UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

REJANE MARIA DIAS DE ABREU GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

SÃO PAULO
2016

REJANE MARIA DIAS DE ABREU GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

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

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de
Oliveira

**SÃO PAULO
2016**

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gonçalves, Rejane Maria Dias de Abreu

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras
Drogas do estado de Minas Gerais / Rejane Maria Dias de Abreu
Gonçalves. São Paulo, 2016.

288 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Área de concentração: Cuidado em Saúde

Nome: Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves

Título: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais.

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

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, pela presença constante em minha vida, e que a cada instante me diz: “Não temas, porque eu estou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, te ajudo, e te sustento com a minha destra fiel” (Isaías, 41:10).

Aos meus pais, Eucléide e Carlos, que tantos esforços fizeram para que eu pudesse estudar e alcançar meus objetivos. Que me ensinaram com muito amor a vencer sempre qualquer obstáculo. Mesmos nos momentos de preocupação com as viagens, me apoiaram e mantiveram perseverantes. Minha eterna gratidão, pela vida e pelo amor que sempre recebi. Muito obrigada! Amo vocês!

Ao meu esposo, Célio, pelo incentivo constante, pelo ombro amigo nos momentos de desânimo, pela compreensão nas ausências, por me ouvir, me incentivar e me ajudar durante todas as etapas do doutorado. Permaneceu sempre ao meu lado, firme e confiante mesmos nos momentos estressantes e difíceis. Nós já vivenciamos muitas coisas juntos, passamos por altos e baixos, mas a sua dedicação e paciência me mostrou que o amor supera tudo. Quero estar sempre ao seu lado, aprendendo e sendo feliz, te amo muito.

A minha filha Giovanna, dádiva de Deus e razão do meu viver, que já faz uma grande diferença em nossas vidas e nos fortalece desde a sua chegada. Quero que saiba quando estiver lendo essa tese, que é preciso e vale a pena estudar! Que todo esforço empreendido com os estudos contribuirá para o nosso crescimento e fortalecimento. Tudo que faço desde que descobri que estava grávida foi pensando em você.

Aos meus irmãos José Humberto, Ernesto, Adalberto, Regina e Renata, verdadeiros amigos em todas as horas. Obrigada pelo incentivo, amor e apoio em todos os momentos.

Ao meu sogro Alfredo e minha sogra Maria José (in memoriam), muito obrigada pelo carinho e apoio que sempre me receberam. Quero dizer que tenho enorme respeito e admiração pelos pais e avôs que são e exemplo de casal unido.

A toda a minha querida família, a quem dedico todas as minhas vitórias.

As pessoas que participaram direta ou indiretamente deste estudo. Podem ter a certeza que vocês são a diferença no resultado final dessa tese. Muito obrigada pela disponibilidade, receptividade e atenção com que me receberam e responderam às entrevistas, acreditando de que os frutos deste trabalho contribuam para ajudar outras pessoas.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, orientadora e amiga, obrigada por ter dedicado a este estudo sua capacidade científica, compartilhando o seu conhecimento e apoiando-me durante todo o percurso. Agradeço pelas palavras de conforto, pelos conselhos, e momentos dispensados comigo desde que a conheci no Congresso em Barcelos/Portugal em 2010. A você meu especial respeito e gratidão pela disponibilidade, confiança, estímulo e incentivo à pesquisa e docência; além da sua solidariedade no partilhar de momentos significativos na minha vida e no meu crescimento profissional.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, agradeço pelas sugestões e críticas ao trabalho, quando da ocasião de apresentação em plenário, durante as aulas do curso.

Aos Professores Dr.^a Ana Lúcia Machado, Dr.^a Ana Luísa Aranha e Silva, Dr. Divane de Vargas, Dr.^a Luciana de Almeida Colvero e Dr.^a Sônia Barros, que compartilharam de seus conhecimentos e contribuíram para o meu crescimento profissional e científico na enfermagem em saúde mental, além da oportunidade de convivência, pelo apoio e carinho nesses últimos anos.

Aos Professores Dr. Jair Lício Ferreira Santos e Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação da tese.

À Prof.^a Dr.^a Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, amiga, pessoa que admiro muito que, generosamente, sempre me ajudou. É muito bom saber que posso contar com você.

À EEUSP, por me oferecer condições para aperfeiçoamento dos meus conhecimentos e subsídios para realização do trabalho. Às Secretarias do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica e do Programa de Pós-Graduação da EEUSP, agradeço pelo carinho e ajuda constante.

À Universidade Federal de Uberlândia/ Diretoria de Enfermagem/ Centro Cirúrgico, que me liberaram das minhas atividades no Hospital de Clínicas, para me dedicar à conclusão deste estudo.

Ao Centro Mineiro de toxicomania, Secretarias de Saúde e aos Coordenadores dos CAPSAd dos municípios de Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, Diamantina, Governador Valadares, Juiz de Fora, Manhuaçu, Montes Claros, Oliveira, Patos de Minas, Poços de Caldas, Teófilo Otoni, Uberaba e Uberlândia, que não mediram esforços para colaborar com este estudo.

Aos profissionais, usuários e familiares dos CAPSAd que participaram deste estudo, contribuindo para que este trabalho fosse realizado. Meus profundos agradecimentos.

Aos meus primos Flávio, Mônica, Marina e Flávia de Betim/BH e às profissionais Denise (Juiz de Fora), Maria Augusta (Montes Claros) e Maria Raquel (Patos de Minas), que me acolheram em seus domicílios na fase da coleta de dados.

À todos os alunos e profissionais que participaram da fase de coleta de dados, vocês foram essenciais neste estudo. De modo especial, a minha querida sobrinha e afilhada Raysa Cristina que compartilhou comigo momentos únicos durante toda a tese.

Aos meus amigos do curso de Pós-Graduação e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Outras Drogas (GEAD), em que tive a oportunidade de conhecer em São Paulo durante o curso, Cely, Guilherme, Heloísa Claro, Jandro, José Gilberto, Jussara, Karine Suzuki, Lany, Maria Odete, Marina Bittencourt, Neuri, Paula Pinho, Rosana Tarifa, Ricardo, Tadashi, Thaís Rojas e a todos os outros membros do grupo, pela acolhida, pelos momentos em que compartilhamos juntos, de angústia e alegria neste percurso onde, com certeza, criamos uma profunda amizade. Agradeço pelo apoio, pela ajuda fundamental e pela oportunidade de conviver com vocês. “O caminho ficou mais fácil com vocês ao meu lado”.

À minha amiga Paula Pinho, que se tornou alguém fundamental na minha trajetória do doutorado e do doutorado sanduíche. Ao longo do caminho, das viagens e etc.... descobrimos uma verdadeira amizade que agora é presença em nossas vidas. Agradeço pela acolhida em sua casa, carinho, pela alegria e pela força nos momentos em que mais precisei.

À minha amiga Adriana Ramos, que me acolheu em sua casa quando cheguei em São Paulo, totalmente perdida e amedrontada. Nossos laços afetivos foram construídos e a nossa amizade será eterna.

Ao Prof. Dr. Carlos Sequeira e demais integrantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEF e dos serviços de saúde de Portugal que tive o prazer de conhecer e manter o contato durante o meu doutorado sanduíche.

À CAPES, pela concessão da bolsa que me permitiu conhecer uma outra realidade dos serviços de saúde mental e de álcool e outras drogas, por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior – PDSE.

Aos amigos Anderson Firmino, Viviane Carvalho, Meire, Chico, Maria Luíza, Vicente, Vanessa, Kelson, José Luiz e Cleide, pelo apoio e amizade incondicional. Agradeço pelas orações, estima, torcida e compreensão nos momentos de minha ausência.

Aos meus cunhados, sobrinhos e afilhados, de modo especial, Quenia, Gil, Geraldo, Claudiene e Luiz, que muitas vezes aliviaram o trabalho, ouviram minhas queixas e cuidaram de mim.

À todos aqueles que participaram em algum momento da minha vida, fizeram-se presentes apostando e incentivando em minha trajetória.

Muito Obrigada!

Gonçalves, RMD de A. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A literatura da área tem apontado a relevância da participação dos usuários, familiares e profissionais como parte integrante no processo de avaliação da qualidade do cuidado (dimensões de estrutura, processo e resultado) nos serviços de saúde mental. Apesar de estudos internacionais indicarem a importância dessa avaliação na perspectiva destes atores, no Brasil, os estudos estão apenas começando, na avaliação de resultado da percepção de mudança pelos usuários de substâncias psicoativas em função do tratamento recebido nos Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad), justificando a necessidade deste estudo. **Objetivo:** Avaliar a estrutura, processo e o resultado das práticas assistenciais desenvolvidas em uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais junto aos profissionais, usuários e familiares, bem como a mudança percebida pelos usuários no tratamento e as variáveis associadas. **Método:** Estudo transversal que foi conduzido em 13 CAPSad, com abordagem Donabediana, entre 2014 e 2015. A amostra constituiu-se de 862 participantes divididos entre 257 profissionais, 330 usuários e 275 familiares. A amostragem foi realizada por aleatorização simples sem reposição e a coleta de dados por meio de entrevistas, com instrumento contendo dados sobre o perfil dos participantes, a Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental e a Escala de Mudança Percebida para usuários e familiares. Foi feita análise estatística descritiva dos instrumentos e regressão linear de mínimos quadrados ordinários com a mudança percebida dos usuários e os fatores associados. **Resultados:** Na dimensão estrutura foi evidenciada inconformidades nos aspectos da área física e da ventilação, bem como na ausência dos equipamentos de proteção coletiva. Quanto ao processo, as atividades desenvolvidas foram heterogêneas, com predomínio dos atendimentos individuais e grupais e com pouca ênfase nas atividades externas aos serviços com os recursos do território e no matriciamento da atenção básica. Em relação aos resultados, os usuários e familiares mostraram níveis mais elevados de satisfação (escore médio 4,32 e 4,26) com o serviço, enquanto que os profissionais, o grau de satisfação apresentou-se mais voltado para a indiferença do que a satisfação (3,42). O escore médio global de percepção de mudança foi de 2,62 para os usuários e de 2,50 de seus familiares, ambos perceberam melhora na vida em geral dos usuários, desde o início do tratamento. **Conclusões:** Os resultados indicaram uma relação significativa da melhora percebida com fatores relacionadas a características sociodemográficas e dos serviços entre os usuários com maior idade, escolaridade e renda, que frequentam o CAPSad e estão satisfeitos, se comparado aos demais. Por outro lado, as mulheres percebem menos melhora do que os homens, bem como os usuários que consumiram bebida alcoólica e droga ilegal recentemente, uso de psicofármaco, com histórico de internação e intercorrências durante o tratamento. Portanto, esses achados demonstram que o tratamento está sendo efetivo e que os CAPSad podem estar contribuindo positivamente na transformação do cuidado voltado para a diminuição do uso abusivo de drogas na vida dos sujeitos. Desse modo, espera-se que este estudo subsidie ações que contribuam em estratégias para melhor acompanhamento dos usuários nestes serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem psiquiátrica. Avaliação de serviços de saúde. Avaliação de resultados. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Serviços de saúde mental.

Gonçalves, RMD de A. Evaluation of Psychosocial Care Centers on Alcohol and Other Drugs in Minas Gerais [thesis]. São Paulo (SP): School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The literature has pointed the importance of the participation of patients, family members and professionals in the evaluation process of the quality of care (structure dimensions, process and outcome) in mental health services. International studies indicate the importance of this evaluation from the perspective of these actors. However, in Brazil such studies are just starting when it comes to the outcome evaluation of the perceived change by psychoactive substance users, regarding the treatment received in the Center of Psychosocial Care for Alcohol and Other drugs (CAPSad), justifying the need for this study. **Objective:** To evaluate the structure, process and outcome of the care practices developed in a sample of the CAPSad in the state of Minas Gerais with professionals, patients and family members. In addition, the change perceived by the users in treatment and the associated variables. **Method:** A cross-sectional study conducted in 13 CAPSad units between 2014 and 2015 with Donabedian approach. The sample consisted of 862 participants divided among 257 professionals, 330 patients and 275 family members. Sampling was done by simple randomization without replacement. Data collection was through interviews using an instrument containing data on the profile of participants, an Evaluation Scale of Satisfaction in Mental Health Services, and the Scale of Perceived Change for patients and family members. The descriptive statistical analysis of the instruments was carried out, as well as the linear regression of ordinary least squares with the perceived change of users and associated factors. **Results:** In the structure dimension, were observed non-conformities in the aspects of physical space, ventilation, and the absence of collective protection equipment. In relation to process, the activities developed were heterogeneous, with predominance of individual and group assistance, and little emphasis on activities in areas outside the services location (external) using the territory's resources and the matricial support of primary care. Regarding the outcome, patients and family members showed higher levels of satisfaction with the service (mean score 4.32 and 4.26), while among professionals, the degree of satisfaction was closer to indifference than to satisfaction (3.42). The overall mean score of perceived change was 2.62 for patients and 2.50 for their family members. Both have perceived improvement in the life of patients in general since the beginning of treatment. **Conclusions:** The results indicated a significant relationship of perceived improvement with factors related to sociodemographic characteristics. There was also a relation of the services among patients with greater age, educational level and income who attend the CAPSad and are satisfied, compared to the others. On the other hand, women perceive less improvement than men, as well as patients who consumed alcohol and illegal drugs recently, used psychotropic drugs, with hospitalization history and complications during treatment. Therefore, these findings demonstrate that treatment is being effective and the CAPSad can be contributing positively to the transformation of care focused on reducing drug abuse in the lives of individuals. Thus, it is expected that this study subsidizes actions which contribute with strategies for better monitoring the patients of these services.

KEYWORDS: Psychiatric nursing. Health services evaluation. Outcome assessment. Substance-related disorders. Mental health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo lógico para atenção em saúde mental no CAPSad, 2014.	58
Figura 2 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.	60
Figura 3 - Distribuição dos locais de estudo por macrorregião/município do Estado de Minas Gerais, de acordo com o CNES, 2015.	60
Figura 4 - Fluxograma da participação dos sujeitos de pesquisa	63
Figura 5 - Gráfico de Distribuição Normal Q-Q Plot da escala EMP da amostra total de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015.....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Natureza dos sujeitos da pesquisa por CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 862), 2015.....	81
Tabela 2 - Análise descritiva da amostra de profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis sociodemográficas e econômicas (n = 257), 2015...	82
Tabela 3 - Análise descritiva da amostra de profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais segundo a variável idade (n = 257), 2015.	82
Tabela 4 - Análise descritiva da amostra de profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis de trabalho (n = 257), 2015.	83
Tabela 5 - Análise descritiva da amostra de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis sociodemográficas e econômicas (n = 330), 2015...	84
Tabela 6 - Análise descritiva da amostra de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais segundo a variável idade (n = 330), 2015.....	85
Tabela 7 - Análise descritiva dos bens duráveis para o total da amostra (n = 330) do Estado de Minas Gerais, 2015.	85
Tabela 8 - Análise descritiva das variáveis clínicas dos usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 330), 2015.....	86
Tabela 9 - Análise descritiva das variáveis clínicas de acompanhamento dos usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 330), 2015.....	87
Tabela 10 - Análise descritiva da amostra dos familiares de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis sociodemográficas e econômicas (n = 275), 2015.....	90
Tabela 11 - Análise descritiva da amostra dos familiares dos usuários nos CAPSad do Estado de Minas Gerais segundo a variável idade (n = 275), 2015.....	91
Tabela 12 - Análise descritiva das instalações – recursos físicos e materiais na visão dos profissionais de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015	93
Tabela 13 - Análise descritiva quanto à estrutura física e a segurança no trabalho na visão dos profissionais de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015.....	94
Tabela 14 - Análise descritiva quanto aos recursos humanos de uma amostra de CAPS ad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015.....	95
Tabela 15 - Análise descritiva quanto aos sistemas de referência da organização da RAPS na visão dos profissionais de uma amostra de CAPSad de Minas Gerais (n = 257), 2015.....	96
Tabela 16 - Análise descritiva quanto às atividades oferecidas pelos CAPSad na visão dos profissionais de uma amostra de CAPS ad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015.....	97
Tabela 17 - Análise descritiva quanto às atividades realizadas pelos profissionais da equipe técnica (nível superior), oficineiros/artesãos e técnicos de saúde de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 178), 2015.....	99

Tabela 18 - Análise descritiva das atividades dos usuários nos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 330), 2015.....	100
Tabela 19 - Análise descritiva das atividades dos familiares dos usuários nos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 275), 2015.....	102
Tabela 20 - Apresentação das informações relativas aos conteúdos trabalhados nas atividades para as famílias que frequentam o CAPSad, do Estado de Minas Gerais (n = 275), 2015.	103
Tabela 21 - Análise descritiva dos escores de satisfação global dos profissionais – Escala SATIS-BR e seus fatores para o total da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 257).....	107
Tabela 22 - Análise descritiva dos escores de satisfação global dos usuários – Escala SATIS-BR e seus fatores para o total da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).....	108
Tabela 23 - Análise descritiva dos escores obtidos em cada fator e no escore global da escala EMP, segundo os usuários de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).....	109
Tabela 24 - Análise descritiva dos escore global da escala EMP, versão do paciente e da frequência absoluta de respostas para cada item da escala, segundo os usuários de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).	111
Tabela 25 - Análise descritiva dos escores de satisfação global dos familiares – Escala SATIS-BR e seus fatores para o total da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 275).....	112
Tabela 26 - Análise descritiva dos escores obtidos em cada fator e no escore global da escala EMP, segundo os familiares de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 275).....	112
Tabela 27 - Análise descritiva do escore global da escala EMP, versão do familiar, e da frequência absoluta de respostas para cada item da escala, segundo os familiares de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 275).	113
Tabela 28 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas em relação ao escore global da escala EMP dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).....	115
Tabela 29 - Análise univariada das variáveis clínicas em relação ao escore global da escala EMP dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).	116
Tabela 30 - Análise univariada das variáveis de processo e resultado (escala SATIS-BR Global) em relação ao escore global da escala EMP dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).....	117
Tabela 31 - Análise da regressão linear múltipla entre a mudança global percebida e as variáveis investigadas para o total da amostra de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).....	119

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMSM	Coordenação Municipal de Saúde Mental
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DP	Desvio-Padrão
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMP	Escala de Mudança Percebida
GEADEEUSP	Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OLS	<i>Ordinary Least Squares</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas
PNAD	Política Nacional Antidrogas, posteriormente substituído por Política Nacional de Drogas
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PT	Portaria
PTI	Projeto Terapêutico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
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
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNODC	<i>Nations Office On Drugs and Crime</i>
VD	Visita domiciliária
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	27
2.2 O CAPSAD E A ABORDAGEM DE REDUÇÃO DE DANOS.....	34
2.3 O CAMPO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	39
2.3.1 Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde: o modelo Donabedian	44
2.3.2 Avaliação de Serviços em Saúde Mental	46
2.4 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS: SATISFAÇÃO E MUDANÇA PERCEBIDA	50
3 OBJETIVOS	54
3.1 OBJETIVO GERAL	54
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
4 MÉTODOS	56
4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	56
4.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	56
4.2.1 Modelo Lógico da pesquisa avaliativa	57
4.2.2 Descrição do modelo lógico	58
4.3 LOCAIS DE ESTUDO	59
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	61
4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão de participantes	62
4.5 COLETA DE DADOS	63
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	66
4.6.1 Escala de satisfação dos profissionais de saúde mental – SATIS-BR.....	66
4.6.2 Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental – SATIS-BR.....	67
4.6.3 Escala de satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental – SATIS-BR.....	67
4.6.4 Escala de Mudança Percebida pelos Pacientes (EMP - paciente)	68
4.6.5 Escala de Mudança Percebida pelos Familiares (EMP-familiares).....	68
4.6.6 Variáveis do instrumento de coleta de dados dos profissionais	69
4.6.7 Variáveis do instrumento de coleta de dados dos usuários	71
4.6.8 Variáveis do instrumento de coleta de dados dos familiares.....	74
4.7 ESTUDO-PILOTO	76
4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	77
4.8.1 Hipóteses do estudo.....	79
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	79
5. RESULTADOS.....	81
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL DOS PARTICIPANTES NOS CAPSAD DO ESTADO DE MINAS GERAIS	81
5.1.1 Análise descritiva – perfil dos sujeitos de pesquisa	81
5.1.2 Caracterização dos Profissionais dos CAPSAd do Estado de Minas Gerais.....	82
5.1.3 Caracterização dos usuários dos CAPSAd do Estado de Minas Gerais	83
5.1.4 Caracterização dos familiares dos CAPSAd do Estado de Minas Gerais	89
5.2 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES	92

5.2.1	Análise descritiva da dimensão estrutura – visão dos profissionais.....	92
5.2.2	Análise descritiva da dimensão processo – visão dos profissionais.....	97
5.2.3	Análise descritiva da dimensão processo – visão dos usuários.....	100
5.2.4	Análise descritiva da dimensão processo – visão dos familiares dos usuários	101
5.2.5	Análise descritiva da dimensão resultado – visão dos profissionais	106
5.2.6	Análise descritiva da dimensão resultado – visão dos usuários	107
5.2.7	Análise descritiva da dimensão resultado – visão dos familiares.....	111
5.3	RESULTADOS DA ETAPA - ANÁLISE INFERENCIAL – REGRESSÃO UNIVARIADA E MÚLTIPLA.....	114
6.	DISCUSSÃO	122
6.1	ANÁLISE DO PERFIL DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS	122
6.2	ANÁLISE DO PERFIL DA AMOSTRA DOS USUÁRIOS	124
6.3	ANÁLISE DO PERFIL DA AMOSTRA DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS.....	134
6.4	ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES	137
6.4.1	Análise descritiva da dimensão estrutura – visão dos profissionais.....	137
6.4.2	Análise descritiva da dimensão processo – visão dos profissionais.....	143
6.4.3	Análise descritiva da dimensão processo – visão dos usuários.....	146
6.4.4	Análise descritiva da dimensão processo – visão dos familiares	151
6.4.5	Satisfação dos profissionais com a amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais	154
6.4.6	Satisfação dos usuários com a amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais	157
6.4.7	A mudança percebida em função do tratamento – versão usuário	159
6.4.8	Satisfação dos familiares com a amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais	163
6.4.9	A mudança percebida em função do tratamento – versão familiar	165
6.5	ANÁLISE INFERENCIAL – REGRESSÃO UNIVARIADA E MÚLTIPLA	167
7	CONCLUSÕES	178
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
	REFERÊNCIAS	194
	APÊNDICES.....	214
	ANEXOS	269

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A complexidade do tema na literatura científica evidencia que o consumo abusivo e a dependência de álcool e outras drogas constituem dois dos maiores desafios contemporâneos no que diz respeito à demanda de saúde pública mundial. Cabe destacar que não se trata somente de um problema no âmbito da atenção à saúde - o qual será discutido ao longo do presente estudo -, uma vez que dados resultantes de estudos epidemiológicos demonstram que tal desafio possui caráter não apenas nacional, mas global.

Desse modo, o objetivo deste estudo é avaliar as práticas oferecidas no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) sob a ótica dos usuários, familiares e profissionais de uma amostra do Estado de Minas Gerais. Ademais, tem-se como indicador de resultado a percepção de mudança ocorrida na vida do usuário em função do tratamento oferecido nos CAPSad, avaliado pela Escala de Mudança Percebida (EMP), versão paciente.

A literatura da área tem apontado a participação dos agentes, tais quais usuários, familiares e equipe como parte integrante e necessária no processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental (Furtado, Campos, 2008; World Health Organization – WHO, 2001; 1996). Desse modo, a participação dos usuários é concebida como um dos principais meios para melhorar a qualidade do cuidado, uma vez que eles estão diretamente envolvidos com o tratamento e são os principais interessados em melhorá-lo (Perreault et al., 2010).

Além disso, sua participação pode ocasionar maior motivação e, assim, aumentar sua adesão ao tratamento, diminuindo a taxa de abandono (Hansson, 2001; Hasler et al., 2004; Mercier et al., 2004). A percepção de mudanças positivas pode ter um efeito potencializador, uma vez que proporciona ao usuário maior sentimento de controle sobre a própria vida (empoderamento), atestando a validade social da intervenção (Costa et al., 2011).

Na atualidade, as medidas de satisfação têm constituído o principal indicador de resultado da qualidade nos serviços comunitários de saúde mental (Mercier et al., 2004). Contudo, essas medidas são consideradas globais e abordadas em diferentes aspectos, sem no entanto focalizar os resultados a fim de gerar mudanças na vida dos usuários (Costa et al., 2011).

O consumo abusivo de substâncias psicoativas constitui um grave problema mundial de saúde pública. O círculo vicioso correspondente às drogas lícitas e ilícitas tem causado danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais (Pinho et

al., 2013), bem como a promoção do crime, instabilidade, insegurança e propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) entre os usuários de drogas injetáveis (*Nations Office On Drugs and Crime – UNODC*, 2014).

O enfrentamento dessa problemática ocorre em escala mundial, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que cerca de 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, consumiram drogas ilícitas em 2012. Usuários de drogas dependentes somaram cerca de 27 milhões, aproximadamente 0,6% da população adulta mundial, ou uma em cada 200 pessoas (UNODC, 2014).

Dados epidemiológicos da OMS apontam que de 2003 a 2012 - em relação às drogas ilícitas -, a África, a Oceania e as Américas apresentaram a maior quantidade de consumidores de substâncias derivadas da *cannabis*. A proporção de internações para tratamento dessa substância aumentou na Europa, na América Latina, no Caribe e na Oceania. Por sua vez, a maior procura por tratamento na Ásia e no sudeste da Europa Oriental decorre do uso de opioides, enquanto nas Américas - sobretudo América Latina e Caribe -, a maior procura por tratamento decorre do uso de cocaína e derivados, como o *crack* (UNODC, 2014).

Quanto à ingestão mundial de bebidas alcoólicas, em 2005 foi registrado um consumo *per capita* de 6,13 litros de álcool puro entre adolescentes de 15 anos de idade ou mais. Cerca de 28,6% dessa estimativa equivale a 1,76 litros por pessoa e refere-se ao consumo de bebida alcoólica produzida ilegalmente (bebida alcoólica caseira). A bebida produzida ilegalmente oferece risco aumentado de danos à saúde, uma vez que pode conter impurezas e outros contaminadores. É difícil mensurar o consumo de bebidas alcoólicas caseiras, uma vez que não são tributadas e muitas vezes os órgãos governamentais desconhecem sua existência. Entre elas encontram-se as fermentadas, feitas a partir de sorgo, milho, arroz, trigo ou frutas (WHO, 2014).

Registra-se um consumo mundial total de bebidas destiladas de aproximadamente 46%, 36% de cerveja, 9% de vinho e 10% de outras bebidas. Contudo, há diferenças geográficas relacionadas ao tipo de bebida alcoólica mais consumida em cada país. O vinho, por exemplo, é a bebida mais consumida em países do norte europeu, na Suécia e nos países sul-americanos (Argentina e Chile). Na África Subsaariana são consumidos vinho, cerveja e destilados. No norte europeu e no restante do mundo consome-se mais cerveja (WHO, 2014).

Segundo dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, 5.799.005 brasileiros eram dependentes de álcool e 4.700.635 de tabaco. Entre os entrevistados, 49,8% consumiram bebidas alcoólicas ao menos uma vez

nos 12 meses antecedentes à pesquisa. Ainda, 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool (Carlini et al., 2006). O início do consumo de álcool tem sido cada vez mais precoce, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (Laranjeira, 2014).

O uso de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas mais consumidas no Brasil (8,8% dos entrevistados), seguido do uso da cocaína, do *crack* e da merla (2,9%, 0,7% e 0,2%, respectivamente). No que concerne aos medicamentos sem receita médica, os benzodiazepínicos (ansiolíticos) apresentaram uso, durante a vida, de 5,6%, ao passo que a dependência dessa substância representou 0,5% dos entrevistados (Carlini et al., 2006).

O consumo de álcool é considerado importante causa de adoecimento, mortalidade precoce e incapacidade, sendo apontado como fator determinante de mais de 10% do total dos problemas de saúde no Brasil (Meloni, Laranjeira, 2004). Verificou-se que 83,3% das mortes de homens e 34,8% dos óbitos de mulheres estavam relacionadas ao abuso ou dependência de álcool. Ademais, estima-se que pelo menos metade das pessoas que precisam de tratamento não recebem assistência de saúde nos Estados brasileiros (Kohn, Mello, Mello, 2007).

No que tange ao perfil dos consumidores de álcool, as mulheres têm se destacado, como evidencia o II Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool da população brasileira de 2007, o qual revelou que 65% dos homens e 41% das mulheres consomem algum tipo de bebida alcoólica. Além de mulheres e adolescentes, a literatura aponta a população indígena como vulnerável aos efeitos negativos do álcool (Mangueira et al., 2015).

Esses percentuais devem ser considerados, uma vez que os problemas ligados ao uso e à dependência do álcool, juntamente com o consumo de tabaco e de *crack* constituem uma realidade crescente, dada a complexidade das necessidades e do perfil da população envolvida.

Em um diagnóstico realizado pela OMS, identifica-se deficiência nas políticas e nos serviços de saúde mental, seja pela insuficiência de equipe especializada ou pela distribuição não uniforme e elevado custo econômico para a sociedade (WHO, 2001). Outras consequências advindas do uso nocivo do álcool e de outras drogas são: complicações físicas e mentais, desemprego, violência, criminalidade, mortalidade, morbidade, entre outros (Mangueira et al., 2015).

Para além do discurso científico, a questão da dependência de substâncias psicoativas ainda se apresenta permeada por discursos de ordem moral, religiosa e jurídico-policial. A

coexistência dessas perspectivas discursivas, muitas vezes estigmatizantes, torna ainda mais complexa não apenas a compreensão da questão das dependências, mas também a adoção de medidas de intervenção e enfrentamento do problema, as quais nem sempre são convergentes aos objetivos propostos.

Historicamente, as instituições médico-jurídicas que prestam assistência aos usuários de substâncias psicoativas costumam tratar o consumo nocivo de drogas a partir de uma perspectiva punitiva, excluindo o usuário do convívio social a fim de evitar as mazelas que ele possa trazer à sociedade. Além de tratá-lo como um doente e colocá-lo numa posição passiva (Basaglia, 2003 citado por Feitosa, 2013).

Foi somente com o advento do movimento iniciado nas últimas décadas do século XX, conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que novos questionamentos foram suscitados e culminaram na aprovação de leis que propiciaram a transformação dessas práticas e saberes.

Diante desse quadro, o governo brasileiro tem adotado estratégias que visam a combater o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas por meio da política do Ministério da Saúde (MS). Entre as estratégias em questão está a implantação do CAPSad em cidades com mais de 100 mil habitantes, o qual tem a finalidade de disponibilizar tratamento aos usuários que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. De modo geral, esse projeto terapêutico – o qual conta com a colaboração de uma equipe - é definido dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, de acordo com as respectivas necessidades, tendo como uma de suas metas a inclusão social do indivíduo com sofrimento psíquico (Pinho, Oliveira, Almeida, 2008).

A regulamentação do atendimento nos CAPSad foi prevista pela Portaria (PT) n. 816/GM, em conformidade com a Lei 10.216/2001. Em 2003, o MS lançou oficialmente a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e, mais tarde, foi instituída a diretriz clínico-política, na lógica da Redução de Danos (RD), tendo o CAPSad como o principal dispositivo assistencial (Oliveira et al., 2013). Também foi instituído o Decreto n. 5.912/2006, o qual regulamenta a Lei n. 11.343/2006, que dispõe das políticas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (Brasil, 2010).

Com a implantação dos CAPSad, em 2002, iniciou-se a construção de uma rede de serviços direcionada à população dependente de álcool e outras drogas. De acordo com o MS, esses dispositivos devem utilizar como referência a lógica de RD que busque as necessidades

a serem atendidas de forma sistemática e ativa, coadunando com a comunidade em que os usuários estão inseridos, de acordo com os princípios da RPB (Brasil, 2004a).

A abordagem de RD mostrou-se como uma alternativa de promoção da saúde por olhar o usuário de drogas como um cidadão portador de direitos humanos. As estratégias não estão direcionadas para a abstinência, mas para a defesa da vida e o alcance da autonomia do usuário e de seus familiares, por meio de redes de suporte social, difusão da informação, educação e aconselhamento (Mangueira et al., 2015).

Em síntese, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país. Essa mudança paradigmática deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, a equipe, a família e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições, o envolvimento e a responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais devem ser reconstruídos a fim de responder a essa transformação.

Os CAPS ad organizam a atenção à saúde para indivíduos com 12 anos de idade ou mais, oferecendo atendimento individualizado e contínuo por meio de atividades individuais e grupais, com estratégias terapêuticas que visam à reabilitação psicossocial dos usuários, fortalecimento dos vínculos (familiares e sociais) e incentivo à autonomia do sujeito (Silva et al., 2014). Além disso, o MS preconiza que esses serviços possuam papel relevante como equipamentos estratégicos da rede de cuidado em saúde mental (Ballarin, Miranda, Fuentes, 2010).

Desse modo, cabe a eles a articulação, por meio do matriciamento, das ações de saúde mental na atenção básica, estabelecendo vínculos com os serviços comunitários. Devem ser realizadas ações de atenção à crise, acompanhamento durante as internações - quando estas se fazem necessárias - nos CAPS 24 horas, em leitos psiquiátricos em hospital geral, ou em caso de usuários de álcool e drogas nas comunidades terapêuticas (Lima, 2013).

Somente em 2011 foi publicada a PT n. 3.088/2011, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), direcionada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

No Estado de Minas Gerais, a RAPS foi deliberada pela Resolução da Secretaria Estadual de Saúde n. 3.206/2012, estruturada nos pontos de atenção psicossocial à saúde, com os seguintes componentes: Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF), Equipe de Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura; CAPS, CAPSad tipo II e III e Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento e Comunidade Terapêutica; Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada com Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência) e Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (Governo do Estado de Minas Gerais, 2012a).

Segundo os dados do MS, até junho de 2012 foram habilitados 61 novos CAPS, totalizando 1.803 unidades em todo o Brasil. Entre eles, 12 CAPSad III ou 24 horas, o que aponta uma cobertura muito boa (0,74). Em relação ao número de CAPSad, dispomos de 281 CAPSad II e 12 CAPSad III funcionando no país. O Estado de Minas Gerais apresenta um total de 177 CAPS, também caracterizando uma cobertura muito boa (0,71). No que se refere aos CAPSad, o Estado possui 22 CAPSad II e 1 CAPSad III (Brasil, 2012a).

Apesar da ampliação dos CAPSad e dos outros serviços da RAPS, ainda não é possível contemplar toda a demanda, a cada dia mais crescente, o que gera dificuldade de acesso ao CAPS e aos demais serviços ofertados pelo SUS. O MS tem investido em metodologias que possam avaliar os CAPS, no sentido de reforçar sua importância e fortalecer seu funcionamento. Permanecem os desafios referentes à expansão de serviços destinados a populações tais como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas (Brasil, 2012a).

De acordo com Tanaka e Melo (2004), a avaliação é um processo técnico administrativo destinado à tomada de decisão que envolve os seguintes componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisões. A avaliação é uma necessidade da política pública, pois é fundamental que um programa de saúde possa mostrar à sociedade os resultados das atividades que realiza, bem como seu funcionamento e finalidade.

A avaliação de serviços de saúde caracteriza-se como uma área ainda em construção conceitual e metodológica que precisa se consolidar nos planos epistemológicos, teóricos e metodológicos. Contudo, a avaliação tem se configurado como objeto de interesse e discussões nos serviços de saúde. Os movimentos direcionados à sua institucionalização, como conhecimento e prática inerente às ações e organizações de saúde se mostram cada vez mais necessários (Novaes, 2000).

No campo da saúde mental, pode-se dizer que essa necessidade é ainda maior, se considerarmos que a constituição dos serviços CAPS parte de um movimento de transformação do modelo tecnoassistencial à saúde mental (Furtado, Campos, 2008).

Desse modo, as abordagens, como são apresentadas, privilegiam distintas dimensões do objeto da avaliação, que de forma complementar oferece diferentes eixos para os julgamentos, com vistas ao aprimoramento do conhecimento referente ao funcionamento dos serviços de saúde mental, após a expansão e a estruturação dos CAPSad 24 horas, bem como a implantação das RAPS pelo SUS.

O processo avaliativo do CAPS deve monitorar essas ações acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender à inserção do usuário com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

Com o propósito de atender à demanda do usuário, os serviços de saúde devem ser avaliados buscando responder aos seguintes questionamentos propostos em 1992 por Donabedian: A infraestrutura existente atende às necessidades dos usuários? Os processos estão ocorrendo de maneira adequada? Os resultados obtidos são bons? Os usuários estão satisfeitos? As respostas a essas indagações são construídas por meio da avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultado, e revelam que a qualidade do serviço não constitui um atributo abstrato (Melleiro, Tronchin, 2010).

Nesse sentido, a utilização de escalas validadas como instrumentos de medida na avaliação dos serviços de saúde mental, tem representando verdadeiros indicadores de qualidade com propriedades psicométricas estabelecidas (validade convergente, discriminante, de fidedignidade e de construto). Assim como, a percepção dos usuários tem sido fundamental na avaliação do tratamento na saúde mental (Perreault et al., 2010). Dessa forma, os usuários passam a colaborar sobretudo, com o exercício de sua cidadania, inserindo definitivamente no processo avaliativo do próprio tratamento (Pitta et al., 1995).

Portanto, o processo avaliativo baseado nas dimensões estrutura, processo e resultado constitui-se como referencial teórico do presente estudo, que será abordado mais à frente no capítulo revisão da literatura.

1.1 JUSTIFICATIVA

O efetivo controle da população acerca dos serviços ofertados com base na definição de padrões de boa qualidade de serviços - a fim de que possam ampliar a capacidade de exercer seus direitos de cidadania, advogando suas necessidades - tem justificado algumas iniciativas de estudos que buscam preencher um vazio teórico e técnico referente ao

procedimento prático, de modo a incluir usuários e familiares como elementos articulados aos processos de planejamento e avaliação de serviços.

Os transtornos mentais associados ao policonsumo prejudicial de drogas vêm se agravando, refletindo portanto na criação de modelos mais específicos de políticas, como o desenho da RAPS. Enquanto as respostas institucionais parecem insuficientes para os problemas existentes, as opiniões populares e profissionais divergem. A implantação da rede de cuidados primários e intermediários na comunidade é recente e, sendo assim, nem sempre é funcional.

Desse modo, há dilemas acerca de medidas tais como a internação compulsória e a oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os atores da assistência questionam a funcionalidade dos próprios leitos de CAPSad III, e há, ainda, as chamadas comunidades terapêuticas, as quais oferecem serviços que não dispõem de equipamentos de saúde propriamente ditos, embora sirvam como locais de tratamento que utilizam-se de múltiplas abordagens, as quais podem ser religiosas, segregativas, proibitivas e até mesmo lucrativas.

As pesquisas avaliativas sobre a qualidade da atenção podem orientar estratégias mais efetivas em um processo novo e de reestruturação dos serviços (Donabedian, 1990). Desse modo, é necessário compreender como estão sendo aplicadas as diretrizes preconizadas pelas políticas públicas para as ações assistenciais e de gestão dos serviços, de modo a visualizar as consequências práticas e propor alternativas que visem melhorias na qualidade (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

Assim, a avaliação da assistência à saúde pode perpassar por um processo intencional, técnico e político, configurando-se também como uma responsabilidade ética e social (Adami, Maranhão, 1995). O sentido e a intensidade da determinação são moldados pelo funcionamento de um serviço que propõe-se a atender e a inserir socialmente - com maior resolubilidade - os usuários de substâncias psicoativas, por meio de uma intervenção pautada tanto na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional como na utilização de múltiplos recursos, os quais constituem elementos capazes de assegurar ou desencadear melhores condições de saúde.

Considerando a escassez dos estudos avaliativos sistematizados dos CAPSad II e III na literatura científica nacional e internacional, faz-se necessária a realização deste e de demais estudos complementares. Desse modo, urge olhar para as novas modalidades de serviços em saúde mental, particularmente aquelas relativas ao álcool e a outras drogas, de maneira que as

ações terapêuticas desenvolvidas sejam monitoradas e analisadas. Pretende-se colocar em discussão os achados da literatura para que sejam verificadas as similaridades.

No que tange, a avaliação dos resultados dos tratamentos oferecidos, os estudos internacionais indicam a importância dessa avaliação na perspectiva dos usuários e seus familiares nos serviços de saúde mental. Contudo, no Brasil, estão apenas no início os estudos que buscam avaliar a percepção de mudança decorrente do tratamento e da satisfação com os CAPSad – dos usuários de substâncias psicoativas. Somente três estudos que investigaram esse tema foram encontrados (Lima, 2013; Pinho, 2014; Tarifa, 2014).

Há, portanto, uma carência na publicação de estudos acerca dessa temática no contexto brasileiro, o que justifica a contribuição do presente estudo como fonte de pesquisa avaliativa e discussão dos achados referentes à percepção de mudança pelos próprios usuários atendidos nos CAPSad. São considerados seu perfil sociodemográfico, econômico e clínico, bem como a influência das dimensões de estrutura, processo e satisfação com o serviço.

Sendo assim, o presente estudo busca responder às seguintes questões avaliativas:

- As práticas assistenciais desenvolvidas pelos CAPSad são efetivas no cuidado com os usuários de substâncias psicoativas? Os usuários percebem mudanças decorrentes do tratamento nos serviços das macrorregiões do Estado de Minas Gerais?
- As características sociodemográficas, econômicas e clínicas, bem como as dimensões de processo e nível de satisfação influenciam a percepção de mudança dos usuários?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS 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, com o objetivo de buscar um cuidado mais digno, humanizado e de valorização dos direitos humanos (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

Ao longo da história, o tema das políticas públicas foi estudado de formas diferentes em cada região geográfica. Na Europa, o estudo das políticas iniciou-se com a avaliação do papel do Estado (e seu governo), enquanto nos Estados Unidos o tema enfatizou a ação dos governos dentro de um Estado (Souza, 2006).

Nos Estados modernos, as políticas públicas converteram-se em um instrumento fundamental para a organização da sociedade, em razão das normas e valores sociais codificados que influenciam a conduta social das pessoas. Por essas razões, as políticas públicas são relevantes no processo de construção da sociedade e possuem importantes implicações culturais, legais, morais e econômicas (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

A fim de promover a saúde, muitos governos elaboraram políticas de criminalização, medicalização, restrição da produção e da venda de substâncias psicoativas com alto potencial para o desenvolvimento de abuso e dependência. Tais ações colocam-se num contexto de “guerra às drogas” e tentam frear, por meio de uma conduta proibicionista, sua mercantilização e industrialização (Bokany, 2015).

Historicamente, no que concerne às políticas públicas sobre as drogas, emergiu nos Estados Unidos, no século XIX, a adoção de medidas sob uma ótica proibicionista, militarizada e repressiva idealizada por dois modelos explicativos: o modelo moral/criminal e o modelo de doença. Essa forma de combate às drogas foi disseminada em diversos continentes (Alves, 2009).

No modelo moral/criminal, o consumo de substâncias psicoativas constitui um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos. No modelo de doença, por sua vez, o consumo e a dependência de drogas configuram-se como uma patologia biologicamente determinada, a qual tem de ser abordada por meio da oferta de tratamento e reabilitação. Entretanto, percebe-se que historicamente, essa prática muitas vezes envolvia o isolamento dos usuários (Silva Júnior, Monteiro, 2014).

Na área da atenção aos usuários de substâncias psicoativas, reproduziu-se a mesma lógica hospitalocêntrica implementada por um modelo médico e moral sustentado na terapia farmacológica para outras psicopatologias hegemônicas, cuja meta constitui o tratamento por meio da abstinência de drogas. Esse modelo acaba por desencadear a desqualificação social do usuário e sustentar a concepção da dependência como “doença crônica, recorrente e incurável” (Schneider et al., 2009).

A ênfase dada pelos sucessivos governos norte-americanos à política repressiva contra as drogas expressava-se no orçamento do país, o qual havia destinado grande parte dos recursos financeiros reservados para as substâncias psicoativas à aplicação de leis e interdições, em detrimento da implementação de políticas de prevenção e tratamento (Gorman, 1993). O alto consumo de drogas nos Estados Unidos e a decorrente política de guerra a tais substâncias revelou-se ineficaz na redução de danos associados ao seu uso e consumo (Manchikanti, 2007).

Há um crescente consenso de que as abordagens tradicionais das políticas de drogas - particularmente aquelas que defendem apenas a redução de oferta - são retrógradas e insustentáveis (Carvalho, 2014). Por um longo período de tempo o mundo reagiu ao fenômeno das drogas com uma severa política proibicionista, caracterizada pela redução da oferta de tais substâncias e ostensiva repreensão do uso e do tráfico (Ventura, 2011).

Um “novo” debate tem apresentado alguns pressupostos básicos, como aquele de que a guerra contra as drogas fracassou e que os defensores dessa política não foram capazes de demonstrar reduções reais na produção, venda ou consumo de substâncias ilícitas ao redor do mundo. Pelo contrário, as pesquisas apontam que essas estratégias geraram consequências desastrosas em termos de saúde e de segurança pública (Carvalho, 2014).

Destacamos, ainda, que é recente na história do sistema internacional de controle das drogas a abordagem mais direcionada à área da saúde, com uma perspectiva da redução da demanda, prevenção do uso, tratamento e reinserção social como possíveis soluções ao seu controle. As intervenções desenvolvidas no Brasil na área de combate às drogas datam do início do século XX, haja vista a exacerbação da venda do ópio e derivados (Silva Júnior, Monteiro, 2014).

Em 1924, como resultado da influência internacional relacionada ao controle do consumo de drogas no Brasil, foram incluídos no Código Penal Brasileiro os Decretos 4.294 e 14.969. O Decreto 4.294 propunha pena de prisão às pessoas que vendessem cocaína, ópio e seus derivados, enquanto o Decreto 14.969 tratava da criação do “sanatório para

toxicômanos” (Alves, 2009).

Ademais, registros históricos relatam que a primeira lei proibicionista do Brasil, instituída pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 1830, aplicava penalidades aos “negros vadios que fossem pegos fumando maconha” (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013). A fim de efetivar a redução do consumo de drogas foi promulgada, na década de 1930, a Lei n. 891/1938, a qual propunha a internação compulsória, por tempo indeterminado, dos denominados “toxicomaníacos” (Silva Júnior, Monteiro, 2014).

O consumo de bebidas alcoólicas era frequente, porém tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, não constituindo um motivo de preocupação do Estado. A inércia dos governantes acerca do consumo de álcool levou ao surgimento de sociedades de cunho 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, as quais realizaram a educação antialcoólica e adotaram as primeiras medidas assistenciais de caráter moralista e higienista (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

Por volta do ano 1945, após 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 drogas. A preocupação atingiu a pauta de discussões da OMS e da Organização das Nações Unidas, as quais criaram comissões técnico-científicas para discutir o tema e emitiram suas primeiras observações e medidas de controle das drogas pautadas em termos farmacológicos, médicos e jurídicos (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

Foram então realizadas três convenções internacionais em Nova Iorque (1961) e em Viena (1971 e 1988), nas quais reafirmou-se a concepção internacional repressiva de combate ao uso e tráfico de drogas, expressa pelo termo: “*war of drug*” (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013). Seguindo o mesmo raciocínio, foi aprovada no Brasil, em 29 de outubro de 1971, a Lei n. 5.726, a qual dispõe de medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, além de outras providências (Brasil, 1971). Posteriormente essa lei foi revogada pela Lei n. 6.368/1976.

Essa lei, não muito diferente da anterior, dispunha de medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. A nova lei, em comparação à anterior, representou certo avanço por ampliar o olhar para a aplicação de ações preventivas e destinadas aos usuários de drogas, em vez de voltar-se apenas aos infratores viciados (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

Outro fator histórico que merece destaque é a criação, em 1980, do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), responsável pela formulação de políticas públicas para o enfrentamento das drogas. Mesmo tendo privilegiado as atividades de repressão da produção, tráfico e consumo de drogas, esse conselho promoveu iniciativas de atenção aos usuários. Tais práticas consistiram no apoio aos centros de referência em tratamento, às pesquisas de prevenção na área de drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de RD voltados para a prevenção de DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (Alves, 2009).

Posteriormente, em 1998, o COFEN foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), um órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Esse conselho foi responsável pelas diretrizes relativas ao controle do impacto das drogas na sociedade brasileira (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

A primeira grande medida adotada pelo CONAD foi a criação do Decreto n. 4.345/2002, o qual formulou a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Nesse decreto, permanece como fundamento principal o uso indevido de drogas como uma ameaça séria e persistente à humanidade, associado à problemática do tráfico e outros crimes. Ao mesmo tempo inicia-se uma aproximação positiva à abordagem da RD e um compromisso com a garantia dos direitos de cidadania alinhados aos princípios da RPB (Silva Júnior, Monteiro, 2014).

Seguindo as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002 o MS - pela necessidade de definir estratégias específicas para a construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas - institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários de álcool e outras drogas, por meio da PT n. 816, de 30/2002 (Brasil, 2004a). Esse programa reconhece os danos à saúde decorrentes do uso e abuso de drogas. O problema passa a ser tratado no âmbito da saúde pública, com políticas específicas inseridas no campo da saúde mental, tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem da RD (Schneider et al., 2009).

A partir de 2003, inicia-se uma discussão mais sistemática do tema na saúde pública e entre outros setores e, portanto, nesse ano o MS edita um documento sobre a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004a).

As mudanças sociais, políticas e econômicas ocorridas no Brasil e no mundo resultaram na necessidade de rediscutir itens da PNAD a fim de alinhá-la às necessidades da

população (Alves, 2009). Houve um realinhamento discursivo, o qual determinou que se passasse a falar em “Políticas sobre drogas” em vez de “Antidrogas”. A questão do abuso de substâncias psicoativas passou a ser tratada no sentido da necessidade de espaços de assistência e tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários. Foi então aprovada, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2004a).

A política em questão apresenta como principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa de receber tratamento; 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 RD; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações (Brasil, 2004a).

O documento apresenta as diretrizes para uma política de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos usuários. Ademais, reforça que os cuidados oferecidos à população com problemas decorrentes do uso de drogas devem ser baseados em dispositivos extra hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial de saúde mental e aos demais equipamentos de saúde.

O ano de 2005 foi marcado por diversas iniciativas, tais como a criação dos mecanismos de financiamento para os leitos destinados ao álcool e outras drogas nos hospitais gerais, por meio da aprovação das Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PT n. 1.612/2005). Além disso, foi aprovada pela primeira vez no país uma norma sobre a RD, retirando da clandestinidade institucional a valiosa estratégia de abordagem dos problemas associados ao álcool e outras drogas (Brasil, 2007a).

Ainda em 2005 foi implantado sob a coordenação do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, do SENAD e da Frente Nacional de Prefeitos o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool. No mesmo ano foram criados, ainda, incentivos financeiros para os CAPSad que desenvolvem ações de RD, e os CAPS I foram autorizados a cobrar o SUS pelo atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PT n. 384/2005) (Brasil, 2007a).

Outra expressiva mudança ocorreu em 2006 por meio da Lei n. 11.343/2006, a qual revogou a Lei 10.409/2002 e a Lei 6.368/1976, instituindo o SISNAD e apresentando avanços historicamente significativos, uma vez que o posicionamento político em relação às drogas

passou a ser mais moderado (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

Com a aprovação dessa lei, apesar de continuar sendo considerada criminosa, a conduta do dependente deixa de ser passível de pena restritiva de liberdade e passa a ser julgada de acordo com o artigo 28, que institui: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Além disso, a dependência passa a ser reconhecida como uma doença que requer tratamento médico e psicológico na saúde pública (Brasil, 2012b). A lei aproxima o uso pessoal de drogas de uma questão de saúde pública, afastando-o do âmbito policial e rejeitando posturas que reforcem preconceitos morais e religiosos.

A mudança ocorrida no contexto brasileiro com a nova lei reflete a tendência de diversos países, os quais passaram a propor e a adotar outras medidas para lidar com o consumo de drogas. Uma das experiências mais bem-sucedidas deu-se em 2001, em Portugal, com a política da descriminalização do consumo de drogas (Brasil, 2012b)

A descriminalização do consumo de drogas fez com que Portugal mantivesse a regra da proibição das drogas, porém suas sanções passaram a ser enquadradas fora do sistema judicial. O resultado da nova abordagem foi a criação das Comissões para a Dissuasão da toxicod dependência, as quais substituíram os tribunais criminais como resposta do Estado ao consumo de drogas. As comissões procuram fornecer informações às pessoas e dissuadi-las de consumir drogas, além de aplicar-lhes, com o seu consentimento, sanções administrativas e de encaminhamento para tratamento (Domostawski, 2011).

No início dessa política, o parlamento português temia que pudesse ocorrer uma explosão no consumo; no entanto, os resultados vistos atualmente demonstram uma queda, em todas as faixas etárias, no uso de todas as drogas. Nesse sentido, a descriminalização passou a ser vista não somente como uma ação ou uma política, mas como um enquadramento legal tanto para a implementação de políticas de prevenção e redução de riscos e danos causados pelo consumo de drogas como para a reinserção social dos toxicod dependentes, eliminando o motivo pelo qual receavam submeter-se a tratamento (Martins, 2013).

Para o MS, uma política de prevenção, tratamento e educação acerca do uso de drogas deve necessariamente ser construída na interface de programas da instituição em si associada a outros ministérios e a setores da sociedade civil organizada, sobretudo no que diz respeito à discussão sobre a restrição de propagandas de bebidas alcoólicas (Pinho, Oliveira, Mastrocolla, 2008).

Desse modo, a SENAD assume um papel relevante no contexto nacional da

indispensável articulação entre as diversas áreas de atuação governamental. Foi o que estabeleceu o Decreto 6.061/2007 quando incumbiu-lhe a função de articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas (Brasil, 2012b). Desse modo, foi publicada em 2007 a Política Nacional sobre o álcool – Decreto n. 6.117/2007, a qual implementou estratégias para a redução do uso indevido do álcool e de sua associação com as situações de violência e criminalidade (Brasil, 2007a).

Essa política exhibe um conjunto de medidas para reduzir e prevenir danos à saúde e à vida. Além disso, engloba ações referentes ao diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas, como a divulgação de dados epidemiológicos e o incentivo à pesquisa, e trata de questões tais como: regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas, tratamento, reinserção social de usuários e dependentes de álcool, sensibilização e mobilização da opinião pública sobre o tema, redução da demanda por populações vulneráveis - como a dos jovens -, segurança pública, associação entre álcool e trânsito, capacitação de profissionais e parceria com os municípios (Mangueira et al., 2015).

Sob essa perspectiva, somando-se o cenário epidemiológico que mostrou expansão do consumo de álcool e outras drogas, emergiu a necessidade de um Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção do álcool e outras drogas – (PEAD 2009-2011) por meio da PT n. 1.190/2009 (Mangueira et al., 2015).

Prioritariamente, o PEAD busca alcançar crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio de ações de prevenção dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, bem como iniciativas para a promoção do tratamento. Para atingir tais objetivos, foram previstos quatro eixos de atuação: ampliação do acesso, qualificação dos profissionais, articulação intra/intersetorial e promoção da saúde, dos direitos e do enfrentamento do estigma (Brasil, 2012b).

Além do PEAD surge, em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras drogas, por meio do Decreto n. 7.179/2010, fundamentado na integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da PNAD (Brasil, 2012b).

Entre os objetivos do plano estão: articular e ampliar as ações voltadas à prevenção e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a integração da família e a atenção às populações vulneráveis (como crianças, adolescentes, adultos jovens e moradores

de rua); fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social; ampliar a participação comunitária nas políticas; e capacitar os profissionais de saúde (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013). Nesse sentido, buscando operacionalizar os planos citados, o Brasil tem investido na ampliação da RAPS, que se configura como uma rede de saúde mental articulada nos diferentes níveis de atenção à saúde (Silva Júnior, Monteiro, 2014).

Os objetivos da RAPS constituem: ampliar o acesso da população - de modo geral - à atenção psicossocial; promover a vinculação de pessoas - e respectivos familiares - com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas aos pontos de atenção do sistema; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde tendo por base o território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Ainda com a finalidade de redefinir o CAPSad III e os respectivos incentivos financeiros, o MS instituiu a PT n. 130/2012, que aponta o CAPSad III como o ponto da RAPS destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (Brasil, 2013).

Embora extremamente positivo do ponto de vista político, o progresso da RAPS não acompanha a crescente disseminação social do uso e abuso de drogas. A evolução ainda ocorre de forma lenta e gradual, porém a atuação do Estado brasileiro vem se caracterizando pela necessidade de prevenção, em detrimento das ações repressivas e punitivas, por meio de política pública eficaz e do tratamento dos usuários de substâncias psicoativas em caráter iminente de saúde pública (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

2.2 O CAPSAD E A ABORDAGEM DE REDUÇÃO DE DANOS

O CAPSad corresponde à principal instituição pública de atenção especializada nos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de drogas. Os CAPS e os CAPSad foram implementados seguindo a lógica não manicomial e alternativa, a fim de oferecer assistência dentro da temática da saúde mental com a valorização dos direitos humanos (Brasil, 2007a).

As ações desses serviços centrados na comunidade são realizadas por uma equipe multiprofissional especializada e, na área de drogas, articulam-se ações para RD, prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários (Silveira et al., 2003).

Existem diversas modalidades de CAPS (I, II, III, infantojuvenil e álcool/drogas). A principal diferença entre elas está no porte, complexidade e abrangência populacional dos serviços. Cada modalidade de CAPS apresenta as seguintes características (Brasil, 2004c):

- a) **CAPS I** - capacidade para atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, sob coordenação do gestor local, com funcionamento das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;
- b) **CAPS II** - capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, sob coordenação do gestor local, por meio da organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; com funcionamento das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21h;
- c) **CAPS III** - capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes, com serviço ambulatorial de atenção contínua, inclusive durante feriados, oferecendo assistência 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;
- d) **CAPSi II** – serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, constituindo referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes; o serviço deve destinar atenção diária a crianças e adolescentes com transtornos mentais; com funcionamento das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 21h;
- e) **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 mil habitantes; caráter ambulatorial de atenção diária; sob coordenação do gestor local; funcionamento das 8h às 18h, em dois turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21h 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).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico personalizado, dentro e fora da unidade, que corresponda às suas necessidades e particularidades, propondo atividades ao

longo de sua permanência no serviço. Em outras palavras, cada CAPS deve possuir um Projeto Terapêutico Institucional (PTI) do serviço que considere tanto as diferentes contribuições técnicas de seus profissionais como as iniciativas dos familiares e usuários, respeitando sua identidade e sua cultura local e regional (Brasil, 2004b).

O CAPSad II, o qual constitui o serviço de atenção psicossocial para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, deve apresentar as seguintes características (Brasil, 2004c):

- a) Compor um serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para a área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b) Sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde, de acordo com a determinação do gestor local;
- d) Coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e) Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos usuários que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela PT n.1077/1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela PT n.341/2001, dentro de sua área assistencial.

Independentemente da modalidade de serviço, os CAPS devem oferecer atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração à comunidade e a inserção familiar e social, além de ter de desenvolver ações intersetoriais, sobretudo entre 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, considerando-se que a permanência de

um mesmo usuário no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou 10 dias intercalados por um período de 30 dias (Brasil, 2004c).

O CAPSad desempenha um papel estratégico na formação da RAPS em seu território de atuação, mediante articulação com os demais serviços de saúde e dispositivos sociais. Os municípios com população inferior a 20 mil habitantes não são destinados à implantação de nenhuma modalidade de CAPS, de acordo com a PT n. 2843/2010 (Brasil, 2010). A constituição de equipes do NASF III deverá enfatizar as ações de prevenção, promoção da saúde, tratamento e RD associados ao consumo de drogas no âmbito da atenção básica (Alves, Lima, 2013).

Nesse sentido, a atuação da equipe de saúde mental nos serviços substitutivos tem sido marcada por avanços na construção do modelo de atenção psicossocial (Tisott et al., 2015). Contudo, a incorporação da concepção de RD como racionalidade das práticas destaca-se dentre os desafios cotidianos para a assistência aos usuários de drogas (Alves, Lima, 2013).

Com relação ao desenvolvimento de indicadores de avaliação na área de RD, uma das sugestões diz respeito não somente a considerar a supressão ou redução do uso de drogas, número de técnicos, carga horária e infraestrutura do serviço, mas também a analisar a inserção familiar, no trabalho e na vida cotidiana (Saraceno, Frattura, Bertolote, 1993). O estudo de Libério (1999), por sua vez, aponta os seguintes indicadores: perfil da clientela atendida, índices de internação, abandono do tratamento, adesão da família ao tratamento e número de usuários dos serviços que retornam à escola. Ressalta-se a relevância desses indicadores com vistas ao monitoramento de cada um dos serviços RAPS inseridos (Medeiros et al., 2010).

Historicamente, o modelo de RD surgiu no Reino Unido, em 1926, como uma alternativa aos usuários em situação de dependência de opioides que poderiam receber esta droga sob prescrição médica. Com o objetivo de minimizar sintomas danosos ao usuário, essas substâncias eram utilizadas no acompanhamento da síndrome de abstinência, em doses diárias mínimas e com fins terapêuticos (Tisott et al., 2015). Outra iniciativa precursora de RD se deu em 1984, na Holanda, em razão do impacto produzido nas ações de prevenção à contaminação de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas, como o HIV/AIDS, entre os usuários de drogas injetáveis (Ball, 2007).

Várias outras estratégias de RD foram implementadas em diversos países, como Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França e Canadá, alguns dos quais regulamentaram o uso de drogas em *coffee-shops*, locais de uso, horários, tipos e quantidades de substâncias

permitidas. Além da prescrição médica de metadona ou heroína, foi instituído o fornecimento de abrigos, narcossalas, seringas e auxílio na busca de emprego (Totugui, 2009).

As primeiras ações de RD no Brasil ocorreram na cidade de Santos-SP, em 1989, estando também relacionadas à disseminação da AIDS. Nessa época, o país enfrentava altos índices de transmissão do vírus HIV associados ao uso de drogas injetáveis. As primeiras ações foram realizadas como tentativa de RD com troca de seringas, por meio de intervenção judicial. No entanto, essas ações foram interrompidas por serem concebidas como um incentivo ao uso de drogas (Tisott et al., 2015).

Em síntese, podemos afirmar que, tanto no Brasil como no exterior, as práticas de RD tiveram origem nos programas de prevenção da transmissão do HIV por meio de trocas de seringas, passando com o tempo a problematizar também os riscos e danos que podem advir do consumo de drogas (Souza, 2013).

O modelo de RD tem se configurado como uma porta de entrada para os usuários de substâncias psicoativas nas redes de saúde e assistência social, além de influenciar o aumento da demanda por tratamento nos programas comunitários. Ademais, sua perspectiva alinha-se aos direitos humanos, respeitando a singularidade e a construção subjetiva, fortalecendo os meios reconhecidos como direito à dignidade (Alves, Lima, 2013).

As práticas são construídas gradualmente pelos próprios usuários de drogas, e abrangem a troca de uma substância com maior potencial de danos por outra com menores chances de produzi-los, troca das vias de uso por outra menos prejudicial, fracionamento do uso, diminuição da quantidade e frequência, manutenção do uso sob supervisão e cuidado à saúde no tocante aos riscos de doenças transmissíveis em geral. Nesse sentido, a eficácia da RD está relacionada com as melhoras concretas na qualidade de vida, nas relações, na retomada do ou reinserção no trabalho, educação, cultura e lazer, e não exclusivamente com o consumo de drogas em si (Souza, 2013).

É nesse contexto que a RD, como um conjunto de ferramentas teórico-práticas nos CAPSad pode possibilitar respostas a essa diversidade. Desse modo, para organizar as políticas de RD, torna-se necessário discutir teoricamente a RPB e aplicar tais conhecimentos nas práticas dos serviços de saúde. Nas discussões de propostas de trabalho é preciso inserir profissionais, gestores e comunidades, respeitando a autonomia do usuário de modo que ele seja corresponsável pelo sucesso ou fracasso do seu projeto terapêutico (Tisott et al., 2015).

Isso posto, e tendo em vista os pressupostos da RPB, a influência deste paradigma de atenção em saúde mental e, por conseguinte, as políticas aos usuários de álcool e outras drogas e de RD, avaliar os CAPSad torna-se um desafio de grande porte.

2.3 O CAMPO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação representa um procedimento muito antigo, presente desde os primórdios da humanidade. A avaliação sistematizada das práticas e dos serviços de saúde e saúde mental, por sua vez, constitui um procedimento relativamente recente. A prática de avaliação em saúde tem crescido consideravelmente nas últimas décadas em razão do destaque na qualidade de produtos e serviços oferecidos em todos os âmbitos, do desenvolvimento de novas tecnologias e do aprimoramento da assistência sanitária em vários países (Contandriopoulos et al., 1997).

Os primeiros estudos da saúde envolvendo a avaliação dos serviços de saúde ocorreram por volta de 1910 e foram direcionados às práticas médicas e ao controle do exercício profissional. Os mesmos desenvolveram-se lentamente, de forma fragmentada, já que não eram considerados essenciais ao funcionamento dos serviços. A expansão da avaliação dos serviços de saúde deu-se somente após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da necessidade de monitorar a eficácia dos recursos e da tecnologia investidos na área pelo Estado (Adami, Maranhão, 1995).

Guba e Lincoln (2011) escrevem sobre as “gerações” na história da avaliação, separando-as em primeira, segunda e terceira geração. No início do século passado, no campo da educação, os alunos eram avaliados por meio de testes padronizados e individuais, a partir dos quais buscava-se aferir, individualmente, o conhecimento e a capacidade de raciocínio apresentados pelos estudantes. No campo da gestão e da administração, Taylor e Fayol lançaram bases para a racionalização de processos e mensuração da produção nas indústrias. A classificação de indivíduos por intermédio da mensuração é designada como a primeira geração da avaliação ou geração da mensuração, em que o avaliador é essencialmente um técnico que deve saber construir e usar os instrumentos que permitem medir o fenômeno estudado.

A segunda geração da avaliação é caracterizada pela descrição. Nasce a chamada avaliação de programas, que surgiu nos Estados Unidos pela identificada necessidade de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o

processo e examinar de que modo a atividade atinge (ou não) seus resultados. O avaliador cumpre a função de descritor, embora também tenham sido mantidos os aspectos técnicos anteriores para medir resultados (Guba, Lincoln, 2011).

A terceira geração da avaliação, instituída a partir do final da década de 1950, caracteriza-se pelo julgamento. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, porém é acrescentada a emissão de um juízo de valor, baseado em referenciais externos (Guba, Lincoln, 1989).

Os autores supracitados afirmam que as três gerações representaram avanços: a coleta de dados dos indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados, os quais caracterizaram a primeira geração. Entretanto, a avaliação teria estagnado nessa altura se a segunda geração não tivesse mostrado formas de avaliar aspectos não humanos, tais como programas, materiais, estratégias de ensino, padrões organizacionais e tratamentos em geral. Já a terceira geração exigiu que a avaliação fosse centrada na emissão de um juízo de valor sobre ambos o mérito do objeto avaliado (valor interno ou intrínseco) e sua importância (valor extrínseco ou contextual).

A avaliação de quarta geração, também denominada avaliação “construtivista responsiva”, termo utilizado para designar uma forma diferente de focalizar uma avaliação, isto é, de escolher os parâmetros e limites, os quais são estabelecidos a priori nas três primeiras gerações. O termo “construtivista” é usado para designar a metodologia empregada, a qual encontra suas raízes no paradigma da investigação, considerada uma alternativa ao paradigma científico (Guba, Lincoln, 2011).

Ainda segundo os autores citados acima, na avaliação responsiva as reivindicações, preocupações e questões relacionadas ao objeto de avaliação, dos grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*) servem como enfoques organizacionais (princípio para determinar quais informações são essenciais), os quais são implementados de acordo com os preceitos metodológicos do paradigma de investigação construtivista.

Os autores chamam a atenção à responsabilidade do avaliador de explicitar e abordar, durante a avaliação, as diferentes reivindicações, preocupações e questões dos diversos interessados. Em todos os tipos de avaliação a ideia de qualidade está presente, visto que sua característica nuclear é o estabelecimento de um juízo e a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positiva, é considerada de qualidade.

Tendo em vista o caráter globalizado, capitalista e competitivo da sociedade atual, a busca pela qualidade, a qual é avaliada por meio da satisfação dos usuários, constitui um

elemento de vital importância para a sobrevivência das organizações. O momento em que o usuário recebe a assistência do profissional de saúde representa um balizador por meio do qual o indivíduo define sua percepção do serviço prestado e o avalia.

A consolidação da avaliação em saúde como objeto de investigação científica, dentro do movimento que estabeleceu as intervenções em saúde, data da década de 1950. Esse campo de estudo teve um grande avanço entre as décadas de 1960 e 1970, momento em que as investigações tornaram-se progressivamente mais amplas e sofisticadas. Hoje é possível delimitá-las em três grandes grupos: avaliação tecnológica (focada na segurança, efetividade e custo de tecnologias de processo); avaliação de programas (focada em conjuntos articulados de atividades voltadas a uma população-alvo); e avaliação de qualidade (focada em serviços assistenciais de saúde) (Nemes, 2001).

Diversos significados têm sido atribuídos à palavra “qualidade”. Alguns autores classificam-na segundo a conformidade a determinadas especificações e padrões, enquanto outros relacionam-na ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços (Barbosa, 2007).

Para D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006), a qualidade nos serviços de saúde também pode ser vista como um modo de investigar falhas na rotina e nos procedimentos, levando à melhoria dos processos e resultados conforme os preceitos estabelecidos pelos órgãos reguladores. Entretanto, alerta-se que a avaliação dos serviços de saúde exige maior esforço, visto que não possui a previsibilidade das ciências exatas.

Nesse sentido, Bonato (2007) refere que a interação entre todos os recursos da instituição afeta o desempenho organizacional, porém esse processo é determinado sobretudo pelas ações humanas, as quais configuram as relações construídas durante a realização dos procedimentos, caracterizando como intangível - já que não se pode tocá-lo ou armazená-lo - o momento da assistência à saúde. A qualidade dos serviços de saúde é considerada sob a ótica do usuário, porém seu desempenho depende da atuação do profissional, a qual abrange compromisso com a organização, com os usuários e com o resultado do cuidado que desenvolve (Junqueira, Auge, 1995).

Desse modo, a fim de discutir a qualidade enquanto produto do trabalho humano, faz-se necessário compreender o indivíduo e suas percepções acerca dos fenômenos organizacionais, buscando valorizá-los e incluí-los no processo de mudança para a melhoria dos resultados de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Adami, Yoshitome, 2003).

Na atualidade, considerando-se 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 (Novaes, 2000). Nesse sentido, segundo a autora, podemos caracterizá-los como a seguir:

- 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 quasi-experimental; seu contexto é controlado; formula hipótese pontual com avaliador externo ao serviço;
- b) **Investigação avaliativa:** objetiva a tomada de decisão; prioriza a caracterização ou compreensão da realidade; desenvolve-se por método qualitativo e quantitativo situacional; em contexto natural; no intuito de formular recomendações com avaliador interno;
- c) **Avaliação para gestão:** tem como propósito 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 (Novaes, 2000).

Em síntese, o objetivo principal da pesquisa de avaliação, caracterizada no presente estudo, constitui a produção de um conhecimento necessário para a comunidade científica, o qual oriente a tomada de decisões acerca de aspectos tais como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos, e demandas externas à pesquisa (Novaes, 2000).

A pesquisa avaliativa corresponde à emissão de um julgamento acerca das práticas sociais pautadas na formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada, referente às características dessas práticas de modo geral ou em um contexto particular, por meio do recurso de metodologias científicas (Hartz, Silva, 2005).

Ademais, a pesquisa avaliativa constitui um estudo aplicado, geralmente com rigor científico e prático, a fim de descobrir elementos aplicáveis e de utilidade imediata. Dois tipos principais de pesquisa avaliativa são descritos, de acordo com seus objetivos: pesquisa formativa e pesquisa somativa (Contandriopoulos, et al., 1994).

A avaliação formativa visa a fornecer informações para adaptar e superar aspectos problemáticos ocorridos ao longo do projeto, e tem como objetivo aperfeiçoar um dado programa, diagnosticando suas fragilidades e vulnerabilidades. É também conhecida como avaliação de processo, utilizada para serviços que estejam em fase inicial de implantação.

Esse tipo de avaliação é caracterizado pela utilização de várias fontes de dados, inclusive informais, tais como relatos dos diversos atores envolvidos, pequenas pesquisas na instituição e observação do participante (Furtado, 2001).

A avaliação somativa, por sua vez, dedica-se à tomada de decisão sobre determinado programa, tomando como base uma visão global dele. Não procura aperfeiçoar meios, mas julgar se as iniciativas são ou não pertinentes às questões a que se destinam. É utilizada para deliberar acerca da continuidade ou encerramento de um projeto, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos. É também conhecida como avaliação de resultado (Contandriopoulos, 2006).

Nesse caso, a pesquisa avalia os efeitos do programa ou da intervenção em relação ao estado de saúde dos usuários, bem como as metas e resultados do programa, nível de sucesso e utilidade e a ocorrência inesperada de outros possíveis indicadores (Contandriopoulos, et al., 1994).

Atualmente, o sistema de saúde apresenta alta complexidade, portanto torna-se fundamental que as decisões sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas. Tal dinâmica exige a realização de um ciclo que envolve planejamento, execução, avaliação e ação, no sentido de readaptar os conhecimentos em função dos dados produzidos pela avaliação. A avaliação sistemática deve fazer parte da rotina dos serviços (Contandriopoulos, 2006).

De acordo com esta lógica, as avaliações devem ser implantadas e institucionalizadas em todos os níveis do sistema de saúde, a fim de gerar uma verdadeira cultura de avaliação que verifique continuamente a qualidade dos serviços oferecidos (Contandriopoulos, 2006). Esta prática constitui um importante elemento para a melhoria dos sistemas de atenção à saúde.

A pesquisa avaliativa pode ser guiada por diversas teorias científicas. É necessária uma avaliação que permita estabelecer um julgamento, uma atribuição de valor a algo, bem como a identificação da qualidade de um serviço (Novaes, 2000). Um quadro conceitual bastante utilizado para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é proposto por Donabedian. Seus componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado (Donabedian 1984; Novaes, 2000; Tanaka, 2011).

2.3.1 Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde: o modelo Donabedian

Para a avaliação dos CAPSad de uma amostra do Estado de Minas Gerais foi proposto o referencial de Donabedian (1980, 1993), apresentado acima, considerando o componente “resultado dos tratamentos oferecidos em serviços de saúde mental” como uma dimensão-chave para a garantia da eficácia desses serviços (Smith et al., 1997).

Avedis Donabedian, nascido em 1919 e falecido em 2000, foi um médico mestre em saúde pública que ficou conhecido por se dedicar ao estudo da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Seus primeiros estudos de avaliação da qualidade de serviços de saúde datam de 1960, porém atingiram notoriedade mundial a partir do final do ano de 1980, quando o autor realizou um estudo sistemático da avaliação da qualidade da atenção médica, cujo modelo foi posteriormente adaptado para a avaliação de serviços de saúde (Adami, Maranhão, 1995; Contandriopoulos, 2006).

Segundo Donabedian (1984), definir a qualidade da atenção à saúde constitui um procedimento complexo e envolve critérios determinados, em forma de juízos de valor, os quais podem ser aplicados a diferentes aspectos, propriedades, componentes ou alcances do âmbito em questão. A qualidade percebida pode ser considerada com base nas referências dos sujeitos envolvidos, os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos de acordo com suas preferências, necessidades, expectativas individuais e sociais.

No entanto, deve-se reconhecer que, dadas as características específicas do processo de saúde, nenhuma estrutura, por mais adequada que seja, garante bons resultados, e nenhuma estrutura considerada ruim os impede; nem os processos desenvolvidos com o rigor da técnica permitem contar com resultados favoráveis, tampouco a realização de processos sem qualquer cuidado necessariamente inviabiliza os resultados esperados. Trabalha-se no universo das possibilidades: uma boa estrutura favorece processos adequados que, por sua vez, aumentam a probabilidade de atingir os resultados desejados (Malik, 2006).

Nesse sentido, as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado propostas por Donabedian (1980, 1984, 1993) são caracterizadas como a seguir:

- a) Estrutura: refere-se às condições sob as quais o cuidado é fornecido, incluindo os recursos materiais, tais como facilidades e equipamentos; os recursos humanos, como número, variedade e qualificação profissional e pessoal de suporte; e as características organizacionais, tais como organização da equipe médica e de

enfermagem, presença de funções de ensino e pesquisa, tipos de supervisão e avaliação de desempenho e assim por diante;

- b) Processo: refere-se às atividades que constituem o cuidado de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do usuário/paciente, normalmente realizados pelo profissional de referência; mas também abrange outras contribuições para cuidado, particularmente dadas por usuários e seus familiares;
- c) Resultados: refere-se às mudanças (sejam elas desejáveis ou indesejáveis) em indivíduos ou populações sujeitos aos cuidados de saúde. Incluem: mudanças no estado de saúde; mudanças relativas a conhecimentos, bem como comportamentos adquiridos por usuários e familiares, os quais podem influenciar o cuidado futuro; e satisfação de usuários e familiares em relação aos cuidados recebidos e respectivos resultados.

Os indicadores de resultado foram desenvolvidos nas últimas décadas, e abrangem as medidas dos sintomas, das necessidades e das metas dos pacientes, atingidas ou não, referentes ao seu funcionamento social, qualidade de vida, percepção de mudança no cuidado e satisfação com o serviço (Moreno Küstner, González, García, 2002).

Com vistas a sistematizar a coleta de dados para a avaliação de um serviço de saúde, Hansson (2001) apresentou recomendações relacionadas ao conteúdo e à metodologia da avaliação dos resultados em serviços de saúde mental. Dentre as recomendações, chamou a atenção para a necessidade de relacionar as medidas de resultado com as medidas de estrutura e processo, como os recursos humanos, financeiros e tecnológicos utilizados, a qualidade das ações realizadas e o uso dos serviços pelos usuários.

O autor propõe uma padronização de medidas que descrevam a estrutura e os processos dos serviços, bem como o desenvolvimento de algumas medidas de resultado. Ademais, sugere que sejam investigadas a eficácia e a efetividade de ações, bem como os efeitos de aspectos específicos dos serviços. Por fim, aconselha a realização mais frequente de avaliações comparativas entre diferentes serviços.

A proposta de avaliação dos serviços de saúde mental sugerida neste estudo é direcionada para a avaliação dos CAPSad. Para tanto, serão apresentados alguns estudos avaliativos dos serviços de saúde mental realizados no Brasil.

2.3.2 Avaliação de Serviços em Saúde Mental

Embora haja uma tendência internacional à incorporação da avaliação no campo da saúde mental, sobretudo relacionada à questão da redução de custos, de modo geral essa área não possui tradição em avaliação se contrastada com outras áreas de atenção à saúde. Mesmo os procedimentos clássicos de avaliação, baseados em análise de eficácia, efetividade e eficiência são pouco utilizados (Giordano, Pereira, 2000).

A avaliação da qualidade em saúde mental parece ser conduzida por características peculiares à área. A avaliação da extensão de cobertura e de números de consultas, internações e procedimentos laboratoriais não parece, por si só, satisfazer critérios de boa qualidade em saúde mental. Todos os aspectos objetivos e materiais são, mais do que em outras áreas, perpassados pela intersubjetividade das relações entre usuários e trabalhadores, isto é, abarcam todos os envolvidos no processo de trabalho, aumentando as dificuldades já presumíveis nas operações de avaliação em serviços de saúde.

A avaliação de serviços e programas de saúde tem sido tema de diversas publicações, embora a produção de pesquisas referentes à avaliação dos serviços de saúde mental ainda seja escassa.

No que tange à avaliação em saúde mental, as pesquisas que utilizam instrumental padronizado costumam empregar como resultado uma boa prática, com indicadores indiretos - os quais vão além dos indicadores epidemiológicos - que mensurem qualidade de vida, autonomia e satisfação (Schmidt, 2007).

Nesse sentido, o desafio técnico-metodológico é construir desenhos de pesquisa, técnicas e instrumentos que não sejam artificiais a ponto de descaracterizarem as práticas e serviços estudados (Donabedian, 2003).

A OMS recomenda a utilização de uma abordagem integrativa para avaliar a qualidade dos serviços de saúde mental. Esse processo avaliativo deve incluir as perspectivas dos três principais atores envolvidos no tratamento oferecido: usuários, familiares e profissionais (Hansson, 2001; WHO, 2001).

Ainda segundo a OMS, os instrumentos utilizados para a avaliação dos serviços de saúde mental devem possuir três características básicas, a saber, apresentar facilidade de uso, contemplar todos os domínios do tratamento e possuir propriedades psicométricas e fidedignidade, o que irá permitir a comparação de resultados entre diferentes contextos e populações (WHO, 2001).

Para que os cuidados de saúde prestados sejam de boa qualidade, é necessário definir o objeto de avaliação, esclarecer as razões do procedimento, sua finalidade, o caminho metodológico que será utilizado e de que modo serão aplicadas as medidas corretivas das deficiências identificadas pelo estudo (Adami, Maranhão, 1995).

A OMS desenvolveu um estudo, em 19 países, a fim de elaborar escalas de medida para sistematizar a coleta, por meio de instrumentos adequados, de dados a serem avaliados nas múltiplas dimensões dos resultados do tratamento. Essas escalas visavam a avaliar a satisfação dos usuários, respectivos familiares e profissionais dos serviços de saúde mental (WHO, 1996).

Ademais, os pesquisadores envolvidos em avaliações na área da saúde mental devem comprometer-se ética e ideologicamente com a Reforma Psiquiátrica. Esses profissionais integram ativamente o movimento por meio do qual tornou-se possível a construção da política de saúde mental e a criação dos dispositivos extra-hospitalares, e no qual está inserido o CAPSad, foco da presente investigação.

Vive-se um momento de incentivo tanto ao aprofundamento do conhecimento dos novos dispositivos de cuidado como à busca de mecanismos adequados para acompanhá-los e realizar sua intervenção. Logo, realizar avaliações da qualidade torna-se útil no sentido de apresentar as experiências cotidianas vividas pelos profissionais, usuários e familiares nos serviços que substituem os manicômios. Trata-se de um período em que é necessário conhecer as recentes realizações e avaliar seus respectivos resultados, sobretudo no contexto dos CAPSad.

Alguns estudos avaliativos em saúde mental valeram-se da combinação de diversos atores envolvidos no serviço, tais como gestores, profissionais, usuários e familiares (Campos et al., 2009; Kantorski, 2007; Kantorski et al., 2009; Nascimento, Galvanese, 2009; Olschowski et al., 2009; Wetzel et al., 2011; Wetzel, Kantorski, 2004).

Uma pesquisa realizada nos CAPSUL - como são conhecidos os CAPS dos três Estados da região Sul do Brasil - investigou os aspectos de estrutura, processo e resultados por meio de duas etapas, uma qualitativa e outra quantitativa, as quais contaram com a participação de usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores das unidades. Neste estudo, as duas abordagens metodológicas privilegiaram diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, disponibilizou diferentes eixos para os julgamentos (Kantorski, 2007; Kantorski et al., 2009).

Outro estudo qualitativo, cujo objetivo era avaliar os modelos assistenciais de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de CAPS foi realizado nos anos de 2006 e 2007; Dados de grupos focais com diferentes interesses (trabalhadores, gestores municipais, usuários, familiares e gestores locais) foram coletados em CAPS III. Os autores identificaram pontos fortes e fracos relativos a: atenção durante a crise psíquica; articulação com a rede básica; formulação de projetos terapêuticos; gestão e organização em equipes de referência; formação educacional e sofrimento psíquico (Campos et al., 2009).

Ainda nessa linha foi realizada uma avaliação qualitativa por meio de entrevistas e observações com usuários, familiares e profissionais do serviço de CAPS da região Sul. Para tanto, utilizou-se o referencial teórico-metodológico da avaliação de quarta geração, e os autores acreditam que, além de possibilitar a problematização da atenção em saúde mental na unidade CAPS em questão, o estudo tenha contribuído para o processo emancipatório dos sujeitos envolvidos (Olschowski et al., 2009; Wetzel et al., 2011).

Em 2009 foi publicada uma pesquisa, conduzida no município de São Paulo, cujo objetivo era descrever a estrutura física, os recursos humanos e as modalidades de atenção dos CAPS. No estudo foram incluídos 21 serviços voltados ao atendimento de adultos, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os resultados mostraram que 10 dos serviços estudados haviam iniciado suas atividades como ambulatórios, os quais foram posteriormente transformados em CAPS. Nenhum serviço oferecia funcionamento diário 24 horas, e 50% deles funcionavam em imóveis alugados, com instalações físicas inadequadas, sobretudo para atendimentos grupais. As atividades desempenhadas nos CAPS foram heterogêneas, com maior valorização das atividades grupais desenvolvidas com usuários dentro dos CAPS e pouca integração aos outros equipamentos de saúde. O perfil das atividades relacionou-se à distribuição regional dos serviços (Nascimento, Galvanese, 2009).

Por fim, mais um estudo avaliativo aponta o atendimento à crise como um elemento frágil da assistência realizada no CAPS, o que muitas vezes leva o usuário à internação, provocando a ruptura do processo de vinculação do indivíduo com o serviço (Wetzel, Kantorski, 2004).

Outro aspecto avaliado pelos estudos foi o trabalho em rede de atenção em saúde mental, uma vez que a dificuldade de desempenhá-lo representa um dos principais obstáculos para a consolidação dos princípios da RPB (Campos et al., 2009; Kantorski et al., 2009; Nascimento, Galvanese, 2009).

Desse modo, uma das metas a ser alcançada pelos CAPS é a função de união e organização da rede local dos serviços de saúde mental (Campos et al., 2009). Os resultados dessa pesquisa apontaram para a necessidade de revisar a gestão do cuidado, a fim de possibilitar a promoção e reinserção dos usuários – resgatando sua autonomia e cidadania – por meio do fortalecimento do trabalho em rede, o qual constitui um dos pilares da atenção em saúde mental (Kantorski et al., 2009; Lima, 2013).

Nesse sentido, entende-se que a proposta da RPB não deve restringir-se somente à criação de serviços extra-hospitalares unicamente. Os dispositivos em questão tem de substituir não apenas as internações, mas também o modelo manicomial culturalmente construído, de modo a incorporar novas tecnologias de intervenção ao contexto do sofrimento psíquico, aqui especialmente, naquele decorrente do uso abusivo de drogas.

Desse modo, é necessário averiguar a opinião e as percepções dos usuários a fim de que possa ser analisada a qualidade da assistência prestada. A satisfação dos usuários e a percepção de mudanças ocorridas ao longo do tratamento são portanto consideradas aspectos fundamentais no processo avaliativo, o qual desempenha um papel importante na medida em que acompanha a transição do modelo de atenção hospitalar para a consolidação do modelo de assistência na comunidade.

O estudo realizado por Kantorski et al (2009) avaliou o construto da satisfação dos profissionais, usuários e familiares em relação aos CAPS da região Sul do Brasil. Outros estudos avaliaram a satisfação (SATIS-BR) entre os membros da equipe técnica dos serviços de saúde mental (Bandeira, Ishara, Zuardi, 2007; Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012; Pelisoli, Moreira, Kristensen, 2007; Pinho, 2014, Rebouças et al., 2008; Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Mais estudos avaliativos da satisfação e percepção de mudança dos usuários com relação ao tratamento oferecido pelos serviços de saúde mental foram conduzidos (Lima, 2013; Pinho, 2014; Silva et al., 2012; Tarifa, 2014). Por sua vez, outros estudos avaliaram isoladamente a satisfação dos usuários e familiares (Bandeira et al., 2011a; Bandeira et al., 2002; Bandeira, Pitta, Mercier, 2000b; Bandeira, Silva, 2012; Camilo et al, 2012; Campos, 2014; Heckert, Teixeira, Trindade, 2006; Miranda, Souza, Ferreira, 2014; Santos, Cardoso, 2014) e a mudança percebida (Andrade et al., 2012; Bandeira et al., 2011b; Bandeira, Felício, Cesari, 2010; Franzmann, 2014). Por fim, o estudo avaliativo de Costa et al (2011) comparou a percepção de mudança entre os usuários e respectivos familiares.

Cabe evidenciar que são escassos na literatura científica nacional os estudos avaliativos das dimensões de Estrutura, Processo e Resultados que privilegiam os CAPSad II e III como cenário publicados, o que faz urgir o desenvolvimento de pesquisas avaliativas que estabeleçam e apontem indicadores de resultados para a averiguação desses serviços.

2.4 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS: SATISFAÇÃO E MUDANÇA PERCEBIDA

Diversas vantagens para a incorporação das medidas de satisfação na avaliação dos resultados do tratamento são descritas na literatura (Hasler et al., 2004). Nesse sentido, a satisfação dos usuários constitui um importante indicador de qualidade da atenção, pois define até que ponto os cuidados corresponderam às suas expectativas (Silva et al., 2012).

Em relação ao conceito de satisfação dos usuários, a literatura critica a incapacidade de se apresentar um modelo teórico razoavelmente consistente que dê conta de sua complexidade. Assim sendo, não há um consenso em relação à definição desse construto, o que gera diferentes abordagens metodológicas (Esperidião, Trad, 2006).

Para os autores, o conceito mais utilizado - e adotado neste estudo - considera a satisfação como uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada na percepção subjetiva de ordem cognitiva e afetiva. Dessa forma, o usuário realiza a avaliação do serviço com base em uma comparação entre experiência vivida e critérios subjetivos. Esses critérios incluem a combinação dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência vivida em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo aceitável a ser alcançado da qualidade dos serviços.

Em geral, as pesquisas que utilizam a avaliação da satisfação com os serviços de saúde mental valem-se de escalas e questionários padronizados que começaram a surgir a partir do ano de 1983, quando o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra publicou o relatório *Griffith*, o qual recomendava a análise das percepções dos usuários e da comunidade na avaliação dos serviços públicos de saúde, destacado por Uchimura, Bosi, 2002 (como citado por Cesari, Bandeira, 2010; Costa et al., 2009).

Alguns países têm realizado estudos sobre a satisfação dos usuários e respectivos familiares em relação aos instrumentos padronizados, os quais possuem propriedades psicométricas adequadas. Dentre os instrumentos validados destacam-se o *Client Satisfaction Questionnaire*, o *Service Satisfaction Scale 30* e o *Verona Service Satisfaction Scale*, que avalia a satisfação tanto do usuário como dos respectivos familiares (Costa et al., 2009).

No contexto brasileiro, o primeiro programa de avaliação dos serviços de saúde mental foi direcionado aos hospitais psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria em 2002. A partir de 2004 esse programa passou a ser reformulado, e foi então denominado Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), reforçando a relevância da medida de satisfação no processo avaliativo nos serviços de saúde. O PNASS baseou-se nas dimensões de avaliação - estrutura, processos e resultados - propostas por Donabedian, as quais relacionam-se ao risco, acesso e satisfação dos indivíduos frente aos serviços de saúde (Brasil, 2007b).

No Brasil, foram validadas as escalas de satisfação com os serviços de saúde mental (SATIS-BR), nas versões para o usuário, familiar e profissional, com base em escala canadense anteriormente validada (Bandeira et al., 2002; Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a; Bandeira, Pitta, Mercier, 2000b; Bandeira, Silva, 2012).

No que concerne à análise de contingência interna, realizada por meio do cálculo de alfa de Cronbach para a escala global e as subescalas da escala canadense, foram obtidos bons índices psicométricos. Na versão brasileira, por outro lado, na primeira tentativa de validação do instrumento a amostra reduzida constituiu limitação do estudo e impossibilitou a realização de análise fatorial da escala. Posteriormente, o estudo voltou a ser realizado e, em 2012, comprovou consistência interna tanto para a escala global como para as subescalas (Bandeira, Silva, 2012)

Segundo Mercier et al. (2004), no que tange aos estudos de avaliação dos resultados dos serviços de saúde mental, as medidas de satisfação por si só não se mostraram suficientes para avaliar a qualidade do ponto de vista dos usuários. Uma vez que constituem apenas um dos elementos de sua percepção nas circunstâncias em questão. Desse modo, outros aspectos além da satisfação devem ser avaliados nos resultados, como a medida da percepção de mudança pelos usuários acerca dos efeitos do tratamento.

Nesse sentido, a medida de percepção de mudanças decorrentes do tratamento começou a ser realizada recentemente no Canadá, por intermédio do instrumento denominado *Questionnaire of Perceived Changes*, uma escala que avalia as mudanças percebidas pelo usuário - não incluindo a percepção dos familiares - em função do tratamento recebido no serviço de saúde mental. Essa medida refere-se à percepção de mudança em diversos aspectos da vida dos usuários, tais como condição clínica, bem-estar físico, autonomia, bem-estar psicológico e vida em geral (Mercier et al., 2004).

A adaptação transcultural brasileira do *Questionnaire of Perceived Changes* foi

denominada escala EMP. A escala EMP possui duas versões: uma destinada aos usuários e outra destinada aos seus familiares. A primeira avalia as mudanças percebidas pelos pacientes, a partir de seu ponto de vista, em função do tratamento recebido. A segunda avalia as mudanças percebidas nos pacientes em função do tratamento, porém sob a perspectiva dos seus familiares. Ambas as escalas apresentaram consistência interna, estabilidade temporal e validade convergente, sendo consideradas adequadas para a mensuração nos serviços em saúde mental (Bandeira et al., 2011b).

Sendo assim, a utilização da medida de percepção de mudança pelos próprios usuários na avaliação de resultados em serviços de saúde mental apontou diversas vantagens tanto do ponto de vista clínico como do ponto de vista da gestão desses serviços. Essa medida pode fornecer informações importantes, mostrando quais áreas da vida do paciente estão mudando - para melhor ou para pior - ou não em decorrência do tratamento recebido (Mercier et al., 2004).

Desse modo, tais informações podem ser úteis para orientar os profissionais quanto às intervenções terapêuticas utilizadas, demonstrando se o tratamento está atingindo seus objetivos e quais elementos não estão apresentando mudanças, portanto exigindo novas intervenções (Andrade et al., 2012; Lima, 2013).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura, o processo e o resultado das práticas assistenciais desenvolvidas em uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais junto aos profissionais, usuários e familiares, bem como averiguar a mudança percebida pelos usuários em decorrência do tratamento e as variáveis associadas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as variáveis relativas à estrutura, ao processo, aos resultados e ao perfil sociodemográfico e econômico, junto aos profissionais, usuários e familiares de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais;
- b) Mensurar, por meio da Escala EMP, as mudanças percebidas na vida dos usuários;
- c) Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, do processo e do resultado, relacionando-as à escala EMP dos usuários nos CAPSad em estudo.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com delineamento transversal, destinada a avaliar dados referentes à estrutura, processo e resultados das práticas assistenciais desenvolvidas por CAPSad do Estado de Minas Gerais, junto aos coordenadores, profissionais, usuários e respectivos familiares. Este estudo recebeu apoio financeiro do Programa de Apoio à Qualificação da Universidade Federal de Uberlândia para a coleta de dados (QUALI-UFU) (Processo nº 03/2014).

O trabalho - aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP (processo n. 1001/2011), registrado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (ANEXO 1) - integra o projeto matricial denominado “Metodologias de avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas”, o qual foi delineado para avaliar o serviço oferecido pelos CAPSad do Estado de São Paulo.

A presente pesquisa busca realizar uma avaliação tradicional de políticas sociais, e, para tanto, lança mão de instrumentos quantitativos e da análise das estruturas, processos e resultados dos programas (Minayo et al, 2006).

Os estudos designados seccionais ou de delineamento transversal valem-se de amostras representativas de uma população ou comunidade, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Tais estudos desempenham um papel importante na realização de diagnósticos da saúde comunitária local, uma vez que avaliam individualmente o estado de saúde dos membros do grupo (Rouquayrol, Gurgel, 2013).

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico proposto por Donabedian foi adotado para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa (1980, 1984, 1993), acreditando-se que, por abarcar as dimensões de estrutura, processo e resultado, possa propiciar a explicitação de questões referentes à satisfação dos usuários e respectivos familiares. Desse modo, buscamos articular as três dimensões supracitadas e a construção do modelo lógico para a avaliação dos serviços.

4.2.1 Modelo Lógico da pesquisa avaliativa

O desenho do modelo lógico é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação de programa, sendo muitos os caminhos possíveis para sua construção (Rowan, 2000). Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais (Medina et al, 2005).

O modelo lógico é utilizado para explicitar, por meio de um esquema visual, a teoria de um programa que parte da descrição de recursos, das atividades e da forma como esses elementos se concretizam em resultados esperados. O modelo lógico compreende, portanto, a definição de elementos descritivos, que especificam os processos causais supostamente capazes de responder ao problema, e os elementos prescritivos, relativos aos componentes e atividades necessários à implementação efetiva do programa (Hartz, Silva, 2005).

O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos gerentes e demais grupos implicados, seja manifestada por especialistas e por inclusões de informações de pesquisas, o que leva a uma maior possibilidade de construção de acordos entre os componentes do programa e os resultados da avaliação (Rowan, 2000).

O modelo lógico deste estudo avaliativo foi elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (GEAD-EEUSP), composto por membros de diferentes formações (enfermeiros, estudantes de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores físicos). O modelo lógico é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo lógico para atenção em saúde mental no CAPSAd, 2014.

Fonte: Projeto “Avaliação dos CAPSAd do Estado de Minas Gerais”.

4.2.2 Descrição do modelo lógico

O modelo de avaliação proposto neste estudo foca, no projeto matricial, os seguintes planos:

- Estrutura: será avaliada a estrutura física, os recursos materiais e humanos, além do plano organizacional referente às políticas públicas locais para os CAPSAd dos Estados de São Paulo e Minas Gerais; as relações e a articulação dos CAPSAd com os serviços de referência e contrarreferência na RAPS; registro de atendimentos

em prontuários; o processo de implantação dos serviços por meio do PTI e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário.

- b) Processo de trabalho: será avaliado em relação à adequação dos CAPSad no território, as práticas assistenciais, a frequência das atividades, a realização de assembleias, a satisfação dos trabalhadores de saúde e as condições de trabalho. Os pesquisadores consideraram possível a realização das seguintes práticas assistenciais nos CAPSad: tratamento psicofarmacológico; visitas domiciliárias (VD) e/ou buscas ativas de usuários que evadiram do serviço; atividades individuais e grupais; ações no território; atendimento familiar individual e participação em grupos de família; parcerias intersetoriais que possibilitem aos usuários a satisfação de necessidades nas dimensões do morar, do habitar, do trabalho e das relações sociais; oficinas terapêuticas e de geração de renda.
- c) Na avaliação dos resultados relacionados à saúde espera-se que ocorra a redução dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, pela via da RD ou abstinência, além da diminuição no número de internações. Espera-se também que ocorram mudanças, na percepção dos usuários e respectivos familiares, decorrentes do tratamento.

4.3 LOCAIS DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em 13 CAPSad pertencentes às macrorregiões do Estado de Minas Gerais, o qual está situado na região Sudeste do Brasil e possui 853 municípios, com uma estimativa populacional, em 2009, de 20.033.665 habitantes. O Estado apresenta grande disparidade quanto à distribuição de sua população. Cerca de 57% dos seus municípios são de pequeno porte e apresentam população com menos de 10 mil habitantes, ao passo 40% deles apresentam população com mais de 10 mil habitantes e menos de 100 mil habitantes. Apenas 27 deles (3%) apresentam densidade populacional acima de 100 mil habitantes (Malachias, Leles, Pinto, 2010).

Os mesmos autores apontam que as desigualdades regionais apresentam reflexos semelhantes na área da saúde, uma vez que há maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e ao sul do Estado. As desigualdades regionais e socioeconômicas em questão têm estimulado o governo a adotar políticas que as reduzam por meio de planos intersetoriais, voltados sobretudo para o desenvolvimento

econômico e a geração de renda e emprego, com ênfase para as regiões Norte e do Jequitinhonha/Mucuri. Desse modo, foi elaborado um Plano Diretor de Regionalização da Saúde em 13 macrorregiões, conforme visualizado na Figura 2.

Figura 2 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Fonte: Centro de Planejamento – (AGE SES/SMACSS/DEAA, 2014).

A escolha das 13 macrorregiões para o estudo foi condicionada por um sorteio aleatório simples de um CAPSad por macrorregião e concentrações de serviços do Estado. O critério de inclusão dos CAPSad/macrorregião foi que estivessem credenciados pelo MS e funcionando há pelo menos um ano. O sorteio da amostra foi realizado em julho de 2013, após a conclusão do exame de qualificação. A seleção dos serviços foi aleatória, para que pudessem ser analisados CAPSad localizados nas diferentes regiões do Estado de Minas Gerais.

Quando foi realizado o sorteio, duas das macrorregiões ainda não contavam com a existência de CAPSad. Com o objetivo de atingir a amostra mínima requerida de CAPSad, de acordo com o critério de inclusão, o sorteio dos serviços foi realizado em janeiro de 2015. A distribuição dos locais de estudo por macrorregião/município e a data de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES – DATASUS) são apresentadas na Figura 3.

Figura 3 - Distribuição dos locais de estudo por macrorregião/município do Estado de Minas Gerais, de acordo com o CNES, 2015.

Macrorregião	Municípios	Data - CNES
Centro/ Belo Horizonte	CAPSad II Belo Horizonte	08/05/2002*
Centro Sul	CAPSad III Conselheiro Lafaiete	11/02/2009*
Jequitinhonha	CAPSad II Diamantina	05/10/2011*
Leste	CAPSad III Governador Valadares	24/11/2009*
Leste do Sul	CAPSad II Manhuaçu	02/10/2012*
Nordeste	CAPSad II Teófilo Otoni	11/01/2014**
Noroeste	CAPSad II Patos de Minas	04/01/2014**
Norte	CAPSad II Montes Claros	31/03/2005*
Oeste	CAPSad III Oliveira	20/07/2010*
Sudeste	CAPSad III Juiz de Fora	19/05/2007*
Sul	CAPSad II Poços de Caldas	21/11/2010*
Triângulo do Norte	CAPSad II Uberlândia	07/08/2008*
Triângulo do Sul	CAPSad III Uberaba	17/05/2004*

Notas: *sorteio realizado em julho de 2013 **sorteio realizado em janeiro de 2015

Fonte: Projeto “Avaliação dos CAPSad do Estado de Minas Gerais”.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A participação no estudo foi composta por profissionais técnicos, usuários e respectivos familiares atendidos em uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais.

A amostra dos usuários e familiares foi do tipo “aleatória simples”, sem reposição, calculada com base no estudo-piloto, conforme os domínios da escala SATIS-BR, com nível de significância de 5%. Uma amostra aleatória simples consiste na escolha de n indivíduos de uma população, isto é, os participantes são sorteados de modo que todos apresentem a mesma chance de serem selecionados (Moore, McCabe, Craig, 2014).

Os escores da escala de satisfação SATIS-BR variam de 1 a 5. O Desvio Padrão (DP) mais alto dos domínios do questionário SATIS-BR foi estimado em 0,8, valor a partir do qual calculou-se o tamanho adequado da amostra. Definiu-se a precisão da estimação com um intervalo de confiança de 95% em um erro padrão de 0,0215.

Desse modo, para estimar a média de satisfação da avaliação dos serviços dos CAPSad calculou-se o tamanho amostral de 390 para cada grupo (30 para cada um dos 13 CAPSad

selecionados). O cálculo para definir o tamanho amostral tomou como base a circunscrição municipal. A fórmula fundamentou-se em um cálculo cuja margem de erro é representada por $Z * \text{Erro Padrão}$, definido pelos autores (Baldi, Moore, 2013).

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

Para garantir que a escolha dos usuários fosse aleatória, utilizou-se o aplicativo online *Stat Trek*, que produz números aproximadamente aleatórios.¹

Sendo assim, a amostra do estudo englobou 30 usuários, 30 familiares e todos os trabalhadores dos 13 CAPSad avaliados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão de participantes

Para que pudessem participar do estudo, os profissionais da equipe técnica dos CAPSad deveriam ter no mínimo um ano de experiência no serviço. Foram excluídos aqueles que recusaram participar e os que, no período da coleta de dados, estavam afastados por licença médica, maternidade, prêmio e outros.

Para estabelecer o período de um ano de experiência no serviço, os autores levaram em conta a justificativa dada por outro estudo avaliativo realizado no CAPS dos Estados da região Sul entre os anos de 2006 e 2009. Nele, os autores consideraram como técnico-cientificamente capacitados os profissionais inseridos no processo de trabalho dos CAPS há pelo menos um ano (Kantorski, 2007).

Foram contemplados os seguintes critérios de inclusão para os usuários dos CAPSad: indivíduos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, decorrentes do uso abusivo e da dependência ao álcool e/ou outras drogas, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos da amostra os usuários que haviam sido cadastrados/haviam iniciado a participação nas atividades dos CAPSad há menos de seis meses.

Foram incluídos no estudo os familiares com mais de 18 anos de idade indicados pelos usuários dos CAPSad. Foram excluídos da amostra os familiares que recusaram participar da pesquisa e aqueles com os quais não foi possível fazer contato após no mínimo cinco tentativas (via profissionais do CAPSad, telefone e VD).

A Figura 4 ilustra a amostra de participação dos sujeitos de pesquisa no estudo.

¹ Disponível em <http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>

Figura 4 - Fluxograma da participação dos sujeitos de pesquisa

Nota: em “perdas” incluem-se os indivíduos excluídos do banco de dados.

Assim, a amostra final foi composta por 257 profissionais, 330 usuários e 275 familiares, totalizando 862 entrevistados. Houve perda amostral de 25 trabalhadores, considerando que 11 estavam em licença, em férias ou afastados durante o período de coleta de dados, ao passo que seis recusaram participar da pesquisa, 108 apresentavam menos de um ano de experiência em serviços do CAPSad e 19 estavam alocados em outro serviço ou não puderam ser contatados.

Para os usuários a perda foi de 60, visto que oito recusaram participar, 14 estavam internados, quatro não apresentavam boas condições clínicas no período da coleta, 13 não compareceram à entrevista e 21 não puderam ser contatados mesmo após um mínimo de cinco tentativas (via profissionais do CAPSad, telefone e VD), atitude caracterizada pelos serviços como abandono do tratamento.

No campo das perdas referentes aos familiares: 21 usuários recusaram indicar familiares, 18 usuários não possuíam vínculo familiar, oito familiares recusaram participar, 12 familiares não compareceram à entrevista e 56 não puderam ser contatados mesmo após um mínimo de cinco tentativas (via profissionais do CAPSad, telefone e VD), totalizando 115 perdas.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2014 a abril de 2015. Após a listagem dos nomes dos CAPSad sorteados e a autorização dos Secretários de Saúde/Coordenadores de Saúde Mental dos municípios, do diretor clínico da Universidade Federal de Uberlândia e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospitalar de

Minas Gerais para a coleta de dados (ANEXOS 2 a 14), foram contatadas as coordenações dos CAPSad. Reuniões foram então agendadas em dias e horários convenientes ao funcionamento dos serviços com os coordenadores dos CAPs, a fim de se explicar o propósito da pesquisa direcionada a toda a equipe de profissionais dos serviços.

Após as reuniões foi solicitada uma lista de usuários ativos no serviço, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o sorteio da amostra pelo programa *Stat-Trek*. A lista dos usuários sorteados foi então encaminhada aos coordenadores e profissionais técnicos de cada CAPSad, os quais retornavam-na para a pesquisadora com os dados de contato de cada usuário (número do prontuário, telefone e endereço). Os usuários foram contatados por telefone ou pessoalmente no CAPSad.

Com vistas a atender aos objetivos propostos, os dados foram obtidos por meio da técnica de entrevista estruturada - e o entrevistador possuía domínio e conhecimento do conteúdo do trabalho a ser executado -, sem que tenha havido interferências nas respostas. As entrevistas foram conduzidas em locais livres de barulhos e circulação de pessoas.

Parte do instrumento de coleta de dados dos usuários refere-se a informações contidas no prontuário. A coleta de dados foi realizada após a entrevista e a autorização de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nenhum usuário proibiu a utilização da coleta de dados no prontuário.

As datas, horários e locais para agendamento das entrevistas com os profissionais, usuários e familiares foram estabelecidos de acordo com a programação das atividades de cada CAPSad ou conforme a disponibilidade dos entrevistados. Na maioria das vezes, as entrevistas ocorriam antes dos atendimentos individuais dos profissionais de nível superior ou após as atividades em grupo/oficinas.

A maior parte dos usuários (310 sujeitos) foram entrevistados no CAPSad. Entretanto, em alguns casos foi necessário conduzir as entrevistas por VD mediante autorização prévia, ou ainda em outros serviços (como comunidades terapêuticas, hospitais gerais, psiquiátricos e presídios), pela impossibilidade física de os usuários se deslocarem até o CAPSad. O agendamento das entrevistas nestes locais obteve autorização prévia dos responsáveis pelas instituições, após o contato dos coordenadores dos CAPSad e o consentimento dos participantes. Nesses casos, foram nove os sujeitos entrevistados no próprio domicílio, cinco em sistema prisional, quatro em hospitais gerais/psiquiátricos e dois em comunidade terapêutica.

Grande parte dos familiares indicados pelos usuários também foram entrevistados no próprio CAPSad após agendamentos prévios (205 sujeitos). No entanto, alguns participantes foram entrevistados em outros locais ou por telefone, após agendamento e autorização prévia. Os motivos para a realização da coleta de informações fora do CAPSad foram o não comparecimento às entrevistas previamente agendadas ou a justificativa de impossibilidade física/trabalho para o deslocamento. Assim, 36 familiares foram entrevistados em domicílio, dois parcialmente no CAPSad e parcialmente no domicílio, 28 por telefone e quatro no próprio trabalho, após gravação do TCLE, nos casos das entrevistas conduzidas por telefone.

A impossibilidade, após no mínimo cinco tentativas, de agendar horário para entrevistas com usuários e familiares constituiu perda amostral. O mesmo ocorreu com os casos em que o contato foi efetuado, porém seguido de ao menos três cancelamentos.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por 31 colaboradores (profissionais de saúde, estudantes de graduação e pós-graduação dos cursos de enfermagem, psicologia, medicina e serviço social) das Universidades de cada município participante.

Compuseram a equipe de colaboradores estudantes das seguintes universidades: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Universidade Federal de Ouro Preto, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Vale do Rio Doce, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Estadual de Montes Claros, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Poços de Caldas e Universidade Presidente Antônio Carlos - Teófilo Otoni.

O contato com os colaboradores foi realizado pela pesquisadora, com o apoio de docentes e tutores dos estágios das universidades envolvidas, e também de profissionais e coordenadores dos CAPSad participantes.

Aqueles que manifestaram interesse em colaborar com a coleta de dados passaram por um treino teórico de quatro horas com a pesquisadora, a fim de que fossem discutidos os objetivos da pesquisa, a técnica de entrevista, o registro dos dados e afins. Antes do início da coleta de dados propriamente dita, os colaboradores acompanharam a pesquisadora nas primeiras semanas de entrevistas. Cabe advertir que todas as entrevistas conduzidas pelos colaboradores foram coordenadas pela pesquisadora do início ao fim.

A aplicação dos instrumentos aos profissionais, usuários e familiares teve uma duração média de 60 minutos, incluindo a apresentação e a leitura dos TCLE.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de três instrumentos adaptados pelos pesquisadores após o estudo-piloto com profissionais, usuários e familiares. Os instrumentos foram construídos com base na PT n.336/2002 do MS e por meio das Escalas de Satisfação - SATIS-BR e da escala EMP (Bandeira et al. 2002; Bandeira, Felício, Cesari, 2010; Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a; Bandeira, Silva, 2012) e da escala EMP (Bandeira et al., 2011b; Mercier et al., 2004) (APÊNDICES 4 a 6).

4.6.1 Escala de satisfação dos profissionais de saúde mental – SATIS-BR

A escala SATIS-BR foi originalmente desenvolvida pela Divisão de Saúde Mental da OMS e, posteriormente, validada para o Brasil no ano de 2000. A versão da escala é do tipo *likert*, e contém 32 itens quantitativos que compõem a escala propriamente dita, os quais são utilizados no cálculo do grau de satisfação dos profissionais com o serviço. O cálculo é feito pela média (1 a 5) das respostas obtidas para os 32 itens quantitativos. Quanto mais próximo de 5 é o escore das respostas, maior é a satisfação com o serviço (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a).

A escala SATIS-BR apresenta quatro fatores, nomeados “satisfação da equipe com a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes – Fator 1”, itens 30, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41 e 53; “satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço – Fator 2”, itens 6, 8, 19, 21, 23, 25 e 27; “satisfação da equipe em relação às condições de trabalho no serviço - Fator 3”, itens 28, 29, 31, 32, 42, 43, 55, 56, 57 e 58 e “satisfação da equipe a respeito do seu relacionamento no serviço - Fator 4”, itens 10, 17 e 18.

Essa escala foi originalmente concebida para ser preenchida pelos próprios membros da equipe, sem que para tanto fosse necessário realizar entrevistas. No entanto, optou-se pelas entrevistas em razão das características e da preferência dos participantes. Os valores de alfa de Cronbach da escala apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,89$), considerada ideal para este tipo de avaliação (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a).

4.6.2 Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental – SATIS-BR

A escala SATIS-BR foi originalmente desenvolvida pela OMS, e sua última versão foi validada para o Brasil em 2012. O cálculo é feito pela média (1 a 5) das respostas obtidas para os 12 itens quantitativos. Quanto mais próximo de 5 for o escore das respostas dos participantes, maior é a satisfação com o serviço (Bandeira, Silva, 2012).

Essa escala apresenta três fatores, nomeados “Grau de satisfação dos pacientes com relação à competência e compreensão da equipe a respeito do seu problema – Fator 1”, itens 1” 6, 8, 9, 11, 14, 20, 21; “Grau de satisfação dos pacientes com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço – Fator 2”, itens 5, 16 e 17 e “Grau de satisfação dos pacientes com relação às condições físicas e conforto do serviço - Fator 3”, itens 25 e 26.

Os resultados obtidos na análise de alfa de Cronbach para a escala global e seus subfatores mostram que ela possui elevada consistência interna. Essa escala foi originalmente concebida para ser aplicada no contexto de uma entrevista conduzida por um entrevistador previamente treinado para atingir o objetivo proposto (Bandeira, Silva, 2012).

4.6.3 Escala de satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental – SATIS-BR

A escala SATIS-BR foi originalmente desenvolvida pela OMS e validada por Bandeira e colaboradores em 2002 para uso no contexto brasileiro. A versão abreviada da escala, objeto do presente estudo, contém oito itens quantitativos que compõem a escala propriamente dita, os quais são utilizados no cálculo do grau de satisfação dos familiares com o serviço. O cálculo é feito pela média (1 a 5) das respostas obtidas para os oito itens quantitativos. Quanto mais próximo de 5 for o escore das respostas, maior é a satisfação com o serviço (Bandeira et al., 2002).

Essa escala apresenta três fatores, nomeados “Grau de satisfação dos familiares com relação aos resultados do tratamento – Fator 1”, cuja média é calculada a partir das respostas às questões 33, 34 e 48; “Grau de satisfação dos familiares com relação à acolhida e competência da equipe – Fator 2”, avaliado pela média das questões 30, 31 e 41; e “Grau de satisfação dos familiares com relação à privacidade e confidencialidade no serviço - Fator 3”, cuja média é calculada a partir das respostas às questões 35 e 36.

Os resultados obtidos na análise de alfa de Cronbach para a escala global e seus subfatores mostram que ela possui elevada consistência interna. Essa escala foi originalmente

concebida para ser aplicada no contexto de uma entrevista conduzida por um entrevistador previamente treinado para atingir o objetivo proposto (Bandeira, Felício, Cesari, 2010).

4.6.4 Escala de Mudança Percebida pelos Pacientes (EMP - paciente)

A escala EMP-paciente tem o objetivo de avaliar os resultados relativos ao tratamento recebido em serviços de saúde mental, a partir da ótica da mudança percebida pelos próprios usuários. Essa escala foi validada e adaptada em 2011 para o Brasil, a partir da escala original canadense elaborada por Mercier e colaboradores em 2004. Uma versão mais recente dessa escala foi denominada “Perceived Improvement Interview” por Perreault et al. (2010) (Bandeira et al, 2011b).

A escala EMP-paciente possui 19 itens quantitativos, considerando que 18 deles estão agrupados em três subescalas: “Atividades e Saúde Física”, “Aspectos Psicológicos e Sono” e “Relacionamentos e Estabilidade Emocional”. O 19º item é global e avalia como o paciente percebe, em geral, os efeitos surtidos desde o início do tratamento. Os itens que compõem as três subescalas são: “Subescala 1” 7, 8, 10, 11, 15, 16, 17 e 18; “Subescala 2” 1, 2, 4, 5, 6 e 9; “Subescala 3” 3, 12, 13 e 14. Essa escala é do tipo *Likert* de 3 pontos, sendo 1. Pior do que antes, 2. Sem mudança, 3. Melhor do que antes. Quanto mais próxima de 3 é a média das respostas dos participantes, melhor é a percepção de mudança (Bandeira et al, 2011b).

De acordo com os autores acima, a escala EMP-paciente apresenta adequadas propriedades psicométricas de fidedignidade e de validade. Os valores de alfa de Cronbach dos fatores foram de 0,78, 0,67 e 0,55, respectivamente, enquanto o valor total foi de 0,84. A escala foi originalmente concebida para ser aplicada no contexto de entrevistas cujas questões possam ser compreendidas e adequadamente respondidas pelo paciente, isto é, o paciente deve encontrar-se fora de crise, em condição clínica estável (Bandeira et al, 2011b).

4.6.5 Escala de Mudança Percebida pelos Familiares (EMP-familiares)

A escala EMP-familiar tem o objetivo de avaliar mudanças percebidas pelos usuários por meio da perspectiva dos familiares em decorrência do tratamento recebido em serviços de saúde mental. Essa escala, semelhante à escala EMP-paciente, também possui 19 itens quantitativos, considerando que 18 deles estão agrupados em quatro subescalas: “Ocupação”, “Dimensão Psicológica”, “Relacionamentos” e “Saúde Física”. Os itens que compõem as

quatro subescalas são: “Subescala 1” - 8,15,16,17 e 18; “Subescala 2” - 1, 2, 3, 4, 5 e 6; “Subescala 3” - 12, 13 e 14 e “Subescala 4” - 7,9,10 e 11 (Bandeira, Felicio, Cesari, 2010).

A escala EMP-familiar apresenta adequadas propriedades psicométricas de fidedignidade e de validade ($\alpha = 0,85$). Foi originalmente concebida para ser aplicada no contexto de entrevistas cujas questões possam ser compreendidas e devidamente respondidas pelos familiares, isto é, os familiares devem encontrar-se em boas condições clínicas e mentais (Bandeira et al, 2011b).

4.6.6 Variáveis do instrumento de coleta de dados dos profissionais

O instrumento de coleta de dados dos profissionais foi constituído por variáveis sociodemográficas e relacionadas às dimensões de avaliação da estrutura, processo e resultado.

As variáveis sociodemográficas, econômicas e de trabalho selecionadas para o estudo foram:

- **Idade:** autodeclarada pelo participante.
- **Sexo:** categorizado em masculino e feminino.
- **Situação conjugal:** categorizado em solteiro, casado ou união estável/amasiado, separado/divorciado e viúvo.
- **Escolaridade:** categorizado em ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/curso técnico incompleto, ensino médio completo/curso técnico completo, ensino superior incompleto e completo, pós-graduação incompleta e completa.
- **Renda mensal no último mês no CAPSad:** categorizado em salários mínimos: um a três, quatro a sete, oito a 11, 12 a 15 e acima de 16 salários mínimos.
- **Tempo de trabalho em CAPSad e tempo de trabalho nesse CAPSad:** categorizado em: um ano, entre dois e quatro anos, entre cinco e sete anos, entre oito e 10 anos e mais de 10 anos.
- **Turno de trabalho em CAPSad:** categorizado em dia, noite, revezamento semanal, parte dia e parte noite.
- **Possui outro vínculo trabalhista:** resposta dicotômica – não e sim.
- **Realiza curso de atualização:** resposta dicotômica – não e sim.

As variáveis relacionadas às dimensões de estrutura, processo e resultado foram:

- **Tipo de serviço:** categorizado em: CAPSad II, CAPSad estendido e CAPSad III.
- **Adequação quanto aos itens da estrutura do CAPSad:** ventilação, iluminação, higiene, área física, exaustores para ventilação, saída de emergência, mangueira para incêndio, proteção nas máquinas, extintores de incêndio, ar-condicionado e ventilador: resposta dicotômica – não e sim.
- **Variáveis da estrutura física e segurança no trabalho:** falta de ferramenta adequada, falta de segurança, risco permanente de morte e outros incômodos: resposta dicotômica – não e sim.
- **Sofreu acidente de trabalho nos últimos seis meses:** resposta dicotômica – não e sim.
- **Condições de trabalho no CAPSad:** foram categorizados em pioraram, não mudaram, melhoraram pouco e melhoraram muito.
- **Recursos humanos:** autodeclarado. Categorizado em: profissionais de nível superior (assistente social, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, mediador de conflitos, médico clínico e psiquiatra, nutricionista/hoteleiro, psicólogo e terapeuta ocupacional); profissionais de nível técnico (artesão/trabalhador de oficina, técnico/aux. administrador, técnico educacional, técnico/aux. enfermagem, técnico em farmácia); e outros profissionais (segurança/vigilância e serviços gerais).
- **Variáveis relacionadas à existência de referência e organização da RAPS nos CAPSad:** retaguarda para urgência psiquiátrica, clínica, conhecimento dos equipamentos de saúde na área de abrangência do CAPSad, ações intersetoriais, projeto/atividade em parceria com esses serviços, facilidade de diálogo com os outros serviços da RAPS, conhecimentos dos outros profissionais da RAPS acerca do trabalho desenvolvido no CAPSad e participação no matriciamento da atenção básica – resposta: não, sim e não sabe.
- **Atividades oferecidas pelos CAPSad:** grupos terapêuticos (atividades esportivas, de suporte social, grupos de leitura e debate, grupo de família, grupo de orientação de RD), oficinas terapêuticas (oficinas expressivas, educativas, culturais, atividades manuais e de trabalho), atendimento individual (consulta médica, psicoterapia, consulta de enfermagem, consulta com outros técnicos,

acompanhamento da medicação e intervenções em crise) e atividades na comunidade – resposta dicotômica – não e sim.

- **Realizada a busca ativa:** resposta dicotômica (não e sim). Em caso de resposta afirmativa, indagou-se como é realizada a busca ativa – recategorização em VD, telefone, ambos (VD e telefone), contato com a RAPS (PSF e consultório na rua) e não se aplica.
- **Atividades oferecidas somente pela equipe técnica (profissionais de nível superior/artesãos e técnicos de saúde nos CAPSad):** atendimentos individuais e em grupo, atividades comunitárias, VD. Resposta dicotômica: não e sim.
- **Avaliação da satisfação dos profissionais com os CAPSad:** avaliação global da escala SATIS-BR.

4.6.7 Variáveis do instrumento de coleta de dados dos usuários

O instrumento de coleta de dados dos usuários foi constituído por variáveis sociodemográficas, clínicas e variáveis relacionadas às dimensões de avaliação do processo e resultado.

As variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas selecionadas para o estudo foram:

- **Idade:** autodeclarada pelo participante.
- **Faixa etária:** categorizado em: 29 ┊ 40, 40 ┊ 50, 50 ┊ 60 e ≥60.
- **Sexo:** categorizado em masculino e feminino.
- **Cor/raça:** categorizada em brancos (brancos e caucasianos) e não brancos (negros, pardos, morenos, mulatos e demais).
- **Situação conjugal:** categorizada em sem companheiro (solteiro, divorciado/separado e viúvo) e com companheiro (casado e união estável).
- **Tipo de moradia atual:** categorizado em moradia em situação vulnerável (hospital ou instituição/presídio/rua/abrigo de emergência/albergue/centro de acolhida/pensão e comunidade cigana) ou moradia regular (casa ou apartamento próprio, alugado/casa de amigos/familiares ou cedida).
- **Jornada de trabalho:** categorizada em não trabalha (aposentadoria, auxílio doença, benefícios sociais, renda familiar e outros), trabalho eventual (autônomo), jornada parcial remunerada e jornada integral remunerada.

- **Escolaridade:** sem escolaridade/Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo/técnico e médio incompleto, Ensino Médio completocurso técnico completo e ensino superior incompleto e completo.
- **Renda familiar no último mês:** categorizado em salários mínimos até dois, entre dois e quatro e acima de quatro salários mínimos.
- **Possui bens duráveis:**² automóvel, TV em cores, empregada doméstica, rádio, máquina de lavar roupa, DVD, aspirador de pó, geladeira ou *freezer* e computador. Resposta dicotômica: não e sim.
- **Trata-se da primeira admissão no CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Há quanto tempo frequenta o CAPSad:** menos de um ano, um a dois anos, três a cinco anos e mais de cinco anos.
- **Encaminhamento ao CAPSad:** categorizado em polícia/ ordem judicial, médico/ terapeuta/ serviço da rede, familiar/ amigo, demanda espontânea e não respondeu.
- **Conhecimento do diagnóstico médico:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Categoria diagnóstica:** uso e abuso de álcool, uso e abuso de álcool e outras drogas; uso e abuso de crack/cocaína, uso e abuso de maconha, uso de múltiplas drogas, uso e abuso de tabaco, uso de álcool, múltiplas drogas e outros transtornos mentais (esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, ansiedade, transtorno de personalidade e outros) e nada consta.
- **Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Modalidade de tratamento:** abstinência total, RD, abstinência + RD, não sei e outras.
- **Consumo de bebida alcoólica no último mês:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Consumo de droga ilegal no último mês:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Uso de psicofármaco:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Forma de adquirir o psicofármaco:** no CAPSad, na SMS/Farmácia Municipal, tive que comprar, outros serviços (PSF, comunidade terapêutica, hospital psiquiátrico, presídio), não respondeu e não se aplica.
- **Segue a prescrição médica:** nunca, irregular, às vezes, frequentemente, sempre, não respondeu e não se aplica.
- **Uso do tabaco:** resposta dicotômica - não e sim.

² O levantamento dos bens foi realizado na Síntese de indicadores pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2014.

- **Teve alguma intercorrência (s) durante o tratamento no CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Tipo de intercorrência:** abandono/não adesão ao tratamento, complicações físicas e clínicas, complicações psiquiátricas/abuso de drogas, complicações sociais e internação, complicações familiares, complicações legais/justiça/prisão, violência e agressão no CAPSad, sem registro no prontuário e não se aplica.
- **Possui outro problema de saúde (comorbidades):** categorizado em não, não sei e sim.
- **Índice de massa corporal (IMC):** categorizado em baixo peso, peso adequado e sobrepeso/obesidade.

As variáveis relacionadas às dimensões de processo e resultado foram:

- **Tipo de serviço:** CAPSad II, CAPSad estendido e CAPSad III.
- **Possui profissional de referência no CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Frequência no CAPSad:** categorizado em não frequente/abandono, uma vez a cada dois ou quatro meses, uma vez por mês, duas a três vezes por mês, um a dois dias por semana, sete dias por semana, teve alta e não respondeu.
- **Considera a frequência no CAPSad suficiente:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Tem PTS:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Participou de atendimento individual no último mês:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Participou de atendimento em grupo no último mês:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Participou de oficina terapêutica no último mês:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Participou de atividade na comunidade no último mês:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Recebeu VD dos profissionais do CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Participou de alguma atividade de geração de renda no CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Avaliação da satisfação dos usuários com os CAPSad:** avaliação global da escala SATIS-BR.

- **Avaliação da mudança percebida em função do tratamento nos CAPSad:** avaliação global da escala EMP.

4.6.8 Variáveis do instrumento de coleta de dados dos familiares

O instrumento de coleta de dados dos familiares foi constituído por variáveis sociodemográficas, econômicas e das dimensões de processo e resultado.

As variáveis sociodemográficas e econômicas selecionadas para o estudo foram:

- **Idade:** autodeclarada pelo participante.
- **Sexo:** categorizado em masculino e feminino.
- **Cor/raça:** categorizado em branca, preta, parda/ morena/mulata e amarela.
- **Situação conjugal:** categorizada em casado ou vive com companheiro, solteiro, divorciado/separado e viúvo.
- **Tem filhos:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Escolaridade:** categorizada em sem escolaridade/Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio/técnico incompleto, Ensino Médio completo/curso técnico completo, ensino superior incompleto e completo e pós-graduação incompleta/completa.
- **Tem trabalho remunerado:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Renda individual no último mês:** categorizada em salários mínimos(até dois, de dois a quatro e acima de quatro salários mínimos).
- **Único cuidado do usuário:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Vínculo com o usuário:** categorizado em mãe, pai, irmão/irmã, cônjuge, filho(a) e outros familiares/amigos/colegas.
- **Tem problemas de saúde:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Sente-se sobrecarregado com os cuidados ao familiar:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Busca apoio em líder religioso:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Busca apoio em grupo fora do CAPSad - grupo de autoajuda:** resposta dicotômica - não e sim.

As variáveis relacionadas às dimensões de processo e resultado foram:

- **Frequência de contato com os profissionais do CAPSad no último ano:** categorizado em sempre, frequentemente, mais ou menos, raramente e nunca.
- **Participou de grupo de apoio/família durante o último ano no CAPSad:** resposta dicotômica - não e sim. Se sim: recategorizado em oficina, palestras, grupo de família, acolhimento, assembleia – resposta dicotômica: não e sim.
- **Variáveis relacionadas aos tipos de abordagens discutidas no grupo de familiar:** categorizadas em discussão acerca do manejo com o usuário, apoio psicológico/ estímulo-interação família/usuário, espaço aberto para sugestões sobre o serviço, discussão acerca da patologia e discussão acerca do tratamento. Resposta dicotômica: não e sim.
- **Recebeu informação sobre a doença do familiar:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Recebeu informação sobre o tratamento do familiar:** resposta dicotômica - não e sim.
- **Clareza das informações sobre a doença do familiar:** informações muito claras, informações claras, mais ou menos, informações não eram muito claras, informações não eram nada claras e não se aplica.
- **Grau de satisfação do familiar acerca das informações sobre a doença:** muito satisfeito, satisfeito, mais ou menos, insatisfeito, muito insatisfeito e não se aplica.
- **Clareza das informações sobre o tratamento do familiar:** informações muito claras, informações claras, mais ou menos, informações não eram muito claras, informações não eram nada claras, não se aplica e não respondeu.
- **Grau de satisfação do familiar acerca das informações sobre a o tratamento:** muito satisfeito, satisfeito, mais ou menos, insatisfeito, muito insatisfeito e não se aplica.
- **Tratado de forma respeitosa pela equipe no CAPSad:** sempre, frequentemente, mais ou menos, raramente e nunca.
- **Teve dificuldade para obter informação no CAPSad:** sempre, frequentemente, mais ou menos, raramente, nunca e nunca pedi informações.
- **Classificação da recepção do CAPSad:** muito amigável, amigável, mais ou menos e não muito amigável.
- **Principal problema do familiar quando foi admitido no CAPSad:** problema de saúde mental, problema familiar, problema financeiro, problema no trabalho,

problema social, problema de saúde física, problema psicológico, de saúde física e familiar, problema somente com drogas, problema somente com álcool, problema com álcool e drogas, não sei e todos os problemas (saúde física, mental e familiar; problema social, físico, financeiro e no trabalho)

- **No momento em que o familiar/usuário entrou em contato com o CAPSad, tinha conhecimento de outro serviço:** não, sim, não sei e não tenho certeza.
- **Serviços oferecidos pelo CAPSad eram apropriados:** muito inapropriados, inapropriados, mais ou menos, apropriados e muito apropriados.
- **Participação do familiar no planejamento e/ou realização de atividades no CAPSad:** muito frequentemente, frequentemente, mais ou menos, raramente e nunca.
- **Participação do familiar em alguma decisão relacionada à avaliação no CAPSad:** muito frequentemente, frequentemente, mais ou menos, raramente e nunca.
- **Avaliação da satisfação dos familiares com os CAPSad:** avaliação global da escala SATIS-BR.
- **Avaliação da mudança do usuário percebida pelo familiar em função do tratamento nos CAPSad:** avaliação global da escala EMP.

4.7 ESTUDO-PILOTO

Entre os meses de setembro e novembro de 2012, os pesquisadores realizaram um estudo-piloto no CAPSad da Vila Madalena, em SP, a fim de testar os instrumentos e o cálculo da amostra. Para tanto, foi realizada uma coleta de dados com o coordenador, os trabalhadores, os usuários do serviço (e seus prontuários) e respectivos familiares. Embora tenha-se optado pela utilização dos instrumentos propostos pelo AVALIA CAPSSUL (Kantorski, 2007), autorizados pela pesquisadora (ANEXO 16), tais dispositivos não apresentavam especificidade para a aplicação nos CAPSad, os quais foram categorizados em tipo I e II. Após o estudo-piloto, os instrumentos foram adaptados de modo a atender às necessidades e contrastes dos CAPSad.

O estudo-piloto também foi utilizado a fim de treinar os pesquisadores envolvidos na investigação para a coleta de dados. A utilização de formulários de papel para a coleta, com posterior confecção manual do banco de dados, mostrou-se pouco eficaz. Optou-se, portanto,

pelo uso de formulários eletrônicos. Para tanto, foi utilizada a plataforma Google Drive, a qual possui formulários eletrônicos que importam as informações coletadas para um banco de dados em forma de planilhas.³

4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Cada instrumento – trabalhador, usuário e familiar – contou com uma “máscara” para categorizar as variáveis sociodemográficas, clínicas e das dimensões de estrutura, processo e resultado, a fim de facilitar a análise descritiva e inferencial dos dados. Foram utilizados, para a realização das análises estatísticas, os softwares Excel®, Epi Info 6.04® e *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20,0®.

O desenho amostral, a elaboração do banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas com assessoria de um estatístico da EEUSP e de alunos do Pós-doutorado do GEAD-EEUSP.

Todas as variáveis passaram por uma análise descritiva dos dados, como cálculos de médias e medianas. Foi calculada a mensuração do grau de satisfação global das escalas SATIS-BR e da escala EMP, conforme descrição no item 4.6 (Instrumentos de coleta de dados).

Para verificar as associações entre as variáveis, foram elaborados modelos de regressão linear univariada e múltipla de mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*). A regressão OLS tem o objetivo de traçar uma linha que prevê a relação entre variáveis aleatórias contínuas: variável resposta (variável dependente), a partir de uma variável; regressão simples ou mais variáveis explicativas (variáveis independentes); e regressão linear múltipla, com intuito de minimizar a soma do quadrado dos erros (Baldi, Moore, 2013).

Uma das condições necessárias para a análise de regressão *OLS* é a existência de uma relação linear, representada por $y_i = \alpha + \beta x_i + e_i$, a qual demonstra que uma resposta média (variável dependente y_i) deve ser aleatória e retirada da população a ser amostrada. A resposta varia de acordo com um vetor de variáveis x_i independentes umas das outras, com um intercepto α , uma inclinação (*slope*) β e um termo de erro e_i (Baldi, Moore, 2013).

Portanto, para a análise inferencial foram definidas as seguintes variáveis dependentes e independentes:

³ Uma cópia em formato PDF pode ser visualizada no endereço eletrônico: <http://goo.gl/N21dmi>

Variável dependente

A mudança percebida pelo usuário após o início do tratamento no CAPSad, mensurada pelo cálculo de média da EMP.

Variáveis independentes

As variáveis independentes do instrumento do usuário foram:

- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar no último mês, tipo de moradia atual e bens duráveis.
- Variáveis clínicas: internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad, uso de tabaco, consumo de bebida alcoólica no último mês, consumo de droga ilegal no último mês, uso de psicofármaco, conhecimento do diagnóstico médico, presença de outro problema de saúde (comorbidades) e intercorrência(s) durante o período de tratamento no CAPSad.
- Variáveis relacionadas às dimensões de processo: trata-se da primeira admissão no CAPSad, considera a frequência no CAPSad suficiente, tem PTS no CAPSad, possui profissional de referência no serviço, participou de atendimento em grupo no último mês e participou de atividade na comunidade no último mês.
- Variáveis relacionadas à dimensão resultado: satisfação global do usuário - escala SATIS-BR.

As variáveis situação conjugal e tipo de moradia foram recategorizadas com o propósito de diminuir a quantidade de categorias em cada uma delas e, com isso, aumentar a significância do modelo durante a análise dos dados.

Como pressuposto básico para o uso da *OLS* tem-se a distribuição aproximadamente normal das variáveis dependentes (Baldi, Moore, 2013). Sendo assim, o pressuposto em questão foi verificado por meio da proximidade das médias e medianas, bem como por meio de um gráfico de estimativa de densidade *kernel*, o qual pode ser verificado nos resultado deste estudo. A variável dependente apresentada em nosso estudo permitiu assumir uma distribuição aproximadamente normal.

Desse modo, a análise inferencial dos dados foi constituída por duas etapas:

- a) Análise descritiva, univariada da EMP segundo as variáveis independentes com valor $p \leq 0,3$, a serem incluídas no modelo múltiplo. A escolha de um p-valor mais permissivo ($\leq 0,3$) visa a reduzir a possibilidade de excluir variáveis que sejam significativas no modelo final múltiplo.

- b) Elaboração do modelo múltiplo a partir das variáveis independentes selecionadas na análise univariada (variáveis com valor $p \leq 0,3$). Neste caso, segundo White (1980), os erros-padrão são robustos à heterocedasticidade.

4.8.1 Hipóteses do estudo

- As variáveis maior idade, sexo, viver com companheiro(a), residir em moradia regular, maior escolaridade, renda familiar no último mês, possuir bens duráveis, estar na primeira admissão e frequentando o CAPSad, possuir profissional de referência no serviço, em uso de psicofármaco, ter PTS, saber o diagnóstico médico, estar participando de atividade em grupo e na comunidade e satisfação global com o serviço, correlacionam-se positivamente com o escore global de mudança percebida - na escala EMP - pelos usuários em função do tratamento nos CAPSad avaliados.
- Quanto maior o histórico de internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad, uso de tabaco, consumo de bebida alcoólica no último mês, consumo de droga ilegal no último mês, presença de outro problema de saúde e intercorrências durante o tratamento, menor é o escore global de mudança percebida - na escala EMP - por parte dos usuários dos CAPSad avaliados.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelo CEP-EEUSP (Processo n. 951.970/2015) e pelo CEP da FHEMIG (Processo n. 991.545/2015) (ANEXOS 2 e 3).

A coleta dos dados foi feita somente após anuência formal das instituições envolvidas e concordância dos responsáveis pelos serviços, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXOS 4 a 15).

As entrevistas foram realizadas após leitura e explicação do TCLE, o qual esclarece os objetivos, a metodologia, os riscos/desconfortos, os benefícios, a garantia da voluntariedade, a retirada da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo aos indivíduos solicitados para o estudo. O TCLE foi assinado em duas vias pelo participante e pelo pesquisador, cada um dos quais mantendo a parte que lhe cabia (APÊNDICES 1 a 3).

5 RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três etapas, de acordo com a sequência dos objetivos propostos para o presente estudo.

- **Primeira etapa:** análise descritiva dos resultados referentes às características sociodemográficas e clínicas dos usuários, bem como ao perfil sociodemográfico e econômico dos profissionais e familiares dos usuários dos CAPSad estudados.
- **Segunda etapa:** análise descritiva das dimensões de estrutura, processo e resultados das práticas assistenciais junto aos profissionais, usuários e familiares.
- **Terceira etapa:** análise inferencial, univariada e múltipla.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL DOS PARTICIPANTES NOS CAPSAD DO ESTADO DE MINAS GERAIS

5.1.1 Análise descritiva – perfil dos sujeitos de pesquisa

A Tabela 1 apresenta-se o número de trabalhadores, usuários e familiares entrevistados em cada CAPSad.

Tabela 1 - Natureza dos sujeitos da pesquisa por CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 862), 2015.

CAPSad	TRABALHADORES		USUÁRIOS		FAMILIARES	
	N	%	N	%	N	%
Belo Horizonte	57	22,2	29	8,8	15	5,5
Conselheiro Lafaiete	20	7,8	26	7,9	22	8,0
Diamantina	4	1,6	25	7,6	23	8,4
Governador Valadares	21	8,2	24	7,3	23	8,4
Juiz de Fora	20	7,8	25	7,6	18	6,5
Manhuaçu	14	5,4	24	7,3	21	7,6
Montes Claros	26	10,1	25	7,6	20	7,3
Oliveira	13	5,0	23	7,1	22	8,0
Patos de Minas	15	5,8	25	7,6	20	7,3
Poços de Caldas	13	5,0	28	8,1	24	8,7
Teófilo Otoni	9	3,5	25	7,6	18	6,5
Uberlândia- UFU	26	10,1	25	7,6	25	9,1
Uberaba	19	7,5	26	7,9	24	8,7
TOTAL	257	100,0%	330	100,0%	275	100,0%

Fonte: CAPSad, Estado de Minas Gerais, 2015.

5.1.2 Caracterização dos Profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais

Em relação aos profissionais participantes da amostra, 180 (70%) são do sexo feminino, com idade média de 40,98 anos; 130 (50,6%) alegaram viver com companheiro; 110 (42,8%) possuem pós-graduação incompleta/completa; e 178 (69,3%) recebem de um a três salários mínimos nos CAPSad, conforme especificado na Tabela 2. A análise descritiva para a amostra, segundo a variável idade, encontra-se na Tabela 3.

Tabela 2 - Análise descritiva da amostra de profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis sociodemográficas e econômicas (n = 257), 2015.

Dados sociodemográfico e econômicos	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	77	30,0
Feminino	180	70,0
Situação conjugal		
Solteiro	95	37,0
Casado ou vive com companheiro	130	50,6
Separado/divorciado	27	10,5
Viúvo	5	1,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto/completo	22	8,5
Ensino Médio incompleto/técnico incompleto	7	2,7
Ensino Médio completo/técnico completo	60	23,4
Ensino superior incompleto/completo	58	22,6
Pós-graduação incompleta/completa	110	42,8
Renda mensal no último mês		
1 3 salários mínimos	178	69,3
4 7 salários mínimos	66	25,6
8 11 salários mínimos	8	3,1
12 15 salários mínimos	2	0,8
≥16 salários mínimos	3	1,2

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Tabela 3 - Análise descritiva da amostra de profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais segundo a variável idade (n = 257), 2015.

Variável	Média	DP	Mediana	Intervalo
Idade	40,98	10,45	39,0	22,0 – 67,0

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Ao analisar as características de trabalho no CAPSad, descritas na Tabela 4, observou-se que a maior parte dos entrevistados (108 pessoas = 42%) apresenta período de trabalho

variando de dois a quatro anos; 211 (82,1%) fazem turno diário; 166 (64,6%) não possuem outro vínculo empregatício; e 163 (63,4%) frequentam curso de atualização na área de saúde mental.

Tabela 4 - Análise descritiva da amostra de profissionais dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis de trabalho (n = 257), 2015.

Variáveis de trabalho	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Tempo de trabalho em CAPSad		
1 ano	58	22,6
Entre 2 4 anos	108	42,0
Entre 5 7 anos	45	17,5
Entre 8 10 anos	14	5,4
≥10 anos	32	12,5
Turno de trabalho em CAPSad		
Dia	211	82,1
Noite	16	6,2
Revezamento semanal	7	2,7
Parte dia e parte noite	23	9,0
Possui outro vínculo empregatício		
Não	166	64,6
Sim	91	35,4
Realiza curso de atualização na área de saúde mental		
Não	94	36,6
Sim	163	63,4

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

5.1.3 Caracterização dos usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais

A amostra totalizou 330 participantes, com predominância do sexo masculino (258 homens = 78,2%); 112 (33,9%) com faixa etária de 29 a 40 anos, resultando em uma média de idade de 44,82 anos; 227 (68,8%) não brancos (negros, pardos, amarelos ou indígenas).

No que concerne à situação conjugal e às condições de moradia, observou-se que a maioria alegou viver sem companheiros (233 = 70,6%) e em moradia regular (294 = 89,1%). Apesar da predominância de indivíduos economicamente ativos, a maioria (228 = 69,1%) não estava trabalhando no momento da coleta de dados. Verificou-se uma pequena frequência de usuários com jornada integral remunerada (54 = 16,4%). Evidenciou-se, ainda, um número elevado (180 = 54,5%) de usuários sem escolaridade e com ensino fundamental incompleto, e com renda familiar de até dois salários mínimos (268 = 81,2%), vivendo do salário da aposentadoria, da renda familiar, auxílio-doença, pensão ou Bolsa Família. Os dados

referentes ao perfil sociodemográfico e econômico da amostra de usuários são descritos nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Análise descritiva da amostra de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis sociodemográficas e econômicas (n = 330), 2015.

(continua)		
Dados sociodemográficos e econômicos	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	258	78,2
Feminino	72	21,8
Faixa etária		
29 ┤ 40	112	33,9
40 ┤ 50	98	29,7
50 ┤ 60	86	26,1
≥60	34	10,3
Cor/raça		
Branços	102	30,9
Não brancos (pretos, pardos, amarelos e indígenas)	227	68,8
Não respondeu	1	0,3
Situação conjugal		
Sem companheiro (solteiro, divorciado ou viúvo)	233	70,6
Com companheiro (casado ou união estável)	97	29,4
Tipo de moradia		
Situação vulnerável de moradia (hospital/ presídio/rua/abrigo de emergência/albergue/centro de acolhida/pensão/comunidade cigana)	36	10,9
Moradia regular (casa ou apartamento próprio/casa ou apartamento alugado/casa de amigos e familiares ou cedida)	294	89,1
Jornada de trabalho		
Não trabalha (aposentadoria, auxílio doença, benefícios sociais, renda familiar e outros)	228	69,1
Trabalho eventual (autônomo)	32	9,7
Jornada parcial remunerada	16	4,8
Jornada integral remunerada	54	16,4
Escolaridade		
Sem escolaridade/Ensino Fundamental incompleto	180	54,5
Fundamental completo/Ensino Médio incompleto	87	26,4
Ensino Médio/curso técnico completo	46	13,9
Ensino superior incompleto/completo	16	4,9
Não respondeu	1	0,3

(continuação)		
Dados sociodemográficos e econômicos	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Renda familiar no último mês		
< 2 Salários mínimos	268	81,2
2 – 4 Salários mínimos	55	16,7
≥ 4 Salários mínimos	7	2,1
Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.		(conclusão)

Tabela 6 - Análise descritiva da amostra de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais segundo a variável idade (n = 330), 2015.

Variável	Média	DP	Mediana	Intervalo
Idade	44,82	11,44	45,0	19,0 – 76,0

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

No que tange à renda familiar, foram verificadas algumas características relativas aos bens duráveis e acesso à tecnologia. A média dos bens foi menor do que 1. Observou-se, ainda, que o mais recorrente foi a TV em cores, com média de 1,43, seguida do rádio, com média de 0,97. Os bens menos mencionados foram o aspirador de pó, com média de 0,05, o automóvel, com média de 0,17, e o computador, com média de 0,31 (ver Tabela 7 abaixo).

Tabela 7 - Análise descritiva dos bens duráveis para o total da amostra (n = 330) do Estado de Minas Gerais, 2015.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Intervalo
Automóvel	0,17	0,41	0,0	0 - 2
TV em cores	1,43	0,98	1,0	0 - 5
Empregada doméstica	0,02	0,13	0,0	0 - 1
Rádio	0,97	0,83	1,0	0 - 5
Máquina de lavar roupa	0,73	0,59	1,0	0 - 3
DVD	0,61	0,62	1,0	0 - 3
Aspirador de pó	0,05	0,24	0,0	0 - 2
Geladeira ou <i>freezer</i>	0,93	0,49	1,0	0 - 4
Computador	0,31	0,52	0,0	0 - 3

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Os dados da Tabela 8 correspondem às variáveis clínicas da amostra de usuários estudada, e foram obtidos durante as entrevistas em razão da inconsistência das informações presentes nos prontuários do estudo-piloto.

Desse modo, pode ser averiguada na Tabela 8 uma simetria relativa à primeira admissão dos usuários nos CAPSad, a qual representa a maior parte dos casos (172 usuários = 52,1%). Quanto ao tempo de inserção no CAPSad, grande parte alegou frequentá-lo há menos de um ano (132 usuários = 40,0%), ao passo que 90 usuários (27,2%) afirmaram frequentar o

CAPSad há um a dois anos. Verifica-se, ainda, que para 128 deles (38,8%) a procura pelo serviço deu-se por encaminhamento de médicos/terapeutas ou serviços de referência, o que também ocorreu com 123 (37,3%) dos familiares ou amigos, e somente uma pequena parcela (70 = 21,2%) alegou ter recorrido ao serviço por demanda espontânea, isto é, por vontade própria.

Em relação ao diagnóstico médico, a maior parte dos entrevistados (307 = 93,0%) sabia seu diagnóstico. No caso da hipótese diagnóstica, cujos dados foram coletados no prontuário, o álcool foi a droga mais utilizada pelos entrevistados (153 = 46,4%), seguido das drogas múltiplas (37 = 11,2%) e de *crack*/cocaína (19 = 5,8%). Cabe ressaltar a presença, nos prontuários, de considerável quantidade de diagnósticos associados ao uso de álcool, policonsumo de drogas e problemas mentais, tais como ansiedade, humor instável, esquizofrenia e transtornos depressivo, bipolar e de personalidade (96 = 29,0%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise descritiva das variáveis clínicas dos usuários dos CAPSAd do Estado de Minas Gerais (n = 330), 2015.

Variáveis clínicas	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Trata-se da primeira admissão no CAPSAd		
Não	158	47,9
Sim	172	52,1
Há quanto tempo frequenta o CAPSAd		
< 1 ano	132	40,0
1 ┘ 2 anos	90	27,2
3 ┘ 5 anos	53	16,1
≥ 5 anos	55	16,7
Encaminhamento ao CAPSAd		
Polícia/ordem judicial	8	2,4
Médico/terapeuta/serviço da rede	128	38,8
Familiar/amigo	123	37,3
Demanda espontânea	70	21,2
Não respondeu	1	0,3
Conhecimento do diagnóstico médico		
Não	23	7,0
Sim	307	93,0
Categoria diagnostic		
Uso e abuso de álcool	153	46,4
Uso e abuso de <i>crack</i> /cocaína	19	5,8
Uso e abuso de maconha	1	0,3
Uso de múltiplas drogas	37	11,2
Uso e abuso de tabaco	1	0,3
Uso de álcool, múltiplas drogas e outros transtornos mentais	96	29,0
Nada consta	6	1,8

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSAd, Minas Gerais, 2015.

Quanto às variáveis clínicas de acompanhamento do tratamento, observadas na Tabela 9, a maior parte dos entrevistados não apresentou histórico de internação durante o tratamento nos CAPSad (191 = 57,9%). Em relação à modalidade de tratamento, a maior parte dos usuários afirmou estar em abstinência total de álcool e outras drogas (113 = 34,2%), ao passo que 81 deles (24,6%) não sabiam identificar a modalidade de seu tratamento.

No que concerne ao período de abstinência e de uso de substâncias químicas, a maioria alegou não ter consumido bebida alcoólica (198 = 60,0%) tampouco drogas ilícitas (272 = 82,4%) no mês anterior ao estudo. Observou-se o predomínio de usuários que faziam uso de psicofármaco (270 = 81,8%) e de tabaco (231 = 70,0%), conforme Tabela 9.

Entre os participantes que mencionaram uso de psicofármaco, mais de 50% adquiriram a medicação pelo SUS, por meio do CAPSad ou na SMS/Farmácia municipal, considerando-se que 17 deles (5,2%) efetuaram a compra dos fármacos. Do mesmo modo, mais da metade fazia uso do psicofármaco sempre ou com frequência, ao passo que uma pequena parte dos entrevistados alegaram fazer uso irregular ou nunca seguir a prescrição médica (Tabela 9).

Outro dado da amostra estudada que merece atenção é o número elevado de usuários que, segundo dados do prontuário, apresentaram alguma intercorrência durante o tratamento no CAPSad (69,7%). Verificam-se como razões das intercorrências: problemas decorrentes de complicações psiquiátricas e uso de drogas (102 = 31,0%), abandono ou não adesão ao PTS (58 = 17,6%), complicações clínicas ou físicas (31 = 9,4%), entre outras encontradas na Tabela 9.

Constatou-se que mais da metade dos entrevistados (179 = 54,2%) não possuíam nenhum outro problema de saúde ou comorbidades (clínicas e psiquiátricas), embora tenha sido evidenciada uma proximidade entre os dados (Tabela 9).

Quanto ao IMC, a maior parte dos indivíduos enquadra-se nos padrões de normalidade (entre 18,5 e 24,9), com peso adequado (183 = 55,5%). Chama a atenção o número de usuários com sobrepeso/obesidade (123 = 37,2%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise descritiva das variáveis clínicas de acompanhamento dos usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 330), 2015.

(continua)

Variáveis clínicas de acompanhamento	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad		
Não	191	57,9
Sim	139	41,1

(continuação)		
Variáveis clínicas de acompanhamento	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Modalidade de tratamento		
Abstinência total	113	34,2
RD	57	17,3
Abstinência + RD	77	23,3
Não sei	81	24,6
Outras	2	0,6
Consumo de bebida alcoólica no último mês		
Não	198	60,0
Sim	132	40,0
Consumo de drogas ilícitas no último mês		
Não	272	82,4
Sim	58	17,6
Uso de psicofármaco		
Não	60	18,2
Sim	270	81,8
Forma de adquirir o psicofármaco		
CAPSad	136	41,2
Na SMS/Farmácia Municipal	108	32,7
Teve que comprar	17	5,2
Outros serviços (PSF, CT, Hospital psiquiátrico, presídio)	7	2,1
Não respondeu	2	0,6
Não se aplica	60	18,2
Segue a prescrição médica		
Nunca	1	0,3
Irregular	15	4,6
Às vezes	15	4,6
Frequentemente	40	12,0
Sempre	196	59,4
Não respondeu	3	0,9
Não se aplica	60	18,2
Uso de Tabaco		
Não	99	30,0
Sim	231	70,0
Teve alguma intercorrência durante o tratamento no CAPSad		
Não	100	30,3
Sim	230	69,7
Tipo de intercorrência		
Abandono/não adesão ao tratamento	58	17,6
Complicações físicas e clínicas	31	9,4
Complicações psiquiátricas/abuso de drogas	102	31,0
Complicações sociais e internação	8	2,4
Complicações familiares	10	3,0

(continuação)		
Variáveis clínicas de acompanhamento	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Complicações legais/justiça/prisão	5	1,5
Violência e agressão no CAPSad	5	1,5
Sem registro no prontuário	11	3,3
Não se aplica	100	30,3
Possui outro problema de saúde (comorbidade)		
Não ou não sei	179	54,2
Sim	151	45,8
IMC		
Baixo peso	24	7,3
Peso adequado	183	55,5
Sobrepeso/obesidade	123	37,2
Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015		(conclusão)

Os dados acima revelam a importância das práticas de promoção, educação em saúde, tratamento farmacológico e psicoterapêutico que estão sendo desenvolvidas nos CAPSad. As atividades terapêuticas podem ser utilizadas para avaliar e detectar complicações ou comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas ao uso de substâncias químicas (quadros de intoxicação e abstinência). Os programas de promoção e prevenção à saúde abrangem: atividades físicas realizadas nos CAPSad e na comunidade; programa de alimentação saudável; programas de autoajuda e projetos em parceria com a RAPS/atenção primária. As atividades em questão serão trabalhadas na próxima etapa descritiva, a qual consiste na avaliação do processo e do resultado nos CAPSad junto aos profissionais, usuários e familiares.

5.1.4 Caracterização dos familiares dos CAPSad do Estado de Minas Gerais

A seguir, serão descritos os resultados referentes aos dados sociodemográficos e econômicos dos familiares ou amigos dos usuários entrevistados. Participaram do estudo 275 familiares ou amigos cuidadores. O perfil sociodemográfico dos participantes pode ser visualizado nas Tabelas 10 e 11.

Verifica-se que a amostra é composta, em grande parte, por familiares/amigos do sexo feminino (216 = 78,5%), de cor/raça parda (121 = 44,1%), seguidos de brancos (100 = 36,4%), casados ou com companheiro (161 = 58,5%), e com filhos (222 = 80,7%). A média de idade foi de 48,8 anos. Os dados descritivos referentes à idade encontram-se na Tabela 11.

A maior parte dos entrevistados sabia ler e escrever e possuía ensino fundamental/técnico incompleto e completo (132 = 48,0%), conforme descrito na Tabela 10.

No que se refere aos dados socioeconômicos, evidenciou-se que a maior parte dos cuidadores possuía trabalho remunerado (139 = 50,5%), e sua renda individual no mês anterior à entrevista foi de até dois salários mínimos (225 = 81,8%) (Tabela 10).

Como podemos observar, os cuidadores eram cônjuges (65 = 23,6%), irmãos/irmãs (64 = 23,3%) e mães (63 = 22,9%). Quanto ao apoio ou cuidado aos usuários que frequentam os CAPSad, verificou-se que, em grande parte, apenas um amigo ou familiar encarrega-se da tarefa (155 = 56,4%), e 148 deles (53,8%) alegaram ter problemas de saúde. No entanto, 148 deles (53,8%) afirmaram que não sentiam-se sobrecarregados. Quando indagados sobre a busca de fontes de apoio além do CAPSad, 169 (61,5%) mencionaram grupos religioso, ao passo que 38 (13,8%) citaram grupos de autoajuda, conforme descrito na Tabela 10.

Tabela 10 - Análise descritiva da amostra dos familiares de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, conforme categorização das variáveis sociodemográficas e econômicas (n = 275), 2015.

(continua)		
Dados sociodemográficos e econômicos	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	59	21,5
Feminino	216	78,5
Cor/raça		
Branca	100	36,4
Preta	50	18,2
Parda/morena/mulata	121	44,0
Amarela	4	1,4
Situação conjugal		
Casado ou vive com companheiro	161	58,5
Solteiro/divorciado/separado	80	29,1
Viúvo	34	12,4
Tem filhos		
Não	53	19,3
Sim	222	80,7
Escolaridade		
Sem escolaridade/Ensino Fundamental/técnico incompleto	132	48,0
Fundamental completo/Ensino Médio/técnico incompleto	60	21,8
Ensino Médio/curso técnico completo	48	17,5
Ensino superior incompleto/completo	29	10,5

(continuação)		
Dados sociodemográficos e econômicos	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Pós-graduação incompleta/completa	6	2,2
Tem trabalho remunerado		
Não	136	49,5
Sim	139	50,5
Renda individual no último mês		
< 2 Salários mínimos	225	81,8
2 – 4 Salários mínimos	38	13,8
≥ 4 Salários mínimos	12	4,4
Único cuidador do usuário		
Não	120	43,6
Sim	155	56,4
Vínculo		
Mãe	63	22,9
Pai	11	4,0
Irmã(o)	64	23,3
Cônjuge	65	23,6
Filha(o)	31	11,3
Outros familiares/amigos	41	14,9
Problemas de saúde		
Não	127	46,2
Sim	148	53,8
Sente-se sobrecarregado com os cuidados ao familiar		
Não	148	53,8
Sim	127	46,2
Busca apoio em líder religioso		
Não	106	38,5
Sim	169	61,5
Busca apoio fora do CAPSad – grupo de autoajuda		
Não	237	86,2
Sim	38	13,8
Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015		(conclusão)

Tabela 11 - Análise descritiva da amostra dos familiares dos usuários nos CAPSad do Estado de Minas Gerais segundo a variável idade (n = 275), 2015.

Variável	Média	DP	Mediana	Intervalo
Idade	48,84	15,30		18,0 – 88,0

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

5.2 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES

Ora serão descritas as variáveis das dimensões de estrutura, processo e resultado referentes aos profissionais, com base no modelo Donabedian (1992, 2003). Quanto aos usuários e familiares, serão apresentados os dados das dimensões de processo e resultado do processo assistencial.

O modelo de avaliação tridimensional de Donabedian (1992, 2003), bem como as variáveis e o referencial metodológico deste estudo foram apresentados no referencial teórico e no método.

5.2.1 Análise descritiva da dimensão estrutura – visão dos profissionais

Em relação à conformidade da estrutura nos 13 CAPSad, foi realizada a avaliação de recursos físicos, materiais e humanos, bem como a inspeção da segurança das ferramentas de trabalho e segurança das instalações físicas. Foi investigado, ainda, o sistema de referência dos CAPSad: retaguarda, conhecimento dos equipamentos de saúde existentes na rede e ações intersetoriais. Grande parte dos profissionais participantes (179 = 69,7%) estavam alocados no CAPSad II e no CAPSad II estendido, ao passo que o restante encontrava-se nos CAPSad III (78 = 30,3%), conforme especificado na Tabela 12.

Quanto à conformidade aos critérios de estrutura física dos CAPSad, 132 entrevistados (51,4%) disseram que a iluminação é adequada, ao passo que 156 deles (60,7%) apontaram a higiene como apropriada. Ressalta-se que a maior parte das unidades funcionava em período integral, com luz ambiente, e que todas contavam com profissionais de serviços gerais em período integral (Tabela 12).

Por outro lado, 149 participantes (58%) referiram inadequação quanto à ventilação e 180 (70%) quanto à área física. Mais da metade deles acreditava que não estavam funcionando ou que não havia exaustores de ventilação (201 = 78,2%) e ar-condicionado (242 = 94,2%). Contudo, a maioria (151 = 58,8%) afirmou que havia ventiladores. Dentre eles, 245 (95,3%) alegaram ausência ou inadequação de saída de emergência, mangueira para incêndio (239 = 93,0%) e extintor de incêndio (174 = 67,7%).

Tabela 12 - Análise descritiva das instalações – recursos físicos e materiais na visão dos profissionais de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015

Recursos físicos e materiais	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Tipo de serviço		
CAPSad II	121	47,1
CAPSad estendido	58	22,6
CAPSad III	78	30,3
Adequação em relação à iluminação		
Não	125	48,6
Sim	132	51,4
Adequação em relação à ventilação		
Não	149	58,0
Sim	108	42,0
Adequação em relação à higiene		
Não	101	39,3
Sim	156	60,7
Adequação em relação à área física		
Não	180	70,0
Sim	77	30,0
Exaustores para ventilação		
Não	201	78,2
Sim	56	21,8
Saída de emergência		
Não	245	95,3
Sim	12	4,7
Mangueira para incêndio		
Não	239	93,0
Sim	18	7,0
Proteção nas máquinas		
Não	114	44,4
Sim	143	55,6
Extintor de incêndio		
Não	174	67,7
Sim	83	32,3
Ventilador		
Não	106	41,2
Sim	151	58,8
Ar-condicionado		
Não	242	94,2
Sim	15	5,8

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Com base nas inconformidades quanto à estrutura física e a segurança no trabalho, mais da metade dos profissionais referiram falta de ferramenta adequada (168 = 65,4%), falta de segurança (155 = 60,3%) e outros incômodos (120 = 46,7%). Por outro lado, a maior parte deles mencionou não sofrer risco permanente de morte (160 = 62,3%), ao passo que 250 (97,3%) alegaram não ter sofrido nenhum acidente de trabalho nos seis meses anteriores ao estudo, e 92 (35,8%) afirmaram que as condições de trabalho melhoraram pouco desde que entraram no serviço, conforme observado na Tabela 13.

Tabela 13 - Análise descritiva quanto à estrutura física e a segurança no trabalho na visão dos profissionais de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015.

Variáveis da estrutura física e segurança no trabalho	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Falta de ferramenta adequada		
Não	89	34,6
Sim	168	65,4
Falta de segurança		
Não	102	39,7
Sim	155	60,3
Risco permanente de morte		
Não	160	62,3
Sim	97	37,7
Outros incômodos		
Não	137	53,3
Sim	120	46,7
Sofreu algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses		
Não	250	97,3
Sim	7	2,7
Condições de trabalho no CAPSad		
Pioraram	44	17,1
Não mudaram	83	32,3
Melhoraram pouco	92	35,8
Melhoraram muito	38	14,8

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

No tocante aos recursos humanos, a categoria profissional que predominou nos oito CAPSad tipo II e nos cinco CAPSad tipo III foi a equipe de enfermagem (auxiliar/técnico de enfermagem e enfermeiro) (69 = 26,8%), e em seguida vieram os psicólogos (42 = 16,3%). Os demais profissionais de nível superior, nível médio, serviços gerais e segurança/vigilância estão dispostos na Tabela 14.

Tabela 14 - Análise descritiva quanto aos recursos humanos de uma amostra de CAPS ad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015.

Recursos Humanos	CAPSad II e estendido (n = 164)		CAPSad III (n = 93)	
Profissionais de nível superior				
Assistente social	15	9,1	5	5,4
Educador físico	2	1,2	-	-
Enfermeiro	11	6,7	15	16,1
Farmacêutico	1	0,6	3	3,2
Mediador de conflitos	1	0,6	-	-
Médico clínico e psiquiatra	12	7,3	8	8,6
Nutricionista/hoteleiro	2	1,2	-	-
Psicólogo	31	18,9	11	11,8
Terapeuta ocupacional	6	3,7	2	2,1
Profissionais de nível médio				
Artesão	6	3,7	-	-
Técnico administrativo	20	12,2	10	10,8
Técnico educacional	5	3,1	-	-
Técnico em enfermagem	20	12,2	23	24,7
Técnico em farmácia	1	0,6	1	1,1
Outros profissionais				
Segurança/vigilância	14	8,5	5	5,4
Serviços gerais (limpeza e cozinha)	17	10,4	10	10,8

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Quanto aos sistemas de estruturação e organização da RAPS, descritos na Tabela 15, a maioria dos entrevistados referiu existência de retaguarda para urgência psiquiátrica e clínica (192 = 74,7% e 199 = 77,4%, respectivamente). Mais da metade dos profissionais (174 = 67,7%) têm conhecimento dos equipamentos de saúde existentes no território, bem como das ações intersetoriais (162 = 63,0%), e 173 deles (67,3%) têm facilidade de diálogo com a rede de assistência. Por outro lado, alguns alegaram não saber da existência e/ou não realizaram projetos e atividades em parceria com esses serviços. O mesmo ocorreu em relação ao matriciamento da atenção básica. A maior parte dos profissionais que trabalham na rede desconhece o serviço realizado pelos CAPSad (140 = 54,5%).

Tabela 15 - Análise descritiva quanto aos sistemas de referência da organização da RAPS na visão dos profissionais de uma amostra de CAPSad de Minas Gerais (n = 257), 2015.

Existência de referência e organização da RAPS nos CAPSad	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Retaguarda para urgência psiquiátrica		
Não	41	16,0
Sim	192	74,7
Não sabe	24	9,3
Retaguarda para urgência clínica		
Não	30	11,7
Sim	199	77,4
Não sabe	28	10,9
Conhecimento dos equipamentos de saúde na área de abrangência do CAPSad		
Não	47	18,3
Sim	174	67,7
Não sabe	36	14,0
Ações intersetoriais		
Não	21	8,2
Sim	162	63,0
Não sabe	74	28,8
Facilidade de diálogo com os outros serviços da RAPS		
Não	84	32,7
Sim	173	67,3
Projeto/atividade em parceria com esses serviços		
Não	98	38,1
Sim	71	27,6
Não sabe	88	34,3
Participação no matriciamento da atenção básica		
Não	98	38,1
Sim	75	29,2
Não sabe	84	32,7
Conhecimentos dos outros profissionais da RAPS acerca do trabalho desenvolvido no CAPSad		
Não	140	54,5
Sim	87	33,9
Não sabe	30	11,6

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

5.2.2 Análise descritiva da dimensão processo – visão dos profissionais

Na dimensão processo serão apresentados os resultados das atividades oferecidas e realizadas pelos profissionais da equipe técnica dos 13 CAPSad, com foco nas ações em grupo, oficinas, atendimentos individuais, comunidade, VD e geração de renda, conforme especificado nas Tabelas 16 e 17.

As atividades oferecidas pelos CAPSad avaliados no presente estudo constituem: 172 grupos terapêuticos voltados para orientação de RD (66,9%), grupos de família (90,7%); oficinas manuais (87,5%) e oficinas culturais (54,5%); e atendimentos individuais: consultas médicas (95,7%) e acompanhamentos da medicação (95,%). Observou-se uma pequena frequência das ações na comunidade (39,3%). Além disso, os profissionais alegaram realizar busca ativa em casos de abandono do tratamento pelo usuários, a qual costuma ser efetuada por VD e contato telefônico (59,6%), conforme especificado na Tabela 16.

Tabela 16 - Análise descritiva quanto às atividades oferecidas pelos CAPSad na visão dos profissionais de uma amostra de CAPS ad do Estado de Minas Gerais (n = 257), 2015.

(continua)		
Atividades oferecidas	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Grupos terapêuticos		
Atividades esportivas		
Não	77	30,0
Sim	180	70,0
Atividades de suporte social		
Não	97	37,7
Sim	160	62,3
Grupos de leitura e debate		
Não	97	37,7
Sim	160	62,3
Grupo de Família		
Não	24	9,3
Sim	233	90,7
Grupo de orientação de RD		
Não	85	33,1
Sim	172	66,9

		(continuação)	
Atividades oferecidas		Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Oficinas terapêuticas			
Oficinas expressivas			
Não		163	63,4
Sim		94	36,6
Oficinas educativas			
Não		210	81,7
Sim		47	18,3
Oficinas culturais			
Não		117	45,5
Sim		140	54,5
Oficinas de atividades manuais			
Não		32	12,5
Sim		225	87,5
Oficinas de trabalho			
Não		188	73,2
Sim		69	26,8
Atendimento individual			
Consulta médica			
Não		11	4,3
Sim		246	95,7
Psicoterapia			
Não		22	8,6
Sim		235	91,4
Consulta de enfermagem			
Não		25	9,7
Sim		232	90,3
Consulta com outros técnicos			
Não		33	12,8
Sim		224	87,2
Acompanhamento da medicação			
Não		13	5,0
Sim		244	95,0
Intervenções em crise			
Não		18	7,0
Sim		239	93,0
Atividades comunitárias			
Não		156	60,7
Sim		101	39,3
Busca ativa			
Não		70	27,2
Sim		187	72,8

(continuação)		
Atividades oferecidas	Frequência (n = 257)	Porcentagem (%)
Tipo de busca ativa		
VD	6	2,3
Telefone	24	9,3
VD e telefone	153	59,6
RAPS	4	1,6
Não se aplica	70	27,2

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

(conclusão)

No que diz respeito às atividades realizadas com usuários e familiares, considerou-se a descrição do trabalho efetuado no mês anterior ao estudo, a qual foi oferecida apenas por profissionais da equipe técnica (nível superior), oficineiros/artesãos e técnicos de saúde (n = 178). descritas na (tabela 17). Isso justifica-se pelo fato de que tais funções não são delegadas aos profissionais administrativos, de serviços gerais e vigilantes.

As atividades realizadas pelos entrevistados constituem 144 atendimentos individuais (80,9%) e 91 atendimentos em grupo (51,1%). Cabe destacar que apenas 41 deles (23,3%) realizaram atividades na comunidade, e 39 (21,9%) por meio de VD, evidenciando que ainda há dificuldade nas ações territoriais (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise descritiva quanto às atividades realizadas pelos profissionais da equipe técnica (nível superior), oficineiros/artesãos e técnicos de saúde de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 178), 2015.

Atividades realizadas pela equipe técnica	Frequência (n = 178)	Porcentagem (%)
Atendimentos individuais		
Não	34	19,1
Sim	144	80,9
Atendimentos em grupo		
Não	87	48,9
Sim	91	51,1
Atividades comunitárias		
Não	137	76,7
Sim	41	23,3
VD		
Não	139	78,1
Sim	39	21,9

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

5.2.3 Análise descritiva da dimensão processo – visão dos usuários

A Tabela 18 descreve as atividades das quais participaram os usuários nos CAPSad durante o mês anterior à coleta de dados. Dos entrevistados, 197 (59,7%) realizavam tratamento nos CAPSad do tipo II, 319 (96,7%) relataram presença de profissional/técnico de referência nos CAPSad, 127 (38,5%) frequentavam o CAPSad de três a sete dias por semana, em regime intensivo ou de permanência diurna, e 269 (81,5%) consideraram essa frequência suficiente para sua assistência. Houve predomínio de usuários que não possuíam PTS (168 = 50,9%) (Tabela 18).

Quanto às atividades oferecidas aos usuários nos 13 CAPSad, 237 deles (72,1%) receberam atendimento individual e 166 (50,3%) participaram de grupos terapêuticos no mês anterior às entrevistas. Verificou-se que a maior parte dos usuários (210 = 63,6%) não participou das oficinas terapêuticas, tampouco das atividades na comunidade (246 = 74,5%). Ademais, 25 deles (7,6%) relataram a realização de ações no campo da geração de renda, e 49 (14,8%) alegaram não ter recebido tratamento por VD até o momento da coleta de dados, conforme especificado na Tabela 18.

Tabela 18 - Análise descritiva das atividades dos usuários nos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 330), 2015.

(continua)		
Atividades realizadas pelos usuários nos CAPSad	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Tipo de serviço		
CAPSad II	197	59,7
CAPSad estendido	35	10,6
CAPSad III	98	29,7
Possui profissional técnico de referência		
Não	11	3,3
Sim	319	96,7
Frequência no CAPSad		
Não frequenta/abandono	8	2,4
1 vez a cada 2 ou 4 meses	22	6,7
1 vez ao mês	37	11,2
2 a 3 vezes ao mês	33	10,0
1 a 2 dias por semana	97	29,4
3 a 7 dias por semana	127	38,5
Teve alta	5	1,5
Não respondeu	1	0,3

(continuação)		
Atividades realizadas pelos usuários nos CAPSad	Frequência (n = 330)	Porcentagem (%)
Considera frequência suficiente		
Não	61	18,5
Sim	269	81,5
Tem PTS		
Não	168	50,9
Sim	162	49,1
Participou de atendimento individual no último mês		
Não	92	27,9
Sim	238	72,1
Participou de atendimento em grupo no último mês		
Não	164	49,7
Sim	166	50,3
Participou de oficina terapêutica no último mês		
Não	210	63,6
Sim	120	36,4
Participou de atividade na comunidade no último mês		
Não	246	74,5
Sim	84	25,5
Participou de alguma atividade de geração de renda		
Não	305	92,4
Sim	25	7,6
Recebeu VD dos profissionais do CAPSad		
Não	281	85,2
Sim	49	14,8
Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.		(conclusão)

5.2.4 Análise descritiva da dimensão processo – visão dos familiares dos usuários

No que tange à dimensão do processo, serão apresentadas as atividades realizadas pelos familiares dos usuários que participaram da amostra dos CAPSad. Verifica-se na Tabela 19 que, dos 275 participantes (275), 79 (28,7%) referiram contato raro com os profissionais dos CAPSad no ano anterior à pesquisa, ao passo que 59 (21,5%) tiveram contato frequente. Contudo, somente 83 (30,2%) dos familiares participaram de alguma atividade no ano precedente à entrevista, como grupo de apoio oferecido pelo serviço.

Dentre as atividades relatadas, predominou aquela de grupo de família (57 = 20,7%), seguida de palestras (25 = 9,1%), acolhimento (19 = 6,9%) e oficinas (15 = 5,5%).

Tabela 19 - Análise descritiva das atividades dos familiares dos usuários nos CAPSad do Estado de Minas Gerais (n = 275), 2015.

Atividades dos familiares nos CAPSad	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Frequência de contato com os profissionais do CAPSad no último ano		
Sempre	47	17,1
Frequentemente	59	21,5
Mais ou menos	42	15,3
Raramente	79	28,7
Nunca	48	17,5
Participou de alguma atividade no CAPSad durante o último ano		
Não	192	69,8
Sim	83	30,2
Participou de oficina		
Não	260	94,5
Sim	15	5,5
Palestras		
Não	249	90,5
Sim	25	9,1
Não respondeu	1	0,4
Grupo de família		
Não	218	79,3
Sim	57	20,7
Acolhimento		
Não	255	92,7
Sim	19	6,9
Não respondeu	1	0,4
Assembleia		
Não	268	97,5
Sim	7	2,5

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Quanto às abordagens discutidas pelos profissionais com os familiares nos grupos de família, 47 (17,1%) referiram manejo com o usuário, 45 (16,4%) mencionaram manejo do tratamento 45 e 38 (13,8%) citaram manejo da patologia da dependência química. Foram apontados pelos entrevistados, ainda, o apoio psicológico/estímulo-interação à família e usuário (54 = 19,6%) e o espaço aberto para sugestões sobre o serviço (41 = 14,9%) (Tabela 20).

Quanto às informações fornecidas pela equipe técnica sobre a doença do usuário, 138 familiares (50,2%) alegaram não tê-las recebido. No referente às informações recebidas, 80 familiares (29,1%) consideraram-nas claras, ao passo que 97 deles (35,3%) demonstraram satisfação quanto ao tipo de informação oferecida. No que tange às informações sobre o tratamento do usuário, dadas a 162 cuidadores (58,9%), 108 deles (39,3%) consideraram-nas claras, ao passo que 115 (41,8%) mostraram-se satisfeitos com as informações recebidas.

Do total de 275 participantes, 239 (86,9%) alegaram terem sido tratados com respeito pela equipe dos CAPSad, e 181 (65,8%) nunca tiveram dificuldade de obter informações solicitadas à equipe. A acolhida da equipe foi mais frequentemente avaliada como amigável (175 = 63,6%) (Tabela 20).

Quanto aos motivos da a admissão dos usuários nos CAPSad, 103 familiares (37,5%) referiram problema de saúde mental, 55 (20%) alegaram problema familiar e 53 (19,3%) mencionaram problema social. Ademais, 166 entrevistados (60,4%) afirmaram que, quando entraram em contato com os CAPSad, não havia outros serviços de tratamento disponíveis (Tabela 20).

Os cuidados oferecidos pelos CAPSad foram considerados apropriados às necessidades dos usuários por mais da metade dos familiares (179 = 65,1%). Não obstante, 227 (82,5%) alegaram nunca terem participado de decisões relativas ao planejamento e/ou realização de atividades, ao passo que 239 (86,9%) tampouco tiveram participação na avaliação dos serviços, conforme especificado na Tabela 20.

Tabela 20 - Apresentação das informações relativas aos conteúdos trabalhados nas atividades para as famílias que frequentam o CAPSad, do Estado de Minas Gerais (n = 275), 2015.

(continua)		
Informações trabalhadas nas atividades para as famílias	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Discussão no grupo de família acerca do manejo com o usuário		
Não	228	82,9
Sim	47	17,1
Discussão no grupo de família acerca da patologia		
Não	237	86,2
Sim	38	13,8

(continuação)		
Informações trabalhadas nas atividades para as famílias	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Discussão no grupo de família acerca do tratamento		
Não	230	83,6
Sim	45	16,4
Apoio psicológico/estímulo-interação família/usuário no grupo de família		
Não	221	80,4
Sim	54	19,6
Espaço aberto para sugestões sobre o serviço no grupo de família		
Não	234	85,1
Sim	41	14,9
Informação sobre a doença do familiar		
Não	138	50,2
Sim	137	49,8
Clareza das informações sobre a doença do familiar		
Informações muito claras	45	16,4
Informações claras	80	29,1
Mais ou menos claras	5	1,8
Informações não eram muito claras	7	2,5
Informações não eram nada claras	2	0,7
Não se aplica	136	49,5
Grau de satisfação do familiar com as informações sobre a doença		
Muito satisfeito	19	6,9
Satisfeito	97	35,3
Mais ou menos satisfeito	14	5,1
Insatisfeito	7	2,5
Muito insatisfeito	2	0,7
Não se aplica	136	49,5
Informação sobre o tratamento do familiar		
Não	112	40,7
Sim	162	58,9
O usuário não permitiu fornecimento de informação	1	0,4
Clareza das informações sobre o tratamento do familiar		
Informações muito claras	41	14,9
Informações claras	108	39,3
Mais ou menos claras	5	1,8
Informações não eram muito claras	8	2,9
Informações não eram nada claras	1	0,4
Não se aplica	111	40,4
Não respondeu	1	0,4

(continuação)		
Informações trabalhadas nas atividades para as famílias	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Grau de satisfação do familiar com as informações sobre o tratamento		
Muito satisfeito	31	11,3
Satisfeito	115	41,8
Mais ou menos satisfeito	11	4,0
Insatisfeito	6	2,2
Muito insatisfeito	1	0,4
Não se aplica	111	40,4
Tratado de forma respeitosa pela equipe no CAPSad		
Sempre	239	86,9
Frequentemente	23	8,4
Mais ou menos	10	3,6
Raramente	2	0,7
Nunca	1	0,4
Teve dificuldade para obter informação no CAPSad		
Sempre	4	1,5
Frequentemente	1	0,4
Mais ou menos	7	2,5
Raramente	9	3,3
Nunca	181	65,8
Nunca pedi informações	73	26,5
Classificação da recepção do CAPSad		
Muito amigável	79	28,7
Amigável	175	63,6
Mais ou menos amigável	20	7,3
Não muito amigável	1	0,4
Principal problema do familiar quando foi admitido no CAPSad		
Problema familiar	103	37,5
Problema financeiro	55	20,0
Problema no trabalho	1	0,4
Problema social	4	1,4
Problema familiar	53	19,3
Problema de saúde física	19	6,9
Problema psicológico, de saúde física e familiar	2	0,7
Problema somente com drogas	5	1,8
Problema somente com álcool	15	5,4
Problema com álcool e drogas	1	0,4
Não sei	15	5,5
Todos os problemas (saúde física, saúde mental, familiar, social, físico, financeiro e no trabalho)	2	0,7

(continuação)		
Informações trabalhadas nas atividades para as famílias	Frequência (n = 275)	Porcentagem (%)
Quando o familiar/usuário entrou em contato com o CAPSad tinha conhecimento de outro serviço		
Não	166	60,4
Sim	83	30,2
Não sei	22	8,0
Não tenho certeza	4	1,5
Serviços oferecidos pelo CAPSad		
Muito apropriado	60	21,8
Apropriado	179	65,1
Mais ou menos apropriado	29	10,5
Inapropriado	5	1,8
Muito inapropriado	2	0,7
Participação do familiar sobre no planejamento e/ou realização de atividades no CAPSad		
Muito frequentemente	8	2,9
Frequentemente	16	5,8
Mais ou menos frequente	17	6,2
Raramente	7	2,5
Nunca	227	82,5
Participação do familiar em alguma decisão relacionada à avaliação no CAPSad		
Muito frequentemente	4	1,5
Frequentemente	17	6,2
Mais ou menos frequente	10	3,6
Raramente	5	1,8
Nunca	239	86,9
Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.		(conclusão)

5.2.5 Análise descritiva da dimensão resultado – visão dos profissionais

Na dimensão resultado serão apresentados os escores de satisfação global dos profissionais – Escala SATIS-BR – com os CAPSad. O grau de satisfação global foi calculado com base na média das respostas aos 32 itens avaliados. Os resultados foram avaliados considerando que, quanto maiores os valores da média (próximas do valor 5) de cada um dos 32 itens, maior é a satisfação com o serviço (Tabela 21).

Observa-se na Tabela 21 um escore médio de 3,42 (DP: 0,96) quanto à satisfação global. Esse resultado evidencia que o sentimento dos profissionais que compuseram a

amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais situa-se entre a indiferença (escore 3) e a satisfação com o serviço (escore 4).

A satisfação dos profissionais mostrou-se mais elevada quanto ao “Relacionamento da equipe no serviço” e a “Qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes” (subescalas 4 e 1), com médias de 3,69 e 3,58, respectivamente. A subescala com menor pontuação no quesito satisfação foi aquela da equipe em relação às condições de trabalho no serviço (subescala 3), 3,15, demonstrando ser a dimensão com maior índice de insatisfação. Em seguida, com média de 3,41, observa-se o grau de satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço (subescala 2), conforme especificado na Tabela 21.

Tabela 21 - Análise descritiva dos escores de satisfação global dos profissionais – Escala SATIS-BR e seus fatores para o total da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 257).

Variáveis	Média	Mediana	DP	Intervalo de confiança (95%)
Fator 1	3,58	3,70	0,58	3,51 – 3,65
Fator 2	3,41	3,57	0,60	3,33 – 3,48
Fator 3	3,15	3,10	0,62	3,08 – 3,23
Fator 4	3,69	4,00	0,69	3,61 – 3,78
SATIS – BR	3,42	3,72	0,96	3,38 – 3,54
Global				

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

5.2.6 Análise descritiva da dimensão resultado – visão dos usuários

Neste tópico do resultado na visão dos usuários, os dados serão apresentados por meio das análises descritivas dos escores de satisfação global dos entrevistados – Escala SATIS-BR e da percepção de mudança em função do tratamento, informada pela escala EMP, versão paciente. Em primeiro lugar serão apresentados os resultados referentes à escala de satisfação SATIS-BR (Tabela 22).

Em seguida, apresentaremos os resultados referentes ao escore global da escala EMP e, por fim, aqueles relativos a cada item da escala EMP, escores médios e porcentagens de usuários que apresentaram percepção de melhora, piora e ausência de mudança (Tabelas 23 e 24), respectivamente.

O cálculo da satisfação global dos usuários com os CAPSad foi obtido com base nos 12 itens da escala geral SATIS-BR e em todos os fatores que a compõem. O escore médio

obtido foi 4,32 e com DP de 0,43. Esse resultado evidencia que a maior parte dos entrevistados está satisfeita com o serviço, conforme especificado na Tabela 22.

Quanto aos valores para cada subescala ou fator, a satisfação dos entrevistados mostrou-se mais elevada em relação à ajuda recebida e à acolhida da equipe (Fator 2), seguidas da satisfação com a competência e compreensão da equipe em relação ao problema do paciente (Fator 1), com escore médio de 4,56 e 4,36, respectivamente. O fator de menor grau de satisfação foi aquele referente às condições físicas e ao conforto do serviço (Fator 3), com escore médio de 3,83 (Tabela 22).

Tabela 22 - Análise descritiva dos escores de satisfação global dos usuários – Escala SATIS-BR e seus fatores para o total da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

Variáveis	Média	Mediana	DP	Intervalo de confiança (95%)
Fator 1	4,36	4,29	0,70	4,28 – 4,44
Fator 2	4,56	4,67	0,66	4,49 – 4,63
Fator 3	3,83	4,00	0,90	3,73 – 3,93
SATIS – BR	4,32	4,33	0,43	4,27 – 4,37
Global				

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

A análise descritiva da escala EMP Global, apresentada na Tabela 23, resulta da média das respostas aos 18 itens avaliados. Os resultados foram avaliados considerando que, quanto maiores os valores da média (próximas do valor 3), relativos ao total dos 18 itens, maior é a percepção de mudança desde o início do tratamento nos CAPSad.

O escore global da escala EMP apresentou média de 2,62, com DP de 0,35 e mediana de 2,72. Esses dados apontam que a maioria dos participantes do estudo considera estar melhor do que estava antes do tratamento (Tabela 23).

Quanto aos valores para cada fator, evidenciou-se que o maior escore de mudança percebida pelos entrevistados concentra-se sobretudo na subescala 2, referente à dimensão “Psicológica e Sono” – Fator 2, escore médio de 2,68. A terceira subescala, relativa aos aspectos “Relacionamentos e Estabilidade Emocional” - Fator 3, obteve média de 2,64. O fator com menor grau de mudança, encontrado na subescala 1, refere-se a “Atividades e Saúde Física” - Fator 1, com índice médio de 2,57 (Tabela 23).

Tabela 23 - Análise descritiva dos escores obtidos em cada fator e no escore global da escala EMP, segundo os usuários de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

Variáveis	Média	Mediana	DP	Intervalo de confiança (95%)
Fator 1 - EMP	2,57	2,88	0,63	2,50 – 2,64
Fator 2 - EMP	2,68	3,0	0,57	2,62 – 2,74
Fator 3 - EMP	2,64	3,0	0,57	2,58 – 2,70
EMP Global	2,62	2,72	0,35	2,58 – 2,65

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

Ainda em relação à Tabela 23, a proximidade entre os valores de média (2,62) e mediana (2,72) evidencia que essas variáveis possuem distribuição mais ou menos normal dos dados, comprovando a tendência da amostra a apresentar graus mais elevados. Em outras palavras, a percepção dos usuários em relação às mudanças decorrentes do tratamento possui graus mais elevados. Essa distribuição normal pode também ser observada na Figura 5 – Gráfico de Distribuição Normal Quantil-Quantil (Q-Q), *plot* da escala EMP, uma vez que os pontos aproximam-se da linha do Q-Q *plot*. Desse modo, pode ser realizada a análise de regressão *OLS*.

Figura 5 - Gráfico de Distribuição Normal Q-Q Plot da escala EMP da amostra total de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015.

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

As médias e os dados obtidos em cada um dos 19 itens encontram-se dispostos na Tabela 24. Os entrevistados afirmaram perceber mudança decorrente do tratamento em todos os aspectos da escala EMP. O item de avaliação global apresentou a maior porcentagem de percepção de melhora entre os participantes (86,1%), com média de 2,8 e DP de 0,4.

A subescala 2 apresentou o maior escore médio de percepção de mudança, e os itens com porcentagens mais altas foram aqueles referentes a problemas pessoais, interesse pela vida e confiança em si (78,8%, 77,2% e 75%, respectivamente). Esses itens associaram-se a fatores tais como lidar com os problemas decorrentes do uso de drogas e capacidade de seguir em frente.

Alguns itens das subescalas 1 e 3 também apresentaram maiores porcentagens de melhora em relação aos itens da subescala 2. Foram eles: convivência com outras pessoas (73,7%) - subescala 3; capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões (73,9%), interesse em trabalhar (71,2%) e apetite (71,2%) - subescala 1. As menores porcentagens de percepção de melhora concentraram-se nos itens sexualidade (47,3%) e saúde física (58,5%) – subescala 1. Verifica-se que as porcentagens mais elevadas não reuniram-se em uma única subescala (Tabela 24).

No que tange à ausência de percepção de mudança, os itens com porcentagens mais elevadas foram a convivência com a família (38,3%) e com os amigos (30,3%), ambos da subescala 2. As menores porcentagens de ausência de mudança equivalem à capacidade de suportar situações difíceis (17,9%) e problemas pessoais (18,2%), componentes da subescala 3 (Tabela 24).

Quanto à percepção de piora após o tratamento, as maiores porcentagens equivalem aos itens sexualidade (13,9%), energia (11,2%) e saúde física (10,3%), da subescala 1. Os usuários alegaram que houve piora, ou então que não ocorreu mudança em relação à sexualidade. As menores porcentagens de piora correspondem aos itens convivência com outras pessoas (3,3%) e problemas pessoais (3,0%) (Tabela 24).

Tabela 24 - Análise descritiva dos escore global da escala EMP, versão do paciente e da frequência absoluta de respostas para cada item da escala, segundo os usuários de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

Itens da EMP	Média (DP)	Pior do que antes N (%)	Sem mudança N (%)	Melhor do antes N (%)
1. Problemas pessoais	2,8 (0,5)	10 (3,0)	60 (18,2)	260 (78,8)
2. Humor	2,7 (0,6)	18 (5,5)	76 (23,0)	236 (71,5)
3. Estabilidade das emoções	2,6 (0,6)	20 (6,0)	88 (26,7)	222 (67,3)
4. Confiança em si	2,7 (0,5)	13 (4,0)	69 (21,0)	248 (75,0)
5. Interesse pela vida	2,7 (0,6)	16 (4,9)	59 (17,9)	255 (77,2)
6. Capacidade de suportar situações difíceis	2,6 (0,6)	17 (5,2)	85 (25,7)	228 (69,1)
7. Apetite	2,7 (0,6)	22 (6,7)	73 (22,1)	235 (71,2)
8. Energia	2,6 (0,7)	37 (11,2)	76 (23,0)	217 (65,8)
9. Sono	2,6 (0,7)	32 (9,7)	80 (24,2)	218 (66,1)
10. Saúde física	2,5 (0,7)	34 (10,3)	103 (31,2)	193 (58,5)
11. Sexualidade	2,3 (0,7)	46 (13,9)	128 (38,8)	156 (47,3)
12. Convivência com a família	2,6 (0,6)	16 (4,9)	86 (26,1)	228 (69,0)
13. Convivência com os amigos	2,6 (0,6)	14 (4,2)	100 (30,3)	216 (65,5)
14. Convivência com outras pessoas	2,7 (0,5)	11 (3,3)	76 (23,0)	243 (73,7)
15. Interesse em trabalhar ou se ocupar	2,7 (0,6)	18 (5,5)	73 (22,1)	239 (72,4)
16. Atividades de lazer	2,6 (0,6)	25 (7,6)	95 (28,8)	210 (63,6)
17. As tarefas de casa	2,6 (0,6)	16 (4,9)	94 (28,5)	220 (66,6)
18. Capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões	2,7 (0,6)	20 (6,1)	66 (20,0)	244 (73,9)
19. Item de avaliação global	2,8 (0,4)	8 (2,4)	38 (11,5)	284 (86,1)

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

5.2.7 Análise descritiva da dimensão resultado – visão dos familiares

Neste tópico, relativo ao resultado na visão dos familiares, os dados serão apresentados por meio das análises descritivas dos escores de satisfação global dos entrevistados – Escala SATIS-BR - e da percepção de mudança em função do tratamento, medida pela escala EMP, versão familiar. Primeiramente, serão apresentados os resultados da escala de satisfação SATIS-BR (Tabela 25). Em seguida, mostraremos os resultados referentes ao escore global da escala EMP e, por fim, aqueles relativos a cada item da escala EMP, escores médios e das porcentagens de usuários que apresentaram percepção de melhora, piora e ausência de mudança (Tabela 26 e 27), respectivamente.

O escore médio obtido pela escala geral SATIS-BR familiar foi de 4,26, com DP de 0,74, indicando que, de modo geral, os familiares dos usuários dos CAPSad estavam satisfeitos com o serviço, conforme especificado na Tabela 25.

Quanto aos valores de cada subescala ou fator, evidenciou-se que a satisfação dos entrevistados em relação ao tratamento apresentou escore médio de 4,46 (Fator 1), ao passo que a satisfação com a acolhida e a competência da equipe apresentou escore médio de 4,18 (Fator 2). O menor grau de satisfação correspondeu à privacidade e à confidencialidade do serviço (Fator 3), com escore médio de 4,08 (Tabela 25).

Tabela 25 - Análise descritiva dos escores de satisfação global dos familiares – Escala SATIS-BR e seus fatores para o total da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 275).

Variáveis	Média	Mediana	DP	Intervalo de confiança (95%)
Fator 1	4,46	5,00	0,87	4,36 – 4,57
Fator 2	4,18	4,00	0,65	4,10 – 4,30
Fator 3	4,08	4,00	0,68	4,00 – 4,17
SATIS – BR	4,26	4,38	0,74	4,17 – 4,35
Global				

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

A Tabela 26 mostra os resultados da mudança percebida pelos familiares na vida dos usuários em decorrência do tratamento recebido. O escore global da escala EMP familiar apresentou uma média de 2,50, com DP de 0,63. Esses dados mostram que a maioria dos cuidadores veem melhoras decorrentes do tratamento em seus familiares.

Os familiares alegaram percepção de mudança decorrente do tratamento em todos os aspectos da escala EMP. O item de avaliação global apresentou a maior porcentagem de percepção de melhora entre os participantes (78,9%), com média de 2,8. Resultado semelhante relativo à percepção de mudança foi encontrado na avaliação global, com média de 2,8 (Tabela 27).

Tabela 26 - Análise descritiva dos escores obtidos em cada fator e no escore global da escala EMP, segundo os familiares de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 275).

Variáveis	Média	Mediana	DP	Intervalo de confiança (95%)
Fator 1 – EMP	2,42	2,80	0,67	2,34 – 2,50
Fator 2 – EMP	2,56	3,00	0,60	2,49 – 2,64
Fator 3 – EMP	2,58	3,00	0,60	2,51 – 2,65
Fator 4 – EMP	2,44	2,75	0,65	2,36 – 2,51
EMP Global	2,50	2,89	0,63	2,42 – 2,57

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

A subescala 3 – relacionamentos - apresentou o maior escore médio de percepção de mudança, avaliando os seguintes aspectos: convivência com as outras pessoas (68%), convivência com a família (63,3%) e relacionamento com os amigos(as) (61,1%). Esse resultado assemelha-se aos maiores escores médios dos itens convivência com a família e com outras pessoas (Tabela 27).

A subescala 2, referente à dimensão psicológica, avalia as mudanças percebidas nos seguintes aspectos da vida do usuário: lidar com os problemas pessoais (74,5%), confiança em si (62,5%), humor (61,5%), estabilidade das emoções (57,8%), capacidade de suportar situações difíceis (54,5%) e interesse pela vida (54,5%). Do mesmo modo, os maiores escores médios corresponderam aos itens problemas pessoais, humor e interesse pela vida (Tabela 27).

A subescala 4, correspondente à saúde física dos usuários, avalia as mudanças percebidas pelos familiares nos seguintes aspectos: apetite (64,7%), sono (64,0%), saúde física (54,2%) e sexualidade (32,0%). Cabe destacar que os menores escores médios concentram-se nos mesmos itens da escala – tais como sexualidade e saúde física - tanto para os familiares como para os usuários, conforme observado na Tabela 27.

Por fim, a subescala 1 avalia as mudanças percebidas pelos familiares quanto às ocupações dos usuários: interesse em trabalhar ou ocupar-se com alguma coisa (57,5%), capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões (53,8%), energia (51,6%), tarefas de casa (50,2%) e atividades de lazer (47,3%).

Tabela 27 - Análise descritiva do escore global da escala EMP, versão do familiar, e da frequência absoluta de respostas para cada item da escala, segundo os familiares de uma amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 275).

Itens da EMP	Média (DP)	Pior do que antes N (%)	Sem mudança N (%)	(continua)	
				Melhor antes N (%)	do N (%)
1. Problemas pessoais	2,7 (0,52)	9 (3,3)	61 (22,2)	205 (74,5)	
2. Humor	2,6 (0,61)	17 (6,2)	89 (32,4)	169 (61,5)	
3. Estabilidade das emoções	2,5 (0,59)	13 (4,7)	103 (37,5)	159 (57,8)	
4. Confiança em si	2,5 (0,63)	21 (7,6)	82 (29,8)	172 (62,5)	
5. Interesse pela vida	2,6 (0,63)	21 (7,6)	75 (27,3)	179 (65,1)	
6. Capacidade de suportar situações difíceis	2,5 (0,64)	22 (8,0)	103 (37,5)	150 (54,5)	

Itens da EMP	Média (DP)	Pior do que antes N (%)	Sem mudança N (%)	(continuação)	
				Melhor antes N (%)	do
7. Apetite	2,6 (0,60)	16 (5,8)	81 (29,5)	178 (64,7)	
8. Energia	2,4 (0,69)	32 (11,6)	101 (36,7)	142 (51,6)	
9. Sono	2,6 (0,61)	18 (6,5)	81 (29,5)	176 (64,0)	
10. Saúde física	2,4 (0,72)	37 (13,5)	89 (32,4)	149 (54,2)	
11. Sexualidade	2,2 (0,66)	40 (14,5)	147 (53,5)	88 (32,0)	
12. Convivência com a família	2,6 (0,61)	17 (6,2)	84 (30,5)	174 (63,3)	
13. Convivência com os amigos	2,5 (0,61)	18 (6,5)	89 (32,4)	168 (61,1)	
14. Convivência com outras pessoas	2,6 (0,58)	13 (4,7)	75 (27,3)	187 (68,0)	
15. Interesse em trabalhar ou se ocupar	2,5 (0,66)	25 (9,1)	92 (33,5)	158 (57,5)	
16. Atividades de lazer	2,4 (0,68)	31 (11,3)	114 (41,5)	130 (47,3)	
17. As tarefas de casa	2,4 (0,69)	32 (11,6)	105 (38,2)	138 (50,2)	
18. Capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões	2,4 (0,65)	25 (9,1)	102 (37,1)	148 (53,8)	
19. Item de avaliação global	2,8 (0,48)	7 (2,5)	51 (18,5)	217 (78,9)	
Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.				(conclusão)	

5.3 RESULTADOS DA ETAPA - ANÁLISE INFERENCIAL – REGRESSÃO UNIVARIADA E MÚLTIPLA

Os resultados da análise inferencial de regressão univariada e multivariada foram utilizados para testar, por meio do cálculo de média da escala EMP, a mudança percebida pelos usuários nas práticas assistenciais desde o início do tratamento nos CAPSad.

As variáveis foram divididas em três diferentes dimensões: sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao processo e ao resultado.

As Tabelas 28 a 31, a seguir, apresentam os resultados da regressão linear univariada e o modelo final múltiplo para cada uma das dimensões. Em todos os modelos, a variável dependente é o escore global da escala EMP, referente aos usuários nos CAPSad.

As variáveis sociodemográficas incluídas para o modelo univariado foram: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar no último mês, tipo de moradia atual e bens duráveis (Tabela 28).

Como podemos observar na Tabela 28, todas as variáveis que obtiveram $p \leq 0,3$ nos modelos univariados foram inseridas no modelo múltiplo. Os resultados indicam a existência de correlação linear baixa entre as variáveis - sexo, escolaridade, renda familiar no último mês e bens duráveis - e o escore global da escala EMP ($p \leq 0,3$). As variáveis situação conjugal e tipo de moradia não apresentaram correlação significativa com a percepção de mudança decorrente do tratamento no modelo univariado.

As variáveis sexo e escolaridade (sem escolaridade/Ensino Fundamental incompleto/Ensino Fundamental completo/Ensino Médio/técnico incompleto) foram negativamente associadas ao escore da escala EMP, com valor de $p \leq 0,3$. Os usuários com Ensino Médio ou curso técnico completo apresentam maior percepção de melhora decorrente do tratamento do que os usuários com escolaridade mais baixa ou considerados analfabetos. Os dados indicaram também que as mulheres percebem menos melhora.

As variáveis idade, renda familiar de dois a quatro salários mínimos no último mês, renda familiar de menos de dois salários mínimos no último mês e bens duráveis correlacionaram-se positivamente com a escala EMP, apresentando um valor de $p \leq 0,3$. Em outras palavras, houve percepção de melhora decorrente do tratamento (Tabela 28).

Tabela 28 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas em relação ao escore global da escala EMP dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

Variáveis	β	R Square (r^2)	p-valor
Idade (anos)			
Total da amostra	0,077	0,6%	0,16*
Sexo			
Feminino	Referência		
Masculino	-0,098	1,0%	0,07*
Situação conjugal			
Sem companheiro	Referência		
Com companheiro	0,033	0,1%	0,55
Escolaridade			
Sem escolaridade ou com Ensino Fundamental incompleto	-0,009	0,8%	0,00*
Ensino Fundamental completo ou ensino técnico/Médio incompleto	-0,002		0,00*
Ensino Médio/curso técnico completo	0,089		0,97
Renda familiar no último mês			
< 2 salários mínimos	-0,003	0,5%	0,00*
≥ 2 e < 4 salários mínimos	0,068		0,95
Tipo de moradia atual			
Moradia em situação vulnerável	Referência		
Moradia regular	0,016	0,0%	0,76
Bens duráveis	0,072	0,5%	0,19*

R Square (r^2) = coeficiente de determinação

*Significância: ($p \leq 0,30$ – indica possibilidade de a variável ser incluída na regressão múltipla).

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

As variáveis clínicas incluídas no modelo univariado foram: internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad, uso de tabaco, consumo de bebida alcoólica no último mês,

consumo de droga ilegal no último mês, presença de outro problema de saúde (comorbidades), intercorrência(s) durante o tratamento, uso de psicofármaco, primeira admissão no CAPSad e conhecimento do usuário sobre o seu diagnóstico médico (Tabela 29).

As variáveis que descreviam o tipo de droga utilizada pelos entrevistados, o tempo de frequência e a especificação de quem encaminhou o usuário ao CAPSad, a forma de adquirir o psicofármaco e de seguir a prescrição médica, o tipo de intercorrência e o IMC não foram analisadas no modelo de regressão. A justificativa para a não inclusão dessas variáveis foi a grande quantidade de variáveis clínicas. Ademais, algumas delas possuíam muitas categorias e nenhuma característica comum que pudesse reagrupá-las.

Quanto às variáveis clínicas do modelo univariado, todas foram incluídas no modelo de regressão múltipla $p \leq 0,3$, exceto pela variável presença de outro problema de saúde (comorbidade), valor de $p \geq 0,30$ (Tabela 29).

A maior parte das variáveis clínicas apresentou correlação negativa com o item da escala EMP Global. Portanto, segundo o modelo univariado, os usuários que consumiram droga ilegal no último mês, são fumantes, usam psicofármacos e passaram por internação e intercorrências percebem menor mudança decorrente do tratamento nos CAPSad. Por sua vez, os novos usuários, os quais encontravam-se no início do tratamento, tinham ciência de seu diagnóstico e não haviam consumido bebida alcoólica no último mês, perceberam maior mudança decorrente do tratamento. Em outras palavras, essas variáveis apresentaram correlação positiva com a escala EMP, com um valor de $p \leq 0,3$ (Tabela 29).

Tabela 29 - Análise univariada das variáveis clínicas em relação ao escore global da escala EMP dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

				(continua)
Variáveis		β	R Square (r^2)	p-valor
Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad				
Não		Referência		
Sim		-0,229	5,2%	0,00*
Uso de Tabaco				
Não		Referência		
Sim		-0,105	1,1%	0,05*
Consumo de bebida alcoólica no último mês				
Não		Referência		
Sim		0,280	7,8%	0,00*
Consumo de droga ilegal no último mês				
Não		Referência		
Sim		-0,222	4,9%	0,00*

(continuação)			
Variáveis	β	R Square (r^2)	p-valor
Presença de outro problema de saúde (comorbidades)			
Não	-0,025		0,65
Sim	-0,046	0,2%	0,41
Intercorrência (s) durante o tratamento			
Não	Referência		
Sim	-0,200	4,0%	0,00*
Uso de Psicofármaco			
Não	Referência		
Sim	-0,088	0,8%	0,11*
Primeira admissão no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	0,145	2,1%	0,00*
Conhecimento sobre o diagnóstico médico			
Não			
Sim	-0,082	0,066	0,08*
R Square (r^2) = coeficiente de determinação			(conclusão)

*Significância: ($p \leq 0,30$ – indica possibilidade de a variável ser incluída na regressão múltipla).

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

As variáveis de processo e resultado incluídas no modelo univariado foram: considera a frequência no CAPSad suficiente, tem PTS, tem profissional de referência dentro do CAPSad, participou de atendimento em grupo no CAPSad e de atividades na comunidade com o CAPSad no último mês e escore SATIS-BR Global (Tabela 30).

Todas as variáveis de processo e resultado foram incluídas no modelo de regressão múltipla e apresentaram correlação positiva com a EMP, exceto a variável tem PTS, a qual não se mostrou significativa, com $p \geq 0,30$ (Tabela 30).

Tabela 30 - Análise univariada das variáveis de processo e resultado (escala SATIS-BR Global) em relação ao escore global da escala EMP dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

(continua)			
Variáveis	β	R Square (r^2)	p-valor
Frequência no CAPSad suficiente			
Não	Referência		
Sim	0,30	9,0%	0,00*
Tem PTS			
Não			
Sim	0,050	0,3%	0,36

			(continuação)
Variáveis	B	R Square (r ²)	p-valor
Tem profissional técnico de referência			
Não			
Sim	-0,035	0,1%	0,06*
Participou de atividade em grupo no último mês			
Não			
Sim	-0,017	0,0%	0,00*
Participou de atividade na comunidade no último mês			
Não			
Sim	-0,010	0,0%	0,00*
ESCORE SATIS-BR GLOBAL	0,366	13,4%	0,00*

R Square (r²) = coeficiente de determinação

(conclusão)

*Significância: ($p \leq 0,30$ – indica possibilidade de a variável ser incluída na regressão múltipla). Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

A Tabela 31 apresenta os resultados de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas, clínicas, processo e satisfação global dos usuários com os CAPSad estudados. São apresentados somente os resultados das variáveis que se mostraram significativas no modelo final de regressão, adotando-se $p \leq 0,05$. As variáveis significativas, pré-selecionadas de acordo com a ordem de entrada no modelo múltiplo foram: consumo de droga ilegal no último mês, considera a frequência no CAPSad suficiente, sexo, escolaridade, renda familiar no último mês, bens duráveis, primeira admissão no CAPSad, uso de psicofármaco, uso de tabaco, consumo de bebida alcoólica no último mês, internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad, intercorrências, idade, conhecimento do usuário sobre o seu diagnóstico médico, tem profissional de referência dentro do CAPSad, participou de atendimento em grupo no CAPSad e de atividades na comunidade com o CAPSad no último mês e escore SATIS-BR Global.

Tabela 31 - Análise da regressão linear múltipla entre a mudança global percebida e as variáveis investigadas para o total da amostra de usuários dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, 2015 (n = 330).

(continua)			
Variáveis	β	Erro-padrão	p-valor
Consumo de droga ilegal no último mês			
Não	Referência		
Sim	-0,068	0,049	0,19
Frequência no CAPSad suficiente			
Não	Referência		
Sim	0,152	0,046	0,00**
Sexo			
Feminino	Referência		
Masculino	-0,095	0,041	0,04*
Escolaridade			
Sem escolaridade ou com Ensino Fundamental incompleto	0,020	0,041	0,69
Ensino Fundamental completo ou ensino técnico/Médio incompleto	0,015	0,053	0,76
Ensino Médio/curso técnico completo	0,123	0,083	0,01**
Renda familiar no último mês			
< 2 salários mínimos	-0,048	0,050	0,35
≥ 2 e < 4 salários mínimos	0,057	0,122	0,25
Bens duráveis			
	0,047	0,005	0,36
Primeira admissão no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	0,049	0,035	0,32
Uso de psicofármaco			
Não	Referência		
Sim	-0,023	0,045	0,64
Uso de Tabaco			
Não	Referência		
Sim	-0,009	0,038	0,85
Consumo de bebida alcoólica no último mês			
Não	Referência		
Sim	-0,186	0,036	≤ 0,00**
Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	-0,137	0,037	0,00**
Intercorrência (s) durante o tratamento			
Não	Referência		
Sim	-0,115	0,039	0,02*
ESCORE SATIS-BR GLOBAL	0,272	0,042	≤ 0,00**
Idade	-0,064	0,002	0,20

(continuação)			
Variáveis	β	Erro-padrão	p-valor
Conhecimento sobre o diagnóstico médico			
Não			
Sim	-0,082	0,066	0,08
Tem profissional de referência dentro do CAPSad			
Não			
Sim	0,051	0,095	0,28
Participou de atividade em grupo no último mês			
Não			
Sim	0,144	0,036	0,00**
Participou de atividade na comunidade no último mês			
Não			
Sim	0,090	0,040	0,06

Modelo	R – coeficiente de Pearson	R Square (r^2)	R ² ajustado	Erro-padrão	*Significante a $p \leq 0,05$
1	0,584*	0,341	0,296	0,29835	** Significante a $p \leq 0,01$

Fonte: Dados da Pesquisa CAPSad, Minas Gerais, 2015.

(conclusão)

As variáveis consumo de alguma droga ilegal no último mês, renda familiar no último mês, bens duráveis, primeira admissão no CAPSad, uso de psicofármaco, uso de tabaco, idade, conhecimento sobre seu diagnóstico, tem profissional de referência dentro do CAPSad e participou de atividade na comunidade no último mês não mostraram efeito em relação à mudança percebida, independente das outras variáveis incluídas no modelo múltiplo, porém foram mantidas como variáveis de controle ($p > 0,05$).

Desse modo, os resultados indicaram que o grau de percepção de melhora global foi maior entre as variáveis Ensino Médio ou curso técnico completo, frequentar o CAPS, participação em atividade em grupo e satisfação global com o serviço ($\beta > 0$). Por outro lado, os entrevistados do sexo feminino, que consumiram bebida alcoólica no mês anterior à coleta de dados e que passaram por internação e intercorrências durante o tratamento demonstraram menor percepção de melhora decorrente da assistência ($\beta < 0$ - inversamente proporcional). O modelo final, o qual considerou o valor do R² (0,341), atribuiu 34,1% da contribuição das variáveis investigadas ao grau de mudança percebida pelos usuários entrevistados (Tabela 31).

6 DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Os estudos que avaliam os serviços de saúde mental, particularmente aqueles voltados ao álcool e outras drogas, têm-se revelado necessários para a saúde pública, uma vez que suscitam discussões e reflexões acerca das transformações na prática cotidiana, à luz dos modelos teóricos explicativos de pesquisa avaliativa e atenção psicossocial.

O interesse, justificado pela escassez de estudos que abordassem os aspectos relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado com base no referencial teórico de Donabedian, permitiu-nos realizar a análise dos resultados com o propósito de fornecer contribuições tanto para a pesquisa como para a prática clínica. Para tanto, foi necessário percorrer alguns passos, sendo o primeiro deles a seleção do processo metodológico. A fim de definir o método a ser seguido, foi realizada uma busca nas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO); *Medical Literature and Retrieval System on Line* (MEDLINE).

Desse modo, a discussão do presente estudo buscará analisar a relevância dos dados apresentados nos resultados anteriores do ponto de vista avaliativo, dos profissionais, usuários e familiares inseridos nos CAPSad. É sabido que os serviços em questão consolidaram-se para o cuidado especializado e articulado na RAPS, o qual volta-se ao enfrentamento do consumo abusivo de álcool e outras drogas no contexto brasileiro.

6.1 ANÁLISE DO PERFIL DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS

A amostra do estudo foi composta por 257 profissionais que atuam em 13 CAPSad do Estado de Minas Gerais, dentre os quais predominaram mulheres casadas, adultas jovens e com nível de pós-graduação. Os dados encontrados corroboram outros estudos sobre o perfil dos profissionais em serviços de saúde mental (Camilo et al., 2012; Gomes, Araújo, Santos, 2011; Kantorski, 2007; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012; Lapischies, Jardim, Kantorski, 2014; Pinho, 2014; Rebouças, Legay, Abelha, 2007; Silva et al., 2013).

Cabe destacar que há, no campo da saúde, uma tendência a relacionar mulheres a trabalhos que envolvam cuidar de pessoas e lidar com dor e sofrimento. Ademais, os estudos apontam sobretudo para a enfermagem, o que mostrou-se verdadeiro na presente tese, uma

vez que os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) prevaleceram em quantidade. Os psicólogos, por sua vez, ocuparam o segundo lugar em prevalência, visto que suas práticas também estão centradas no cuidado às pessoas (Gomes, Araújo, Santos, 2011; Silva et al., 2013).

Observou-se que a maior parte dos profissionais dos CAPSad possuem pouco tempo de atuação na área - até quatro anos - e estão ligados às instituições pesquisadas, o que alinha-se aos dados de estudos similares (Camilo et al., 2012; Pinho, 2014; Silva et al., 2013).

Ademais, grande parte dos trabalhadores em questão atuam no serviço desde a sua implantação, apontando baixa rotatividade de profissionais. Um estudo realizado por Stancato e Zilli (2010) mostra-nos que as instituições devem manter certo equilíbrio nas taxas de rotatividade, a fim de garantir produtividade eficaz e de alta qualidade. O estudo propõe, ainda, a necessidade de reforçar a concepção de saúde como um direito inerente ao cidadão, o qual deve receber um atendimento humanizado e realizado por uma equipe integrada. Para tanto, o serviço deve ser equilibrado, oferecendo aos profissionais boas condições de trabalho, segurança física, social, econômica e emocional.

Estudos evidenciam a alta rotatividade de profissionais como um problema crescente em outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, pesquisas indicam que a força de trabalho em saúde mental muda a cada cinco a sete anos (Blankertz, Robinson, 1997 citado por Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Quanto ao ganho salarial, a média é de até três salários mínimos. Cabe destacar, entretanto, que o estudo avaliativo realizado nos CAPSad do município de São Paulo apresentou resultado divergente em relação à renda dos profissionais, indicando faixa salarial entre 4 e 7 salários mínimos (Pinho, 2014).

Uma justificativa para os baixos salários nos serviços públicos do Brasil pode ser a ausência de plano de carreira para os funcionários (Rebouças, Legay, Abelha, 2007; Silva et al., 2013), além das particularidades socioeconômicas de cada região.

De acordo com os autores, os baixos salários e a carga horária semanal de 30 horas ou mais constituem condições desfavoráveis e podem justificar a busca por outro emprego que complemente a renda dos profissionais de saúde (Silva et al., 2013).

Grande parte dos trabalhadores alegaram possuir vínculo apenas com o CAPSad, diferindo dos dados obtidos em outros estudos, cuja maioria dos participantes relatou ter outro emprego (Rebouças, Legay, Abelha, 2007; Silva et al., 2013).

Quanto à qualificação dos participantes deste estudo, verificou-se que a maior parte

realiza cursos de atualização na área de saúde mental. Esse resultado demonstra que os profissionais dos CAPSad são comprometidos com o serviço e a formação nessa área. No entanto, não foram encontrados estudos com resultados relativos ao perfil dos profissionais inseridos em CAPSad e ao aprimoramento voltado para a área de drogas.

Acredita-se que o aprimoramento contínuo nessa área esteja relacionado à qualidade das atividades oferecidas nos CAPSad. A capacitação permanente em dependência química constitui uma necessidade por tratar-se de uma área muito específica no campo da saúde mental.

6.2 ANÁLISE DO PERFIL DA AMOSTRA DOS USUÁRIOS

O perfil sociodemográfico e econômico dos usuários da amostra de CAPSad do Estado de Minas Gerais é semelhante ao encontrado na maioria das pesquisas, havendo um acentuado predomínio do sexo masculino, de faixa etária entre 19 e 40 anos, sem companheiro, com ensino fundamental incompleto e fora do mercado de trabalho.

Tais achados corroboram estudos similares realizados em outros Estados brasileiros (Almeida et al., 2014; Ballarin, Miranda, Carvalho, 2011; Carlini et al., 2006; Carvalho, Silva, Rodrigues, 2010; Faria, Schneider, 2009; Freitas, Silva, Araújo, 2012; Kantorski et al., 2011a; Leal et al., 2012; Oliveira et al., 2013; Pereira et al., 2012; Pinho, 2014; Santos, Carvalho, Miranda, 2014).

Assim, pode-se inferir que homens adultos jovens, com baixa escolaridade, desempregados, que procuram por tratamento e presentes nos diversos serviços da RAPS são, em sua maioria, mais propensos ao consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Questões sociais e culturais baseadas em estigmas e preconceitos ajudam-nos a compreender a diferença numérica entre homens e mulheres que procuram tratamento nos serviços da RAPS (Faria, Schneider, 2009).

O estudo realizado no CAPSad do município de Caçador/SC, em 2010, indicou que as mulheres participam cada vez mais da problemática de álcool e outras drogas, apresentando o mesmo perfil sociodemográfico e econômico dos usuários do sexo masculino (Santos, Almeida, 2013). Em outro estudo, realizado em um ambulatório no Rio de Janeiro, também foi observado o aumento de usuárias de *crack* à procura de tratamento (Vargens, Cruz, Santos, 2011).

Nos quesitos baixa escolaridade, situação de trabalho e conjugal, foi constatado que a maior parte dos entrevistados não possuía companheiro ou trabalho remunerado. Estudos apontam, ainda, a inversão de valores e a dificuldade da família em lidar com a dependência química (Almeida et al., 2014; Ballarin, Miranda, Carvalho, 2010; Capistrano et al., 2013; Santos, Carvalho, Miranda, 2014).

O uso de drogas relaciona-se ao abandono escolar em virtude dos prejuízos decorrentes do consumo (Pereira Vasters, Pillon, 2011). Ademais, entrevistados afirmaram ter perdido o emprego em decorrência do abuso de substâncias psicoativas (Neves, Miasso, 2010; Siegal, Li, Rapp, 2002; Silva et al., 2015).

Além disso, a literatura aponta associação negativa do consumo de substâncias psicoativas com perdas do vínculo familiar e dificuldades de relacionamento com os pais, irmãos ou cônjuge (Capistrano et al., 2013). Outro estudo verificou que relacionamentos estáveis estavam associados à redução do consumo de substâncias psicoativas (Rhule-Louie, McMahon, 2007). Em síntese, a busca e o consumo da droga tornam-se prioridade ao indivíduo, o que pode ser penoso para a família. A relação passa, portanto, a ser estabelecida a partir de situações críticas, tais como desvalorização e sofrimento decorrentes da incapacidade laboral, produtiva e de relacionamento familiar (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2010; Capistrano et al., 2013; Santos, Carvalho, Miranda, 2014).

Essas variáveis podem estar associadas ao agravamento do problema da dependência química, uma vez que geram vulnerabilidade e dificuldade de reinserção social. Esses fatores podem acarretar problemas secundários tais como a criminalidade, já que a necessidade de dinheiro para sustentar o vício pode levar o usuário ao furto (Capistrano et al., 2013; Santos, Carvalho, Miranda, 2014).

Um estudo que avaliou prontuários de usuários do CAPSad II do município de Parnamirim, RN, demonstrou que 37% dos usuários da amostra averiguada já haviam cometido furto para comprar drogas, ao passo que 29% deles estavam ou já haviam estado envolvidos com a venda de drogas (Santos, Carvalho, Miranda, 2014).

Acredita-se que a falta de conhecimento sobre os riscos e eventos adversos das drogas, aliada ao bem-estar físico e psíquico momentâneo por elas produzidos, possa favorecer o seu consumo (Freitas, Silva, Araújo, 2012).

Faz-se portanto necessário o planejamento, no contexto das atividades individuais e grupais oferecidas pelos CAPSad, de ações de promoção, prevenção, reabilitação social e recuperação da saúde. Os usuários devem ser orientados quanto aos efeitos, riscos e eventos

adversos do uso das drogas, bem como incentivados por meio de atividades preventivas, educação em saúde, reabilitação social, escolares e no campo da geração de renda.

Quanto à variável raça/cor, predominaram neste estudo os não brancos, corroborando os dados obtidos em estudos similares (Almeida et al., 2014; Leal et al., 2012). No entanto, foram observadas diferenças em outras pesquisas, nas quais prevaleceram brancos ou caucasianos (Balbinot, Araujo, 2012; Freitas, Silva, Araújo, 2012; Machado, Costa Júnior, 2012; Pereira et al., 2012; Pinho, 2014).

Estudos similares não incluíram a variável raça/cor no perfil dos entrevistados, denotando a necessidade de mais pesquisas que levantem dados dessa natureza.

Um estudo realizado em 1999 investigou a diferença de perfil, quanto à mortalidade, entre homens negros e brancos residentes do Estado de São Paulo. O número de homens negros mortos em decorrência do uso de drogas foi, por diversas razões – tais como tempo de ócio decorrente de desemprego e baixo nível de qualificação – mais alto do que o número de homens brancos mortos pelo mesmo motivo (Batista, 2005; Jora, 2014).

Quanto à renda familiar, a maior parte dos entrevistados alegou receber até dois salários mínimos, resultado que corroborou dados obtidos em outros estudos nacionais e internacionais acerca da caracterização do perfil socioeconômico dos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde mental (Balbinot, Araujo, 2012; Carvalho, Silva, Rodrigues, 2010; Freitas, Silva, Araújo, 2012; Horta et al., 2011; Huang, Zhange, Liu, 2011; Kantorski et al., 2011a; Pereira et al., 2010; Pinho, 2014; Vargens, Cruz, Santos, 2011).

Não foi encontrado nenhum estudo que apresente dados diferentes quanto à variável em questão, constatando que, de acordo com a literatura prévia, os usuários de álcool e outras drogas não constituem apenas moradores de rua, e que de modo geral dependem de algum tipo de renda, seja ela obtida por meio de aposentaria, benefícios sociais, renda familiar ou empréstimo de amigos (Balbinot, Araujo, 2012; Horta et al., 2011; Huang, Zhange, Liu, 2011; Vargens, Cruz, Santos, 2011).

Ainda no campo da renda familiar, foi possível avaliar, por meio da declaração dos entrevistados, algumas características relativas à posse de bens duráveis e acesso à tecnologia. Foram mencionados itens básicos como TV em cores, rádio e geladeira. Outros bens e referidos foram automóvel, computador e máquina de lavar roupa. Esses dados assemelham-se àqueles levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2014.

De acordo com o IBGE, esses itens foram pesquisados em 9,2 milhões de domicílios urbanos com rendimento médio de até ½ salário mínimo *per capita*, dos quais 16,1% tinham

acesso ao conjunto de bens e serviços que serviram de base para a presente análise. No entanto, este estudo também verificou a posse de TV em cores e geladeira, os quais constituem itens fundamentais para a família (IBGE, 2014).

Em relação ao perfil clínico dos entrevistados da amostra de CAPSad, verificou-se que a maior parte deles estava sendo admitida pela primeira vez e realizava o tratamento há menos de um ano. Esses dados divergem dos estudos de Pinho, 2014, e Faria, Schneider, 2009, cujos usuários analisados já haviam passado diversas vezes pelos serviços de saúde a fim de combater o consumo de drogas.

O abandono e a dificuldade de adesão à terapêutica têm sido abordados como um problema complexo e multifatorial (Brorson et al., 2013; Jora, 2014; Ribeiro, Laranjeira, 2010). O tempo de permanência no tratamento e o estágio de motivação para a mudança de comportamento quanto ao uso de drogas são destacados na literatura como alguns dos fatores mais predisponentes para a abstinência e outros resultados terapêuticos positivos (Jora, 2014; Mccaull, Svikis, Moore, 2001; Siegal, Rapp, 2002; Simpson, Joe, Broome, 2002).

Os principais meios para encaminhar os usuários aos CAPSad foram outros serviços de saúde ou outros profissionais, tais como médicos e terapeutas, ou ainda familiares e amigos. Resultados semelhantes foram obtidos nos estudos de Ballarin, Miranda e Carvalho (2010) e Pinho (2014). Contudo, foi observada baixa frequência de encaminhamento por demanda espontânea, como apresentado nos demais estudos (Silva et al., 2014; Mangualde et al., 2013; Santos, Carvalho, Miranda, 2014;);

O estudo realizado no CAPS de Campinas, SP, aponta que o município conta com uma rede de atenção à saúde mental relativamente estruturada. A prevalência de entrada do usuário no serviço por demanda espontânea pode estar relacionada à desarticulação do CAPS na RAPS, bem como ao seu isolamento e à falta de contato entre os serviços (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2010).

Desse modo, acredita-se que o apoio matricial seja uma referência relevante aos encaminhamentos dos usuários aos CAPSad e até mesmo aos casos de busca ativa por abandono do tratamento, alinhando-se aos princípios básicos da RPB. Em outras palavras, é responsável pelo compartilhamento dos casos, embora essa interlocução com a rede ainda represente um desafio aos profissionais envolvidos (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2010).

O apoio matricial diferencia-se por pressupor a cogestão e a construção compartilhada do cuidado entre os serviços especializados e a atenção básica, o que facilita a comunicação e o diálogo não apenas entre os profissionais de saúde, mas sobretudo entre os usuários,

fazendo com que participem ativamente da elaboração dos seus PTS (Oliveira, Campos, 2015).

A dificuldade de diálogo entre os profissionais da RAPS e dos CAPSad, bem como o matriciamento dos profissionais da atenção básica dos CAPSad estudados serão discutidos mais adiante.

A família também demonstrou ser uma via significativa de encaminhamento aos CAPSad, o que concretizou sua inserção nos serviços. Desse modo, o apoio familiar pode ser um espaço de acolhimento e cuidado no processo de busca por tratamento para os dependentes químicos. Esse fator deve ser aproveitado pelos profissionais dos CAPSad como uma estratégia, isto é, compartilhar o cuidado com a família.

Outro importante elemento do presente estudo são as hipóteses diagnósticas obtidas por meio dos prontuários dos usuários entrevistados. Dentre elas destacam-se os transtornos mentais devidos ao consumo de álcool e de múltiplas drogas. O *crack* e a cocaína foram as drogas ilícitas consumidas com maior frequência pelos usuários da amostra. É relevante a quantidade de diagnósticos em que o álcool esteve associado a múltiplas drogas e a problemas mentais como depressão, esquizofrenia e transtornos de personalidade, ansiedade, humor e bipolar.

Esses dados repetem o padrão epidemiológico de outros estudos brasileiros realizados em serviços de saúde mental (Capistrano et al., 2013; Carlini et al., 2006; Freitas, Silva, Araújo, 2012; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012; Santos, Carvalho, Miranda, 2014; Pereira et al, 2012; Faria, Schneider, 2009).

Cabe mencionar que o uso de uma única droga tem sido gradativamente substituído pela associação de múltiplas drogas (Oliveira, Nappo, 2008). A literatura evidencia esse fato como uma realidade não apenas do gênero masculino, embora sua proporção seja maior (Jora, 2014; Reyes et al., 2012). O padrão de consumo de múltiplas drogas tem sido observado em mais da metade dos usuários adultos jovens de serviços públicos dos Estados Unidos (Kedia, Sell, Relyea, 2007).

Sabe-se que drogas lícitas, como álcool e tabaco, fazem parte do cotidiano familiar e social dos indivíduos, visto que seu consumo está associado ao uso recreativo. No entanto, o uso excessivo pode acarretar sérios riscos à saúde, além de propiciar o consumo de drogas ilícitas (Santos, Carvalho, Miranda, 2014).

Segundo os autores acima, o consumo de múltiplas drogas entre os dependentes químicos está associado a um método para conter a fissura ou à síndrome da abstinência, provocada pela falta da droga de preferência.

É sabido que as drogas agem direta ou indiretamente no mesmo local do cérebro, embora cada uma delas desempenhe um mecanismo de ação particular, provocando sintomas clínicos peculiares. É imprescindível, portanto, que o diagnóstico seja preciso, a fim de que se estabeleça um plano terapêutico adequado e com intervenções específicas para cada usuário (Capistrano et al., 2013). O diagnóstico correto pode ser obtido por meio das entrevistas iniciais ou da observação da evolução clínica, facilitando a abordagem terapêutica e as estratégias de prevenção de recaída (Zaleski et al., 2006).

Verificou-se que o *crack* constitui a segunda droga mais consumida, de forma isolada, pelos entrevistados. De acordo com pesquisas realizadas no Brasil desde o ano de 2002, o consumo de *crack* apresentou um dos maiores índices de crescimento (Capistrano et al., 2013; Carlini et al., 2006). Sua dependência provoca impacto pessoal e familiar, embora não seja a droga mais consumida pela população de modo geral (Jora, 2014).

A busca por tratamento pelos usuários de *crack* e múltiplas drogas é ampla e complexa. Estudos descrevem o tratamento como um desafio com diversos graus de complexidade para os profissionais de saúde, visto que os altos níveis de comprometimento físico, social e psicológico requeridos fazem com que os usuários apresentem baixa adesão à terapêutica (Jora, 2014; Ribeiro, Laranjeira, 2010). Se desejam enfrentar com sucesso esse desafio, os serviços devem promover maior integração do tratamento (Jora, 2014).

No que tange ao tratamento externo ao CAPSad, verificou-se que a maioria dos usuários não apresentaram histórico de internação psiquiátrica durante o tratamento nos CAPSad, como evidenciado em outros estudos (Almeida et al., 2014; Pinho, 2014, Tarifa, 2014). Sugere-se que a internação psiquiátrica seja realizada somente quando as demais ações dos CAPSad II e III mostrarem-se insuficientes para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, conforme preconizado pela RPB. (Silveira et al., 2003).

As equipes de saúde devem buscar alternativas nos próprios recursos a fim de evitar a internação psiquiátrica, como previsto na legislação brasileira. A PT n. 336/GM, 2002 do MS preconiza que os CAPSad da modalidade II devem manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso dos usuários, evitando internações desnecessárias (Tarifa, 2014; Brasil, 2004c).

Durante a etapa da coleta de dados foi observado um número elevado de usuários

internados ou voluntariamente encaminhados para internação em hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica, financiados pelo “Cartão Aliança pela vida”, uma iniciativa instituída em 2012 pelo Governo de Minas Gerais a fim de prover recursos extras para o tratamento de dependentes químicos, conforme a Deliberação CIB-SUS/MG n. 1.297/2012. Contudo, muitos desses usuários não participaram da entrevista.

O Cartão Aliança foi aprovado pelo Estado em parceria com seus municípios, a fim de arcar com as despesas, em caráter temporário, da internação voluntária do usuário em entidade especializada e credenciada por Grupo Gestor representado por membros da Secretaria Estadual de Saúde, de Defesa Social e de Desenvolvimento Social. O valor do benefício do Cartão fica limitado a R\$30,00 (trinta reais) por dia de internação (Governo do Estado de Minas Gerais, 2012b).

É preciso compreender que esse processo de internação contrapõe-se à filosofia dos CAPSad, os quais foram criados justamente para acabar com o estigma – previsto por lei – das internações. Ademais, essas instituições pautam-se na meta da abstinência total, divergindo das diretrizes da Política do MS de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas que buscam tratamento na modalidade de RD (Brasil, 2004b).

Quanto às modalidade de tratamento, 34,2% dos entrevistados revelaram estar em abstinência total do uso de álcool e outras drogas, ao passo que 24,6% não souberam identificar a modalidade de seu tratamento.

O resultado obtido mostra que um quarto dos entrevistados não souberam informar a modalidade do seu tratamento. Os dados são preocupantes, pois espera-se que PTS promova um pacto entre o serviço e o usuário de substância psicoativa (Silveira et al., 2003). Ademais, levantam dúvidas sobre a modalidade de tratamento voltada para RD e sobre como são acordadas as atividades a serem desenvolvidas com o usuário (Tarifa, 2014).

A abstinência total referida pelos entrevistados como modalidade de tratamento acompanha outros achados do presente estudo, já que a maioria deles alegou não ter consumido bebida alcoólica e/ou droga ilegal no mês anterior à coleta de dados. Esse resultado corrobora outros estudos (Lima, 2013; Pinho, 2014; Tarifa, 2014).

Sob essa ótica, espera-se que a equipe do CAPSad desenvolva um trabalho guiado pela lógica da RD, não tendo a abstinência total como o único objetivo do tratamento (Lima, 2013).

Muitos usuários de drogas podem não concordar ou não apresentar condições psicossociais de passar pela abstinência, que representa a meta da maior parte das equipes

técnicas dos serviços tradicionais de internação nesta área. Com isso, a recaída pode ser interpretada como sinal de fraqueza, fracasso ou insistência em um erro, sendo passível de desenvolver sentimentos como a frustração, vergonha, raiva e culpa (Zanatta, Garghetti, Lucca, 2012). Ocorrem, ainda, o abandono do tratamento ou o não acesso ao sistema de saúde, decorrentes da descrença na capacidade de usar a substância de modo equilibrado, sem impactos negativos (Lima, 2013; Tarifa, 2014).

Nesse sentido, é fundamental orientar os usuários que se sintam fracassados e desestimulados a cada recaída, já que a dependência química pode ser fisiológica e psicológica, alterando níveis bioquímicos e cerebrais. Conhecer as características da dependência química pode não apenas ajudar a evitar as recaídas, mas fazer com que sejam aceitas, visto que interromper o uso de drogas não depende somente da vontade do usuário, mas de um contexto mais amplo, incluindo um tratamento que pode ser difícil e demorado (Zanatta, Garghetti, Lucca, 2012).

Ainda quanto ao tratamento dos usuários nos CAPSad avaliados, houve predomínio do uso de psicofármacos, corroborando outros estudos publicados (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2011; Carvalho, Silva, Rodrigues, 2010; Freitas, Silva, Araújo, 2012; Kantorski et al., 2011a).

Esse resultado leva a crer que o acompanhamento do CAPS baseia-se no modelo clínico, centrado no tratamento farmacológico. Estudos apontam que a finalidade da proposta farmacêutica é reduzir os custos da assistência e garantir que os usuários façam uso seguro e racional dos medicamentos. Assim, a proposta farmacêutica constitui um tratamento farmacológico responsável, para que sejam alcançados resultados concretos que promovam maior qualidade de vida (Freitas, Silva, Araújo, 2012; Oliveira, Freitas, 2008).

O uso de psicofármacos pode auxiliar no tratamento de usuários e dependentes químicos, já que contribui para a diminuição da sintomatologia e dos comportamentos problemáticos dos usuários (Costa et al, 2011; Tarifa, 2014). A relação entre o uso de psicofármaco e a mudança percebida pelo usuário será abordada mais adiante, na análise inferencial.

Segundo os entrevistados, os psicofármacos foram obtidos nos CAPSad e na SMS/farmácia municipal, embora alguns deles os tenham comprado. Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Kantorski et al (2011a) nos CAPS da região Sul do Brasil.

Verificou-se que o fornecimento dos medicamentos pelos CAPSad está de acordo com as necessidades dos entrevistados, embora a distribuição, a qual depende da gestão de cada

serviço e município, ainda não corresponda à fração ideal das drogas prescritas pelos médicos. A alta demanda de fármacos faz com que por vezes os usuários tenham de adquiri-los em farmácias privadas, como a farmácia popular. Segundo Kantorski et al. (2011a), esses estabelecimentos chegam a cobrar um valor até seis vezes menor do que o praticado pelo mercado.

A PT n. 3.237/2007 unificou todos os recursos para a compra de medicamentos e outorgou aos municípios a sua aquisição e distribuição. Em outras palavras, o governo federal e o governa estadual fornecem recursos financeiros aos municípios, os quais ficam encarregados de administrá-los (Kantorski et al., 2011a).

Segundo os autores supracitados, cabe aos CAPS a regulação, a distribuição dos psicofármacos, a capacitação e supervisão das equipes de saúde da família, além da cobertura às prescrições médicas realizadas nas UBS. Cabe-lhes, ainda, empregar o uso de medicamento aos usuários atendidos em ambulatório, e, em casos específicos, àqueles internados em hospitais e comunidades terapêuticas credenciadas pelo SUS da região, cujo tratamento exija medicamentos de alto custo.

Quanto à prescrição médica, a maior parte dos entrevistados alegou fazer uso correto do medicamento prescrito, ao passo que um pequeno número relatou uso irregular. O uso incorreto de medicamentos chama a atenção, pois em alguns casos podem estar sendo consumidos em concomitância com o álcool e outras drogas.

Os dados em questão indicam que é necessária a implantação de grupos e oficinas terapêuticas de orientação farmacológica, os quais alertem sobre os riscos e consequências da interação dos psicofármacos com o álcool e outras drogas.

No presente estudo, houve predomínio de consumidores de tabaco, corroborando o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, no qual o tabaco foi apontado como a segunda substância psicoativa mais consumida entre os dependentes químicos. O uso diário de drogas lícitas e ilícitas é considerado um risco grave para a população, independente de gênero, idade e região (Carlini et al., 2006). No entanto, por se tratarem de drogas de uso legal, o álcool e o tabaco circulam livremente e a sociedade os concebe como menos prejudiciais do que as substâncias ilegais (Tarifa, 2014).

Houve número elevado de intercorrências (69,7% dos entrevistados) associadas a complicações psiquiátricas e uso de álcool e outras drogas (31%). Ademais, 45,8% dos entrevistados referiram algum outro problema de saúde (comorbidade). Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Leal et al (2012), em que foi identificada a provável

presença de comorbidade entre transtornos mentais e aqueles decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.

Intercorrências relacionadas à dependência química podem acarretar danos mentais e orgânicos, dentre os quais encontram-se as comorbidades, as quais motivam o usuário a procurar tratamento (Oliveira et al., 2013).

Outras complicações também estão associadas à dependência química, tais como abandono do tratamento ou não adesão ao PTS (17,6%); complicações clínicas ou físicas (9,4%), entre outras.

As comorbidades clínicas podem estar relacionadas ao uso abusivo de substâncias químicas, uma vez que o álcool e outras drogas causam diversas alterações fisiológicas, como complicações vasculares e respiratórias agudas ou crônicas. As complicações respiratórias podem decorrer do meio de administração das drogas, como a inalação da fumaça no caso do *crack* e do tabaco (Capistrano et al., 2013).

No que se refere ao consumo concomitante de múltiplas drogas (uso cruzado), as comorbidades tornam-se ainda mais intensas, podendo abranger comportamento violento, criminal, sexual de risco, depressão e outros (Santos, Carvalho, Miranda, 2014). No Brasil, ainda são escassos os estudos que investigam a presença de comorbidades e sua associação com o uso de álcool e outras drogas, embora haja indicativos de que seja um problema relevante (Zaleski et al., 2006).

A observação dos problemas relacionados ao uso de drogas e o diagnóstico adequado dos transtornos associados possibilitam intervenções apropriadas, as quais facilitam a interrupção do consumo das substâncias químicas e diminuem a incidência de recaídas (Botti, Machado, Tameirão, 2014).

Por fim, quanto à variável clínica do perfil nutricional - IMC dos usuários nos CAPSad -, observou-se que mais da metade dos entrevistados encaixa-se no padrão de normalidade, com peso adequado para a estatura. Entretanto, evidenciou-se a proximidade da amostra para os indivíduos com indicativos de sobrepeso/obesidade. Dado semelhante foi encontrado em outros estudos que avaliaram o perfil nutricional de alcoolistas frequentadores do CAPSad de Ouro Preto, MG (Toffolo, Marlière, Nemer, 2013), e o perfil de dependentes de *crack* internados em hospital para desintoxicação (Balbinot, Araujo, 2012). No entanto, não foram encontrados na literatura dados relativos às demais drogas.

O peso corporal e o IMC da amostra foram estimados por métodos antropométricos. A pesquisadora e os colaboradores realizaram as medidas no momento da coleta de dados.

Estudo realizado por Toffolo, Marlière e Nemer (2013) ressalta que o uso do álcool pode levar ao aumento da adiposidade por motivos calóricos, ocasionando uma elevação significativa do IMC e da relação cintura-quadril, sobretudo entre consumidores moderados. Além disso, observou-se que a alimentação oferecida aos usuários em tratamento no CAPSad investigado apresentava níveis altos de sódio e deficiência de algumas vitaminas e minerais, tais como iodo, ferro, cálcio, magnésio e potássio, fazendo com que não fosse atendida a demanda calórica de acordo com o sexo.

A avaliação da dieta dos usuários não foi uma proposta inicial deste estudo, e, desse modo, investigações futuras podem ser realizadas a fim de avaliar sua relação com as alterações antropométricas e as práticas realizadas por esses serviços no combate à obesidade e ao sedentarismo. Predominaram na amostra adultos jovens do sexo masculino em fase de atividade.

O peso e a estatura dos usuários já provaram sugerir discussões que auxiliem tanto no sucesso do tratamento como na melhora da qualidade de vida dos dependentes químicos. A inserção de profissionais tais como nutricionistas e educadores físicos na equipe multiprofissional deve ser levada em conta, visto que na amostra de profissionais investigados foram constatados apenas um nutricionista e dois educadores físicos nos CAPSad.

6.3 ANÁLISE DO PERFIL DA AMOSTRA DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS

O presente estudo investigou 275 familiares ou amigos cuidadores dos usuários frequentadores dos CAPSad do Estado de Minas Gerais, dentre os quais predominaram familiares do sexo feminino, representadas majoritariamente por esposas, irmãs e mães. A maior parte casada ou com companheiro, com filhos, renda individual de até dois salários mínimos e escolaridade equivalente ao Ensino Fundamental incompleto e completo.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos que avaliaram cuidadores em serviços de saúde mental (Bandeira et al., 2011; Barroso, Bandeira, Nascimento, 2007; Camilo et al., 2012; Giacco et al., 2012; Kantorski et al., 2012a; Maciel et al., 2014; Marcon et al., 2012; Quadros et al., 2012; Pinho, 2014; Schein, Boeckel, 2012; Tabeleão, Tomazi, Quevedo, 2014; Tomasi et al., 2010a).

Percebe-se uma forte presença da figura feminina no cuidado e no acompanhamento do tratamento, o que levanta discussões acerca dos gêneros e respectiva divisão histórica dos papéis na sociedade, ainda que tenham ocorrido diversas modificações sociais em relação ao

papel da mulher. Em geral, o cuidado continua sendo uma prática atribuída às mulheres, seja na condição de esposa, mãe, filha ou irmã (Giacco et al., 2012; Kantorski et al., 2012a; Schein, Boeckel, 2012; Tabeleão, Tomazi, Quevedo, 2014).

Estudo realizado por De Labra et al. (2015) revelou que um relacionamento próximo ou de consanguinidade entre usuário e cuidador não apenas influencia a saúde do paciente, mas pode também aumentar sua satisfação com o cuidado e reduzir sintomas de depressão e estresse.

No que diz respeito à idade e a cor/raça, a média de idade de 48,8 anos aproximou-se daquela obtida nos estudos de Kantorski et al. (2012a), Tabeleão, Tomazi e Quevedo (2014) e Tomasi et al. (2010). Houve predomínio de não brancos entre os familiares, corroborando o resultado do estudo de Marcon et al. (2012).

O perfil dos familiares é semelhante àquele dos usuários do presente estudo, havendo proximidade do padrão idade, cor/raça, situação conjugal, escolaridade e renda individual.

O perfil dos familiares de usuários dos serviços de saúde mental chama atenção pelas características similares àsquelas encontradas na literatura quanto à situação conjugal, escolaridade e renda, sendo considerado o baixo nível socioeconômico dos cuidadores e usuários dos CAPSad. Ademais, os resultados deste estudo mostraram que os familiares precisam arcar com as despesas dos usuários, já que grande parte deles não estão inseridos no mercado de trabalho remunerado.

O estudo de Soares e Menezes (2001) apontou os familiares como principal fonte de suporte econômico e emocional dos pacientes, sendo os gastos decorrentes dos cuidados referidos como sobrecarga econômica para a família. Além disso, verificou-se que a maioria dos pacientes não poderiam contribuir de maneira efetiva para o aumento da escassa renda familiar, agravando ainda mais a situação das famílias.

Nesse sentido, a dependência de drogas representa disfunção ou inadequação às atividades cotidianas dos usuários, fazendo com que os familiares passem grande parte da vida buscando recuperar a estabilidade familiar. A maioria das cuidadoras esposas e/ou mães são muitas vezes obrigadas a gerenciar sozinhas a casa, os filhos e a vida profissional (Marcon et al., 2012).

Essas circunstâncias podem acarretar um peso excessivo aos familiares, aumentando o risco de adoecimento por sobrecarga, além de levá-los a buscar apoio em outros familiares e/ou em outros lugares/recursos, tais como o próprio CAPSad, a religião e grupos de ajuda fora do CAPSad, a fim de minimizar o sofrimento e as dificuldades enfrentadas.

Verificou-se que a maioria dos familiares, os quais cuidavam sozinhos do usuário, apresentavam algum problema de saúde, corroborando os dados obtidos nos estudos de Kantorski et al. (2012a) e Tabeleão, Tomazi e Quevedo (2014).

Contudo, os familiares alegaram não se sentir sobrecarregados pelo cuidado, resultado que corrobora os dados obtidos nas pesquisas de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) e Elmahdi et al. (2011), em que a sobrecarga era mais baixa nos familiares de usuários de substância psicoativa.

De acordo com a literatura nacional e internacional, alguns estudos evidenciam sobrecarga objetiva e subjetiva nos familiares dos serviços de saúde mental (Greenberg et al., 1997; Magliano et al., 1998; Martinez et al., 2000; Schein, Boeckel, 2012). São vistas importantes variações de acordo com o perfil sociodemográfico, o tipo de transtorno e os aspectos do cuidado (Tabeleão, Tomazi, Quevedo, 2014; Tomasi et al., 2010).

Apesar disso, não foi investigada a relação entre a sobrecarga e os problemas de saúde dos cuidadores, o que limitou os resultados. Ressalta-se a necessidade de realizar estudos dessa temática com instrumentos validados, a fim de se investigar os problemas de saúde dos cuidadores de usuários de substâncias psicoativas, sejam eles de ordem aguda ou crônica, física e psíquica.

Os familiares identificaram o CAPSad como um vínculo de apoio ao cuidado dos usuários de substâncias psicoativas. Além do CAPSad, outros dispositivos de suporte são mencionados, tais como os grupos religiosos e de autoajuda. Esses dados assemelham-se àqueles obtidos no estudo de Lima e Braga (2012).

Os recursos considerados informais, como igrejas, agremiações religiosas e seitas estabelecem uma relação de complementaridade com a insuficiência apontada nos serviços de saúde mental, no sentido de suprir integralmente as necessidades de saúde dos usuários. Desse modo, é exigido o suporte de redes sociais secundárias que cumpram, ainda que casualmente, um papel em rede de saúde mental estabelecido pelo SUS (Dalla Vecchia, Martins, 2006).

O MS reconhece a dificuldade de alguns profissionais em se relacionar com grupos de autoajuda por motivos diversos, tais como: falta de fundamentação dos grupos acerca de teorias ou linhas de trabalho; presença de teor espiritual ou religioso que divirja de algumas abordagens teóricas; escassez de dados que comprovem a sua eficácia; entre outros (John, Labonia, 2009; Lima, Braga, 2012).

6.4 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES

6.4.1 Análise descritiva da dimensão estrutura – visão dos profissionais

Os CAPSad da amostra do Estado de Minas Gerais apresentam infraestrutura semelhante entre si, de acordo com os requisitos de estrutura selecionados na PT GM n. 336/2002 dentro do processo da reforma psiquiátrica (Brasil, 2006).

Os componentes de estrutura estudados foram: recursos físicos, materiais e humanos, e as condições organizacionais do cuidado, as quais abrangem as ferramentas de trabalho e a segurança das instalações físicas nos CAPSad. Foram investigados, ainda, o sistema de referência, os conhecimentos dos profissionais quanto aos equipamentos de saúde e as ações intersectoriais na rede de atenção psicossocial dos 13 serviços.

A maior parte dos dados referentes à estrutura física do CAPSad encontra-se no instrumento do coordenador, o qual não foi incluído neste estudo em razão do grande número de atores envolvidos. Entretanto, será realizada uma breve análise com os itens respondidos pelos profissionais que participaram da pesquisa.

Foram identificados comprometimentos na estrutura em termos de instalação física, disponibilidade de equipamentos de proteção coletiva, segurança e recursos humanos. Além disso, foi examinada a satisfação dos profissionais com as condições de trabalho e a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e familiares.

Para Donabedian, o cuidado em saúde é constituído por dois domínios: o primeiro voltado para a aplicação dos conhecimentos e das tecnologias, e o segundo para a relação da equipe com o paciente. A estrutura é uma pré-condição favorável para a qualidade desses dois domínios (Donabedian, 1980; Magluta et al., 2009).

Os estudos baseados na estrutura devem considerar os seguintes componentes: ambiente físico e organizacional; instrumentos, recursos materiais e tecnologias disponíveis na assistência; descrição das características das instalações e da equipe, incluindo diferentes aspectos. A avaliação da estrutura permite-nos julgar a qualidade do cuidado em saúde. Serviços bem estruturados pressupõem proteção e promoção da qualidade do cuidado (Donabedian, 1980; Kantorski et al., 2012b; Magluta et al., 2009).

No entanto, não há relação direta entre boa estrutura e produção de cuidados de boa qualidade, isto é, uma estrutura inadequada pode minimizar as chances de um cuidado qualificado, porém essa característica por si só não define o resultado (Magluta et al., 2009).

A maior parte dos profissionais referiu inadequação de ventilação e de área física para a realização das atividades nos prédios em que funcionam os CAPSad. Somente sua iluminação e higiene foram concebidas como apropriadas.

Comparando os resultados deste estudo, com outros, evidenciou-se convergências em alguns aspectos da ambiência e área física (Calvacante et al., 2014; Gomes, Araújo, Santos, 2011; Kantorski et al., 2011b; Pinho, 2014).

No estudo avaliativo da estrutura dos CAPSad do município de São Paulo foi constatada inadequação somente da área física. Já a iluminação, a ventilação e a higiene estavam dentro dos padrões de adequação referidos pelos entrevistadores (Pinho, 2014).

Outros estudos apontam a diversidade dos aspectos relacionados à estrutura física dos serviços de saúde mental. A ampliação e a adequação da ambiência e da área física destes serviços constituem componentes fundamentais do processo de trabalho e da organização das atividades oferecidas (Calvacante et al., 2014, Gomes, Araújo, Santos, 2011; Kantorski et al., 2011b; Mielke et al., 2011; Nascimento, Galvanese, 2009).

Os CAPS avaliados no município de São Paulo apresentaram grande diversidade quanto às instalações físicas, com alguns funcionando em imóveis alugados e em prédios pertencentes à SMS, adaptados e inadequados em relação à disposição de salas e à circulação interna. Ademais, não apresentavam condições de acessibilidade a portadores de necessidades especiais (Nascimento, Galvanese, 2009).

No presente estudo, a necessidade de acessibilidade aos portadores de necessidades especiais não foi mencionada pelos entrevistados. Foi observada, entretanto, a inadequação da estrutura física dos CAPSad avaliados para receber e facilitar o acesso aos deficientes visuais, às pessoas que usam cadeira de rodas ou muletas e aos deficientes auditivos, considerando que alguns participantes da pesquisa apresentavam essas características.

Neste sentido, o estudo realizado por Cavalcante e colaboradores observou que algumas acomodações dos CAPS não são favoráveis para a realização de consultas, dispensação de medicamento, terapias grupais e oficinas com finalidade socioeducativa. As deficiências dessas instalações podem provocar descontentamentos e promover limitações para a organização e a execução das práticas de saúde mental (Calvacante et al., 2014). A ambiência foi um aspecto forte na avaliação da estrutura de um CAPS do Sul Brasil (Kantorski et al., 2011b).

A ambiência dos serviços de saúde caracteriza-se por três eixos, de acordo com a Política Nacional de Humanização proposta pelo MS em 2010. O primeiro eixo trabalha o

espaço com vistas ao conforto dos trabalhadores e usuários, garantindo a privacidade e a individualidade dos sujeitos envolvidos e do ambiente (cor, cheiro, som, iluminação, limpeza, dentre outros). O segundo eixo foca no espaço como possibilidade de produção de subjetividades, por meio da ação e reflexão acerca dos processos de trabalho. Por fim, o terceiro eixo constitui um espaço que favorece o processo de trabalho, por meio da otimização de recursos e do atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (Brasil, 2010).

As características do ambiente de trabalho nos serviços de saúde mental revelam a importância de avanços e melhorias que contribuam tanto para a assistência e a recuperação dos dependentes químicos em processo de tratamento como para a saúde mental dos profissionais. Verificou-se na literatura que o ambiente de trabalho exerce forte influência sobre a saúde dos trabalhadores (Gomes, Araújo, Santos, 2011).

Reestruturar as instalações pode favorecer as condições laborais dos profissionais, além de melhorar a segurança e o conforto físico, psíquico, biológico e social dos usuários, trazendo implicações diretas na qualidade dos procedimentos realizados pela rede de serviços especializados (Cavalcante et al., 2014).

A maior parte dos profissionais concebeu como inadequado o funcionamento dos recursos materiais, ou então alegou não ter encontrado em seu local de trabalho exaustores para ventilação, ar-condicionado, saídas de emergência, mangueiras e extintores de incêndio. No que se refere às inconformidades da estrutura física e segurança no trabalho, observou-se que os entrevistados referiram falta de ferramenta adequada, falta de segurança e pouca melhora das condições de trabalho desde que entraram no serviço. Em contrapartida, a maioria não teve nenhum acidente de trabalho nos seis meses anteriores à coleta de dados, tampouco referiu ter sofrido risco permanente de morte.

Resultados semelhantes quanto aos recursos materiais foram obtidos no estudo avaliativo dos CAPSad do município de São Paulo (Pinho, 2014). Esses dados indicam fragilidade dos CAPSad em relação à instalação e ao funcionamento dos equipamentos de proteção coletiva. Verifica-se, portanto, a necessidade de um cronograma de manutenção preventiva periódica dos equipamentos, visando à integridade, qualidade e segurança dos dispositivos.

Estudo realizado em um CAPS no Sul do Brasil avaliou a estrutura da ambiência, constatando que a falta de recursos materiais não interfere diretamente na satisfação dos usuários (Kantorski et al., 2011b).

No entanto, um estudo realizado com uma equipe de uma unidade hospitalar de atendimento a usuários em situações de urgência e emergência no interior do Rio Grande do Sul inferiu que a ausência de equipamentos materiais e a insuficiência de área física constituem aspectos que dificultam a realização do trabalho (Garlet et al., 2009). A insatisfação dos profissionais com os recursos físicos e materiais, além da precariedade do ambiente e da restrição de materiais para as oficinas terapêuticas, também aparecem como entraves para o desenvolvimento da assistência dos profissionais (Rézio, Oliveira, 2010).

A composição das equipes nos CAPSad II e III mostrou grande concentração de profissionais de enfermagem e psicólogos. Foram também averiguadas equipes compostas por profissionais de formações diversas. Entretanto, observou-se que algumas categorias profissionais de nível superior e médio são escassas, não foram contempladas ou trabalham com o limite mínimo preconizado pelo MS, sobretudo no CAPSad III.

De acordo com a PT 336/2002, a equipe técnica mínima do CAPSad II deve atender 25 usuários por turno e um limite máximo de 45 por dia. A equipe deve ser composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos e outros profissionais necessários ao projeto terapêutico; e seis profissionais de nível médio, dentre técnicos e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais e artesãos (Brasil, 2006).

Portanto, observa-se que o número de profissionais de nível superior, com exceção dos médicos clínicos e psiquiatras, está além do preconizado nos CAPSad tipo II (nos quais os psicólogos são a categoria mais frequente). Por sua vez, o número de técnicos de nível médio mostrou-se adequado ao mínimo preconizado pela PT 336/2002.

Cabe mencionar que o nutricionista, o farmacêutico, o educador físico e o mediador de conflitos não são apontados como componentes da equipe mínima descrita na Portaria 336/02, salvo em caso de necessidade, de acordo com o projeto terapêutico do usuário. Destaca-se que algumas unidades de CAPSad II contavam com esses profissionais.

A PT 130/2012 prevê, para o funcionamento de CAPSad III, uma equipe mínima para atender 40 usuários por turno, e limite máximo, em casos excepcionais, de 60 pacientes por dia. A equipe deve ser composta por: um médico clínico e um psiquiatra; um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; cinco profissionais de nível superior entre psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos e educadores

físicos; quatro técnicos de enfermagem; quatro profissionais de nível médio; e um profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa (Brasil, 2013).

Além disso, consta da PT 130/2012 que, nos períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima deve contar com os seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 horas: um profissional de saúde de nível superior, preferencialmente enfermeiro; dois técnicos de enfermagem e um profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa (Brasil, 2013).

O número de profissionais de nível superior e médio estava adequado ao mínimo preconizado pela Portaria 130/2012. Cabe destacar que, em relação aos médicos clínicos e psiquiatras, o resultado foi inferior. Observou-se, também, a ausência de educadores físicos, pedagogos e outros profissionais de nível médio, tais como artesãos e técnicos educacionais nos CAPSad III.

A diversidade na composição das equipes constitui um fator diferencial nos serviços de saúde mental do Brasil, os quais de modo invariável contam com profissionais de saúde. A efetivação desse modelo de atenção à saúde pretende ampliar as ações terapêuticas por meio da ótica multidisciplinar, a qual apresenta uma perspectiva integral do cuidado (Cavalcante et al., 2014).

A estruturação e organização da RAPS também foi averiguada pelos entrevistados, cuja maior parte referiu que o trabalho dos CAPSad avaliados está sendo integrado na RAPS, contando com um sistema de retaguarda clínica e psiquiátrica quando há necessidade de encaminhamento dos usuários. No entanto, segundo os entrevistados, a organização em relação a RAPS não se mostrou sistematizada, visto que lhe faltam discussões, projetos, atividades e apoio matricial, sobretudo nos serviços da atenção básica. Ademais, foi relatado desconhecimento dos profissionais da rede em relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes dos CAPSad.

É primordial para o funcionamento da RAPS que os CAPS articulem essa rede em seu território e a transformem no núcleo de uma nova clínica, a qual busque estimular a autonomia e incentivar o usuário à responsabilização e ao protagonismo ao longo da trajetória do tratamento (Kantorski et al., 2012b).

Cabe destacar que o apoio matricial proporciona uma forma ampliada e integrada de se fazer saúde mental, sob um acompanhamento mais generalista e interdisciplinar (Carvalho et al., 2014; Hirdes, 2015), além de possibilitar a regulação do fluxo de atendimento em saúde mental, uma vez que permite distinguir os casos que realmente precisam de serviços

especializados daqueles que podem ser acolhidos e/ou acompanhados pela equipe de saúde da família (Bezerra, Dimenstein, 2008).

O modelo proposto pelo apoio matricial, baseado no cuidado compartilhado ou colaborativo, sobretudo para as doenças crônicas mais especificamente diabetes e saúde mental, vem sendo utilizado no cenário internacional, incluindo Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha (Oliveira, Campos, 2015).

Propõe-se a responsabilidade compartilhada dos casos, por meio de uma visão mais ampliada dos profissionais especializados em saúde mental e do conhecimento dos usuários, das famílias e do território pelas equipes das UBS (Hirdes, 2015).

Sob essa ótica, o MS recomenda que as equipes realizem o matriciamento nos municípios que tenham CAPS e/ou outros equipamentos da saúde mental. As equipes deverão, ainda, reorganizar sua carga horária, a fim de propor encontros semanais e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências com as equipes da atenção básica (Brasil, 2007c).

Contudo, quando o número de CAPS for insuficiente para proporcionar o apoio devido, deverão ser implantadas equipes de matriciadores e/ou haver o planejamento da expansão do número de serviços de base comunitária (Dimenstein et al., 2009).

Acredita-se que é preciso avançar e de fato instituir o funcionamento dessas práticas na rede de cuidados em saúde mental. É fundamental que novas ações baseadas em evidências sejam discutidas a fim de que seja desenvolvida uma assistência mais integralizada e efetiva, a qual não apenas reduza os problemas de referência, contrarreferência e exclusão, mas também preveja um acompanhamento longitudinal e de responsabilidade compartilhada pelas equipes.

Bezerra e Dimenstein (2008) refletem que é preciso deixar de lado o imobilismo praticado por uma parcela dos profissionais, os quais insistem em não aderir aos avanços alcançados no campo da saúde mental e experimentar inovações, tecer novas redes de ações, colocar em questionamento nossos saberes e práticas a fim de estabelecer uma prática de saúde integral e efetiva.

Nesse sentido, ainda existe um amplo caminho a ser percorrido, como a expansão da rede substitutiva de serviços em saúde mental e a reorganização dos leitos em hospitais gerais, para os casos de urgência psiquiátrica que realmente precisam de internação, sobretudo na área da dependência química.

A dificuldade de acesso aos serviços da rede foi evidenciada nos estudos de Moraes e Tanaka (2012), bem como a ausência de diretrizes claras - construídas conjuntamente - e de

reconhecimento dos gestores, o que representa um desafio para o SUS no campo da coordenação do cuidado integral, o qual deve ser organizado por meio de respostas ao conjunto das necessidades (Hirdes, 2015).

Cabe refletir acerca da importância das linhas de cuidado e das discussões de trabalho na RAPS, já que o acompanhamento dos usuários fora dos CAPS deve estar centrado nas suas necessidades em comunidade e não apenas nos serviços internos.

Nesse sentido, o termo “encapsulado” tem sido utilizado para simbolizar a inexistência de articulação dos CAPS com os recursos do território, uma vez que a assistência fica restrita apenas ao CAPS. Os usuários permanecem sem um projeto terapêutico devidamente definido, reproduzindo a lógica de sistema fechado dos hospitais psiquiátricos. Faltam investimentos na criação de espaços na comunidade, o que acaba por comprometer a terapêutica do modelo psicossocial (Wetzel et al., 2011).

Os serviços voltados aos dependentes químicos não investem em recursos afetivos, sociais, culturais, religiosos e de lazer que possibilitem um projeto terapêutico capaz não apenas de ajudá-los a encontrar outras formas, para além do consumo de álcool e drogas, de obter prazer, mas também de promover sua emancipação e autonomia (Pinho, 2014).

A concepção de Donabedian (1980) em relação à estrutura como característica de estabilidade dos serviços de saúde parece não ter sido alcançada pelos serviços dos CAPS da amostra avaliada, tampouco por outros serviços de saúde mental, considerando os resultados de outros estudos (Cavalcante et al., 2014; Kantorski et al., 2012b; Nascimento, Galvanese, 2009; Pinho, 2014; Ventura, Araújo, Moll, 2011).

A estrutura das instituições abrange os recursos físicos, materiais e humanos, os quais devem apresentar boas condições a fim de que seja prestado um atendimento de qualidade e que privilegie a ação organizada com vistas a mudanças (Cavalcante et al., 2014).

Desse modo, a avaliação da estrutura dos serviços de saúde mental é fundamental, uma vez que pode favorecer o processo e os resultados, além de fornecer evidências científicas utilizadas em benefício dos usuários (Magluta et al., 2009).

6.4.2 Análise descritiva da dimensão processo – visão dos profissionais

A dimensão do processo preocupa-se em identificar a relação entre o prestador de serviços e o sujeito que irá receber os cuidados. Deve ser considerada a dinâmica das ações de saúde na medida em que os serviços atingem os resultados esperados (Donabedian, 1992). A

escolha de um indicador de processo deve voltar-se à tomada de decisão baseada na otimização e/ou na utilização racional da dinâmica implementada (Tanaka, Melo, 2004).

Sendo assim, foram avaliados os achados pertinentes às atividades oferecidas e ao modo como são organizadas pelos profissionais da equipe técnica na interação com os usuários e familiares nos 13 CAPSad estudados.

As atividades oferecidas nos CAPSad apresentaram grande diversidade. As principais modalidades de atenção foram: grupos terapêuticos realizados com usuários dentro dos CAPSad; atividades esportivas e de suporte social, grupos de leitura, debate e orientação de RD; oficinas culturais e manuais; atendimento individual prestado pela equipe técnica multiprofissional; grupos de apoio familiar; VD; e atividades na comunidade.

Resultado semelhante foi observado em outros estudos realizados nos serviços de saúde mental (Kantorski et al., 2011c; Kantorski, Jardim, Quevedo, 2013; Nascimento, Galvanese, 2009; Pinho, 2014).

A PT GM/MS 336/02 prevê que a assistência prestada ao usuário no CAPS inclua as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio; VD; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (Brasil, 2006).

Dos profissionais técnicos de saúde que realizaram as atividades assistenciais nos CAPSad e no território, 80,9% prestaram atendimentos individuais ao dependente químico e respectivos familiares. Por outro lado, apenas 23,3% realizaram atividades na comunidade, ao passo que 21,9% corresponderam às VD.

As atividades grupais dos CAPS representam recursos terapêuticos de oposição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, cuja lógica precisa ser questionada, uma vez que foca apenas na doença. Desse modo, a realização dos grupos psicoterapêuticos constitui um recurso importante para o estímulo do desenvolvimento dos participantes, já que leva em consideração a complexidade do problema e a interdependência com a instituição e a realidade social em que estão inseridos (Cardoso, Seminotti, 2006).

Em contrapartida, as atividades grupais podem fracassar quando não realizadas como espaço de criatividade pelos técnicos responsáveis, isto é, quando não forem considerados fatores tais como a adoção de métodos científicos, a abordagem individualizada dos usuários, suas habilidades e objetivos.

No presente estudo, a VD e o contato por telefone foram apontados pelos entrevistadores como um recurso fundamental da busca ativa em caso de abandono do tratamento pelos usuários dos CAPSad, embora essa atividade não apareça como uma prioridade na amostra avaliada.

Quanto às atividades de VD, autores afirmam que devem ser utilizadas como um importante recurso na adesão do indivíduo ao serviço. Caracterizam-se pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado às pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde (Carvalho, Amaral, Magalhães, 2011).

Além do acompanhamento do usuário, é fundamental a realização da VD com familiares para construir vínculos terapêuticos por meio do acolhimento e da escuta qualificada (Antunes et al., 2012).

O estudo realizado por Kantorski et al. (2011c) identificou a grande demanda do atendimento como um empecilho para a realização das VD, a qual foi apontada pelos familiares como uma necessidade dos usuários dos CAPS. De acordo com a literatura, quando bem utilizadas as VD reduzem custos hospitalares, melhoram o prognóstico dos usuários, estimulam o autocuidado e a qualidade de vida dos usuários e familiares.

Na área de álcool e outras drogas, a VD pode ser utilizada como mais um recurso para o estreitamento de vínculo e efetivação do elo entre o serviço e a comunidade, assumindo um papel importante em função da situação de vulnerabilidade dos usuários. Portanto, deve ser discutida nas reuniões de equipe dos CAPSad como principal recurso casos de abandono, desistência e intercorrências (Pinho, 2014).

Durante a coleta dos prontuários houve dificuldade de obtenção dos dados cadastrais dos usuários, já que muitos endereços e telefones estavam desatualizados, eram incompatíveis ou não constavam dos registros. Assim, para a realização efetiva da VD é fundamental que esses dados sejam registrados no prontuário e rotineiramente atualizados, e que os usuários e familiares tenham a consciência de que são relevantes para nortear as condutas dos profissionais quando necessário. Para tanto, as anotações devem ser escritas de forma clara, organizada e atualizada (Antunes et al., 2012).

Outras atividades que podem ser utilizadas como alternativa para a busca ativa são as atividades na comunidade, em parceria com a RAPS, possibilitando conhecer a realidade do cotidiano dos usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares (Souza et al., 2012).

Com isso, é imprescindível que a RAPS trabalhe na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e responsabilização (Dimenstein et al., 2012). É necessário que os serviços apresentem uma gestão unificada e clara, com profissionais qualificados, a fim de prestar auxílio em intervenções eficientes que atendam a demanda dos profissionais e dos usuários, promovendo melhorias no ambiente de trabalho e nos atendimentos (Oliveira et al., 2014).

As ações de enfrentamento do uso/abuso de álcool e outras drogas devem constituir atenção integral de base territorial, e não um conjunto de dispositivos assistenciais isolados. As atividades e vivências observadas em campo servem de contraponto para estimular o diálogo entre os vários serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental dos municípios (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2014).

Por fim, a estratégia de atendimento comunitário para a reabilitação psicossocial de dependentes químicos oferece resultados efetivos mesmo diante de dificuldades financeiras, de infraestrutura e na organização nos CAPSad. Assim, é importante refletir, acerca da importância de qualificar a assistência oferecida por esses serviços, no sentido de valorizar as dimensões estruturais e contextuais, melhorando o funcionamento e a gestão das instituições (Ventura, Araújo, Moll, 2011).

Siqueira e Gomide Júnior (2004) referem que quanto mais os trabalhadores percebem o suporte da organização no processo de trabalho, mais se comprometem com ela. Pode-se, portanto, inferir que essa percepção organizacional favorece o desencadeamento de compromissos efetivos com a instituição.

6.4.3 Análise descritiva da dimensão processo – visão dos usuários

Quanto à dimensão do processo, os resultados evidenciam que a maior parte dos usuários possui profissional/técnico de referência na amostra dos CAPSad avaliados. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos avaliativos de Ballarin, Miranda, Carvalho, 2011; e Pinho, 2014.

As pesquisas que abordam a temática do trabalho de referência indicam que ainda há poucos estudos acerca dessa abordagem, e sugerem a necessidade de discutir e avaliar o dispositivo em questão (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2011; Miranda, Onocko-Campos, 2010; Silva, Costa, 2010). Ressalta-se que não foram encontradas publicações sobre a clínica do

trabalho de referência e respectivas funções e especificidades para a área da dependência química.

Segundo o manual proposto pelo MS em 2004, o técnico de referência é definido como aquele cuja responsabilidade é monitorar um certo número de usuários e elaborar o PTS a ser realizado durante o tratamento; deve-se contatar a família e avaliar periodicamente as metas traçadas no projeto (Brasil, 2004c).

Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o dispositivo técnico de referência constitui uma aproximação entre um ou mais profissionais e certo número de usuários, de modo que a assistência seja elaborada e acompanhada de modo singular, por meio do projeto terapêutico.

Nesse sentido, deve-se adotar um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, não centrado em apenas um técnico de referência, mas em uma “equipe de referência”. Esse procedimento ampliaria o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e diminuiria os obstáculos de ordem organizacional que dificultam a comunicação (Chaves, Pegoraro, 2013; Furtado, 2007).

Uma pesquisa realizada pelo MS em 2008 avaliou 78,9% dos CAPS - existentes na época - do país, constatando que 49% deles trabalhavam a partir do técnico de referência, ao passo que 31,8% utilizavam o modelo de miniequipes de referência no acompanhamento dos projetos terapêuticos (Chaves, Pegoraro, 2013). O dispositivo centrado nas equipes de referência aumentou a qualidade da atenção ao usuário e demonstrou o deslocamento do poder das especialidades profissionais, possibilitando a interação técnica e subjetiva entre as equipes dos serviços de saúde (Furtado, 2007).

Por outro lado, esse modelo exige mudanças que envolvem o enfrentamento de vários obstáculos, tais como a organização tradicional das gestões institucionais, que tendem a manter o *status quo*; o excesso de demanda e carência de recursos; a disputa de poder entre níveis da instituição e de corporações profissionais, dentre outros (Furtado, 2007).

De acordo com o estudo de Chaves e Pegoraro (2013), o processo de trabalho organizado em miniequipes mostrou-se positivo e caracterizado pela interdisciplinaridade, uma vez que proporciona a troca de conhecimento entre os profissionais. Ademais, oferece atendimento integral ao usuário, cuja saúde emocional é resguardada pelos profissionais.

Durante a coleta de dados em campo, verificou-se que o técnico de referência, frente às necessidades de cuidado aos usuários nos CAPSad, pode utilizar diversos dispositivos assistenciais oferecidos pelos serviços, como acolhimento, permanência diária, hospitalidade

noturna e parte ambulatorial. Isso não impede que utilizem recursos externos ao serviço, como as VD e as atividades na comunidade, a fim de atender à demanda referente ao PTS de cada usuário.

Ainda nesse ínterim, o presente estudo verificou que a maior parte dos entrevistados encontrava-se em tratamento, e não em processo de alta, frequentando o serviço em média de três a sete dias por semana, em regime intensivo ou de permanência diária. Esses dados mostram que o período de permanência no serviço pode estar relacionado à cronicidade decorrente da dependência dos usuários, seja do ponto de vista psicológico ou medicamentoso (Fonseca, Gondim, Fonteles, 2014).

Estudo realizado por Silva (2009) em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte apontou que a permanência diária constitui um dispositivo assistencial dos CAPS que precisa ser repensado, reavaliado e refletido. Ademais, esse dispositivo é vazio em termos de oferta terapêutica, já que conta com pouco investimento e contato escasso entre técnicos de referência e pacientes. O número elevado de pacientes contribuía para o aumento de situações adversas (quantidade insuficiente de refeições, episódios de heteroagressividade entre os pacientes e até mesmo uso de álcool e outras drogas dentro do serviço).

Um estudo realizado por Tomasi et al. (2010a) constatou que as intercorrências dos usuários com sintomas mais severos e em regime intensivo tendem a diminuir ao longo do tempo, enquanto a necessidade de internação hospitalar dos usuários de modalidade semi-intensiva e não intensiva não apresenta decréscimo.

Por sua vez, grande parte dos usuários entrevistados neste estudo apresentaram um número elevado de intercorrências durante o tratamento, associadas às complicações psiquiátricas e ao uso de álcool e outras drogas. Os dados obtidos divergem daqueles encontrados por Tomasi et al (2010a). A diferença pode dever-se às variações de perfil da amostra e dos serviços de atendimentos em saúde mental.

Cabe ao técnico de referência construir e definir o PTS do usuário conforme suas necessidades, frequência ao CAPSad e demandas do serviço. O PTS deve ser elaborado e monitorizado em conjunto pelos usuários e por toda a equipe ou miniequipe. Deve ser flexível e possuir metas claras, estabelecidas de acordo com a avaliação dos resultados alcançados. Seu objetivo é aumentar o conhecimento do indivíduo acerca de seus problemas, além de promover sua autonomia afetiva, material e social e estimular seu relacionamento social e político (Mângia, Castilho, Duarte, 2006 citado por Saraceno et al., 2001).

A quantidade de usuários da amostra sem PTS definido (50,9%) chamou a atenção, ao

passo que a maioria dos entrevistados (96,7%) alegou a existência de profissional/técnico de referência nos CAPSad avaliados.

Observou-se em campo, e também na literatura, que o PTS costuma ser organizado pelo profissional que atende o usuário. Muitas vezes o profissional acompanha a sua execução, e o usuário é gradativamente incluído na definição, escolhendo e experimentando algumas atividades e demandas que supram suas necessidades (Mângia, Castilho, Duarte, 2006).

No entanto, observou-se que após o acolhimento e a elaboração do PTS pelo profissional, pouco se discute em reuniões de equipe e nas atividades com usuários, o que faz com que os resultados esperados nem sempre sejam alcançados.

A dificuldade de acesso do usuário ao CAPS - decorrente da condição clínica, falta de recursos para transporte, relutância em aderir ao tratamento, entre outros - pode interferir na manutenção do PTS e no trabalho dos profissionais, provocando desgaste de energia e sentimento de impotência (Mângia, Castilho, Duarte, 2006).

Reuniões cotidianas propiciam maior envolvimento da equipe e melhorias na estruturação dos serviços oferecidos. Qualquer profissional da equipe pode participar diariamente da condução dos PTS, avaliar os resultados alcançados e sugerir novas propostas. O trabalho com os usuários só é possível quando são realizados serviços simultâneos (Dell'Acqua, Mezzina, 2005).

Isso posto, verifica-se que os PTS elaborados para os usuários de substâncias psicoativas dos CAPSad avaliados têm apresentado limitações quanto à construção e ao monitoramento, o que pode gerar dificuldades ao cuidado e comprometer a equipe.

Devem ser realizadas propostas de capacitação, supervisão institucional, motivação da equipe multiprofissional e organização da gestão. Para tanto, é fundamental que os profissionais identifiquem as dificuldades e limitações dos projetos terapêuticos, a fim de planejar novas estratégias de superação (Mângia, Castilho, Duarte, 2006).

As atividades oferecidas aos entrevistados da amostra consistiram basicamente em atendimentos individuais e grupais. Uma pequena parte deles referiu participar de oficinas terapêuticas e de atividades na comunidade no mês anterior à coleta de dados. Apenas 7,6% participaram de ações de geração de renda, enquanto 14,8% receberam VD durante o tratamento nos CAPSad.

Os dados acima revelam grande quantidade de atendimentos individuais e grupais, enquanto ficam em segundo plano as oficinas, atividades comunitárias, de geração de renda e VD, corroborando estudo avaliativo dos CAPSad do município de São Paulo (Pinho, 2014).

As atividades terapêuticas individuais, grupais, na comunidade e em VD são fundamentais aos usuários de SM, sejam eles portadores de transtorno mental ou dependentes de álcool e outras drogas. Tais recursos vão além da doença, englobando as relações interpessoais e o cuidado no território em que está inserido o paciente (Kantorski et al., 2011c).

Entretanto, os resultados deste estudo evidenciam que os CAPS apresentam lacunas e limitações que dificultam as ações terapêuticas voltadas para o cuidado na comunidade.

A política do MS para acompanhamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo de usuários de álcool e outras drogas (2002) preconiza que os CAPSad realizem atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, oficinas voltadas para o campo da geração de renda, atividades na comunidade e VD, para fins de prevenção, reabilitação psicossocial e RD. As ações devem ser planejadas de modo a minimizar as situações de risco, sobretudo em casos de quadros clínicos muito graves (Brasil, 2006).

Em contrapartida, questiona-se se essas atividades são de fato eficazes e relevantes para a vida dos indivíduos em tratamento.

As atividades de geração de rendas são uma alternativa para os usuários, aos quais falta trabalho. Os produtos gerados nas oficinas devem ser de qualidade para a venda no mercado, e não apenas representar atividades manuais (miçangas, reciclagem, fuxicos, dentre outros) para o entretenimento dos pacientes (Pinho, 2014).

Os serviços manuais, como o artesanato, podem não ser atraentes para a população mais jovem ou do sexo masculino. Por outro lado, as atividades psicoterápicas em grupo podem decepcionar os usuários que buscam engajar-se em atividades profissionalizantes ou em outros espaços do cotidiano (Nascimento, Galvanese, 2009).

E fundamental, portanto, pensar o papel dos CAPSad na rede psicossocial, a fim de que possam ser fortalecidos tanto o vínculo social dos usuários como sua reinserção social. As VD e intervenções comunitárias, embora previstas pela legislação brasileira, não têm sido priorizadas pelos profissionais dos CAPSad investigados neste estudo.

Nas intervenções direcionadas aos usuários mais graves são utilizadas, com eficiência, as abordagens psicoterapêuticas individuais e em grupo, entendidas como abordagens psicossociais. Já os usuários com múltiplas necessidades (comorbidades, laços de família

rompidos, entre outros) respondem melhor à abordagem em grupo associada a atividades físicas (Cruz, Vargens, Ramôa, 2011).

Assim, as atividades psicossociais em grupo voltadas à prevenção de recaídas devem explorar a cognição e os comportamentos associados ao uso das drogas. Para tanto, devem valer-se do modelo transteórico de mudança; de técnicas não farmacológicas com abordagens motivacionais; e de reestruturação das cognições e do comportamento (Rodrigues et al., 2013).

Os autores supracitados creem que os cuidados multiprofissionais com modelos ampliados e resultantes de abordagens psicossociais possam aumentar as chances de adesão e resposta positiva, gerando mudanças de comportamento para usuários de *crack* e outras drogas.

Estudos nacionais e internacionais apontam esses modelos como eficazes para o tratamento terapêutico de usuários de *crack* e de outras drogas (Fernandes et al., 2012; Kolling, Petry, Melo, 2011; Marsden et al., 2009; Ramsay, Bond, Pope, 2009; Ribeiro, Laranjeira, 2010; Rodrigues et al., 2013; Romanini et al., 2010).

A teoria cognitivo-comportamental é considerada ideal para a terapia psicossocial em grupo voltada às pessoas que carecem de habilidades específicas para lidar com o consumo de drogas e com as circunstâncias por ele desencadeadas (Romanini et al., 2010).

As atividades físicas foram sugeridas por usuários entrevistados em estudos voltados à melhoria dos serviços oferecidos pelos CAPSad, uma vez que aumentam a qualidade de vida e proporcionam bem-estar, autoestima, autoeficácia e aumento de sentimentos positivos (Fernandes et al., 2012; Zanatta, Garghetti, De Lucca, 2012). Outras atividades educativas também foram indicadas, como vídeos que mostrem as consequências do uso de drogas. Por fim, sugeriu-se maior diversidade de atividades realizadas nos CAPSad (Zanatta, Garghetti, De Lucca, 2012).

6.4.4 Análise descritiva da dimensão processo – visão dos familiares

O trabalho realizado com grupos de familiares também aproxima o usuário do serviço, fortalecendo o vínculo com a equipe dos CAPS e propiciando a participação da família no cuidado em saúde mental (Kantorski et al., 2012c). Sendo assim, a família é considerada um instrumento facilitador tanto para a adesão como para a valorização do dependente químico.

Cabe à equipe de profissionais acolher os familiares em suas dificuldades, oferecendo-lhes espaços que favoreçam a troca de experiências - compartilhamento de dúvidas, angústias e alegrias - entre cuidadores e os aproximem do tratamento, o qual é direcionado ao alívio do sofrimento e à autonomia dos usuários (Soares, Munari, 2007).

No entanto, as informações fornecidas pelos entrevistados mostraram que somente 20,7% dos familiares participaram dos grupos de família, sendo baixa a adesão e o acompanhamento do tratamento dos usuários. Esse resultado assemelha-se àquele obtido em estudo realizado por Santos e Cardoso (2014), constatando o pouco contato dos familiares com os profissionais da equipe do CAPSad.

A ausência de alguns familiares nas atividades do serviço relaciona-se à dificuldade de assumir a responsabilidade e a sobrecarga demandadas pelo tratamento. Conflitos entre usuário e familiar podem agravar a dependência ou dificultar a recuperação (Zanatta, Garghetti, Lucca, 2012).

Percebe-se, ainda, a fragilização dos vínculos afetivos e do relacionamento interfamiliar, decorrente da dificuldade da família em aceitar o abuso de álcool e outras drogas. Evidencia-se, portanto, o rompimento das relações familiares como uma das consequências da dependência química (Soccol et al., 2013).

Os principais enfoques dos grupos foram espaços de discussão acerca do manejo do usuário, tratamento, patologia decorrente da dependência química e ênfase ao apoio psicológico para estimular a interação entre família e usuário. Os CAPSad abordam o sofrimento psíquico relacionado ao uso de drogas, tornando secundários o sofrimento e a sobrecarga dos familiares.

Segundo Kantorski, Jardim e Quevedo (2013), o olhar para as necessidades dos familiares é limitado, ao passo que eles deveriam ser reconhecidos como sujeitos e não somente como meros cuidadores.

Desse modo, as ações terapêuticas voltadas aos usuários e respectivos familiares devem ser vistas como uma possibilidade de vínculo, o qual é estabelecido por meio de relações de ajuda e compreensão que englobem o desenvolvimento de habilidades para a escuta sensível, acolhedora, humana, de afeto e respeito. Portanto, devem ir além do comparecimento em reuniões ou assembleias dos serviços de saúde (Pegoraro, Caldana, 2006).

Os estudos mostram a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do cotidiano das famílias, das estratégias de enfrentamento e das dificuldades vivenciadas, a fim de que

sejam desenvolvidos recursos de suporte mais adequados às necessidades dos familiares de dependentes químicos (Soccol et al., 2013).

Nesta perspectiva, são fundamentais discussões que propiciem condições para a participação da família nos serviços. Devem ser abordados aspectos relativos à organização atual dos CAPSad, como os horários das atividades voltadas às famílias e aos usuários, os quais devem ser ajustados às necessidades dos familiares que exercem trabalho remunerado. As questões socioeconômicas também podem representar um entrave para a locomoção até o serviço.

Nesse contexto, os CAPSad têm de aprimorar a integralidade da assistência, promovendo serviços que funcionem em período diurno e noturno e que supram as necessidades dos usuários e familiares. Encontros comunitários que se situem próximo à residência dos familiares e dos usuários são uma alternativa para facilitar e promover a sua participação. Essa iniciativa cabe não somente aos CAPSad, mas também às unidades de atenção básica que cotidianamente oferecem apoio, escuta e informações às famílias (Santos, Cardoso, 2014).

Dentre os familiares averiguados, 37,5% alegaram que o usuário que se encontrava sob seus cuidados apresentava problema de ordem mental decorrente do consumo de substâncias psicoativas quando do encaminhamento ao CAPSad. Por sua vez, 20% mencionaram problema familiar, enquanto 19,3% alegaram problema social. Mais da metade dos participantes (60,4%) não identificaram outra opção de tratamento - quando entraram em contato com os CAPSad - com o mesmo propósito na comunidade ou mesmo no município.

Esses dados corroboram aqueles obtidos no estudo de Santos e Cardoso (2014), evidenciando que os familiares reconhecem a influência de fatores do convívio sobre as condições do usuário ao ser admitido no CAPSad. Assim, é relevante analisar de que modo eles concebem os problemas de saúde mental, familiar e social. Conhecer as dificuldades dos cuidadores poderia conferir novos significados à temática e até mesmo modificar as relações voltadas ao tratamento da doença.

O acolhimento da equipe, o grau de adequação dos CAPSad e a preservação dos direitos dos familiares foram positivamente avaliados pelos participantes. O mesmo foi observado em outros estudos (Pinho, 2014; Santos, Cardoso, 2014).

Quanto às informações acerca da doença e do tratamento, pouco mais da metade dos participantes alegaram tê-las recebido e mostraram-se satisfeitos. Destaca-se que o contato limitado ou insuficiente entre familiares e profissionais dos CAPSad pode constituir um

entreve ao suporte, ao acolhimento e à instrumentalização. Em contrapartida um acompanhamento mais próximo facilita o tratamento (Santos, Cardoso, 2014).

Estudo realizado por Perreault et al. (2012) verificou que as queixas mais frequentes dos familiares estão relacionadas à falta de informações acerca da doença e do tratamento, bem como às orientações no cotidiano. Vê-se, portanto, que é necessário promover uma parceria mais efetiva entre família e profissional/serviço.

A inclusão de grupos de psicoeducação, VD e espaços que privilegiem o fortalecimento dos cuidadores podem funcionar como estratégias para lidar com as demandas, dificuldades, e sentimentos em relação ao usuário (Schein, Boeckel, 2012).

É preocupante a quantidade de familiares (82,5%) que alegaram nunca ter participado de decisões acerca do planejamento e/ou realização de atividades, ou mesmo de avaliação das atividades nos CAPSad (86,9%). Os dados indicam escassez de informações e de participação dos familiares tanto nas decisões do projeto terapêutico como nas atividades destinadas ao tratamento do usuário.

Estudo avaliativo de Santos e Cardoso (2014) aponta a existência de ações segmentadas particulares, realizadas no serviço ou no domicílio, às quais falta uma proposta que integre as diferentes instituições envolvidas. Cuidadores investigados no estudo em questão referem a necessidade de maior participação do familiar no serviço e no tratamento do usuário, bem como da ampliação de encontros periódicos e atividades para os familiares, com vistas ao fornecimento de informações sobre a evolução do usuário. Essas ações forçam a colaboração do familiar e propiciam um controle maior de sua participação.

6.4.5 Satisfação dos profissionais com a amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais

Os resultados apontaram nível intermediário de satisfação dos profissionais com os CAPSad. A média global encontrada foi de 3,42, o que se aproxima da indiferença. Esses resultados reforçam dados obtidos em outros estudos (De-Marco et al., 2008; Ishara, Bandeira e Zuardi, 2008; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012; Lapischies, Jardim, Kantorski, 2014; Pinho, 2014; Rebouças et al., 2008; Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Os maiores índices do quesito satisfação referem-se ao “relacionamento da equipe no serviço” e à “qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes”. O fator relacionamento no

serviço avalia a satisfação do profissional quanto ao relacionamento com a equipe de trabalho e com os seus superiores (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a).

O grau de satisfação concernente ao relacionamento entre os membros da equipe corrobora dados de outros estudos (Ishara, Bandeira, Zuardi, 2008; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012; Pelisoli, Moreira, Kristensen, 2007; Rebouças et al., 2008; Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Nesse sentido, o suporte oferecido pelos colegas e superiores justifica os resultados de satisfação dos profissionais dos CAPSad, mostrando que o fato de trabalharem juntos há mais tempo determina uma equipe mais coesa, qualificada, com maior expectativa em relação ao trabalho e redução dos efeitos de sobrecarga e estresse (Ishara, Bandeira, Zuardi, 2008; Rebouças et al., 2008).

Outra elevada pontuação na subescala refere-se à satisfação da equipe com a “qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes”. Nessa dimensão é avaliada a satisfação com: o tratamento e os cuidados oferecidos aos pacientes, a maneira da equipe lidar com os pacientes, o grau de adequação dos serviços, a quantidade de informação dada aos pacientes sobre sua doença e sobre o tratamento, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão dos problemas pela equipe e as expectativas dos pacientes (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a).

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (De-Marco et al., 2008; Ishara, Bandeira, Zuardi, 2008; Pinho, 2014; Rebouças et al., 2008; Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Os dados obtidos indicam sentimento de satisfação dos profissionais com o processo de assistência aos usuários, o que pode constituir um fator diferencial para o serviço, contribuindo para a satisfação e a motivação do tratamento. Por outro lado, as relações entre profissionais e pacientes podem variar consideravelmente, dependendo do estado de saúde e nível de gravidade dos usuários, por isso devem ser concebidas como elementos determinantes para a qualidade dos serviços oferecidos nos serviços de saúde mental (Ishara, Bandeira, Zuardi, 2008).

O escore mais baixo refere-se às “condições de trabalho”, indicando que esse fator deve ser repensado pelos gestores das instituições e dos municípios avaliados no presente estudo. As condições de trabalho englobam: condições gerais das instalações; salário; benefícios recebidos; conforto e aparência do serviço; medidas de segurança e de confidencialidade; e clima do ambiente de trabalho (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a).

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes, isto é, apresentaram baixo grau de satisfação dos profissionais com as condições de trabalho nos serviços de saúde mental (Ishara, Bandeira e Zuardi, 2008); Rebouças et al., 2008; Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

A insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho era esperada. A estrutura e o processo de trabalho são elementos determinantes para a satisfação. Segundo Pires et al. (2010), as condições de trabalho incluem: instrumentos de trabalho e no ambiente/área física; salários e jornada de trabalho; e demanda relacionada ao dimensionamento de pessoal.

Ishara, Bandeira e Zuardi (2008) encontraram resultado semelhante, indicando que as condições de trabalho interferem diretamente na satisfação e na motivação do trabalhador. A baixa remuneração, por exemplo, pode interferir na valorização do profissional e em suas condições de vida. Melhores salários podem facilitar o acesso aos bens e serviços e contribuir para a redução da jornada de trabalho, possibilitando ao trabalhador permanecer em apenas um vínculo empregatício (Didonet, Fontana, 2011). Lima et al. (2014) também apontam as condições de trabalho como um dos principais motivos de insatisfação dos profissionais inseridos na atenção primária.

Nesse sentido, o nível de satisfação profissional poderia ser maior se houvesse mais investimentos nos salários e nas jornadas de trabalho, bem como na infraestrutura física e ambiência dos serviços, o que propiciaria um local mais adequado, seguro, limpo e agradável tanto para os usuários como para os profissionais (De-Marco et al., 2008).

A subescala "participação da equipe no serviço" também apresentou índice baixo de satisfação, o que supõe condição desfavorável para o trabalho em serviços de saúde mental. Desse modo, os fatores relacionados às tomadas de decisão, planejamento, participação em discussões e avaliação dos serviços podem interferir indireta e diretamente na qualidade da assistência prestada pelo serviço, segundo a percepção dos profissionais.

Este tópico avalia a satisfação da equipe nos seguintes aspectos: participação na tomada de decisões, implantação dos tratamentos e avaliação do serviço. Ademais, são expressas as opiniões dos trabalhadores acerca do serviço, participação em discussões profissionais com os colegas, expectativa de promoção e grau de responsabilidade no serviço (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000a).

O resultado corrobora os dados obtidos nos estudos de De-Marco et al. (2008), Ishara, Bandeira, Zuardi (2008), Leal, Bandeira, Azevedo (2012), Pelisoli, Moreira, Kristensen

(2007), Pinho (2014), Rebouças et al. (2008), Rebouças, Legay, Abelha (2007), em que esse fator ocupou o penúltimo lugar nos escores de satisfação.

Por fim, o indicador de satisfação dos profissionais com o trabalho em saúde mental pode ser útil na avaliação de resultados dos serviços, uma vez que ajuda a determinar os aspectos que precisam ser melhorados.

6.4.6 Satisfação dos usuários com a amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais

O presente estudo analisou a satisfação dos usuários da amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais por meio da escala SATIS-BR, versão paciente. Os dados revelaram que os entrevistados encontram-se satisfeitos com o serviço, com escore médio de 4,32, corroborando resultados obtidos em outras pesquisas realizadas nos serviços de saúde mental (Bandeira, Silva, 2012; Camilo et al., 2012; Campos, 2014; Kantorski et al., 2009b; Lima, 2013; Perreault et al., 2010; Pinho, 2014; Silva et al., 2012).

Os resultados encontrados na literatura acerca do “efeito de elevação” das taxas de satisfação evidenciam a necessidade de revisar os métodos e instrumentos de pesquisa e de definir o construto da satisfação (Lima, 2013).

Aqui, buscou-se minimizar esse viés por meio do uso de um instrumento de medida multidimensional. Instrumentos dessa natureza permitem discriminar as diferentes dimensões da satisfação, garantindo uma maior compreensão da avaliação do serviço por parte do usuário, o que possibilita intervenções mais precisas nos fatores que requerem melhorias (Esperidião, Trad, 2005)

Para os autores acima, os altos valores de satisfação entre os entrevistados podem dever-se à adesão ao tratamento, à oferta de serviços públicos e à gratuidade do tratamento, uma vez que todos os CAPSad estudados estão inseridos no SUS e oferecem um trabalho integral e qualificado. A gratuidade do tratamento poderia fazer com que os usuários receassem perder o direito ao serviço.

Acredita-se que a adesão ao tratamento esteja relacionada à adaptação do indivíduo à acessibilidade do serviço desde o início do tratamento até a continuidade dos cuidados. “Se o serviço não adequa as necessidades de seus usuários, esses podem não aderir ao tratamento” (Campos, 2014, p. 104).

Esses fatores podem indicar a fragilidade e as potencialidades dos CAPSad, visto que a satisfação do usuário é vista como uma ferramenta integrante da qualidade do atendimento,

do planejamento e da gestão dos serviços, bem como das pesquisas científicas (Lima, 2013).

Quanto às dimensões da satisfação, a subescala 2 - referente à ajuda recebida, qualidade da acolhida da equipe e tratamento do usuário em termos de respeito e dignidade - apresentou o maior grau, com média de 4,56. O mesmo item apresentou o maior grau de satisfação em outros estudos (Campos, 2014; Kanstorski et al., 2009b; Lima, 2013; Pinho, 2014; Silva et al., 2012).

A subescala relativa à competência da equipe e do profissional técnico de referência, capacidade de escuta dos profissionais e compreensão da equipe acerca do problema apresentado pelo usuário também apresentou alto grau de satisfação, com média de 4,36.

Esses achados são relevantes, uma vez que denotam segurança, sentimento de aceitação e proximidade pelos cuidadores, contribuindo para a construção do vínculo com o serviço de saúde (Campos, 2014). Indicam, ainda, tratamento responsável e comprometido, gerando maior adesão (Hasler et al., 2004).

A qualidade do acolhimento pode promover mudanças, visto que trata-se de uma estratégia de intervenção democrática, comprometida com as necessidades dos indivíduos que buscam nos serviços um espaço para a construção e a criação focadas na autonomia e rumo à liberdade para a gestão da saúde (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2011).

Nesse sentido, a satisfação do usuário com os serviços indica a importância de redimensionar o acolhimento, a discussão do PTS e a competência técnica da equipe, associando-se à efetividade do cuidado e à avaliação dos pacientes que não se mostraram totalmente satisfeitos (Lima, 2013).

A subescala 3, referente às condições gerais de instalação do serviço (estrutura física e conforto dos CAPSad), obteve escores menores de satisfação (média de 3,83). Novamente os dados corroboraram os resultados obtidos por Campos (2014), Kanstorski et al. (2009b), Lima (2013), Pinho (2014) e Silva et al. (2012), indicando a necessidade de melhora da qualidade assistencial.

Por fim, os resultados nos fazem crer que a satisfação está intrinsecamente ligada à qualidade das relações humanas, isto é, aos vínculos construídos entre terapeuta e paciente ao longo do tratamento. A competência da equipe (Campos, 2014; Perreault et al., 2001) também constitui um importante indicador da qualidade dos CAPSad (Lima, 2013). Finalmente, é indispensável atentar aos aspectos que envolvem as condições ambientais.

6.4.7 A mudança percebida em função do tratamento – versão usuário

Os resultados deste estudo revelam que algumas dimensões e fatores dos CAPSad requerem melhorias, as quais podem ser obtidas por meio de maiores esforços da equipe multiprofissional e dos gestores dos serviços. Esses resultados serão discutidos durante a análise descritiva e inferencial.

Quanto aos itens do escore global da escala EMP, verificou-se que a maioria dos entrevistados perceberam mudanças decorrentes do tratamento nos CAPSad, o que corrobora dados obtidos em outros estudos (Costa et al., 2011; Franzmann, 2014; Hasler, Moergeli, Schnyder, 2004; Lima 2013; Lunnen, Ogles, Pappas, 2008; Perreault et al., 2010; Pinho, 2014; Silva et al., 2012).

Diversos resultados relevantes emergiram da coleta de dados, mostrando que a mudança percebida pelos usuários fornece uma mensuração de validação social (Costa et al., 2011), bem como uma avaliação do tratamento oferecido pelos serviços de saúde mental (Perreault et al., 2010).

Além disso, a opção “melhor do que antes” foi a mais recorrente entre os entrevistados, embora em alguns casos também tenham sido constatadas as respostas “pior do que antes” ou ausência de mudança, indicando que a escala EMP é mais sensível do que as escalas de satisfação (Costa et al., 2011).

A avaliação global da mudança percebida, correspondente ao item 19 da escala, apresentou estimativa de 86,1%, média de 2,8 e DP de 0,4, resultado semelhante àquele obtido nos estudos de Costa et al (2011), Franzmann (2014), Lima (2013) e Silva et al (2012). O escore médio de percepção de melhora nestes estudos variou de 2,83 a 2,94, o que indica que o tratamento oferecido pelos serviços de saúde mental está dando resultados positivos (Lima, 2013).

Os dados deste estudo mostraram que o grau de percepção de mudança dos usuários foi mais elevado na subescala “Dimensão Psicológica e Sono” – Fator 2 (média de 2,68 e desvio padrão de 0,63). Quanto aos itens específicos de percepção de mudança, a média foi maior naqueles que avaliaram problemas pessoais, sentimento de interesse pela vida, confiança em si mesmo, humor, capacidade de suportar situações difíceis e qualidade do sono. Resultados muito semelhantes foram encontrados em outros estudos (Cesari, Bandeira, 2010; Costa et al, 2011; Franzmann, 2014; Pinho, 2014; Silva et al 2012;). Outro item “problemas pessoais” tem sido associado pelos usuários aos sintomas de doença (Cesari, Bandeira, 2010; Costa et al, 2011; Silva et al 2012).

Estudo realizado por Costa et al. (2011) com usuários de CAPS II apresentou maior porcentagem de respostas de mudança percebida relacionada ao humor e à qualidade do sono, diferenciando-se dos resultados obtidos para os mesmos itens no estudo supracitado.

A diferença observada nesses aspectos da escala de mudança percebida pode ser devida às variações do perfil sociodemográfico e clínico da amostra, bem como aos serviços de atendimento, padrões de uso das drogas, modalidades de tratamento e comorbidades apresentadas durante o tratamento.

As diferenças encontradas nas variáveis do humor, dos problemas pessoais e da qualidade do sono, podem estar relacionadas às variações de gênero, diagnóstico e uso de drogas. Além disso, esse tipo de tratamento é definido por Lima (2013) como basicamente medicamentoso e voltado para o atendimento médico mensal em regime ambulatorial.

Ainda de acordo com o estudo realizado por Lima (2013), os usuários atendidos por um serviço que disponibiliza atividades terapêuticas que vão além do tratamento medicamentoso, apresentaram resultados mais subjetivos, caracterizados por maior percepção de mudança quanto ao interesse pela vida, confiança em si mesmo e vontade de trabalhar.

Os resultados deste estudo e as discussões apresentadas na literatura prévia apontam que os CAPSs possuem duas vertentes para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Foram identificados escores semelhantes de mudança percebida em todos os fatores da escala EMP, embora se trate de análise superficial desses aspectos. Uma das vertentes em questão é a biomédica, relacionada ao tratamento de regime prioritariamente ambulatorial, com foco na assistência medicamentosa, atendimento médico e modelo voltado para abstinência da droga. Os usuários desta vertente podem perceber maiores mudanças em relação aos problemas pessoais, humor e sono.

A outra vertente é entendida como psicossocial, voltada para atividades tais como oficinas terapêuticas (oficinas de trabalho, manuais, de orientação quanto a RD e outros temas diversos), VD, atendimentos individuais e grupais com a equipe multiprofissional, atividades físicas, esportivas e de lazer na comunidade. Os usuários dessa vertente podem perceber maiores mudanças em termos de interesse pela vida, confiança em si mesmo, capacidade de suportar situações difíceis e vontade de trabalhar.

Nesse sentido, percebe-se que diferentes modalidades de tratamento podem produzir resultados diferenciados quanto à percepção de mudança pelos usuários em serviços de saúde mental, embora mais pesquisas precisem ser realizadas

Cabe reforçar, portanto, a necessidade de discussões acerca da vontade dos usuários

dos CAPSad de trabalharem e se ocuparem. É necessário promover atividades que, como as oficinas, desenvolvam novas habilidades e contribuições para a inserção no mercado de trabalho (Lima, 2013).

Além disso, existe a alternativa de articular parcerias com grupos associativos, associações e cooperativas, organizados de forma coletiva e participativa, sejam eles formais ou informais. No entanto, tais atividades ainda são muito frágeis e de pequena sustentabilidade nos CAPS (Brasil, 2005). Para Saraceno (2001, p.127), o verdadeiro sentido do trabalho é muito complexo e está associado à “função de produção de sentido econômico, social e psicológico”.

A menor percepção de melhora encontrada no presente estudo foi obtida na subescala “Atividades e Saúde Física” - Fator 1, a qual apresentou índice médio de 2,57 e DP de 0,63. Destacaram-se sexualidade, energia e saúde física dos usuários. Os dados indicam que 38,8% dos usuários não perceberam mudança, ao passo que 13,9% deles notaram piora na sexualidade após o início do tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Cesari e Bandeira (2010), Costa et al. (2011), Franzmann (2014) e Silva et al. (2012).

Estudos de Lima (2013) e Perreault et al. (2010) também relataram piora na sexualidade após o início do tratamento para dependência química.

Segundo Cordás e Laranjeiras (2006), a piora da sexualidade e de outros aspectos físicos, tais como energia, saúde física e apetite pode estar associada aos efeitos colaterais dos psicofármacos (surgimento de tremores, falta de disposição, ganho de peso, surgimento da fadiga e queixas na libido sexual).

Nesse sentido, é importante que os clínicos e profissionais de saúde mental monitorem os efeitos colaterais dos medicamentos nos usuários, considerando que, além de ocasionar prejuízos à saúde física, constituem um dos principais fatores de recaída e abandono do tratamento (Lima, 2013; Silva et al., 2012).

Verifica-se que a sexualidade constitui uma dimensão complexa e de grande destaque na percepção de mudança pelos usuários de serviços de saúde mental, podendo estar relacionada a fatores que variam da ordem orgânica à psicológica. Assim, é possível que a sexualidade dos usuários do CAPS possa estar sendo negada, censurada e silenciada pelos profissionais e pela construção social histórica, dificultando a percepção de melhora, já que não pode ser expressada (Franzmann, 2014).

Isso posto, os profissionais dos CAPSad devem abordar os usuários de modo aberto e

respeitoso, com a consciência de que se trata de uma questão delicada e, portanto, os usuários podem ter dificuldade de discutir ou descrever suas dificuldades sexuais.

Entretanto, a sexualidade pode estar relacionada a outros itens que apresentam menor índice de percepção de melhora, como “Relacionamentos e Estabilidade Emocional” – fator 3, que avaliou a percepção de mudança quanto a: convivência com os amigos, estabilidade das emoções, sua convivência com a família e convivência com as outras pessoas (média de 2,64 e DP de 0,57). Ainda nessa subescala, 26,1% não perceberam mudança na convivência com a família, ao passo que 30,3% não notaram diferença na convivência com os amigos.

Os resultados referentes aos relacionamentos dos usuários merecem atenção, uma vez que o retraimento social pode estar relacionados à redução da sexualidade e às comorbidades, como transtornos mentais, decorrentes do abuso de substâncias químicas. As transformações provocadas pela droga resultam em problemas no trabalho, brigas familiares e perda de vínculos.

As consequências do abuso de múltiplas substâncias representam um grande desafio para os serviços de saúde mental, os quais devem valer-se de recursos terapêuticos que visem à reconstrução dos vínculos sociais, conforme os princípios preconizados pela política da área (Lima, 2013).

A escuta acolhedora contribui para a construção do vínculo terapêutico. O estabelecimento de um vínculo de confiança, por sua vez, reflete sentimentos de reconhecimento e valorização entre os usuários. Ainda, a convivência com indivíduos que vivenciam a mesma problemática permite trocas de experiências, as quais propiciam melhores relacionamentos interpessoais, autoestima, valorização pessoal e reinserção no meio social (Pinho, 2014).

A família desempenha um papel fundamental na recuperação do dependente de substâncias psicoativas. No entanto, as consequências da dependência são vistas como problemáticas no campo das relações afetivas interpessoais, o que muitas vezes pode dificultar a aproximação e a manutenção dos laços afetivos. Assim, o índice de ausência de mudança percebida na subescala dos relacionamentos e estabilidade emocional pode estar relacionado ao fato de os usuários sentirem a necessidade de reatar os laços rompidos, o que pode constituir um processo lento (Pinho, 2014).

6.4.8 Satisfação dos familiares com a amostra dos CAPSad do Estado de Minas Gerais

Quanto à satisfação dos familiares com a amostra dos CAPSad, foram observados resultados positivos para todas as dimensões: satisfação global, resultados do tratamento, acolhida e competência da equipe, privacidade e confidencialidade do serviço.

Esses dados estão em consonância com aqueles obtidos em outros estudos que avaliaram a satisfação dos familiares em serviços de saúde mental por meio de questionário SATIS-BR (Bandeira et al., 2011a; Camilo et al., 2012; Miranda, Souza, Ferreira, 2014; Santos, 2010; Pinho, 2014; Santos, Cardoso, 2014). Estudos internacionais também avaliaram a satisfação dos cuidadores com os serviços de saúde mental, evidenciando escores elevados (Caqueo-Úrizar, Gutiérrez-Maldonado, 2009; Giacco et al., 2012; Gigantesco et al., 2002; Perreault et al., 2012; Stengård et al., 2000;).

A alta satisfação dos familiares vem sendo discutida na literatura, o que pode ser minimizado pelo uso de instrumentos multifatoriais, como a escala SATIS-BR utilizada neste estudo (Bandeira et al., 2002; Santos, Cardoso, 2014). Bandeira et al. (2011a) comparam experiências prévias dos familiares com serviços de saúde em geral - como postos de saúde, em que há longas filas de espera para agendamento de consultas - àquelas vivenciadas em serviços especializados, como o CAPS, indicando que o serviço de saúde mental apresenta vantagens que influenciam a satisfação positiva. O CAPS pode ser considerado a maior fonte de ajuda ao familiar, o que pode limitar as manifestações de insatisfação (Santos, Cardoso, 2014).

Como exposto acima, a maioria dos familiares não identificou outra opção de tratamento para os usuários de substâncias psicoativas com o mesmo propósito na comunidade ou até mesmo no município. Desse modo, assinala-se que a parceria entre família e serviço deve ser efetivada com responsabilização conjunta, como preconizam os paradigmas da reforma psiquiátrica.

O presente estudo demonstrou maior satisfação com a dimensão resultados do tratamento do usuário, como ocorrido nos estudos de Bandeira et al. (2011a), Camilo et al. (2012), Santos (2010), Pinho (2014) e Santos e Cardoso (2014).

Essa subescala avalia a opinião do familiar acerca dos benefícios do tratamento recebido no serviço, isto é, se foi efetivo no sentido de ajudar o usuário a lidar com os seus problemas e se correspondeu às suas necessidades.

A partir dos resultados, podemos inferir que a percepção da família de mudança positiva constitui um indicador-chave de satisfação com o serviço (Perreault et al., 2012). Ademais, esses achados são relevantes por apontarem que a prestação de cuidados em saúde mental está centrada na evolução do usuário, o qual é ativamente envolvido no processo terapêutico. Esse procedimento resulta em satisfação, impactando sobre a adesão ao tratamento (Sohn, Barrett, Talbert, 2014; Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, 2009).

A subescala 2, a qual obteve pontuação alta, avalia o grau de satisfação do familiar em relação a: competência e capacidade da equipe em compreender o problema e o tipo de ajuda de que o usuário necessitava. A satisfação do usuário em relação a esse item também foi elevada.

Esses achados são relevantes, pois indicam que os cuidadores concebem a equipe profissional como acolhedora e competente para lidar com o problema e o tipo de ajuda de que o usuário necessita. Nesse sentido, verifica-se que os esforços dirigidos a uma maior participação e parceria determinam percepção de acolhimento por parte da família (Miranda, Souza, Ferreira, 2014; Santos, Cardoso, 2014).

Corroborando esses resultados, Perreault et al. (2012) verificaram que a colaboração entre cuidadores e profissionais constitui o principal indicador de satisfação dos familiares com os serviços de saúde. Esse procedimento envolve a inserção de estratégias que favoreçam uma maior participação do familiar no tratamento do usuário. A pertinência das análises promove maior envolvimento no planejamento, na implementação e na avaliação dos serviços de saúde mental (Miranda, Souza, Ferreira, 2014).

Dados da literatura apontam a necessidade de investir em métodos de relacionamento terapêutico que englobem escuta, compreensão, informação, troca e efetiva inclusão do familiar na reabilitação do usuário (Santos, Cardoso, 2014).

O menor nível de satisfação dos familiares averiguados neste estudo referiu-se às medidas tomadas para assegurar a privacidade e confidencialidade, ao longo do tratamento, do problema do usuário. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Bandeira et al. (2002) e Camilo et al. (2012).

No estudo realizado por Gigantesco et al. (2002), em que foi avaliada a satisfação dos usuários e respectivos cuidadores com um serviço de saúde mental no sul de Roma, Itália, observou-se índice baixo em relação ao acesso à informação, participação no serviço e ambiente físico. Esses fatores constituíram determinantes cruciais para a insatisfação de usuários e familiares com a assistência dos serviços de saúde mental.

No presente estudo, chama a atenção a insatisfação dos familiares com o ambiente e o conforto dos serviços. Verificou-se a alegação de porta fechada durante o atendimento, interrupções, sigilo das informações e falta de segurança do procedimento. Esses itens de insatisfação também foram observados nos resultados referentes à estrutura física e ao conforto dos CAPSad.

Um ambiente confiável e seguro favorece a obtenção de informações particulares e privilegiadas, as quais o cuidador não forneceria se as circunstâncias ambientais fossem desfavoráveis. Desse modo, cabe ao profissional escutar cuidadosamente, preservar a integridade do paciente e exercer conduta ética ao receber informações de usuários e familiares, as quais são por vezes contraditórias. Em outras palavras, é necessário não apenas zelar pela privacidade e intimidade dos usuários, mas também, e sobretudo, agir com ética (Vasconcelos et al., 2013).

Conclui-se, por meio dos resultados aqui obtidos, que os serviços, bem como o tratamento oferecido pelos profissionais da amostra exercem impacto positivo sobre os familiares, cuja inclusão na avaliação sistemática e no tratamento deve ser concebida como prioritária.

6.4.9 A mudança percebida em função do tratamento – versão familiar

Os resultados deste estudo mostraram que os familiares percebem mudanças decorrentes do tratamento na vida dos usuários para a maior parte dos itens da escala EMP, com exceção de sexualidade e saúde física. Resultado semelhante foi encontrado para os usuários que participaram deste estudo.

A escala EMP, por meio da qual foi analisado o escore global, averiguou se na visão dos usuários e familiares o tratamento havia determinado ou não mudanças gerais positivas na vida do paciente. A média obtida foi de 2,80, denotando que o tratamento havia ajudado o usuário a se sentir melhor.

O fato de os familiares e usuários terem em grande parte percebido as mesmas mudanças assegura a validade dos dados coletados, considerando que alguns autores não creem que a informação fornecida seja confiável (Awad, Voruganto, 2000, citado por Costa et al., 2011). Ainda, Holley, Hodges e Jeffers (1998) ressaltam que os pontos cujas opiniões convergem podem indicar um sólido atendimento das necessidades dos usuários e respectivos familiares.

Os itens com escores médios - relativos à percepção de mudança na vida dos usuários por parte dos familiares - mais observados no presente estudo foram: capacidade de lidar com os problemas pessoais, humor, interesse pela vida, apetite, sono, convivência com a família e com as outras pessoas. Esses resultados indicam que, de modo geral, o tratamento foi bem-sucedido em melhorar as condições do usuário, o que foi alegado tanto por eles como pelos familiares (Costa et al., 2011).

Outros estudos nacionais obtiveram maiores escores médios semelhantes ao entrevistar familiares, destacando-se as dimensões: relacionamentos, fatores psicológicos e sono (Bandeira, Felício, Cesari, 2010; Costa et al., 2011; Pinho, 2014; Santos, 2010).

O resultado em questão pode estar relacionado à percepção de mudança referente a aspectos tais como: capacidade de lidar com os problemas pessoais, humor, interesse pela vida, apetite e sono, os quais estão, de certa forma, diretamente ligados ao resultado do tratamento. Assim, dar ao usuário e aos respectivos familiares - que buscam a assistência do CAPSad - a possibilidade de trocarem experiências e de serem escutados proporciona uma nova alternativa e chance de recuperação (Pinho, 2014).

A qualidade do convívio familiar também indicou melhora, o que pode ter decorrido da ação dos psicofármacos, os quais contribuem para a diminuição dos comportamentos problemáticos e da sintomatologia dos usuários (Costa et al., 2011). Esse resultado assinala que a família constitui um fator relevante na percepção de mudança em função do tratamento, e que ela pode ser fundamental na motivação, recuperação e opção dos usuários pela busca do tratamento. Destaca-se a rede de apoio familiar e social como fonte de reabilitação desses indivíduos, sendo capaz de ajudá-los a lidar com modificações de vida (Crauss, Abaid, 2012). Nesse sentido, cremos que todo o esforço deva ser realizado pela equipe de saúde mental, no sentido de envolver os usuários e familiares no tratamento, maximizando a quantidade e a adequação das orientações sobre o cuidado que está sendo realizado durante o tratamento nos CAPSad. Ademais, os profissionais devem mediar a reinserção dos usuários na comunidade, a qual pode ser dificultosa em virtude do estigma acerca do uso de drogas.

Por outro lado, constatou-se percepção de piora sobretudo em relação à ocupação e à saúde física, com destaque para saúde física: satisfação sexual, energia, atividades de lazer, tarefas de casa, capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões. Novamente, tais resultados assemelham-se àqueles obtidos nos estudos de Bandeira, Felício e Cesari (2010), Costa et al. (2011), Pinho (2014), e Santos (2010).

Alguns resultados parecem apontar o tratamento medicamentoso como responsável tanto pela piora como pela melhora dos sinais e sintomas dos usuários (Costa et al., 2011).

Contudo, verifica-se dificuldade dos usuários de substâncias psicoativas em se adaptar às regras convencionais e, com isso, suas atividades de lazer, ocupação e tomada de decisões podem sofrer prejuízo. Desse modo, intervenções devem ser direcionadas à busca de outros prazeres além da droga. Estigmas e fatores de exclusão social, os quais estão fora do campo de trabalho, também podem estar presentes na realidade desses indivíduos. Esses elementos, os quais em geral tornam mais lenta a concretização das mudanças, talvez justifiquem a menor média da EMP.

Embora os familiares tenham alegado percepção de mudança nos usuários após o tratamento para a maioria dos itens da escala EMP, nota-se que alguns aspectos precisam ser melhorados e, para tanto, cabe estudar como se configuram e possíveis formas de ajuda junto aos gestores, profissionais, usuários e familiares. Os estudos publicados acerca das percepções de mudança decorrente do tratamento de usuários de substâncias psicoativas são recentes e ainda escassos, inviabilizando maiores discussões.

Estudo de Bandeira, Felício e Cesari (2010) aponta a relevância da avaliação de resultados relativos à percepção de mudança na vida do usuário em decorrência do tratamento, na perspectiva do familiar, uma vez que ela fornece indicadores de melhora e piora, contribuindo para a readequação das ações dos serviços. Portanto, a realização de mais estudos do gênero em serviços de saúde mental e de álcool e outras drogas podem auxiliar nas intervenções da equipe, visando a um tratamento que corresponda ainda mais às necessidades dos usuários e respectivos familiares.

6.5 ANÁLISE INFERENCIAL – REGRESSÃO UNIVARIADA E MÚLTIPLA

Os resultados da escala EMP possibilitaram-nos avaliar as variáveis sociodemográficas, clínicas e de processo, além da satisfação dos usuários com o tratamento. Pesquisas acerca da satisfação de usuários com os serviços de saúde mental são encontradas na literatura prévia, com dados mais consolidados. Entretanto, a percepção de mudança decorrente do tratamento constitui um conteúdo novo nas investigações avaliativas (Lima, 2013).

Nesse sentido, pode haver limitações no âmbito da discussão dos resultados referentes ao perfil sociodemográfico, clínico do usuário, processo, satisfação com o serviço e mudança

percebida nos CAPSad. Por outro lado, tem-se a oportunidade ímpar de consolidar o campo de investigação das percepções dos usuários que usufruem desses serviços no Brasil.

Na análise univariada e multivariada da percepção de mudança dos usuários do CAPSad do Estado de Minas Gerais destacaram-se as variáveis sociodemográficas e econômicas, o sexo e a escolaridade. A variável sexo mostrou-se negativa, ao passo que a escolaridade foi positiva no modelo multivariado.

Os resultados dessas variáveis mostraram que as mulheres percebem menos mudança decorrente do tratamento nos CAPSad do que os homens. Isso indica que a percepção pode divergir consideravelmente entre homens e mulheres em tratamento. Desse modo, sugere-se que a equipe multiprofissional responsável pela prestação de serviços promova tanto ações educativas e motivadoras como um envolvimento maior das mulheres no tratamento.

No que se refere à escolaridade, os usuários com maior nível de formação escolar, isto é, aqueles com Ensino Médio ou curso técnico completo, apresentaram maior percepção de melhora decorrente do tratamento do que os entrevistados com escolaridade mais baixa ou considerados analfabetos.

Quanto à análise univariada, constatou-se que quanto maior a idade, a renda e os bens duráveis dos indivíduos, maior é a percepção de mudança decorrente do tratamento. Estes resultados perderam a significância na análise multivariada, porém persiste a correlação positiva entre os fatores em questão e uma maior percepção de mudança global decorrente do tratamento em CAPSad. Já no modelo univariado, as variáveis situação conjugal e tipo de moradia não tiveram correlação significativa com a percepção de mudança decorrente do tratamento.

Poucos estudos investigaram os fatores sociodemográficos e clínicos mais associados à maior percepção de mudanças pelos usuários em função do tratamento. Ao revisar a literatura, foram encontrados quatro estudos que investigaram a influência dessas variáveis. No estudo realizado por Perreault et al. (2010), o qual se propôs a investigar a relação entre melhora percebida e satisfação do paciente em um programa de manutenção com metadona em Montreal, não foi encontrada diferença significativa entre gênero e idade com pontuação global e as subescalas de mudança percebida em decorrência do tratamento.

Em estudo realizado por Hasler et al. (2004) com usuários diagnosticados com transtornos não psicóticos, mostrou-se a influência do gênero na relação entre as mudanças percebidas e a satisfação com os serviços. No grupo de homens foi observada uma correlação positiva entre a percepção de melhora – referente à capacidade de lidar com os problemas

específicos e sintomas – e a satisfação com o serviço, enquanto para o gênero feminino obteve-se uma correlação positiva significativa das relações interpessoais e da satisfação com o serviço. Os autores concluíram que mais pesquisas são necessárias para esclarecer as interações entre sexo, resultado percebido e satisfação, uma vez que os resultados apresentados são preliminares.

Os resultados deste estudo corroboraram os dados encontrados por Hasler et al (2004), apontando diferença entre os sexos na relação entre a percepção de mudança e a satisfação com o serviço.

Em estudo realizado por Franzmann (2014) nos CAPS da região Sul do Brasil, usuários com menor grau de escolaridade e idade mais avançada apresentaram maior tendência a perceber melhora decorrente do tratamento do que os entrevistados mais jovens e com maior grau de escolaridade. Pacientes mais velhos, por sua vez, mostraram-se mais satisfeitos com os serviços do que os mais jovens (Silva et al., 2012).

Cabe mencionar que o uso de drogas perpassa a fase da adolescência e resulta em problemas e maiores riscos na idade adulta. Desse modo, os indivíduos mais velhos tendem a buscar tratamentos em virtude das condições sociais e de saúde mais do que pelo uso da droga em si (Jora, 2014), o que poderia justificar sua maior percepção de mudança.

Os usuários com grau mais baixo de escolaridade apresentam expectativas mais baixas com relação aos resultados do tratamento, sendo justificável que valorizem mudanças menos significativas (Esperidião, Trad, 2006).

Cesari e Bandeira (2010) realizaram um estudo com 72 usuários, sendo a maioria do sexo masculino e com diagnóstico de esquizofrenia, atendidos em um serviço de referência em saúde mental no município de Divinópolis (MG). A análise de regressão multivariada dos resultados apontou elevada percepção global de melhora da qualidade de vida, o que também ocorreu com as variáveis sociodemográficas e clínicas, tais como autonomia no uso da medicação e no trabalho, evidenciando que maiores níveis de independência dos usuários contribuem para a melhoria da qualidade de vida. Conclui-se, portanto, que a mudança percebida pelos usuários pode contribuir para as avaliações de resultado dos serviços de saúde mental, recomendadas pela OMS com a finalidade de melhorar os serviços.

Em estudo realizado por Hasler, Moergeli e Schnyder (2004), o trabalho não remunerado esteve positivamente associado à percepção de mudança pelos pacientes no domínio interpessoal, relacionamentos e sintomas de ansiedade.

Não foram encontrados outros estudos publicados acerca da relação entre o perfil do usuário - gênero, idade, escolaridade, etnia, situação conjugal, tipo de moradia e renda - e a percepção de mudança. Com isso, as discussões não puderam ser mais aprofundadas.

De acordo com os resultados obtidos, as variáveis do perfil econômico e sociodemográfico dos usuários podem influenciar positiva ou negativamente a percepção de mudança. Essas relações merecem ser mais bem investigadas, a fim de ampliar a compreensão dos estudos avaliativos e nortear o planejamento dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas.

O segundo modelo de análise de regressão univariada, o qual inclui as variáveis clínicas associadas à percepção de mudança global, mostrou que os usuários que consumiram droga ilegal no último mês, que são fumantes, usam psicofármacos e tiveram internação e intercorrências durante o tratamento perceberam menor mudança decorrente do tratamento nos CAPSad, ao passo que os usuários que não consumiram bebida alcoólica no último mês perceberam maior mudança.

O uso de drogas lícitas e ilícitas apresentou relação significativa com a mudança percebida, visto que os entrevistados que não consumiram drogas por um mês mostraram maior percepção de mudança em decorrência do tratamento no CAPSad. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Lima (2013), o qual demonstrou que não consumir drogas pode guardar relação com a melhora das relações, dos sintomas físicos como insônia, apetite e humor, do interesse pela vida, entre outros.

Nesse sentido, o processo de recaída dos usuários de drogas deve-se às dificuldades enfrentadas desde o início do tratamento, visto que a maioria deles possui problemas sociais - como baixo nível de escolaridade e dificuldade de resolver conflitos sociais e afetivos - e de saúde tanto anteriores ao uso das substâncias como decorrentes dele (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012). Acredita-se que a abstinência durante o tratamento possa afetar de modo significativo a percepção de mudança.

Como pudemos observar, não atingir a meta da abstinência pode influenciar negativamente a percepção de mudança do usuário. De acordo com Monteiro e Ribeiro (2012), o processo de recaída pode ser visto como um indicador de abandono do tratamento, possivelmente provocado por comprometimentos cognitivos decorrentes do uso da droga, os quais impulsionam a perda de controle diante de estímulos relacionados ao consumo e a diminuição da capacidade de detectar comportamentos de risco.

Cabe mencionar a necessidade de mais investigações que verifiquem e qualifiquem a relação entre abstinência, processo de recaída e percepção de mudança em decorrência do tratamento nos serviços de saúde mental.

Na análise univariada, o uso de tabaco e de psicofármacos relacionou-se negativamente à percepção de mudança entre os entrevistados. Os usuários não tabagistas e que não fazem tratamento medicamentoso apresentaram maior percepção de mudança com o tratamento do que aqueles que consomem tabaco e psicofármacos. A associação entre uso de psicofármaco e mudança percebida corrobora outro estudo, sugerindo que o uso da medicação caracteriza-se por diminuir a autonomia e a responsabilidade do usuário com relação ao seu próprio tratamento, fazendo com que sua percepção de mudança seja reduzida (Lima, 2013).

No modelo univariado, por sua vez, as variáveis consumo de alguma droga ilegal no último mês e uso de psicofármaco e tabaco não foram associadas a uma maior percepção de mudança. No entanto, é possível levantar algumas observações acerca das associações encontradas para esses variáveis. Os resultados acerca do uso de psicofármacos, por exemplo, eram esperados em razão de seus efeitos colaterais, como descrito anteriormente. Os resultados relativos ao consumo de álcool e outras drogas, por sua vez, assinalaram prejuízos na sexualidade, energia, saúde física e apetite.

Os achados apontam o consumo de drogas lícitas e ilícitas como um indicativo de condições precárias que podem influenciar a percepção de falta de mudança.

Os participantes expressaram percepção bastante positiva de mudança em relação ao tabaco. Esse resultado sugere a implementação de atividades que motivem a cessação do tabagismo, embora não tenha sido esse o objetivo do presente estudo. Contudo, é responsabilidade das instituições de saúde e de seus profissionais realizar abordagens motivacionais que contribuam para o estabelecimento de hábitos saudáveis de vida (Pillon et al., 2011).

Em ambas as análises univariadas e multivariadas, os usuários com histórico de internação e intercorrências durante o tratamento nos CAPSad mostraram menor percepção de mudança do que aqueles que não apresentaram histórico de internação e intercorrências. Não foram encontrados na literatura prévia estudos que relacionassem o processo de internação e intercorrências durante o tratamento com a mudança percebida na área da dependência química, o que sugere a originalidade deste estudo.

Esse resultado difere daquele obtido em outro estudo, no qual os pacientes que foram internados em hospital psiquiátrico apresentaram maior percepção de melhora do que aqueles

que nunca foram internados (Andrade et al., 2012). Estas diferenças podem ter decorrido de alguns aspectos do perfil da amostra e do serviço de atendimento. No presente estudo, grande parte dos usuários apresentava problemas referentes ao uso de álcool e outras drogas, ao passo que no estudo de Andrade et al. (2012) a amostra apresentava diagnósticos de transtornos mentais severos e persistentes, incluindo esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes e transtornos afetivos ou do humor.

Segundo os autores, uma possível explicação seria que os pacientes que haviam sido internados possuíam o transtorno psiquiátrico há mais tempo do que aqueles que nunca haviam sido internados. Além disso, esses pacientes podem ter relatado uma maior percepção de melhora com base em seu estado atual, indicando mais estabilidade.

Acredita-se que o processo de internação e a gravidade da dependência - com decorrentes intercorrências e comorbidades causadas pelo consumo das substâncias psicoativas durante o tratamento - estejam associados à menor percepção de mudança, uma vez que afetam importantes dimensões da vida, como a saúde física, social e mental.

Nesse sentido, o estudo demonstrou que a severidade da dependência química determina o agravamento de todos os aspectos da vida do usuário, sobretudo as condições de saúde (Falck et al., 2002). Ademais, os usuários apresentaram menores níveis de satisfação em relação ao relacionamento familiar, condição econômica, saúde, segurança e tratamento da dependência química. Todos esses aspectos também foram avaliados nos domínios ambiente e físico da qualidade de vida associada à menor percepção de saúde (Jora, 2014).

A presença de intercorrências físicas e psiquiátricas, manifestada sob diversas formas e com causas heterogêneas e bidirecionais que variam ao longo do tempo, parece ser um fenômeno muito comum entre usuários de álcool e outras drogas. Além disso, a presença de comorbidade interfere na eficácia do tratamento, uma vez que aumenta a gravidade dos sintomas e a refratariedade da terapêutica (Ribeiro, Laranjeira, 2010).

Investigações sobre a relação entre complicações e intercorrências em usuários de drogas e percepção de mudança ainda são escassas. Entretanto, conhecer essas relações é de crucial importância para a elaboração de políticas públicas voltadas para o consumo de substâncias psicoativas, no sentido de melhorar as intervenções quanto aos níveis de gravidade da dependência química e, com isso, gerar mudanças no processo terapêutico.

Há de se considerar os aspectos que mais comprometem a vida dos usuários, tais como o físico, o psicológico, a perda dos vínculos sociais (família e emprego) e o envolvimento em atividades legais com o uso de álcool e outras drogas. Desse modo, para oferecer um

tratamento efetivo faz-se necessário considerar intervenções e técnicas que visem a redução ou a abstinência do consumo, bem como a qualidade de vida e o funcionamento biopsicossocial do indivíduo (Jora, 2014; Ribeiro, Laranjeira, 2010).

Em relação ao processo e ao resultado do tratamento, as variáveis incluídas no modelo multivariado que mostraram nível de significância de 30% foram: primeira admissão, considera a frequência suficiente no CAPSad, ter profissional de referência, participação de atendimento em grupos no CAPSad, participação em atividades na comunidade e satisfação global, associadas a uma percepção positiva de mudança. Contudo, as variáveis primeira admissão, ter profissional de referência e participação em atividades na comunidade não apresentaram correlação significativa no modelo multivariado, tendo sido mantidas como variáveis de controle.

Estudos internacionais e nacionais similares a este também apresentaram as mudanças percebidas pelos usuários em função do tratamento em serviços de saúde mental como resultado, tendo a variável mais preditiva da satisfação global com os serviços, confirmando a correlação positiva entre essas duas variáveis (Bandeira et al., 2011b; Costa et al., 2009; Hasler et al., 2004, Hasler, Moergeli, Schnyder, 2004; Lima, 2013; Lunnen, Ogles, Pappas, 2008; Perreault et al., 2010; Pinho, 2014; Silva et al., 2012).

Esses resultados mostram a relevância do uso do escore de mudança percebida, sob o ponto de vista da satisfação dos usuários, a qual pode estar intimamente relacionada à sua adesão ao tratamento e ao uso desses serviços (Andrade et al., 2012). Estudos também têm mostrado a importância de se explorar as relações dessas variáveis no tratamento do abuso de substâncias (Perreault et al., 2010).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo e os achados da literatura internacional mostram relação forte e positiva entre a satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental e a escala de mudança percebida. Desse modo, podemos inferir que quanto mais satisfeitos os usuários ficam com a equipe, as condições gerais do serviço e a qualidade do atendimento, maior é o grau de mudança percebida em decorrência do tratamento (Lima et al., 2013).

A satisfação costuma ser investigada enquanto variável dependente da mudança percebida. Assim, parte-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 nas avaliações desenvolvidas (Donabedian, 1985). 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 satisfação com os serviços tem sido utilizada há mais de 20 anos como desfecho primário na perspectiva dos usuários, ao passo que a percepção de melhora é recente e oferece uma nova visão da avaliação de programa do ponto de vista dos pacientes. Estudos futuros que envolvam o consumo de drogas e as condições gerais de vida - saúde física, mental e qualidade de vida - devem ser considerados na avaliação global dos resultados quanto ao tratamento. O mesmo se aplica às características do perfil dos indivíduos, para que se obtenha uma melhor compreensão dos fatores envolvidos na melhoria percebida (Perreault et al., 2010).

Os usuários que consideraram a frequência no CAPSad suficiente para o tratamento e a participação nos atendimentos em grupoterapia que apresentaram também correlação positiva de percepção de mudança no tratamento.

É possível que tais associações se devam à frequência de participação e contato dos usuários com as atividades oferecidas pela equipe nos CAPSad, demonstrando que essas variáveis podem contribuir para um melhor estado de saúde geral, refletindo na mudança percebida. Tanto esses dados como a satisfação global dos usuários podem sugerir bons indicadores de avaliação acerca dos resultados do tratamento, bem como confiança por parte do usuário nos serviços de saúde comunitários especializados no tratamento de substâncias psicoativas, como o CAPSad no contexto brasileiro.

Estudo realizado por Tomasi et al. (2010b), o qual teve como objetivo caracterizar o perfil dos usuários frequentadores do CAPS de um município de médio porte, obteve dados que revelaram um efeito positivo do cuidado prestado pelo serviço, observado pela diminuição do uso de psicofármaco, redução da ocorrência de crises para todos os usuários, bem como das internações hospitalares para os intensivos e com maior tempo de frequência ao serviço. Nesse sentido, os vínculos estabelecidos com as equipes proporcionam aos técnicos a possibilidade de intervir rapidamente aos sinais de piora, evitando assim seu progresso.

No estudo realizado por Perreault et al. (2010), por sua vez, não foram apontadas associações entre percepção de mudança e a frequência do tratamento por meio de um programa de manutenção com metadona em Montreal, sugerindo que seria pertinente realizar investigações longitudinais que mensurassem a melhora percebida em diferentes fases do tratamento. Uma vez que, com suas atividades diárias avaliadas no serviço em diferentes momentos, os usuários não estariam mais centrados apenas no uso de drogas, mas em outras

atividades de vida diária. Portanto, altos escores na EMP poderiam ser explicados por mudanças na situação global.

Outros dois estudos também mostraram correlação positiva entre a percepção de mudança, as atividades realizadas nos serviços de saúde mental pela equipe e as alterações na sintomatologia dos usuários.

Estudo realizado por Jensen, Mortensen e Lotz (2008) com 203 pacientes em psicoterapia psicodinâmica em grupo, durante 39 sessões, investigou as associações entre as mudanças percebidas no final da terapia - por meio de seis itens da escala *Retrospective Outcome Evaluation (ROE)*, nas versões do paciente e terapeuta - e as alterações pré-pós tratamento na escala *Symptom Check List 90 Revised (SCL-90)*. Os resultados do estudo não apontaram associações significativas das variáveis sociodemográficas e dos diagnósticos dos pacientes com as escalas ROE e SCL-90. Contudo, houve uma correlação positiva entre os escores de percepção de mudança da escala ROE e a alteração dos sintomas da escala SCL-90, medidos pelos pacientes e terapeutas. A avaliação de mudança percebida mostrou associação mais forte, com foco na melhoria da terapia não sintomática entre os clínicos, ao passo que nos pacientes a associação foi significativa, com melhoria no aspecto da escala SCL com os sintomas da depressão.

No segundo estudo realizado por Hasler, Moergeli e Schnyder (2004) identificou-se que o vínculo de trabalho, o tipo de tratamento e o diagnóstico estavam associados à percepção de mudança nos domínios da subescala interpessoal e relacionamentos, bem como nas alterações com os sintomas de ansiedade. Os pacientes que foram submetidos à psicoterapia perceberam mais mudança decorrente do tratamento e do enfrentamento - em sintomas e em aspectos específicos da vida, como bem-estar psicológico, comportamentos alimentares e redução do medo e ansiedade - do que aqueles tratados somente com farmacoterapia ou que tiveram os dois tratamentos combinados. Os pacientes tratados somente com farmacologia perceberam maior mudança na qualidade do sono.

Os resultados encontrados nesses estudos assinalaram a importância da frequência dos usuários nos serviços de saúde mental e o tipo de tratamento oferecido, bem como a alteração da sintomatologia, como possíveis fatores preditivos da mudança percebida, sugerindo um aprofundamento dessa temática em futuros estudos. As pesquisas analisadas apontam para uma carência de investigações sistemáticas entre esses construtos, de modo particular no contexto brasileiro (Andrade et al., 2012; Silva et al., 2012).

Desse modo, os dados escassos da literatura não permitiram maior aprofundamento

das discussões a seguir, as quais avaliam a percepção de mudança pelos próprios usuários submetidos a tratamento para substâncias psicoativas com relação às variáveis de processo e de satisfação com os serviços.

Os resultados específicos encontrados nas análises de regressão deste estudo, incluindo as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, do processo e da satisfação global dos usuários, que se mostraram significativas, com o maior grau mudança percebida no tratamento, explicaram juntas 34,1% da variação do escore da escala EMP, indicando uma relação linear moderada. Outras variáveis voltadas para o modelo da RD e a mudança percebida pelos usuários na perspectiva do familiar ainda precisam ser investigadas em estudos futuros. Cabe mencionar que este estudo não objetivou investigar a relação dessas variáveis com a escala EMP.

Por fim, os resultados obtidos neste estudo com a escala EMP poderão ser úteis para avaliações complementares dos profissionais e para auxiliar os serviços no provimento de tratamentos mais adequados às necessidades dos usuários (Bandeira et al., 2011b). Além disso, os resultados sugerem possibilidades de melhoria no cuidado, visando modificações que podem influenciar no envolvimento do tratamento aos usuários de drogas (Fiorentine, Nakashima, Anglin, 1999).

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitiram as seguintes conclusões:

- a) Quanto ao perfil da amostra de profissionais, predominam mulheres, adultas jovens, de faixa etária entre 22 e 40 anos, com pós-graduação incompleta/completa, vivendo com companheiro e recebendo salários mais baixos em comparação a outras localidades, como o Sul e o Sudeste do Brasil. Quanto às características de trabalho, a maioria foi admitida no CAPSad há tempo considerável, é comprometida com a qualificação profissional e possui o serviço como principal vínculo de trabalho.
- b) Em relação ao perfil sociodemográfico e econômico dos usuários nos CAPSad, foi verificado que trata-se de uma população composta predominantemente por homens, adultos, de cor/raça não brancos, solteiros, com baixa escolaridade, fora do mercado de trabalho remunerado, vivendo com até dois salários mínimos, da renda de aposentadoria, renda familiar, auxílio-doença, pensão ou bolsa família.
- c) Quanto aos dados clínicos, a maioria encontrava-se no serviço há menos de ano, não havia realizado tratamento anteriormente no CAPSad, sabia seu diagnóstico médico e não apresentava histórico de internação após admissão no serviço. Contudo, o encaminhamento ao serviço deu-se por meio de médicos/terapeutas ou serviços de referência, e somente uma pequena parcela dos entrevistados procurou o serviço por demanda espontânea. A maior parte é tabagista, aderiu ao tratamento farmacológico, não fez uso de bebida alcoólica e drogas ilícitas no mês anterior ao da coleta de dados e tinha a abstinência total como modalidade vigente de tratamento. Cerca de metade dos entrevistados apresentava algum outro problema de saúde ou comorbidades.
- d) A análise dos dados dos prontuários revelou que a maioria dos usuários apresentou intercorrências psiquiátricas e abuso de drogas. Cabe destacar que outras intercorrências também ocorreram, ainda que com menor frequência, como abandono de tratamento e complicações clínicas. Além disso, os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool representaram a categoria diagnóstica mais recorrente nos prontuários, seguida dos transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas. Foram observados transtornos mentais e comportamentais decorrentes

do uso de cocaína/*crack*, a qual constituiu a segunda droga mais consumida de forma isolada entre os entrevistados.

- e) Por fim, o perfil dos familiares dos usuários constitui predominantemente mulheres, adultas, de cor/raça parda, casadas, com média de idade de 48,8 anos, com Ensino Fundamental incompleto/completo, com filhos, inseridas no trabalho remunerado, recebendo renda de até dois salários mínimos. Além disso, cuidam sozinhas do familiar e referiram problemas de saúde, embora não tenham se mostrado sobrecarregadas com o cuidado. Em relação ao vínculo com os usuários, evidenciou-se forte influência de familiares e amigos. Quanto ao grau de parentesco, predominaram esposas, seguidas de irmãs e mães. A maioria busca apoio extra ao tratamento - além do CAPSad - em religiões e grupos de autoajuda.
- f) Os resultados obtidos na avaliação da dimensão estrutura, na ótica dos profissionais, sinalizaram uma percepção favorável quanto à conformidade dos recursos físicos das unidades somente nos quesitos iluminação e higiene. A maioria apontou inconformidades dos aspectos da área física e da ventilação, bem como a ausência e/ou inadequação dos equipamentos de proteção coletiva, tais como: exaustor de ventilação, ar-condicionado, saída de emergência, mangueira e extintor de incêndio.
- g) Além disso, os profissionais referiram falta de ferramenta adequada para as atividades do trabalho, falta de segurança e outros incômodos não mensurados. Constatou-se que as condições de trabalho melhoraram pouco desde a admissão dos profissionais nos serviços. Cabe mencionar que uma minoria de 2,7% referiu ter sofrido acidente de trabalho nos seis meses anteriores à pesquisa, um contraponto positivo às inconformidades da estrutura física e da segurança, revelando que a ausência ou inadequação dos itens supracitados não determinaram um aumento do índice de acidentes de trabalho.
- h) Quanto aos recursos humanos, o dimensionamento de profissionais da equipe multiprofissional mostrou-se adequado para os CAPSad II e CAPSad estendido em relação ao mínimo preconizado pela PT 336/2002, com exceção dos médicos clínicos e psiquiatras. O resultado foi semelhante para os CAPSad III. No entanto, destaca-se a ausência de educadores físicos, pedagogos e outros profissionais de nível médio, como artesãos e técnicos educacionais, conforme preconiza a PT n.130/2012.

- i) Ainda na dimensão da estrutura, os dados obtidos em relação à articulação e organização dos CAPSad na RAPS apontaram incipiência de conhecimento e sistematização de projetos/atividades de base territorial no matriciamento da atenção básica. A relação inversa também foi apontada entre os profissionais dos CAPSad, os quais referiram que a equipe da atenção básica desconhece o trabalho realizado nos CAPS. Entretanto, a maioria dos entrevistados alegou a existência da retaguarda psiquiátrica e clínica para casos de urgência e emergência nos sistemas de referência aos CAPSad.
- j) Quanto à dimensão de processo, os resultados deste estudo foram satisfatórios em relação às atividades realizadas pelos profissionais, os quais buscam interagir com os usuários e familiares, tendo em vista as demandas existentes na interface entre os sujeitos. Verificou-se que as atividades terapêuticas oferecidas nos CAPSad foram heterogêneas, com ênfase nos atendimentos individuais, como consultas médicas e acompanhamento da medicação, e nas atividades grupais voltadas para a orientação de RD, como grupos de família e oficinas manuais e culturais.
- k) Contudo, as atividades desenvolvidas com os usuários e familiares ficaram restritas ao contexto do CAPSad e tiveram pouca integração com os outros equipamentos de saúde ou recursos do território. Apenas 23,3% dos profissionais mencionaram as atividades na comunidade. Cabe mencionar que a maioria dos profissionais alegou realizar a busca ativa por VD e contato telefônico de usuários nos casos de abandono do tratamento pelo usuário, embora os resultados em relação a VD não tenham se mostrado significativos entre os entrevistados. Somente 21,9% deles apontaram a VD.
- l) Resultado semelhante foi obtido com os usuários, considerando que a maioria passou por atendimento individual com os profissionais e grupos terapêuticos. Não foram significativas entre os entrevistados as atividades na comunidade (25,5%), no campo da geração de renda (7,6%) e as VD (14,8%). Ainda nos resultados obtidos com os usuários, concluiu-se uma fragilidade em relação ao PTS, visto que 50,9% dos prontuários consultados não dispunham de dados sobre o PTS ou estavam desatualizados. Contudo, a maioria apresentou referência técnica nos CAPSad (96,7%) e frequência no serviço em regime de permanência diária ou intensiva – três a sete dias por semana (38,5%).

- m) Ainda entre os familiares dos usuários, os resultados obtidos apontaram que não foi significativa a participação do cuidador nas atividades do CAPSad. A maioria deles (28,7%) referiu contato raro com os profissionais do serviço, ao passo que 30,2% participaram de grupo de apoio ou familiar no último ano, 17,5% tiveram voz nas decisões sobre o planejamento e/ou realização de atividades e 13,1% opinaram sobre as atividades de avaliação dos serviços.
- n) Os dados referentes à satisfação dos três atores com os serviços dos CAPSad, obtidos por meio da escala SATIS-BR, mostram níveis mais elevados de satisfação por parte de usuários e familiares com a maioria dos aspectos avaliados no serviço, enquanto o escore relativo aos profissionais indicou mais indiferença do que satisfação.
- o) Os maiores escores de satisfação obtidos apresentaram convergências entre os três atores para a qualidade dos serviços e os efeitos do tratamento. Os níveis de satisfação entre os profissionais foram mais elevados com relação ao relacionamento da equipe e a qualidade dos serviços oferecidos para os usuários e familiares. Isso pode indicar que os bons resultados do tratamento foram alcançados por meio da ajuda recebida, da acolhida e da competência da equipe, os quais constituem fatores importantes para a compreensão da qualidade de um serviço. Do mesmo modo, os aspectos que obtiveram resultados menos satisfatórios poderão fornecer subsídios para a implementação de melhorias das condições estruturais de trabalho, como infraestrutura do serviço, conforto, privacidade e confidencialidade (aspectos destacados pelos atores no presente estudo).
- p) Os resultados relativos à dimensão avaliação foram positivos, isto é, os usuários e familiares estão satisfeitos com os serviços e percebem mudanças desde que iniciaram o tratamento.
- q) Esses aspectos demonstram que apesar de algumas fragilidades apontadas anteriormente, os CAPSad estão se efetivando em relação aos cuidados prestados e contribuindo positivamente para a transformação de locais de acolhimento e enfrentamento coletivo dos problemas psicológicos e de reinserção social dos usuários de substâncias químicas. Uma vez que os pontos de maior destaque nesta percepção de mudança entre os usuários se deu em relação aos aspectos tais como: lidar com os problemas pessoais, interesse pela vida, confiança em si mesmo, a

capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões, o interesse em trabalhar e o apetite.

- r) Em contrapartida, os resultados obtidos neste estudo não indicaram melhora ou, ainda, os usuários apontaram piora decorrente do tratamento, sobretudo com relação à sexualidade, energia, saúde física, convivência com a família e os amigos. Tais achados podem guardar relação com diversos fatores ligados ao enfrentamento do uso de drogas e à reinserção dos usuários em sua rede de relações cotidianas.
- s) As potencialidades e fragilidades relativas à percepção de mudança decorrente do tratamento dos usuários também foram observadas pelos familiares, constituindo aspectos que podem ser melhorados ou adquiridos pelo usuário ao longo do tratamento na ótica dos cuidadores. Nesse sentido, conclui-se que os CAPSad podem atuar mais sobre os aspectos da socialização dos usuários na comunidade, facilitando os relacionamentos interpessoais.
- t) A análise dos fatores associados aos construtos avaliados indicou a presença de variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, do processo e de satisfação global importantes na determinação da mudança percebida pelos usuários, indicando os aspectos que precisam ser melhorados, essenciais para o bom resultado do atendimento nos estudos avaliativos dos CAPSad.
- u) Nesse sentido, pode-se inferir pela análise univariada uma correlação estatisticamente significativa da melhora percebida ($p \leq 0,3$) com os fatores relacionados às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, tais como: sexo, escolaridade, renda familiar no último mês, bens duráveis, consumo de bebida alcoólica e droga ilegal no último mês, uso do tabaco, uso de psicofármacos, internação e intercorrências durante o tratamento. Além das variáveis do processo e resultado, que foram: frequência no CAPSad, ter profissional de referência, participação em grupos terapêuticos e na comunidade e o escore da SATIS-BR global.
- v) Todas essas variáveis foram incluídas no modelo múltiplo, confirmando significância estatística ($p \leq 0,05$), e apenas as variáveis escolaridade (aqueles usuários que tinham Ensino Médio ou cursos técnicos), frequência ao CAPSad, participação em grupos terapêuticos e satisfação global com o serviço mostraram melhor relação com a mudança percebida pelos usuários após o início do

tratamento. Além dessas, as variáveis sexo feminino, consumo recente de bebida alcoólica, internação e intercorrência durante o tratamento tiveram percepção negativa, ou seja, menor mudança percebida em função do tratamento.

- w) Pode-se, portanto, afirmar que a hipótese apresentada no início deste estudo foi confirmada, tendo sido encontrada uma relação significativa entre as mudanças percebidas em função do tratamento e as variáveis sexo, escolaridade, consumo de bebida alcoólica no último mês, internação psiquiátrica, intercorrência, frequência ao CAPSad, participação em grupo terapêutico e satisfação global com o CAPSad medida pelos usuários.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu-nos realizar, a partir de uma amostra probabilística de profissionais, usuários e familiares acompanhados pelos CAPSad do Estado de Minas Gerais, uma avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultados das práticas assistenciais desenvolvidas, bem como investigar a influência dessa assistência na mudança percebida pelos usuários.

O interesse pelo estudo é justificado pela escassez de estudos nacionais na área de avaliação embasados no referencial teórico Donabedian. Assim, investigamos os serviços voltados para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas após o início do tratamento.

Assim, realizou-se uma avaliação a partir da ótica dos atores sociais presentes nesses serviços, a fim de propiciar um tratamento mais terapêutico, humanizado, participativo, resolutivo e que satisfaça as reais necessidades básicas dos envolvidos. Fatores como motivação, apoio, supervisão, financiamento e discussão ainda representam desafios para os gestores dessa área.

A partir no início do século XX, observava-se nos estudos uma preocupação com o crescimento da circulação e do uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse fator configurou-se como um problema de saúde pública global, dada a gravidade dos efeitos do uso crônico e os reflexos epidemiológicos na sociedade (Teixeira Santos, Félix de Oliveira, 2013).

Diversas estratégias vem sendo desenvolvidas no sentido de enfrentar o uso abusivo de substâncias psicoativas. Temos como exemplo um documento publicado no Brasil, em 2003, pelo MS: Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Os CAPSad foram criados a partir dessa política, surgindo como uma modalidade para o atendimento exclusivo de usuários de álcool e outras drogas, com foco na atenção à saúde centrada na comunidade, realizada por uma equipe multiprofissional especializada. Além disso, visam articular suas ações voltadas para RD, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários abusivos de drogas (Brasil, 2004a). Diversas outras estratégias já foram adotadas até então, como abordado na introdução deste estudo.

Como exposto acima, o tratamento do usuário de álcool e drogas no Brasil foi se aprimorando ao longo do tempo, por meio de tentativas de incorporar essa política de atenção às estratégias existentes, a fim de desenvolver tratamentos mais precisos e integrados.

Entretanto, algumas lacunas assistenciais precisam ser melhoradas, com atenção especial à prevenção e à avaliação do tratamento no modelo da RD nos serviços de saúde, a

partir da mudança percebida pelos usuários com problemas decorrentes do consumo do álcool e de outras drogas.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários, bem como o processo e a satisfação com os CAPSad, influenciam a sua percepção de mudança decorrente do tratamento.

Além disso, houve o interesse de traçar o perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos usuários, bem como o perfil dos profissionais e familiares, acreditando-se conhecer as características destes atores na avaliação dos serviços, identificando suas potencialidades, fragilidades e fatores de risco que podem ser evitados e acompanhados pela sociedade e gestores da saúde. Espera-se que este estudo seja uma fonte de pesquisa que dissemine futuras investigações na área do álcool e de outras drogas.

Cabe mencionar que, embora seja relevante traçar o perfil dessa clientela dos serviços de saúde mental, cada indivíduo demanda um cuidado particular e apresenta dimensões que vão além do diagnóstico, da sintomatologia e das variáveis sociodemográficas, econômicas etc. Sendo assim, devem ser incorporados, além dos dados epidemiológicos, também o social e o subjetivo de cada indivíduo, em uma clínica ampliada, imprescindível ao planejamento das atividades realizadas nos CAPSad (Ballarin, Miranda, Carvalho, 2011).

Os dados obtidos referentes ao perfil clínico dos usuários revelam a importância das práticas de promoção, educação em saúde, tratamento farmacológico e psicoterapêutico que estão sendo desenvolvidas nos CAPSad, uma vez que as atividades terapêuticas podem ser cuidadosamente avaliadas com vistas a observar e detectar complicações ou comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas ao uso de substância química (quadros de intoxicação e abstinência).

A análise dos dados deste estudo permite-nos verificar entre o perfil clínico da maioria dos usuários dados relativos à sua evolução nos CAPSad, como a adesão e a ausência de internação durante o tratamento nos serviços, e o processo de redução da frequência do uso até a abstinência. Vale destacar que, de acordo com a literatura, tratamentos baseados unicamente na busca da abstinência total podem deixar de contemplar dependentes que poderiam se beneficiar do cuidado voltado para a RD.

A utilização da RD como uma diretriz do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas favorece a aproximação dos seus reais desejos e necessidades. Além disso, a RD constitui uma abordagem direcionada, acima de tudo, para a aceitação, empatia e o oferecimento de um leque de possibilidades que ultrapassam as barreiras do preconceito e da

exclusão. Os indivíduos passam a ser escutados e acolhidos a partir de suas singularidades. Assim, a abstinência total não é um pré-requisito para o seu atendimento (Pinho, 2014).

Quanto aos familiares dos usuários, a literatura ainda aponta uma lacuna de conhecimento acerca do seu perfil no cuidado aos problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas e na sobrecarga familiar. Verificou-se, ainda, que os familiares constituem um fator de grande peso no tratamento e na reabilitação psicossocial dos usuários, e portanto precisam ser mais estudados e cuidados.

Os achados obtidos quanto à avaliação da ambiência do trabalho revelaram a necessidade de melhor planejamento de construções físicas ou reforma das edificações, a fim de que se adequem aos padrões estabelecidos pelo MS e possuam um mínimo de estrutura física e de materiais que possibilitem um ambiente terapêutico favorável às atividades propostas nos CAPSad. Além disso, faz-se necessária a implementação de programas de acompanhamento dos equipamentos de proteção coletiva que atestem o conforto e a segurança nos serviços, tais como: saída de emergência, ar-condicionado, mangueira e extintor de incêndio, dentre outros, prevenindo os riscos, acidentes, adoecimentos e outros agravos que podem vir a prejudicar os atendimentos e acarretar insatisfação com serviço.

O panorama encontrado quanto à estrutura dos CAPSad do Estado de Minas Gerais reforça a necessidade de maior investimento em projetos arquitetônicos estruturais, como espaço físico, equipamentos, materiais e insumos necessários que visem a melhoria do funcionamento dos serviços. O mesmo deve ocorrer nas relações de trabalho, o que envolve salários dignos, carga horária condizente com a natureza do serviço, adequação na contratação e qualificação das equipes, capazes de corresponder à demanda apresentada ou ao número de serviços disponíveis, conforme preconizado pela legislação.

É sabido que a carência de profissionais da equipe mínima, ou a realização das atividades somente com o mínimo preconizado, como médicos e outros profissionais de nível superior ou médio, faz com que não seja oferecida uma atenção integral aos usuários e familiares e, além disso, pode dificultar a efetividade do processo de trabalho na RAPS (Kantorski et al., 2012b).

Os aspectos estruturais dos serviços quanto ao fortalecimento das redes de apoio social e comunitário, a articulação com a RAPS, e a extensão do cuidado aos usuários e familiares na atenção básica configuram-se como um pilar de sustentação na área de álcool e outras drogas. A visão limitada da concepção de território pode interferir no processo da RAPS, impossibilitando os investimentos nos recursos voltados para os âmbitos social, cultural,

religioso e de lazer, o que poderia ajudar o usuário a buscar outras formas de obter prazer, além do uso da droga, bem como sua emancipação social e promoção de autonomia (Pinho, 2014).

Os resultados quanto à estruturação da RAPS obtidos neste estudo podem revelar prejuízos acerca da efetividade das ações terapêuticas no território dos CAPSad, além de dificuldades no processo de trabalho da equipe multiprofissional em função da alta dos usuários, o que provoca perdas no cuidado integral em saúde mental.

O cuidado do usuário de substâncias psicoativas nos CAPSad apresenta-se como uma prioridade cada vez maior e mais complexa na RAPS, estendendo-se além dos muros das unidades de saúde, procurando romper com o modelo hegemônico da doença e preocupando-se com a promoção da saúde dos indivíduos, famílias, comunidades e outras instituições sociais.

Nesse sentido, sugere-se a revisão das atividades desenvolvidas, para que estejam em consonância com os pressupostos identificados na RAPS, associados aos serviços intersetoriais na comunidade, programas e projetos de promoção à saúde, prevenção do abuso de drogas, intervenções breves e motivacionais para a melhoria das condições globais do usuário. Além de projetos de integração social que visem minimizar os preconceitos e estigmas que ocorrem na comunidade em decorrência do uso e abuso de drogas.

Sendo assim, para atender às necessidades identificadas neste estudo, são sugeridos alguns outros pontos a serem trabalhados na dimensão do processo e resultados da avaliação, tais como:

- A realização de diagnóstico dos territórios pelo CAPSad em conjunto com a RAPS, efetivando mecanismos de monitoramento das ações desenvolvidas nos serviços e identificando as prioridades de intervenção na área da promoção da saúde e prevenção do abuso de drogas;
- Elaboração de manuais e protocolos que apresentem os diferentes serviços da RAPS e as suas especificidades, não apenas do ponto de vista da sua organização e funcionamento, mas também das respostas que são prestadas junto da comunidade, sustentando o ponto de vista conceitual e metodológico das intervenções realizadas a fim de diminuir o erro nas comunicações e referência da rede;
- Efetivação do matriciamento na atenção básica, colaborando nas discussões e propostas de RD, a fim de gerar corresponsabilização pelo cuidado dos usuários de substâncias psicoativas, tendo em conta as características do território;

- Investimentos na formação continuada de todos os profissionais - do CAPSad e também de toda a RAPS - que lidam diretamente com o cuidado ao usuário, rompendo a segregação por experiência e grau de instrução no serviço. Além disso, desconstruir o estigma, o preconceito, o medo e a repressão, os quais enfatizam a culpa de quem usa a droga, possibilitando a criação de condições para a sua participação na comunidade e ofertando-lhe dignidade e qualidade de vida;
- Criação de espaços de discussão sobre o tratamento dos usuários do CAPSad, estimulando a participação efetiva dos profissionais, usuários e familiares nas políticas que orientam esses serviços, na busca de uma maior autonomia e empoderamento do processo e dos espaços que ocupam, a fim de aprimorar a qualidade e efetivação dos serviços vinculados;
- Realização de simpósios, fóruns e outras fontes de informação/sensibilização dos usuários, família e sociedade, com o propósito de esclarecer o papel do CAPSad, na tentativa de romper práticas tradicionais de exclusão e estigmas sociais que permeiam os usuários de drogas;
- Implementação de programas de atendimento e de práticas de educação em saúde na abordagem do uso e abuso de drogas para os grupos vulneráveis ou de risco (adolescentes, grávidas, puérperas toxicodependentes e crianças e jovens filhos de pais toxicodependentes ou com outras situações de risco). Além de promover informações sobre consumo de substâncias psicoativas em meio prisional;
- Flexibilização dos horários de funcionamento dos CAPSad para o atendimento dos usuários e familiares que desempenham trabalho remunerado e estão impossibilitados de comparecer à unidade no período integral, bem como deslocamento da equipe ao domicílio quando necessário, visitando e se inserindo no cotidiano familiar.
- Construção de relações empáticas, seguras e de confiança com os usuários por meio do acolhimento, tornando a sua acessibilidade simples e breve a fim de reforçar a sua motivação para o tratamento;
- Fornecimento de informações aos usuários sobre as alternativas de tratamento e prestação de ajuda na escolha da modalidade mais indicada ao seu caso, criando condições para a adesão ao tratamento;

- Elaboração dos PTS em conjunto com os usuários e os técnicos de referência, atualizando-os de acordo com a tomada de consciência das mudanças ocorridas e dos novos objetivos a atingir;
- Realização de bons diagnósticos clínicos (psiquiátricos, psicológicos, de enfermagem, familiares etc.), por meio de caracterização e avaliação das intervenções, e recursos para mobilização conforme a gravidade da situação dos usuários;
- Investimentos em cuidados que permitam ao usuário melhorar a sua qualidade de vida, ultrapassando a síndrome de privação, cessação, redução ou estabilização do consumo de droga, por meio de ações que visem prevenir as recaídas, criar condições biológicas e psicológicas para uma melhor inserção social;
- Revisão de práticas realizadas pelos CAPSad que ainda utilizem o modelo de CAPS de saúde mental, o qual apresenta um discurso de internação compulsória em abrigos e outros locais, ignorando a distinção entre procedimentos clínicos de tratamento e procedimentos disciplinares. Além disso, oferecer aos usuários de substâncias psicoativas atividades grupais, voltadas para as abordagens motivacionais, de atividades físicas, educativas, de trabalho e outras.
- Fornecimento de avaliações periódicas da evolução dos usuários, mediante critérios clínicos de abstinência, satisfação pessoal, mudança percebida e integração profissional, familiar e social;
- Promoção do tratamento de desintoxicação dos usuários de drogas no domicílio, nos casos em que é assegurada a presença de um familiar ou outro responsável que possa fornecer a correta administração dos psicofármacos e o apoio pessoal e logístico. Nos casos em que não há possibilidade de realizar a desintoxicação no domicílio, recorrer às unidades que possibilitam a desintoxicação da substância de abuso em regime de observação e/ou internação.
- Investimentos em propostas de melhoria das condições de trabalho dos profissionais, a vinculação ao serviço e a estabilidade por meio de concursos, tendo em conta o perfil dos técnicos já integrados nas equipes. Além disso, defender os interesses, a ética, os direitos e os deveres dos profissionais.
- Realização de estudos de seguimento, após um ano de tratamento, a fim de obter junto ao usuário dados sobre a situação em que se encontra, as mudanças percebidas e as dificuldades que enfrenta ou enfrentou com o tratamento.

Diante do exposto, espera-se que este estudo subsidie ações que possam contribuir para a elaboração de estratégias avaliativas, sejam elas educativas ou não, que favoreçam o processo de identificação das necessidades e da natureza das ações a serem desenvolvidas no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas nos CAPSad. Os municípios do Estado de Minas Gerais encontram-se em pleno processo de adequação ou readequação aos serviços de saúde mental, de acordo com as políticas da RPB. Nesse contexto, foi fundamental realizar uma pesquisa avaliativa, a fim de conhecer as práticas desenvolvidas pelos CAPSad, as quais estão voltadas para o enfrentamento das dificuldades e das potencialidades das condições favoráveis existentes nos serviços.

Assim, o presente estudo vem somar esforços para a consolidação das políticas de enfrentamento das drogas lícitas e ilícitas no SUS, dentre as quais destacam-se a RD e o desenvolvimento das relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adscrita no território, garantindo a melhoria da qualidade do serviço e a longitudinalidade do cuidado. Além disso, acredita-se que os fatores aqui descritos, relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado, poderão servir como indicadores para investigações futuras que atendam às especificidades de uma área ainda recente.

Este trabalho apresenta algumas limitações quanto à possibilidade de generalizar os resultados para todos os municípios do Estado de Minas Gerais, uma vez que a coleta e a análise dos resultados foram realizadas em apenas um CAPSad de cada macrorregião do Estado. Ademais, aponta-se a possibilidade de que sejam realizados estudos futuros que valham-se de outros métodos para contemplar a dimensão qualitativa de quarta geração em sua formulação, por meio de grupos focais e entrevistas com participantes, indicando a perspectiva da triangulação dos dados e uma compreensão mais ampla do fenômeno. Futuras publicações e estudos do GEAD poderão investigar de modo mais abrangente os CAPSad do Estado.

As perdas dos sujeitos representaram mais uma limitação para o presente estudo, já que muitos dos sorteados não puderam ser contatados. Em todos os casos, tentou-se fazer contato ao menos cinco vezes, inclusive via VD nos momentos em que o contato telefônico mostrou-se inacessível. Em muitos casos, entretanto, foi possível contatar os familiares ou o próprio usuário em situação de internação e sistema prisional. Para minimizar as perdas, muitas entrevistas foram realizadas por telefone e VD, sobretudo com os familiares que não acompanhavam os usuários aos CAPSad.

Outro método utilizado para minimizar a seleção apenas de indivíduos com maior adesão ao tratamento foi a natureza aleatória da amostra. Diversos indivíduos entrevistados, os quais foram contatados via telefone ou VD, não estavam frequentando o serviço, tendo sido possível contar com a sua opinião durante a análise. O mesmo se deu no estudo avaliativo do município de São Paulo (Pinho, 2014).

Destaca-se, ainda, a limitação dos estudos transversais que valem-se de entrevistas como principal fonte de dados, uma vez que estão sob a ação de fatores como memória e influência de acontecimentos recentes na vida dos indivíduos. A literatura mostra que as pessoas são propensas a subestimar ou superestimar seus próprios comportamentos quando perguntadas retrospectivamente. No caso da escala EMP, por exemplo, o indivíduo é convidado a dizer se acredita ter melhorado, estar igual ou ter piorado em diversos aspectos subjetivos - relacionados ao seu estado psíquico, ocupação, relacionamentos e saúde física - desde o início do tratamento (Schroder, Carey, Venable, 2003).

Além disso, por tratar-se de um estudo correlacional, é necessário ter cautela ao interpretar os resultados, uma vez que o estudo transversal não permite o estabelecimento de relações causais entre as variáveis estudadas, não sendo possível, portanto, acompanhar a evolução da percepção de mudança em momentos diferentes ao longo do tratamento (Silva et al., 2012).

Sugere-se o emprego posterior, tanto quanto possível, de métodos longitudinais, operacionalizados em ensaios clínicos randomizados com cegamento dos envolvidos, comparando a efetividade das técnicas e abordagens (Rodrigues et al., 2013).

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul Enferm.* 1995; 8(4): 47-85.
- Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. *Rev bras enferm.* 2003; 56(1): 52-6.
- Almeida RA de, Anjos UU dos, Vianna RP de T, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde debate.* 2014; 38(102): 526-38.
- Alves VS, Lima IMSO. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Rev direito sanit.* 2013; 13(3): 9-32.
- Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. *Cad saúde pública.* 2009; 25(11): 2309-19.
- Andrade MCR, Bandeira M, Perreault M, Angelico AP, Oliveira MS. The relationship between symptomatic changes and perceived improvement among patients treated in Brazilian community mental health services. *Psychiatr Q.* 2012; 83(3): 361-70.
- Antunes B, Coimbra VCC, Souza SA de, Argiles CTL, Santos EO dos, Nadal MC. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. *Cienc cuid saude* 2012; 11(3): 600-4.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras.* [Internet]. 2012 abr [cited 2015 jun 04]; 58(2): 138-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200008>.
- Balbinot AD, Araújo RB. Análise do perfil de dependentes de crack em internação hospitalar. *Saúde e Pesqui.* 2012; 5(3): 471-80.
- Baldi B, Moore DS. The practice of statistics in the life sciences. 3ª ed. New York: WH Freeman; 2013.
- Ball, AL. HIV, injecting drug use and harm: a public health response. *Addiction.* 2007; 102(5): 684-90.
- Ballarin MLGS, Miranda IMS, Carvalho CM de. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev cienc méd.* 2011; 20(3-4): 59-67.
- Ballarin MLGS, Miranda IMS, Fuentes ACRC. Centro de Atenção Psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. *Psicol Cienc e Prof.* 2010; 30(4): 726-37.

- Bandeira M, Andrade MCR, Costa CS, Silva MA. Percepção dos Pacientes sobre o Tratamento em Serviços de Saúde Mental: Validação de Escala de Mudança Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011b; 24(2): 236-244.
- Bandeira M, Felício CM, Cesari L. Validation of the Perception of Change Scale – Family Version (EMP-F) as a treatment outcome measure in mental health services. *Rev bras psiquiatr*. 2010; 32(3): 283-7.
- Bandeira M, Ishara S, Zuardi AW. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *J bras psiquiatr*. 2007; 56(4): 280-6.
- Bandeira M, Mercier C, Perreault M, Libério MMA, Pitta AMF. The Brazilian mental health services' family satisfaction scale: Satis-BR. *J bras psiquiatr*. 2002; 51(3): 153-66.
- Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *J bras psiquiatr*. 2000b; 49(8): 293-300.
- Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J. bras. psiquiatr*. 2000a; 49: 105-15.
- Bandeira M, Silva M A da, Camilo CA, Felício CM. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *J bras psiquiatr*. 2011a; 60(4): 284-93.
- Bandeira M, Silva MA. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J bras psiquiatr*. 2012; 61(3): 124-32.
- Barbosa LR. Relações entre liderança, motivação e qualidade na assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev psiq clín*. 2007; 34(6): 270-7.
- Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien saúde colet*. 2005; 10(1): 71-80.
- Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol, Cienc Prof*. 2008; 28(3): 632-45.
- Bokany V, organizadora. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça - proximidades e opiniões*. /São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2015.
- Bonato VL. *Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais*. São Paulo: Icone; 2007.
- Botti NCL, Machado JS de A, Tameirão FV. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. *Estud pesqui psicol*. 2014; 14(1): 290-303.
- Brasil. Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência

física ou psíquica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1 nov. 1971. Seção 1:8769.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados 11. [Internet]. Brasília; 2012a [acesso em 20 out 2013]. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, Brasília, 21 mai. 2013. Seção 1:41/42.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, 21 set. 2010. Seção 1:44.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 21 mai. 2013. Seção 1:37/38.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Diário Oficial da União, Brasília, 20 fev. 2002. In: Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília; 2006. p. 50.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNASS: resultado do processo avaliativo 2004 – 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 134p. (Série D. Reuniões e Conferências).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ambiência. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 32p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília; 2007c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004c.

- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e políticas públicas sobre drogas. Brasília; 2010.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. [L¹SEP] Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas – SISNAD. Brasília; 2012b.
- Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(8): 1010-24.
- Camilo CA, Bandeira M, Leal RMAC, Scalón JD. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Cad saude colet*. 2012; 20(1): 82-92.
- Campos TO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP da. Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. *Rev saúde pública*. 2009; 43(Suppl 1): 16-22.
- Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(2): 234-41.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Satisfaction with mental health services in a Latin American community of carers of patients with schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2009; 45(4): 285-9.
- Cardoso C, Seminotti N. O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11(3): 775-83.
- Carlini EA, Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia; 2006.
- Carvalho CG, Amaral RM, Magalhães SR. Assistência de enfermagem ao portador de transtorno psíquico: visita domiciliar. *e-Scientia*. 2011; 4(1): 31-8.
- Carvalho IS de. O despertar da América Latina: uma revisão do novo debate sobre política de drogas. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014.
- Carvalho MDA, Silva EO, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. *SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2010 [acesso 2015 jun 20]; 6(2): 337-49. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38720>.
- Cavalcante ACG, Esperidião E, Silva NS, Silva KS, Souza ACS. Indicativos do processo de avaliação de serviços de Saúde Mental. *Rev Electr Enf*. [Internet]. 2014 [acesso 2015 mar. 15]; 16(1): 109-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19987>.
- Cesari L, Bandeira M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(4): 293-301.
- Chaves BL, Pegoraro RF. Contribuições do arranjo "Equipe de Referência" a um Centro de Atenção Psicossocial. *Estud pesqui psicol*. 2013; 13(3): 939-56.

- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber Preparar uma Pesquisa. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994; p. 35-55.
- Contandriopoulos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Cien saúde coletiva. 2006; 11(3): 705-12.
- Cordás TA, Laranjeiras M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. Rev psiq clín. 2006; 33(3): 168-73.
- Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, Scalón JD. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. Cad saúde pública. 2011; 27(5): 995-1007.
- Crauss RMG, Lieberknecht WA. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. Contextos Clínicos. 2012; 5(1): 62-72.
- Cruz MS, Vargens RW, Ramôa ML. Crack. Uma abordagem multidisciplinar. 2011 [acesso 2015 mar 03]. Disponível em http://www.uems.br/eventos/enfrentamento/arquivos/20_2012-01-31_14-06-50.pdf.
- D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev bras enferm. 2006; 59(1): 84-8.
- Dalla Vecchia M, Martins STF. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. Estud psicol (Natal). 2006; 11(2): 159-68.
- De Labra C, Millán-Calenti JC, Buján A, Núñez-Naveira L, Jensen AM, Peersen MC et al. Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia. Arch Gerontol Geriatr. 2015; 60(3): 380-8.
- Dell’Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. 2 ed. In: Amarante PDC (organizador). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p.161-94.
- De-Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira-Martins LA. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. J bras psiquiatr 2008; 57: 178-83.
- Didonet ACH, Fontana RT. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. Rev Rene. 2011; 12(1): 41-8.
- Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. Polis e Psique. 2012; 2(3): 95-127.

- Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude soc. [Internet]. 2009 mar [acesso 2015 mar 03]; 18(1): 63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>.
- Domostawski A. Política da droga em Portugal - Os benefícios da descriminalização do consumo de drogas. Trad. de Nuno Portugal Capaz. Poland: Open Society Foundation; 2011.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
- Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de valuación. México: La Prensa Mexicana; 1984.
- Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. Salud Pública de México. 1993; 35(1): 94-7.
- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992; 18(11): 356-60.
- Donabedian A. The seven pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.
- Elmahdi M, Kamel Foad, Esmael Ali, Lotfi M, Kamel A, Elhosini A. Burden of care on female caregivers and its relation to psychiatric morbidity. Middle East Current Psychiatry. 2011; 18(2):65-71.
- Esperidião M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad saúde pública. 2006; 22(6): 1267-76.
- Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc saúde coletiva. 2005;10 (Suppl): 303-12.
- Falck RS, Wang J, Carlson RG, Eddy M, Siegal HA. The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. J Psychoactive Drugs. 2002; 34(3): 281-8.
- Faria JG de, Schneider DR. O perfil os usuários do CAPSAD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. Psicol soc. 2009; 21(3): 324-33.
- Feitosa FRS. A integralidade da assistência aos usuários de substâncias psicoativas: percepção dos gestores. In: Anais do II Seminário de Pesquisa da Faculdade Amadeus; 2013 out. 15-16; Aracaju [Internet]. Aracaju: Faculdade Amadeus; 2013. [acesso 2014 nov 30]. Disponível em: <http://faculdadeamadeus.com.br/graduacao/Web/content/anais/da-faculdade/>.
- Fernandes HN, Eslabão AD, Mauch LMI, Franchini B, Coimbra VCC. A prática do cuidado em saúde mental na atenção ao uso e abuso de álcool. Cienc cuid saude. 2012; 11(4): 827-31.
- Fiorentine R, Nakashima J, Anglin MD. Client engagement in drug treatment. J Subst Abuse Treat. 1999; 17(3): 199-206.

Fonseca FN da, Soares AP, Fonteles MM de F. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. *Saúde debate*. 38(102): 551-61.

Franzmann UT. Resultado da reabilitação psicossocial: a mudança percebida pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. [dissertação]. Pelotas: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2014.

Freitas RM, Silva HRR, Araújo DS. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD). *SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2012 [acesso 2015 jun 20]; 8(2): 56-63. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80328817002.pdf>.

Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad saúde pública*. 2008; 24(11): 2671-80.

Furtado JP, Miranda L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2006; 9(3): 508-24.

Furtado JP. A avaliação como dispositivo. [tese]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Rev interface*. 2007; 11(22): 239-55.

Garlet ER, Lima MAD da S, Santos JLG dos, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto enferm*. 2009; 18(2): 266-72.

Giacco D, Fiorillo A, Del Vecchio V, Kallert T, Onchev G, Raboch J et al. Caregivers' appraisals of patients' involuntary hospital treatment: European multicentre study. *Br J Psychiatry*. 2012; 201(6): 486-91.

Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur Psychiatry*. 2012; 17(3): 139-47.

Giordano JRS, Pereira LM de F. Saúde mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000; p. 133-50.

Gomes D de J, Araújo TM de, Santos KOB. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35 (Supl 1): 211-30.

Gormam MD. "War on drugs" continues in United States under new leadership. *BMJ*. 1993; 307(6900): 369-71.

Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n. 1.297, de 24 de outubro de 2012. Aprova o financiamento de tratamento para usuários de álcool, crack e outras drogas em caráter temporário denominada “Cartão Aliança pela Vida para nos termos da ação governamental”. [Internet]; 2012b [acesso 14 mar. 2014]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Republicacao%20Minuta%201.297%20Cartao%20Alianca.pdf>.

Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde. Resolução n. 3206 de 04 de abril de 2012. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. [Internet]; 2012a [acesso 14 nov 2012]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2012/resolucao_3206.pdf.

Greenberg JS, Kim HW, Greenley JR. Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry*. 1997; 67(2): 231-41.

Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas, SP: Editora da Unicamp; 2011.

Guba EG, Lincoln, YS. Fourt Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

Hansson L. Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36(5): 244-48.

Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.

Hasler G, Moergeli H, Bachmann R, Lambreva E, Buddeberg C, Schnyder U. Patient satisfactions with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(5): 315-21.

Hasler G, Moergeli H, Schnyder U. Outcome of psychiatric treatment: what is relevant for our patients?. *Compr Psychiatry*. 2004; 45(3): 199-205.

Heckert U, Teixeira LS, Trindade AS. Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) da região central de Juiz de Fora, MG. *HU Rev*. 2006; 32(1): 15-9.

Hirdes A. The perspective of professionals in primary health care on matrix support in mental health. *Ciêns saúde coletiva*. 2015; 20(2): 382-82.

Holley HL, Hodges P, Jeffers B. Moving psychiatric patients from hospital to community: Views of patients, providers, and families. *Psychiatric Services*. 1998; 49(4): 513-17.

Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscaram atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad saúde pública*. 2011; 27(11): 2263-70.

Huang K, Zhang L, Liu J. Drug problems in contemporary China: a profile of Chinese drug

users in a metropolitan area. *Int J Drug Policy*. 2011; 22(2): 128-32.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores social – uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas; 2014.

Ishara S, Bandeira M, Zuardi AW. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Rev bras psiquiatr*. 2008; 30(1): 38-41.

Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. The association between retrospective outcome evaluations and pre-post-treatment changes in psychodynamic group-psychotherapy. *Scand J Psychol*. 2008; 49(4): 339-43.

John EB, Labonia Filho W. Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: Pechansky F. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, organizador. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009. p. 21-7.

Jora NP. Consumo de cocaína, crack e múltiplas drogas: interfaces com a qualidade de vida de usuários. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.

Junqueira LAUP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. São Paulo: Cadernos Fundap; 1995; p. 60-78.

Kantorski LP, Coimbra VCC, Demarco D de A, Eslabão AD, Nunes CK, Guedes A da C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. *J Nurs Health*. 2011c; 1(1): 4-13.

Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva ENF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Cienc saude coletiva*. 2011b; 16(4): 2059-66.

Kantorski LP, Jardim V da R, Delpino GB, Lima LM de, Schwartz E, Heck RM. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. *Rev gaúch enferm*. 2012a; 33(1): 85-92.

Kantorski LP, Jardim V da R, Porto AR, Schek G, Cortes JM Oliveira MM de. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. *Rev esc enferm. USP*. 2011a; 45(6): 1481-7.

Kantorski LP, Jardim V da R, Quevedo ALA de. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Cien cuid saude*. 2013; 12(4): 728-35.

Kantorski LP, Jardim V da R, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev saúde pública*. 2009; 43(Suppl 1): 29-35.

Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, Quadros L de CM de, Coimbra VCC, Jardim VM da R. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cien cuid saude*. 2012c; 11(1): 173-80.

Kantorski LP, Oliveira LCS de, Antonacci MH, Teixeira Júnior S, Alves PF. Avaliação dos centros de atenção psicossocial na perspectiva dos entrevistadores. *J nurs health*. 2012b; 2(Supl): S113-26.

Kantorski LP. CAPS-SUL - Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório. Pelotas: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Kedia S, Sell MA, Relyea G. Mono- versus polydrug abuse patterns among publicly funded clients. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007; 2(33): 1-9.

Kohn R, Mello MF, Mello AAF. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: Mello MF; Mello AAF; Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007; p. 199-207.

Kolling N de M, Petry M, Melo WV. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Rev bras ter cogn*. 2011; 7(1):7-14.

Lapischies SRC, Jardim VMR, Kantorski LPrado. Factors associated with satisfaction at work in Psychosocial Care Centers. *Rev Latino-Am Enfermagem*. dec 2014; 22(6):950-58. Inglês, Português, Espanhol.

Laranjeira R, organizador. II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014.

Leal EM, Delgado PGG, Mann R, Strike C, Brands B, Khenti A. Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé – Brasil. *Texto contexto enferm*. 2012; 21 (spe): 96-104.

Leal RMAC, Bandeira MB, Azevedo KRN. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática*. 2012; 14(1): 15-25.

Libério M. Estudo de satisfação com os CAPS da cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.

Lima FC. Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD. [dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

Lima H de P, Braga VAB. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto contexto enferm*. 2012; 21(4): 887-95.

Lima L de, Pires DEP de, Forte ECN, Medeiros F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals satisfacci3n e insatisfacci3n en el trabajo de profesionales de salud en atenci3n b3sica. *Esc Anna Nery* 2014;18(1): 17-24.

Lunnen KM, Ogles BM, Pappas LN. A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change and end-point functioning. *Professional Psychology*:

Research and Practice. 2008; 39(2): 145-52.

Machado RM, Costa Júnior ML da. Alcoolismo na região centro-oeste de Minas Gerais: perfil sociodemográfico, clínico e distribuição geográfica. SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2012; [acesso 2015 jun 20]; 8(2): 71-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n2/04.pdf>.

Maciel SC, Melo JRF de, Dias CCV, Silva GLS, Gouveia YB. Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. Psicologia: teoria e prática. 2014; 16(2): 18-28.

Magliano L, Fadden G, Madianos M, De Almeida JM, Held T, Guarneri M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. Soc Psychiatr Epidemiol. 1998; 33(9): 405-12.

Magluta C, Noronha MF, Gomes MAM, Aquino LA, Alves CA, Silva RS da. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. Rev Bras Saude Mater. Infant. 2009; 9(3): 319-29.

Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS, organizadores. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.

Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D' Innocenzo M, coordenador. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006; p. 21-35.

Manchikanti L. National Drug Control Policy and Prescription Drug Abuse: Facts and Fallacies. Pain Physician. 2007;10(3): 399-424.

Mângia EF, Castilho JPLV, Duarte VRE. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2006; 17(2): 87-98.

Mangualde AA dos S, Botelho CC, Soares MR, Costa JF, Junqueira ACM, Vidal CEL. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Mental. 2013; 10(19): 235-48.

Mangueira, S de O, Guimarães, FJ, Mangueira, J de O, Fernandes, AFC, Lopes, MV de O. Health promotion and public policies of alcohol in Brazil: integrative literature review. Psicol soc (Online) [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 16]; 27(1): 157-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>.

Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012; 20(1): 167-74.

Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, et al. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. Addiction. 2006; 101(7): 1014-26.

Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de

pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. ANALES Sis San Navarra. 2000; 23(Supl 1): 101-10.

Martins VL. A política de descriminalização de drogas em Portugal. Serv Soc Soc [Internet]. 2013 [acesso 2015 jun 20]; 114: 332-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a07.pdf>

McCabe R, Saidi M, Priebe S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. Br J Psychiatry 2007; 50 (Suppl): s21-8.

Medeiros PFP, Bezerra LCA, Santos NTV, Melo EO. Um estudo sobre a avaliabilidade do programa + vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas no município de Recife, Brasil. Rev bras materno infantil. 2010; 10(Supl.1): 209-17.

Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV organizadoras. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005; p. 41-64.

Melleiro MM, Tronchin DMR. Percepção de acompanhantes-usuários e enfermeiros sobre qualidade assistencial em Unidades Pediátricas. Acta paul enferm [Internet]. 2010 out [acesso 2015 jun 29]; 23(5): 646-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n5/10.pdf>.

Meloni JN; Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev Brasil Psiquiatria. 2004; 26(1): 7-10.

Mercier L, Landry M, Corbiere M, Perreault M. Measuring client's perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KR, editors. Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 904-9.

Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VM da R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trab Educ Saúde. 2011; 9(2): 265-76.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Miranda L, Onocko-Campos RT. Analysis of patient referral teams in mental health: a clinical management perspective. Cad saúde pública. 2010; 26(6): 1153-62.

Miranda PO de, Souza OF de, Ferreira T de F. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. J bras psiquiatr. 2014; 63(4): 332-40.

Monteiro MFA, Ribeiro M. Avaliação neuropsicológica. In: Ribeiro M, Laranjeira R (organizadores). O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Editora Casa Leitura Médica; 2010. [Acesso 2015 jun 15]. Disponível em: http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuuario_de_crack.pdf.

- Moore DS, McCabe GP, Craig BA. Introduction to the practice of statistics. 8ª ed. New York: WH Freeman; 2014.
- Morais APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde Soc* 2012; 21(1): 161-70.
- Moreno Küstner B, González FT, García JG. Mental health services evaluation. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30(4): 253-8.
- Nascimento ADF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Suppl 1): 8-15.
- Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para o programa de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.
- Neves ACL, Miasso AI. Uma força que atrai: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(spe): 589-97.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5): 547-49.
- Oliveira CP de A, Freitas RM de. Instrumento projetivo para implantação da atenção farmacêutica aos portadores de transtornos psicossociais; atendidos pelo centro de atenção psicossocial. *SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2008 [acesso 2015 jun 11]; 4(2): 1-11. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38680/41527>.
- Oliveira EN, Silva MWP, Eloia SC, Mororó FWP, Lima GF, Matias MMM. Caracterização da clientela atendida em Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas. *Rev Rene*. 2013; 14(4): 748-56.
- Oliveira LG de, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev saúde pública* [Internet]. 2008 [acesso 2015 jun 11]; 42(4): 664-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>.
- Oliveira MAF de, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RM D de A, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2014; 38(101): 368-78.
- Oliveira MM de, Campos GW de S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Cienc saúde coletiva*. 2015; 20(1): 229-38.
- Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev esc. enferm. USP*. 2009; 43(4): 781-7.
- Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad saúde pública*. 2006; 22(5): 1053-62.
- Pegoraro RF, Caldana RH de L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol estud*. 2006; 11(3): 569-77.

- Pelisoli C, Moreira AK, Kristensen CH. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental. *Mental*. 2007; 5(9): 63-78.
- Pereira MO, Souza J de M, Costa AM da, Vargas D, Oliveira MAF de, Moura WN de. Profile of users of mental health services in the city of Lorena - São Paulo. *Acta paul enferm*. [Internet]. 2012 [acesso 2015 Jun 11]; 25(1): 48-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n1/v25n1a09.pdf>.
- Pereira Vasters G, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2011 [acesso 21 jun. 2015]; 19(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf.
- Perreault M, Katerelos TE, Sabourin S, Leichner P, Desmarais J. Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2001; 14(2-3): 111-20.
- Perreault M, Rousseau M, Provencher H, Roberts S, Milton D. Predictors of caregiver satisfaction with mental health services. *Community Ment Health J*. 2012; 48(2): 232-7.
- Perreault M, White ND, Fabres E, Landry M, Anestin A, Rabouin D. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Eval Program Plann*. 2010; (33): 410-17.
- Pillon SC, Priolli JN, Amorim GP, Domingos JBC, Santos RA dos. Tabagismo Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto. *Acta paul enferm*. 2011; 24(3): 313-19.
- Pinho PH, Oliveira MA de, Almeida MM de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. *Rev psiquiatr clín*. 2008; 35(Suppl 1): 82-8.
- Pinho PH, Oliveira MF de, Claro HG, Pereira MO, Almeida MM de. A Concepção dos profissionais de saúde acerca da reabilitação psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2013; (9): 29-35.
- Pinho PH. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas do município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- Pitta AMF, Silva Filho JF da, Souza GW de, Lancman S, Kinoshita RT, Cavalcanti MT, et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J bras psiquiatr*. 1995; 44(9): 441-52.
- Quadros L de CM de, Gigante DP, Kantorski LP, Jardim VM da R. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2012; 28(1): 95-103.
- Ramsay L, Bond A, Pope S. An audit of a stimulant clinic: changes in drug use, drug beliefs, and motivational ratings. *J Subst Use*. 2009; 14(3-4): 179-88.

Rebouças D, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cad saúde pública*. 2008; 24: 624-32.

Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviços de saúde mental. *Rev saude pública*. 2007; 41:244-50.

Reyes JC, Perez CM, Colon HM, Dowell MH, Cumsille F. Prevalence and patterns of polydrug use in Latin America: analysis of population-based surveys in six countries. *Review of European Studies*. 2013; 5(1): 10-8.

Rézio L de A, Oliveira AGB de. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(2): 346- 54.

Rhule-Louie DM, McMahon RJ. Problem behavior and romantic relationships: assortative mating, behavior contagion, and desistance. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007; 10(1): 53-100.

Ribeiro M, Laranjeira RO (organizadores). O plano de tratamento. São Paulo: Casa da Leitura Médica; 2010. O tratamento do usuário de crack; p. 24-63. [Acesso 2015 jun 15]. Disponível em:

http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuuario_de_crack.pdf.

Rodrigues VS, Horta RL, Szupszynski KPSR, Souza MC de, Oliveira M da S. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *J bras psiquiatr*. 2013; 62(3): 208-16.

Romarini M, Dias ACG, Pereira AS. Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Discip Sci, Ser Cienc Saude*. 2010; 11(1): 115-32.

Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Med Book; 2013.

Rowan MS. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2000; 15(2): 81-92.

Santos AF de O, Cardoso CL. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. *Estud psicol (Natal)*. [Internet]. 2014 jan./mar. [acesso 2015 jun 29]; 19(1): 13-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000100003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-294X2014000100003.

Santos AFO. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: sobrecarga e satisfação com serviço. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.

Santos GL dos, Almeida DC de. Estudo do perfil das dependentes químicas, usuárias do centro de atendimento psicossocial álcool e drogas - CAPSAD do município de Caçador/SC. *RIES*. 2013; 2(1): 42-57.

- Santos RC de A, Carvalho SR de, Miranda FAN de. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2014; 16(1): 105-11.
- Saraceno B, Frattura L, Bertolote, JM. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators in innovative approaches in service evaluations: consumer contribution to Qualitative Evaluation - Soft Indicators. Geneva; WHO/MND; 1993.
- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
- Schein S, Boeckel MG. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Sau Transf Soc*. 2012; 3(2): 32-42.
- Schmidt MB. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Schneider JF, Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Cienc enferm*. 2009; 15(3): 91-100.
- Schroder KE, Carey MP, Venable PA. Methodological challenges in research on sexual risk behavior: II. Accuracy of self-reports. *Ann Behav Med*. 2003 Oct; 26(2):104-23.
- Siegal HA, Li L, Rapp RC. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict Behav*. 2002; 27(3): 437-49.
- Silva AC da, Weber F, Adan A, Hidalgo MPL. O papel do trabalho no processo saúde-doença em dependentes de crack. *Arq cienc saúde*. 2015; 22(1): 48-52.
- Silva CC, Costa MCO, Carvalho RC de, Amaral MTR, Cruz NL de A, Silva MR da. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Cienc saúde coletiva*. 2014; 19(3): 737-45.
- Silva EA, Costa II da. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2010; 13(4): 635-47.
- Silva FM da. Assistência às pessoas em situação de crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
- Silva Júnior FJG da, Monteiro CFS. Reflexões acerca das políticas sobre drogas: interface histórica e contextual. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2014 [acesso 2015 mar 19]; 8(Suppl 1): 2907-14. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../10106.
- Silva MA, Bandeira M, Scalon JD, Quaglia MAC. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J bras psiquiatr*. 2012; 61(2): 64-71.
- Silva NS, Esperidião E, Silva KKC, Souza ACSS, Cavalcante ACG. Professional profile of university level workers in mental health services. *Uerj nursing journal*. 2013; 21(2):185-91.

- Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *J. bras psiquiatr.* 2003; 52(5): 349-54.
- Simpson DD, Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59(6): 538-44.
- Siqueira MM, Gomide Júnior S. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 300-30.
- Smith GR Jr, Manderscheid RW, Flynn LM, Steinwachs DM. Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatr Serv.* 1997; 48(8), 1033-6.
- Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Cienc cuid saude.* 2007; 6(3): 357-62.
- Soares CR, Menezes PR. Avaliação do impacto econômico em famílias de pacientes com transtornos mentais graves. *Rev psiq clín.* 2001; 28(4): 183-90.
- Socol KLS, Terra MG, Girardon-Perlini NMO, Ribeiro DB, Silva CT, Camillo LA. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. *Rev Rene.* 2013; 14(3): 549-57.
- Sohn M, Barrett H, Talbert J. Predictors of consumer satisfaction in community mental health center services. *Community Ment Health J.* 2014; 50(8): 922-5.
- Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* [Internet]. 2006 [acesso 2015 jun 29]; 8(16): 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>
- Souza DR. Redução de danos: análise das concepções dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.
- Souza J de, Kantorski LP, Luis MAV, Oliveira NF de. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. *Texto contexto enferm.* 2012; 21(4): 729-38.
- Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. *Rev adm saúde.* 2010; 12(47): 87-99.
- Stengård E, Honkonen T, Koivisto AM, Salokangas RK. Satisfaction of caregivers of patients with schizophrenia in Finland. *Psychiatr Serv.* 2000; 51(8):1034-9.
- Tabeleão VP, Tomazi E, Quevedo L de A. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. *Rev psiq clín.* 2014; 41(3): 63-6.
- Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
- Tanaka, OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 927-34.

Tarifa RR. Satisfação e mudança percebida por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Teixeira Santos, JA, Félix de Oliveira, ML. Atenção a usuários de drogas na rede municipal de saúde: representações de profissionais de saúde. *Cad Ter Ocup*. 2014; 22(spe): 61-69.

Teixeira Santos, JA, Félix de Oliveira, ML. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Sau transf soc* [Internet] 2013 [acesso 2015 jun 29];4(1): 82-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753014.pdf>.

Tisott ZL, Hildebrandt LM, Leite MT, Martins RV, Cosentino SF. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: revisão narrativa. *Rev Bras Cienc Saúde/Rev Atenção à Saúde*. 2015; 13(43): 79-89.

Toffolo MCF, Marliére CA, Nemer AS de A. Fatores de risco cardiovascular em alcoolistas em tratamento. *J bras psiquiatr*. 2013; 62(2): 115-23.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad saúde pública*. 2010b; 26(4): 807-15.

Tomasi E, Rodrigues JO, Feijó GP, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E et al. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde debate*. 2010a; 34(84): 159-67.

Totugui ML. Possibilidades integradoras da redução de danos na perspectiva da complexidade-estudo teórico clínico no contexto da psicoterapia para dependentes de drogas. [dissertação]. Brasil: Universidade de Brasília; 2009.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2014. [Internet]. New York; 2014. [cited 2015 Jan 12]. Available from: http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf.

Vargens RW, Cruz MS, Santos MA. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(spe): 804-12.

Vasconcelos EM, coordenador, Lotfi G, Braz R, Lorenzo RD, Reis TR. Manual - ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; 2013.

Ventura CAA, Araújo ASA, Moll MF. Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. *Acta paul enferm*. 2011; 24(5): 650-5.

Ventura CAA. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2011 [acesso 2015 jun 9]; 13(3): 554-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a22.htm>.

Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de

- trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Cienc saúde coletiva*. 2011; 16(4): 2133-43.
- Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto contexto enferm*. 2004; 13(4): 543-8.
- White H. A heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator and a direct test for heteroskedasticity. *Econometrica*. 1980; 48(4): 817-38.
- World Health Organization. Division of Mental Health. Consumer's and caregiver's satisfaction with mental health services: a multisite study. Geneva: World Health Organization; 1996.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2014. [Internet]. Geneva; 2014. [cited 2015 Jan 12]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.
- World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- York: Oxford University Press; 2003.
- Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP et al. Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs (ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol and other drugs dependence. *Rev bras psiquiatr*. 2006; 28(2): 142-8.
- Zanatta AB, Garghetti FC, Lucca SR de. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2012; 36(1): 225-37.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAL

Pesquisadora: Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves – doutoranda (fone: 55 (34) 9960-1531/ (11) 3061-7611 (e-mail: rejane.abreu@usp.br) no programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Coordenadora do Projeto de Pesquisa: Metodologias de Avaliação e Medidas de Impacto das Políticas para Ações em Álcool e Outras Drogas, – Prof.^a 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 (e-mail: marciaap@usp.br)

Prezado colaborador (a),

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e convidando para participar de nossa pesquisa, intitulada: **“Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado de Minas Gerais**, sob a responsabilidade das pesquisadoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, autorizando a nossa observação durante o seu trabalho no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas - CAPSad, a gravação e a aplicação de formulários referentes às etapas de coleta de dados, bem como a consulta aos prontuários dos usuários que aceitarem participar do estudo.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar a qualidade das práticas assistenciais por meio da estrutura, processo e o resultado, junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares dos CAPSad do Estado de Minas Gerais.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Você tem o livre acesso aos dados, bem como a opção para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

A sua participação na pesquisa, não oferece a você nenhum risco para segurança física e psíquica e os benefícios serão trazer melhorias relacionadas à efetividade dos atendimentos e tratamentos dos CAPS ad, no sentido de aprimorar a qualidade da atenção em saúde de todos os envolvidos.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves – (34) 9960-1531 (11) 3061-7611

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, após ter sido devidamente esclarecido, autorize e assine o consentimento abaixo:

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que entendi e fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer momento às informações sobre riscos e benefícios relacionados à pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo sem que isto me traga qualquer prejuízo do meu atendimento; do sigilo e anonimato; e de que não sofrerei qualquer prejuízo, caso me negue a participar do estudo ou interrompa minha participação.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

Assinatura do participante

Assinatura dos pesquisadores

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários, e em caso de dúvida ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo telefone: 55 (11) 3061-7548 ou e-mail edipesq@usp.br

Endereço: Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – CEP: 05403-000-São Paulo – SP.

Comitê de Ética em pesquisa - FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG.
Telefone: (31) 3239-9552.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO USUÁRIO OU DO REPRESENTANTE LEGAL DO PARTICIPANTE

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) para participar, bem como autorizar a participação de seu familiar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado de Minas Gerais”**, conduzida por Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a coordenação da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

A pesquisa tem como finalidade avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad) do Estado de Minas Gerais, quanto a estrutura e a efetividade do trabalho assistencial para o tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Você foi selecionado (a) por estar realizando tratamento há pelo menos seis meses nesse serviço. Sua participação não é obrigatória, sendo assim, você poderá, a qualquer momento, desistir de participar da entrevista e retirar seu consentimento da pesquisa. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo, na pesquisa ou no seu atendimento integral no CAPSad.

Como vamos falar, durante a entrevista, sobre questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas e sobre a estrutura e a satisfação, de uma forma geral, com o serviço do CAPSad, existe uma chance de que a entrevista lhe cause desconforto emocional. Se isso acontecer, você pode interromper a entrevista e comunicar ao entrevistador, que interromperá a entrevista e o acolherá em seu desconforto emocional.

Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador treinado. A entrevista poderá ser realizada no CAPSad ou no domicílio, ou ainda por telefone (sendo gravado o áudio), com a duração aproximada de 50 minutos. Também será realizada consulta ao seu prontuário, se assim você permitir,.

Em nenhum momento você e seu familiar serão identificados. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim, a identidade de vocês será preservada. Vocês não terão nenhum tipo de despesa financeira e ganho financeiro pela sua participação na pesquisa. Durante toda a pesquisa, vocês terão assegurado o livre acesso às informações e esclarecimentos desejados sobre o estudo.

Ao participar da pesquisa, você e seu familiar estarão fornecendo informações importantes que podem beneficiar o trabalho realizado nos CAPSad, como por exemplo: o que vocês gostariam de melhorar no CAPSad; se vocês participam da sua proposta de tratamento e de que forma o fazem; e como percebem as mudanças em todas as áreas de sua vida, desde que começou o seu tratamento no CAPSad.

Além disso, esperamos que este estudo possa contribuir com outras pesquisas na área de álcool e outras drogas, que objetivam fornecer informações relevantes ao conhecimento de órgãos governamentais, para que estratégias de políticas públicas sejam adotadas, no sentido de melhorar e aprimorar a assistência prestada para pessoas que usam álcool e outras drogas.

Caso você tenha disponibilidade e concorde em participar desta pesquisa, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido (a), autorize e assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves – (34) 9960-1531 (11) 3061-7611 (e-mail: rejane.abreu@usp.br)

Declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do (a) participante ou responsável legal

Assinatura da pesquisadora

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários, e em caso de dúvida ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo telefone: 55 (11) 3061-7548 ou e-mail edipesq@usp.br

Endereço: Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – CEP: 05403-000-São Paulo – SP.

Comité de Ética em pesquisa - FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG.
Telefone: (31) 3239-9552

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIAR

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado de Minas Gerais”**, conduzida por Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a coordenação da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

A pesquisa tem como finalidade avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad) do Estado de Minas Gerais, quanto a estrutura e a efetividade do trabalho assistencial para o tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Você foi selecionado (a) devido a indicação de seu familiar que está realizando tratamento há pelo menos seis meses no CAPSad. Sua participação não é obrigatória, sendo assim, você poderá, a qualquer momento, desistir de participar da entrevista e retirar seu consentimento da pesquisa. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo, na pesquisa ou no atendimento integral de seu familiar no CAPSad.

Como vamos falar, durante a entrevista, sobre questões relacionadas à sobrecarga do cuidado em relação ao seu familiar e voltadas à estrutura e a satisfação, de uma forma geral, com o serviço do CAPSad, existe uma chance de que a entrevista lhe cause desconforto emocional. Se isso acontecer, você pode interromper a entrevista e comunicar ao entrevistador, que interromperá a entrevista e o acolherá em seu desconforto emocional.

Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador treinado. A entrevista será realizada nos CAPSad ou no domicílio, ou ainda poderá ser realizada por telefone (sendo gravado o áudio), se assim você permitir, com a duração aproximada de 50 minutos.

Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim, a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum tipo de despesa financeira e ganho financeiro pela sua participação na pesquisa.

Durante toda a pesquisa, será assegurado o livre acesso às informações e esclarecimentos desejados sobre o estudo.

Ao participar da pesquisa, você estará fornecendo informações importantes que podem beneficiar no trabalho realizado nos CAPSad, como por exemplo: o que você gostaria de melhorar no CAPSad; no que o serviço lhe ajudou a lidar com o seu familiar; se você participa da proposta de tratamento do seu familiar e de que forma isso ocorre; e como percebe as mudanças em todas as áreas da vida de seu familiar, desde que ele começou o tratamento no CAPSad.

Além disso, esperamos que este estudo possa contribuir com outras pesquisas na área de álcool e outras drogas, que objetivam fornecer informações relevantes ao conhecimento de órgãos governamentais, para que estratégias de políticas públicas sejam adotadas, no sentido de melhorar e aprimorar a assistência prestada para pessoas que usam álcool e outras drogas.

Caso você tenha disponibilidade e concorde em participar desta pesquisa, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido (a), autorize e assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves – (34) 9960-1531 (11) 3061-7611 (e-mail: rejane.abreu@usp.br)

Declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários, e em caso de dúvida ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo telefone: 55 (11) 3061-7548 ou e-mail edipesq@usp.br Endereço: Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – CEP: 05403-000-São Paulo – SP.

Comitê de Ética em pesquisa - FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31) 3239-9552.

APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PROFISSIONAL**COLETA TRABALHADORES – PARTE 1****Universidade de São Paulo****Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica**

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de Minas Gerais. Questionário para o trabalhador do CAPS ad

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

*Obrigatório

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS**1. Número de identificação: ***

Deve ser composto pelo nome do CAPS adicionado do número da ordem das entrevistas, por exemplo, primeiro funcionário entrevistado do CAPS Sacomã: SACOMÃ01

2. Entrevistador: *

Nome do entrevistador

3. Cidade: *

Cidade do local de coleta

4 Estado:

Estado do local da coleta

5. Data da entrevista: ***6. Horário de início *****7. Tipo de serviço: ***☐

CAPS II ad

☐

CAPS II ad estendido

☐

CAPS III ad

8. . Sexo *

Do funcionário

Marcar apenas uma oval.☐

Masculino

☐

Feminino

9. Data de nascimento *

DD/MM/AAAA, ex: 17/04/2013

9.a Idade *

Em anos, somente números

10. Estado civil: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/com companheiro
- ☐ separado
- ☐ divorciado
- ☐ viúvo
- ☐ Outro:

11. Qual o seu maior grau de escolaridade? *

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

12. Possui pós-graduação? *

Se Não, passe para a questão 13

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Cursando

12.a Especialização na área de Saúde Mental?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Cursando

12.a1 Especialização fora da área?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Cursando

12.a2 Se sim, qual?

12.b Residência na área de Saúde Mental?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Cursando

12.b1 Residência fora da área?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Cursando

12.b2 Se sim, qual?

12.c Mestrado na área de Saúde Mental?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Cursando

12.c1 Mestrado fora da área?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Cursando

12.c2 Se sim, qual?

12.d Doutorado na área de Saúde Mental?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Cursando

12.d1 Doutorado fora da área?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Cursando

12.d2 Se sim, qual?

13(SATIS3). Há quanto tempo trabalha em CAPS ad? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 ano
- ☐ Entre 2 a 4 anos
- ☐ Entre 5 a 7 anos
- ☐ Entre 8 a 10 anos
- ☐ Mais que 10 anos

14. Há quanto tempo você trabalha neste CAPS ad? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 ano
- ☐ Entre 2 a 4 anos
- ☐ Entre 5 a 7 anos
- ☐ Entre 8 a 10 anos
- ☐ Mais que 10 anos

15. Qual a sua profissão? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Psicólogo
- ☐ Assistente Social
- ☐ Técnico/auxiliar de enfermagem
- ☐ Educador físico
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Farmacêutico
- ☐ Outro:

16. Qual foi o seu salário bruto no último mês, no CAPS ad, incluindo horas extras (em reais): *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 a 3 salários mínimos
- ☐ 4 a 7 salários mínimos
- ☐ 8 a 11 salários mínimos
- ☐ 12 a 15 salários mínimos
- ☐ Acima de 16 salários mínimos

17. Você tem outro vínculo empregatício? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

18. Do total de vínculos empregatícios, incluindo o CAPS ad, qual foi a sua renda mensal bruta no último mês, incluindo horas extras (em reais):

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 a 3 salários mínimos
- ☐ 4 a 7 salários mínimos
- ☐ 8 a 11 salários mínimos
- ☐ 12 a 15 salários mínimos
- ☐ Acima de 16 salários mínimos

19. Você realiza cursos de atualização? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

20. Qual o seu turno de trabalho neste serviço? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ dia
- ☐ noite
- ☐ revezamento semanal
- ☐ parte dia e parte noite
- ☐ Outro:

ESTRUTURA E PROCESSO DAS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS

21. E1. Você considera que o CAPS ad é adequado em relação: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Ventilação	☐	☐
Iluminação	☐	☐
Higiene	☐	☐
Área Física	☐	☐

22. E1.1 Justifique sobre Ventilação *

Justificar a resposta dada no item 1

23. E1.2 Justifique sobre Iluminação *

Justificar a resposta dada no item 1

24. E1.3 Justifique sobre Higiene *

Justificar a resposta dada no item 1

25. E1.4 Justifique sobre área física *

Justificar a resposta dada no item 1

26.E2. Você considera que os equipamentos de proteção coletiva estão instalados e funcionando em seu local de trabalho: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Exaustor para ventilação	☐	☐
Saída de emergência	☐	☐
Mangueira para incêndio	☐	☐
Proteção nas máquinas	☐	☐
Extintor de incêndio	☐	☐
Ar condicionado	☐	☐
Ventilador	☐	☐

Considerando o seu último mês de trabalho, responda as questões de número E3 até E8:

27.E3. Você realizou visitas domiciliárias *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

28.E4. Você realizou atendimentos individuais? *

Se não, vá para E5

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

29.E4.1 Quais as modalidades dos atendimentos individuais que realizou?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Consulta	☐	☐
Psicoterapia	☐	☐
Orientação	☐	☐
Procedimentos técnicos	☐	☐
Acompanhamento do uso de medicação	☐	☐
Intervenção em crise	☐	☐
Orientação de atividades da vida diária	☐	☐
Intervenção em agitação psicomotora	☐	☐
Orientação quanto a redução de danos	☐	☐

	Não	Sim
Outras atividades de atendimento individual?	☐	☐
29.E4.1.1 Outras atividades de atendimento individual?		
Descreva		
<input type="text"/>		
30. E5. Você realizou atendimentos em grupo? *		
Se não, vá para E6		
Marcar apenas uma oval.		
☐ Não		
☐ Sim		
31. E5.1. Você realizou atendimentos grupais?		
Marcar apenas uma oval por linha.		
	Não	Sim
Grupos terapêuticos	☐	☐
Atividades esportivas	☐	☐
Atividades de suporte social	☐	☐
Grupo de leitura e debate	☐	☐
Grupo de confecção de jornal	☐	☐
Grupo de orientações gerais	☐	☐
Grupo de orientações para redução de danos	☐	☐
Grupos de família	☐	☐
Outros grupos?	☐	☐
32.E5.1.1 Outras atividades de atendimento em grupo?		
Descreva		
<input type="text"/>		
33. E6. Você participou de reuniões de equipe *		
Se não, vá para E7		
Marcar apenas uma oval.		
☐ Não		
☐ Sim		
34. E7. Você participou de atividades comunitárias? *		
Se não, vá para E8		
Marcar apenas uma oval.		
☐ Não		
☐ Sim		

35. E7.1 Atividades comunitárias que participou

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Festas comunitárias	☐	☐
Caminhadas com grupos da comunidade	☐	☐
Participação em eventos	☐	☐
Participação em grupos dos centros comunitários	☐	☐
Outras atividades comunitárias	☐	☐

36. E.7.1.1 Outras atividades comunitárias?

Descreva

37. E8. Você realizou alguma outra atividade não mencionada anteriormente? *

Caso acredite que a atividade mencionada aqui possa ser contemplada em item anterior favor esclarecer com o funcionário e adicionar acima, se for o caso. Se não, vá para E9.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

38. E8.1 De que atividades você participou, que não foram mencionadas anteriormente?

Descreva

39. E9. Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Melhoraram muito
- ☐ Melhoraram Pouco
- ☐ Não mudaram
- ☐ Pioraram

40. E10. Em seu trabalho você enfrenta: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Falta de ferramenta adequada para o trabalho	☐	☐
Falta de segurança	☐	☐
Risco permanente de vida	☐	☐
Outras situações que incomodam	☐	☐

41. E10.1 Se outras, quais as outras situações que incomodam?

Descreva

42. E12. Nos últimos 6 (seis) meses você sofreu algum acidente de trabalho? *

Se não, vá para E13

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

43. E17. É realizada busca ativa nesse serviço?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

44. E18. Se sim, como é realizada:

Marcar apenas uma oval.

☐ Contato telefônico

☐ Visita domiciliária

☐ Ambos

☐ Outro:

45.E19. Quais são as oficinas/atividades terapêuticas oferecidas nesse CAPS ad? *

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	☐	☐
Grupos de orientação de redução de danos	☐	☐
Oficinas terapêuticas	☐	☐
Oficinas expressivas	☐	☐
Oficinas geradoras de renda	☐	☐
Oficinas de alfabetização	☐	☐
Oficinas culturais	☐	☐
Oficinas de atividades manuais	☐	☐
Oficinas de trabalho	☐	☐

	Não	Sim
Atendimento individual	☐	☐
Consulta médica	☐	☐
Psicoterapia	☐	☐
Orientação	☐	☐
Consulta de enfermagem	☐	☐
Consulta com outros técnicos	☐	☐
Procedimentos técnicos	☐	☐
Acompanhamento do uso de medicação	☐	☐
Intervenções em crise	☐	☐
Intervenções em agitação psicomotora	☐	☐
Orientação em atividades de vida diária	☐	☐
Orientação em redução de danos	☐	☐
Atividades na comunidade	☐	☐
Festas comunitárias	☐	☐
Caminhadas com grupos da comunidade	☐	☐
Participação em eventos e grupos dos centros comunitários	☐	☐
Outras atividades não contempladas acima	☐	☐

46.E219.1 Em caso de outros grupos/atividades/atendimentos não mencionados?

Descreva

47.E20 O serviço realiza ações intersetoriais? *

Se sim, vá para E22.2

Marcar apenas uma oval

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não Sei

COLETA TRABALHADORES – PARTE 2**Universidade de São Paulo****Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica**

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de Minas Gerais. Questionário para o trabalhador do CAPS ad

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

*Obrigatório

ESTRUTURA E PROCESSO DAS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS - Continuação**1. Número de identificação: ***

Deve ser composto pelo nome do CAPS adicionado do número da ordem das entrevistas, por exemplo, primeiro funcionário entrevistado do CAPS Sacomã: SACOMÃ01

2. Iniciais do entrevistador: ***3.E21. Há retaguarda para urgência psiquiátrica? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não Sei

4.E22 Há retaguarda para urgência clínica? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não Sei

5.E23. Você tem conhecimento dos equipamentos de saúde existentes na área de abrangência do CAPS ad? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não Sei

6.E24. A equipe do serviço, incluindo você, quando necessário encaminha os usuários para esses serviços? *

Marcar apenas uma oval

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não Sei

7.E25. Há algum projeto/atividade em parceria com esses serviços? *

Marcar apenas uma oval

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não Sei

8.E26 Você tem facilidade de diálogo com os outros equipamentos de saúde da rede, da área de abrangência do CAPS ad para o tratamento do usuário;;;? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

9.E27. Em relação aos profissionais da rede que encaminham usuários para os CAPS ad, você nota que estes conhecem o trabalho desenvolvido pelo CAPS *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não Sei

10.E28. Algum profissional desse CAPS ad realiza o matriciamento das equipes de Atenção Básica da área de abrangência dos serviços? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não Sei

11.E29(SATIS34). Você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos usuários? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ De forma alguma
- ☐ Não muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Bem
- ☐ Muito bem

12.E30(SATIS 35) Você acha que os profissionais deste serviço compreendem o tipo de ajuda de que os usuários necessitam? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ De forma alguma
- ☐ Não muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Bem
- ☐ Muito bem

13.E31 (SATIS36) Considerando as necessidades globais dos usuários que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?*

Marcar apenas uma oval.

- ☐ muito inapropriado
- ☐ inapropriado
- ☐ Mais ou menos
- ☐ apropriado

- ☐ muito apropriado

14.E32(SATIS49). Você acha que o CAPS ad estimula as famílias a participarem mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ De forma alguma
- ☐ Não muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Muito
- ☐ Extremamente

15.E33(SATIS51). Você acha a equipe suficientemente competente para lidar com o envolvimento familiar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito incompetente
- ☐ Incompetente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Competente
- ☐ Muito competente

16.E34(SATIS 52). Como você classificaria a competência geral da equipe? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito incompetente
- ☐ Incompetente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Competente
- ☐ Muito competente

17.E35(SATIS57). Para você realizar as atividades assistenciais no CAPS ad, você considera que as instalações da unidade são: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Péssimas
- ☐ Ruins
- ☐ Regulares
- ☐ Boas
- ☐ Excelentes

18.E36(SATIS 15) Sente que recebe o apoio de que necessita do seu supervisor direto?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

19.E37(SATIS20). Você participa do processo de tomada de decisões no seu serviço?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

20.E38(SATIS22). Você participa da implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

21.E39(SATIS24). Você participa do processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

22.E40(SATIS26). Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

22.E41(SATIS28). Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

23.E42(SATIS30). Em geral, como você classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada amigável
- ☐ Pouco amigável
- ☐ Mais ou menos

- ☐ Amigável
- ☐ Muito amigável

Satisfação

Em cada uma das próximas questões, assinale a alternativa que mais se aproxima do seu sentimento em relação a satisfação. Responda fazendo um círculo em torno do número em cada questão, de acordo com a seguinte escala:

24. Responda de acordo com sua satisfação *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
58(SATIS4). Você está satisfeito com este serviço?	☐	☐	☐	☐	☐
59(SATIS6) Como você se sente com a expectativa de ser promovido?	☐	☐	☐	☐	☐
60(SATIS8). Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?	☐	☐	☐	☐	☐
61(SATIS10) Você se sente satisfeito no relacionamento com seus colegas?	☐	☐	☐	☐	☐
62(SATIS12) Você se sente satisfeito com a frequência das reuniões de equipe?	☐	☐	☐	☐	☐
63(SATIS13) Você se sente satisfeito com a forma que as reuniões de equipe são realizadas?	☐	☐	☐	☐	☐
64(SATIS14). Até que ponto você se sente satisfeito com a eficácia e utilidade destas reuniões?	☐	☐	☐	☐	☐
65(SATIS17). Você se sente satisfeito com a quantidade de controle exercida por seus superiores?	☐	☐	☐	☐	☐
66(SATIS18). Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?	☐	☐	☐	☐	☐
67(SATIS19). Você se sente satisfeito com a frequência de discussões de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
68(SATIS21). Você se sente satisfeito com o seu nível de participação nas decisões de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
69(SATIS23). Você se sente satisfeito com o seu grau de participação na avaliação de atividades e programas do serviço?	☐	☐	☐	☐	☐

70(SATIS25). Você se sente satisfeito com seu grau de participação na avaliação de atividades e programas do serviço?	☐	☐	☐	☐	☐
71(SATIS27). Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões?	☐	☐	☐	☐	☐
72(SATIS29). Você se sente satisfeito com o clima no ambiente de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
73(SATIS31). Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?	☐	☐	☐	☐	☐
74(SATIS32). Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
75(SATIS33). Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?	☐	☐	☐	☐	☐
76(SATIS44). Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os usuários?	☐	☐	☐	☐	☐
75(SATIS33). Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
77(SATIS50). Como você se sente com o atendimento dado às famílias pela equipe?	☐	☐	☐	☐	☐
74(SATIS32). Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
78(SATIS53). Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe?	☐	☐	☐	☐	☐
79(SATIS 55). Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança ao usuário do CAPS ad?	☐	☐	☐	☐	☐
80(SATIS 56). Você está satisfeito com o conforto e aparência do CAPS ad?	☐	☐	☐	☐	☐
81(SATIS38). Você está satisfeito com quantidade de informações dadas aos usuários sobre seus problemas de saúde neste serviço?	☐	☐	☐	☐	☐
82(SATIS39). Você está satisfeito com a quantidade de informações dada aos usuários sobre o tratamento oferecido neste serviço?	☐	☐	☐	☐	☐
83(SATIS40). Em geral, você se sente satisfeito com a forma como os usuários	☐	☐	☐	☐	☐

são tratados pela equipe?					
84(SATIS48). Você esta satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento dos usuários no CAPS ad?	☐	☐	☐	☐	☐
85(SATIS41). Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos usuários pelo CAPS ad?	☐	☐	☐	☐	☐
86(SATIS42). Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o atendimento dos usuários no CAPS ad? (ex. portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o profissional)?	☐	☐	☐	☐	☐
87(SATIS 43). Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar o sigilo sobre os problemas dos usuários e os cuidados recebidos no CAPS ad?	☐	☐	☐	☐	☐

APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS USUÁRIO**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 Estado de Minas Gerais.

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 dos Estados de São Paulo e de Minas Gerais.

*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

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 20

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. 16. 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. 17. 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:

24. 18. 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:

25. 19a. Possui automóvel? Quantos *

Somente números. Se nenhum, escreva

26. 19b. Possui TV em cores?

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

27. 19c. Possui banheiro na residência? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0

28. 19d. Possui empregada doméstica? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

29. 19e. Possui rádio? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

30. 19f. Possui máquina de lavar roupa? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0

31. 19g. Possui DVD? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

32. 19h. Possui aspirador de pó? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

33. 19i. Possui geladeira comum ou freezer? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

34. 19j. Possui computador? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CAPS AD

35. C1. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

36. 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

37. C3. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

38. C4. DURANTE o seu tratamento no CAPS ad houve necessidade de você ser internado alguma vez? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

39. C4b. Se sim, onde você foi internado?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Hospital Geral	☐	☐
Comunidade Terapêutica	☐	☐
Hospital Psiquiátrico	☐	☐
CAPSad III	☐	☐

	Não	Sim
Outro	☐	☐

40. C4b1. Se outro, onde você foi internado?

41. C5. O(a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde? *
Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

☐ Não sei

42. C6. O(a) Sr. (a) faz uso de algum psicofármaco? *
Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

43. C7. 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:

44. C8. Em algumas situações o(a) Sr. (a) precisa comprar os psicofármacos?
Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

46. C10. 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	☐	☐	☐	☐	☐

47. C11. O(a) Sr. (a) fuma? *
Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

48. C12. Se Sim, há quanto tempo?

49. C13. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma por dia?

50. C14. O(a) Sr. (a) consumiu bebida alcoólica nas 4 últimas semanas? *
Marcar apenas uma oval.

☐ Não

- ☐ Sim
- 51. C15. O(a) Sr. (a) fez uso de alguma droga ilegal nas últimas 4 semanas? ***
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Não
- ☐ Sim
- 64. C17. O(a) Sr. (a) tem profissional/ técnico de referência dentro do CAPS ad? ***
 Se “NÃO”, passar para questão 66
Marcar apenas uma oval.
- 65. C18. Se Sim, quem é este profissional?**
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Psiquiatra Municipal
- ☐ Assistente Social
- ☐ Psicólogo
- ☐ Educador físico
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Técnico de Enfermagem
- ☐ Outro:
- 66. C19. 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:
- 67. C20. Você considera essa frequência suficiente? ***
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Não
- ☐ Sim
- 68. C20a. Participou de atendimento em Grupo no CAPSad no último mês? ***
 Se não, vá para 69
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Não
- ☐ Sim

69. C20a1 Quais atividades / atendimentos o(a) Sr. (a) participou no CAPS ad no último mês?

Marcar todas que se aplicam

	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	☐	☐
☐ Grupos de família	☐	☐

outros, quais?

71. C20b. Participou de oficinas no CAPSad no último mês?

Se não, vá para 73

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

72. C20b1 Quais oficinas o(a) Sr. (a) participou no CAPS ad no último mês?

Marcar todas que se aplicam

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

73. C20b2 Se outros, quais?

74. C20c. Participou de atendimento individual no CAPSad no último mês? *

Se não, vá para 77

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

75. C20c1 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	☐	☐
Outros	☐	☐

76. C20c2 Se outros, quais?

77. C20d. Participou de atividades na comunidade com o CAPSad no último mês?

*

Se não, vá para 79

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

78. C20d1 Quais atividades na comunidade o(a) Sr.(a) participou no CAPS ad no último mês?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Festa comunitárias	☐	☐
Caminhada com grupos da comunidade	☐	☐
Participação em eventos e grupos dos centros comunitários	☐	☐

79. C20e. Participou de outras atividades no CAPSad no último mês? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

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 Estado de Minas Gerais.

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. Número de identificação: *

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

2. Iniciais do entrevistador: ***3. C21. O(a) Sr. (a) já recebeu visita domiciliária dos profissionais do CAPS ad? ****Marcar apenas uma oval.*☐ Não☐ Sim**4. C22. O(a) Sr. (a) já participou de alguma atividade de geração de renda? ****Marcar apenas uma oval.*☐ Não☐ Sim**5. C23. 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: **6. C24 (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:

7. C24a * Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu

8. C25 (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 Geralmente Mais ou Geralmente me Sempre
senti não me senti menos senti me senti
respeitado respeitado senti respeitado respeitado

Como é tratado

☐
☐
☐
☐
☐

9. C26 (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 Não ouviu Mais ou Ouviu Ouviu
ouviu de Não ouviu menos Ouviu muito
forma alguma

Pessoa ouviu?

☐
☐
☐
☐
☐

10. C27 (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:

11. C28 (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 Não me Mais ou Compreendeu Compreendeu
compreendeu Não me Mais ou Compreendeu Compreendeu
de forma compreendeu menos bem muito
alguma

Pessoa acolheu?

☐
☐
☐
☐
☐

12. C29 (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
Mais ou
menos bem
Compreendeu
Compreendeu
muito

O que acha da equipe? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. C30 (SATIS 10). A assistência que o(a) Sr. (a) recebe no CAPS ad satisfaz suas necessidades? *Marcar apenas uma oval por linha.

Muito insatisfeito
Insatisfeito
Mais ou menos
Satisfeito
Muito satisfeito

Assistência satisfaz? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14. C31 (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 pioram as coisas
Não obtive nenhuma ajuda
Não fez diferença
Senti que obtive alguma ajuda
Senti que obtive muita ajuda

Opinião sobre ajuda? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. C32 (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? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. C33 (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

17. C34 (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:

18. C35 (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
Satisfação com discussão?	☐	☐	☐	☐	☐

20. C36 (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
Tratamento que precisava?	☐	☐	☐	☐	☐

21. C37 (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?	☐	☐	☐	☐	☐

22. C38 (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?	☐	☐	☐	☐	☐

23. C39 (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	Mais ou menos	Concordo	Concordo totalmente
Participação da família?	☐	☐	☐	☐	☐

24. C40 (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?	☐	☐	☐	☐	☐

25. C41 (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?	☐	☐	☐	☐	☐

26. C42. O(a) Sr. (a) participa do processo de avaliação das atividades *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

27. C43 (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	Concordo	Concordo totalmente
Avaliação do serviço?	☐	☐	☐	☐	☐

28. C44. (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?	☐	☐	☐	☐	☐

29. C45. (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	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Quantidade de ajuda?	☐	☐	☐	☐	☐

30. C46. (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	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Conforto e aparência?	☐	☐	☐	☐	☐

31. C47. (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.

	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
Condições instalações?	☐	☐	☐	☐	☐

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).....”.

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

Marcar apenas uma oval por linha.

	Pior do que antes	Sem mudanças	Melhor do que antes
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 atividade	☐	☐	☐
As atividades de lazer (as coisas que ele 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, eu gostaria de saber se: Desde que___ (Nome) começou a se tratar no___(Nome do local), em geral, está	☐	☐	☐

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.

33. P1. Número de identificação

34. P2. Cidade

35. P3. Estado

36. P4. Data da coleta

37. P5. Número de prontuário

38. P6. Data de ingresso no serviço pela 1ª vez*

39. P7. Data de ingresso no serviço pela última vez *

40. P8. CID

41. P9. No registro, quem fez acolhimento inicial do usuário?

Marcar apenas uma oval.

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

42. P10. 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	☐	☐

	Não	Sim
Outros	☐	☐
43 P10a. Encaminhado por:		
Se outro, qual?		
<input type="text"/>		
44. P11. Internações Psiquátricas		
<i>Marcar apenas uma oval.</i>		
☐ Não		
☐ Sim		
45. P12a. Projeto terapêutico singular - PTS		
<i>Marcar apenas uma oval.</i>		
☐ Não		
☐ Sim		
46. P12b. Data do último PTS		
<input type="text"/>		
47. P13a. Intercorrências		
<i>Marcar apenas uma oval.</i>		
☐ Não		
☐ Sim		
48. P13b. Data da última intercorrência		
<input type="text"/>		
49. P13c. Qual atendimento		
<input type="text"/>		

APÊNDICE 6 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS FAMILIAR**Universidade de São Paulo****Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica**

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de Minas Gerais. Questionário para o familiar do 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

1. Número de identificação: *

O número deve ser composto pelo nome do CAPS + número do prontuário + sigla FAM (Ex: SACOMÃ1235FAM)

1.1. Número do prontuário do usuário de quem é familiar: *

Apenas o número do prontuário

2. Cidade: *

Cidade do local de coleta

2.1 Estado:

Estado do local da coleta

3. Entrevistador: *

Nome do entrevistador

3a. Data da entrevista: ***3b. Horário de início *****4. Em que local foi realizada a coleta dos dados? ***☐

No CAPS ad

☐

Parte no CAPS ad, parte no domicílio

☐

No domicílio

☐

Por telefone

☐

Outro:

5. Tipo de CAPSad *☐

CAPS II ad

☐

CAPS II ad horário estendido

☐

CAPS III ad

6. Vínculo *

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Irmão
- ☐ Cônjuge
- ☐ Outro:

7. Sexo *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

8. Etnia *

- ☐ Branca
- ☐ Mulata
- ☐ Negra
- ☐ Pardo
- ☐ Outro:

9. Qual a sua idade? *

Em anos

10. Qual a sua data de nascimento? ***11. Qual seu atual estado civil? ***

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

12. O(a) Sr. (a) sabe ler? *

Se não, passar para a questão 14

- ☐ Não
- ☐ Sim

13. Se sim, até que série o(a) Sr. (a) estudou? *

- ☐ 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

14. O (a) senhor (a) tem trabalho remunerado? *

Se Não pule para 16

- ☐ Não
- ☐ Sim

15. Qual a sua renda individual no último mês?

- ☐ 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

16. O senhor (a) é o único que cuida de seu familiar? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

17. O (a) senhor(a) tem filhos? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

18. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente? *

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

19. O senhor (a) tem problemas de saúde? *

Se Não - pule para a questão C1 – perguntas sobre o CAPS

- ☐ Não
- ☐ Sim

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CAPS AD

C1(SATIS3). Você costuma acompanhar o seu (nome do familiar) no CAPS ad? *

Se o(a) entrevistando(a) respondeu 'nunca' passar para a questão C9

- ☐ Sempre
- ☐ Com frequência
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca (Se nunca, ir para C9)

C2(SATIS1). O senhor (a) participou de alguma atividade, como grupo de apoio/familiar, oferecidos pelo serviço durante o último ano? *

Se não, vá para C8

- ☐ Não
- ☐ Sim

C3(SATIS2). Se sim, quais foram as atividades das quais participou?

	Não	Sim
Oficinas	☐	☐
Palestras	☐	☐
Grupo de apoio/familiar	☐	☐
Acolhimento	☐	☐
Assembléia	☐	☐
Outro	☐	☐

C3a. Se outro, qual?

C4. Se o (a) Sr (a) participou de grupos de família, qual foi a abordagem utilizada pelo(s) profissional(ais)?

	Não	Sim
Manejo com o usuário	☐	☐
Apoio psicológico/estímulo interação família/usuário	☐	☐
Espaço aberto para sugestões sobre o serviço	☐	☐

Patologia	☐	☐
Tratamento	☐	☐
Outro	☐	☐

C4a. Se outro, qual?

C5(SATIS8). Com que frequência o (a) senhor (a) teve contato com os profissionais do CAPS ad no último ano? *

Se Nunca, pule para C11

- ☐ Nunca (Pule para C11)
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

C6(SATIS13). O(a) sr (a) ficou satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante os seus contatos com os profissionais do CAPS ad (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante as conversas)? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

C7 (SATIS17). O(a) sr (a) sentiu que foi tratado de forma respeitosa pela equipe do CAPS ad? *

- ☐ Nunca me senti respeitado
- ☐ Raramente me senti respeitado
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente me senti respeitado
- ☐ Sempre me senti respeitado

C8 (SATIS18). Em algum momento, aconteceu alguma violação de seus direitos como pessoa, por algum funcionário do CAPS ad? *

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Raramente

☐ Nunca

C8a. Se sim, que tipo de violação?

C9 (SATIS19). Em sua opinião, qual era o principal problema que seu familiar tinha quando ele (a) foi admitido no CAPS ad? Marcar apenas UMA resposta *

- ☐ Um problema de saúde física
- ☐ Um problema de saúde mental
- ☐ Um problema familiar
- ☐ Um problema Social
- ☐ Um problema financeiro
- ☐ Um problema no trabalho
- ☐ Não sei
- ☐ Outro:

C10 (SATIS22). O senhor (a) já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPS ad quando as solicitou? *

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca (se Nunca, vá para C25)
- ☐ Nunca pedi (se Nunca pediu, vá para C25)

C11 (SATIS22.1). Se sim, que tipo de dificuldade o senhor (a) encontrou?

- ☐ Falta de disponibilidade da equipe/profissional
- ☐ Descaso dos profissionais
- ☐ Não sabiam lhe informar
- ☐ Outro:

C12 (SATIS23). Alguma informação foi dada ao senhor (a) sobre a doença de seu familiar? *

- ☐ Sim
- ☐ Não (se Não, vá para C28)
- ☐ Meu parente não permitiu que eu fosse informado (se Não, vá para C28)

C13 (SATIS23.1). Se sim, estas informações foram claras para o (a) senhor (a)?

- ☐ Não eram nada claras

- ☐ Não eram muito claras
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Informações claras
- ☐ Informações muito claras

C14 (SATIS24). Como o(a) senhor (a) se sente em relação ao tipo de informação que lhe foi dada acerca da doença de seu familiar?

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C15 (SATIS25). Em relação ao tratamento do seu familiar, alguma informação lhe foi dada? *

- ☐ Sim
- ☐ Não (passar para a questão C31)
- ☐ Meu parente não permitiu que eu fosse informado (passar para a questão C31)

C16 (SATIS25.1). Se sim, estas informações foram claras para o (a) senhor (a)?

- ☐ Não eram nada claras
- ☐ Não eram muito claras
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Informações claras
- ☐ Informações muito claras

C17 (SATIS26). O (a) senhor (a) se sente satisfeito em relação ao tipo de informação que lhe foi dada sobre o tratamento de seu familiar?

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C18(SATIS27) Alguma vez já foi pedida a sua opinião sobre o tratamento de seu familiar, no CAPSad? *

- ☐ Sim
- ☐ Não (se não, passar para C33)
- ☐ Meu parente não permitiu que eu fosse consultado(a) (se não, passar para C33)

C19(SATIS27.1). O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as discussões a respeito do tratamento de seu familiar no CAPS ad?

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C20(SATIS28). O (a) senhor (a) se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar o sigilo acerca dos problemas discutidos com a equipe do CAPS ad?

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C21(SATIS30). Até que ponto você acha que a pessoa que admitiu o seu familiar no CAPS ad pareceu compreender o problema dele(a) *

- ☐ Não compreendeu de forma alguma
- ☐ Não compreendeu muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Compreendeu bem
- ☐ Compreendeu muito bem

C21a(SATIS31). Em geral, como o (a) senhor (a) acha que a equipe do CAPS ad compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava? *

- ☐ Não compreendeu de forma alguma
- ☐ Não compreendeu muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Compreendeu bem
- ☐ Compreendeu muito bem

C22(SATIS32). Você considera os serviços oferecidos pelo CAPS ad apropriados? *

- ☐ Muito inapropriados
- ☐ Inapropriados
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Apropriados

- ☐ Muito apropriados

C23(SATIS33). Os cuidados que seu familiar recebeu, o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema (situação) dele (a)? *

- ☐ Não, eles pioraram as coisas
- ☐ Não, eles não ajudaram muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Sim, eles ajudaram um pouco
- ☐ Sim, eles ajudaram muito

C24(SATIS34). O senhor (a) acha que seu familiar recebeu o tipo de cuidado que o (a) senhor (a) pensa ser o que ele/a necessitava? *

- ☐ Não, de forma alguma
- ☐ Não, não muito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Em geral, sim
- ☐ Sim, com certeza

C24a(SATIS35). O (a) senhor (a) se sente satisfeito (a) com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o tratamento de seu familiar no CAPS ad? *

Ex: Porta fechada, ausência de interrupções durante conversas com o profissional

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C24b(SATIS36). O (a) senhor (a) se sente satisfeito (a) com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade dos problemas de seu familiar, e os cuidados que ele/a recebeu no CAPS ad? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C25(SATIS37). De maneira geral, como o (a) senhor (a) classificaria a recepção da equipe do C *

- ☐ Nada amigável
- ☐ Não muito amigável
- ☐ Mais ou menos amigável
- ☐ Amigável
- ☐ Muito amigável

C26(SATIS38). No momento em que o (a) senhor (a) e/ou o seu familiar entrou em contato com o CAPS ad, tinha conhecimento de outros serviços/atendimentos disponíveis na comunidade? *

- ☐ Sim
- ☐ Não (Pule para C45)
- ☐ Não tenho certeza (Pule para C45)
- ☐ Não sei (Pule para C45)

C27(SATIS40). No seu entendimento, qual a competência e conhecimento da pessoa que o atendeu/atende no CAPS ad? *

- ☐ Muito incompetente
- ☐ Incompetente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Competente
- ☐ Muito competente

C28(SATIS41)Em geral, como o (a) senhor (a) classificaria o grau de competência da equipe do CAPSad? *

- ☐ Muito incompetente
- ☐ Incompetente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Competente
- ☐ Muito competente

C29(SATIS42). O (a) senhor (a) participou de alguma decisão relacionada ao planejamento e/ou realização de atividades no CAPS ad? *

- ☐ Nunca (Pular para C50)
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Muito frequentemente

C30(SATIS43). O senhor acha que suas opiniões e pontos de vista acerca do planejamento e/ou realização de atividades no serviço foram levados em consideração?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Muito frequentemente

C31(SATIS44). O (a) senhor (a) está satisfeito com sua participação no planejamento e/ou realização de atividades no CAPS ad?

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

C32(SATIS45). O (a) senhor (a) participou de alguma decisão relacionada à avaliação das atividades no CAPS ad? *

- ☐ Nunca(Pular para C53)
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Muito frequentemente

C33(SATIS46). O senhor (a) sente que suas opiniões e pontos de vista referentes à avaliação das atividades foram levados em consideração?

- ☐ Nunca(Pular para C53)
- ☐ Raramente
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Frequentemente
- ☐ Muito frequentemente

C34(SATIS47). O senhor(a) ficou satisfeito com sua participação neste processo de avaliação?

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito

☐ Muito satisfeito

C35(SATIS48). O (a) senhor (a) acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no CAPS? *

☐ Não, de forma alguma

☐ Não, não muito

☐ Mais ou menos

☐ Sim, de alguma forma

☐ Sim, com certeza

C35a(SATIS49). Como você classificaria, de um modo geral, a qualidade do serviço que seu familiar recebeu *

☐ Péssima

☐ Ruim

☐ Mais ou menos

☐ Boa

☐ Excelente

C36. Quando o (a) senhor (a) se sente sobrecarregado, os profissionais do CAPS ad escutam suas dificuldades e lhe oferecem suporte?

☐ Não

☐ Sim

C37. O (a) senhor (a) procura apoio em outros locais? *

	Não	Sim
Líder religioso	☐	☐
Grupos de ajuda fora do CAPSad	☐	☐
Outros	☐	☐

C37a. Se outros, quais?

C38(SATIS51). O senhor (a) está satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS ad? *

☐ Muito insatisfeito

☐ Insatisfeito

☐ Indiferente

☐ Satisfeito

☐ Muito satisfeito

C39(SATIS52). Como o (a) senhor (a) classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeitório, o prédio em si, etc.)? *

- ☐ Péssimas
- ☐ Ruins
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Boas
- ☐ Excelentes

ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA

Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer: “Desde que ____ (Nome) começou a se tratar aquidele(a) está(ão).....”

Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer: “Desde que ____ (Nome) começou a se tratar aquidele(a) está(ão).....” *

	Pior do que antes	Sem mudanças	Melhor do que antes
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 atividade	☐	☐	☐

As atividades de lazer (as coisas que ele 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, eu gostaria de saber se: Desde que____ (Nome) começou a se tratar no____(Nome do local), em geral, ele(a) está	☐	☐	☐

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP – PROJETO MATRICIAL

**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).

Analizado 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 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das práticas assistenciais do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39583014.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 951.970

Data da Relatoria: 09/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de doutorado, que avalia prospectivamente através de métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios a qualidade das práticas assistenciais dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais. O estudo tem como instituição co participante o Centro Mineiro de Toxicomania onde serão coletados dados por meios de Escalas (Escala de Satisfação; Escala de Mudança Percebida; Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista). Os dados serão coletados por pesquisadores, estudantes de graduação e de pós graduação selecionados e treinados. Serão participantes os coordenadores e profissionais que atuam na instituição, como também usuários e familiares.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal do trabalho é avaliar os serviços prestados pelo CAPS ad do Estado de Minas Gerais aos frequentadores usuários de álcool e outras drogas. Os objetivos secundários envolvem a avaliação descritiva da estrutura do CAPS ad e da efetividade do trabalho assistencial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há risco de ordem emocional por parte dos usuários, visto que a pesquisadora pretende

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 951.970

questioná-los com relação ao consumo de drogas.

O estudo traz como benefício, informações importantes ao conhecimento de órgãos governamentais referentes a eficácia de políticas públicas voltadas ao combate do uso de drogas e mais especificamente aos CAPS ad.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como critério de inclusão dos usuários, esta a idade de 18 a 80 anos. Levando-se em consideração que são pacientes que apresentam algum transtorno psíquico decorrente do uso de drogas, a idade avançada próxima ao limite máximo da faixa etária acima, pode indicar um indivíduo com uma vulnerabilidade maior. Outra consideração a respeito dos critérios de inclusão é o grau de acometimento dos transtornos oriundos do uso de drogas que apresentam os participantes. O CAPS acolhe estes indivíduos inclusive no período de crises, oferecendo por alguns dias o atendimento noturno. Não há no trabalho qualquer impedimento à participação nestas situações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As seguintes alterações foram verificadas em todos os TCLEs apresentados:

- Atualização da Resolução (res 466/2012).
- Foi citada a garantia da integralidade do tratamento sem prejuízo ao participante.
- mencionada a duração da entrevista.
- A linguagem foi simplificada para maior entendimento dos participantes.
- Foi explicitada a possibilidade da interrupção do tratamento no decorrer da pesquisa.
- A requisição do RG do participante foi retirada
- Há espaço para rubrica em todas as páginas

Além das adaptações acima, foi confeccionado um TCLE destinado apenas aos familiares e outro exclusivo aos usuários.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências verificadas no Parecer Consubstanciado foram sanadas

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 951.970

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 11 de Fevereiro de 2015

Ruth Turrini

Assinado por:

Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FHEMIG

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das práticas assistenciais do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39583014.2.3001.5119

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 991.545

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa prospectiva, que utiliza de métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios. Este estudo é parte necessária de conclusão do doutoramento da Pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A pesquisa será realizada no Centro Mineiro de Toxicomania do Estado de Minas Gerais, com os coordenadores, membros das equipes técnicas, usuários e familiares que aceitarem participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - Avaliar a qualidade das práticas assistenciais por meio da estrutura, o processo e o resultado da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, desenvolvida pelo CAPSad do Estado de Minas Gerais, junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares deste serviço.

Objetivos Secundários

Avaliar descritivamente a estrutura do CAPSad (área física, recursos materiais; recursos humanos, recursos técnicos e dentre outros).

Avaliar a efetividade das práticas assistenciais (processo de trabalho e resultado das atividades)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100

Bairro: Bairro Santa Efigênia

CEP: 30.150-260

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3239-9552

Fax: (31)3239-9552

E-mail: cep@themig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 991.545

individuais, grupais, comunitárias, de geração de renda, oficinas terapêuticas, terapia medicamentosa, entre outras), que repercutem na redução de danos, abstinência, diminuição das internações, satisfação, mudança percebida, autonomia e reabilitação psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco que os pesquisadores identificam como possível para esta pesquisa é o de ordem emocional, uma vez que alguns itens dos questionários que serão aplicados aos usuários avaliam o consumo relacionado ao uso de substâncias psicoativas e a mudança percebida após a admissão nos CAPS ad. Para minimizar esse risco, as pesquisadoras se comprometem quanto ao esclarecimento prévio dos sujeitos de pesquisa acerca dos objetivos do estudo, das questões a serem abordadas quanto ao consumo de substâncias psicoativas, a garantia do sigilo absoluto, a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos envolvidos, por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os benefícios aos sujeitos da pesquisa estão relacionados com um maior conhecimento a respeito da avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas realizadas pelo CAPS ad que poderá conduzir à melhoria do atendimento e tratamento neste serviço, bem como a um efeito na sociedade

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se estudo relevante e necessário que contribui para avaliar a efetividades dos serviços públicos de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.
- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100

Bairro: Bairro Santa Efigênia

CEP: 30.150-260

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3239-9552

Fax: (31)3239-9552

E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG

Continuação do Parecer: 991.545

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 19 de Março de 2015

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador)

ANEXO 4 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD CONSELHEIRO LAFAIETE**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizarem a(s) etapas de entrevistas com os coordenadores, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, análise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no TCLE, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Conselheiro Lafaiete, de 01 de setembro 2014

Gláucia Beatriz G. de Souza Camilozi
Gerente da Atenção Psicossocial

Gláucia Beatriz G. S. Camilozi
Gerente Psicossocial
Conselheiro Lafaiete - MG

ANEXO 5 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD DIAMANTINA

Departamento de Saúde Mental – SES - Diamantina MG.

Diamantina, 24 de Novembro de 2014.

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o projeto de pesquisa “Avaliação dos centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais” será avaliado por um comitê de Ética em pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas e Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição esta ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Márcia ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizarem a(s) etapas de entrevistas gravadas com os coordenadores, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Além disso, analise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no (TCLE), utilizando-se da infra-estrutura desta instituição.

Valdemiro Fernandes de Souza
Coordenador do Caps ad

Warlen Keller Ferreira
Secretario de Municipal Saúde - Interino

ANEXO 6 - CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD GOVERNADOR VALADARES

Prefeitura Municipal de Governador Valadares
Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares

Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado de Minas Gerais**", sob a responsabilidade da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, a ser executado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com acesso a base de dados do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, sob guarda e responsabilidade da Solange Nunes Leite Batista Coelho.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Autorizo sua execução, desde que respeitadas às exigências legais específicas e que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável (Parecer nº 1001/2011 - 0005.0.196.000-11).

Kátia Barbalho Diniz Costa

Governador Valadares, 03 de Junho de 2014.

ANEXO 7 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD JUIZ DE FORA **Departamento de Saúde Mental-SS-PJF**

Juiz de Fora 30 de Maio de 2014

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizarem a(s) etapas de entrevistas gravadas com os coordenadores, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, análise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no TCLE, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Drª Andréia Stenner
Ch. do DSME/SSRA/SS/PJF

Andréia da Silva Stenner
Chefe do DSME/SSRA/SS/PJF

ANEXO 8 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD MANHUAÇU

Manhuaçu, 13 de janeiro de 2015.

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a pesquisadora Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizar as etapas de entrevistas gravadas com a coordenadora, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, análise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no TCLE, utilizando-se da infra-estrutura desta instituição.

Gabriela de Assis Novais
PSICÓLOGA
CRP - 24741/04

Dr. José Rafael de Oliveira Filho
Secretário de Saúde Municipal

ANEXO 9 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD MONTES CLAROS**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizarem a(s) etapas de entrevistas gravadas com os coordenadores, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, análise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no TCLE, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Montes Claros, 08 de 01 de 2015

P/ Gonçalves

Leonardo Felix de Oliveira
Coordenador Saúde Mental de Montes Claros

Eltane Silva Gonçalves
Chefe de Unidade CAPS-AD
SUS/SMS - Montes Claros - MG

ANEXO 10 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD OLIVEIRA

**Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS ad Reviver**

Praça Newton Ferreira Leite, 53
Centro - Oliveira - MG - 35.540-000
Fone: (37) 3331-3380 Fax: (37) 3331-3232
E-mail: capsadoliveira@yahoo.com.br

Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas do Estado de Minas Gerais". Sob a responsabilidade da pesquisadora Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, a ser executada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar, autorizo sua execução. Desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição responsável e pela Secretaria Municipal de Saúde de Oliveira.

Rossana Mara Teixeira

Enfermeira

COREN-MG 286.489

Rossana Mara Teixeira – Coordenadora

Oliveira 10 de março de 2.014

ANEXO 11 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD PATOS DE MINAS**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais” foi avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizarem a(s) etapas de entrevistas com os coordenadores, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, análise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no TCLE, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Patos de Minas, 11 de 03 de 2015

Dirceu Deocleciano Pacheco
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula 20.774

Dr. Dirceu Deocleciano Pacheco
Secretário Municipal de Saúde de Patos de Minas
<Assinatura e carimbo>

ANEXO 12 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD POÇOS DE CALDAS

*Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde
Gabinete do Secretário*

Em 03 de Dezembro de 2014.

Ofício Nº 891/2014/GAB.

Prezada Senhora,

Em atenção ao OF. ENP049/14 – Universidade de São Paulo / Escola de Enfermagem, autorizamos a realização da pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas do Estado de Minas Gerais” junto ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Poços de Caldas.

Atenciosamente,

**Fátima Livorato
Secretaria Municipal de Saúde**

ANEXO 13 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD TEÓFILO OTONI

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Ofício: 84/2015

Teófilo Otoni, 26 de fevereiro de 2015.

Prof.ª Dr.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Em resposta ao OF.ENP 049/14, servimo-nos desta para autorizar Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo a coletar dados da pesquisa "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais" no CAPS ad Teófilo Otoni.

Atenciosamente,

Ana Flávia Spósito Onofri
Rede de Atenção Psicossocial

Viviane Assis Pinho do Amaral
Núcleo de Redes de Atenção à Saúde

Fernando Antônio Barbosa
Secretário Municipal de Saúde de Teófilo Otoni

ANEXO 14 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD UBERABA

UBERABA
PARA O BEM DE NOSSA GENTE

Secretaria de
Saúde

INFORMAÇÃO Nº 011/2014

Uberaba, 05 de maio de 2014.

Prefeitura Municipal Uberaba
Secretaria Municipal de Saúde
18.428.839/0001-90

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

Instituição de ensino: Universidade de São Paulo (EE/USP).

Curso: Pós Graduação em Enfermagem.

Título: "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais".

Local de realização: CAPS'D.

Objetivo: Avaliar a qualidade das praticas assistenciais por meio da estrutura, o processo e o resultado da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, desenvolvida pelos CAPS ad do Estado de Minas Gerais, junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares destes serviços.

Justificativa: O presente estudo consiste na avaliação dos CAPS ad, buscando ampliar os eixos da avaliação por meio de delineamento de pesquisa quantitativa e qualitativa.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa avaliativa prospectiva, que utiliza de métodos qualitativos interpretativos e quantitativos transversais. A coleta de dados será realizada nos CAPS ad do Estado de Minas Gerais, por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora, bem como por estudantes de graduação e pós-graduação que englobará 30 usuários, 30 familiares, todos os trabalhadores e o coordenador de cada CAPS ad que participarão do subprojeto quantitativo.

Comitê de Ética em pesquisa: O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP) com o protocolo de nº 1001/2011. Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Gheysa Alves Mendonça
Coordenadora do Centro de Educação em Saúde

Gustavo dos Reis Milhorin Silva
Diretor do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Ciente
Antônio
7-5

ANEXO 15 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CAPS AD UBERLÂNDIA - UFU**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do Estado de Minas Gerais” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves realizarem a(s) etapas de entrevistas gravadas com os coordenadores, profissionais, familiares e usuários que aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, análise dos prontuários dos usuários, mediante a autorização dos mesmos no TCLE, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Uberlândia, ____ de ____ de 2014

Orlando César Mantese
Diretor Gestão Acadêmica
Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Uberlândia

Hospital de Clínicas de Uberlândia
Prof. Orlando César Mantese
Diretor de Ensino e Pesquisa
CRM-MG 23947 - CPF: 913.099.568-04

ANEXO 16 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu, Professora Doutora **Luciane Prado Kantorski** vinculada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, coordenadora do Projeto de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II **autorizo** a Professora Doutora **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, pesquisadora responsável principal pelo projeto intitulado “Avaliação dos CAPS ad do Estado de São Paulo e Minas Gerais”, o qual pertence ao Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (GEADEEUSP), composto por alunos de graduação e pós-graduação, professores e profissionais da área de Saúde, a utilizar os instrumentos de coleta de dados aplicados aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares com o objetivo de adaptação e aplicação nessa mesma população do referido projeto. Solicito que nas publicações derivadas do referido projeto quando os resultados forem obtidos a partir dos questionários do CAPSUL (em versão original ou adaptada) seja feita explícita referência a utilização dos instrumentos.

A handwritten signature in dark ink, reading 'Luciane Kantorski', is written over a horizontal line.

Luciane Prado Kantorski

Coordenadora do Projeto de

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II