ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

THAÍS FERNANDES ROJAS

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

SÃO PAULO
2016

THAÍS FERNANDES ROJAS

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre 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 DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: __/___/__

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rojas, Thaís Fernandes
Satisfação e mudança percebida por familiares de usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas / Thaís Fernandes Rojas. São Paulo, 2016.
136 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Serviços de saúde (avaliação). 2. Serviços comunitários de saúde mental. 3. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 5. Escalas (psicometria). I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Thaís Fernandes Rojas

Título: Satisfação e mudança percebida por familiares de usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas.

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

Aprovado em: __/___/__

Banca Examinadora

Prof.(ª) Dr.(ª)_____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof.(ª) Dr.(ª)_____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof.(ª) Dr.(ª)_____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À Isabella e a todo amor que com ela cresce, me aquece e me ensina.

A todas as pessoas que representam esse amor de forma mais próxima: aos meus queridos pais, Bete e Ismael, irmãos, Dé e Fê, e ao meu noivo, Thiago, por sua paciência e cuidado.

A todos os que contribuíram para a realização deste estudo e de muitos outros. A atividade de pesquisa exige e muito, por isso dedico a todos os esforços e resultados deste processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, tentando expressar aqui em poucas palavras escritas, as pessoas que foram essenciais e companheiras neste momento do mestrado, minha gratidão é imensa a vocês.

À orientadora querida e sempre minha parceira de todos os momentos, Prof.ª Márcia, meu muito obrigada vai persistir em abraços longos, parcelados por todas as conversas, reuniões e cafés, que se somaram e somarão aos desabafos, conselhos e aulas, é sempre sublime e motivador aprender contigo, e estar ao lado!

Ao meu noivo, Thiago, obrigada por somar e multiplicar amor comigo, e pelas contribuições derivadas de suas experiências, também como acadêmico. Admiro muito você!

Aos meus pais, Bete e Ismael, aos irmãos, Ismael, Felipe, Bruna, Aline, vó Lourdes e vó Tita nas minhas lembranças (in memoriam), vô Hull, Dani, Mari, Michelle, Marcel, Simone, tia Eliana, Andrea, tios, tias, primos e primas, a toda a família, que é grande.

À Área Temática de Saúde Mental, docentes, pós-graduandos, residentes e graduandos de iniciação científica, membros de grupos de pesquisa, especiais abraços gratos a: Prof.ª Dr.ª Sônia Barros, Prof.ª Dr.ª Ana Luisa Aranha e Silva, Prof.ª Dr.ª Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega, Prof.ª Dr.ª Luciana de Almeida Colvero, Prof. Dr. Divane de Vargas, Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia Machado, Prof.ª Dr.ª Heloísa Garcia Claro, Prof.ª Dr.ª Margareth Ângelo, pelo suporte em minha trajetória como funcionária e também estudante e aprendiz.

Ao Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas, não consigo fazer caber aqui a atenção que gostaria de dirigir a cada um de vocês pelas contribuições e por tornarem essa pesquisa e muitas outras possíveis, muito obrigada!

Aos docentes e funcionários (ex e atuais), e amigos, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, vocês inspiram, ensinam e apoiam no dia-a-dia, ainda que não percebam, certas vezes, o quanto um abraço de bom dia faz diferença. Tornaram-se pessoas amigas que entraram no meu convívio e na minha história na EE, e não quero que saiam nunca mais, principalmente pela força e carinho que representam pro meu espírito: Priscila, Jussara, Helô (te devo mil agradecimentos em sacolinhas de papel!), Paula, Paty, Clau, Naiara, Laís, Gilberto, Jandro, Odete, Gui, Andrea, Rejane, Rosana, Ricardo, Lígia, Erika, Mily, Carol, Anaísa, Marina, Talita, Fê, Ana Clélia, Marcello (obrigada pela revisão!), Márcia, Lívia, Betânia, Sylvia, Tabata, Ivan, Edmilson, Lisa, Elaine, Tawane, Giúlia, Ágata, Ana, Bia, Eveli n, Amanda, Isadora, Ju, Camila, Milena, todo o amor por vocês.

Nathália, Andressa, Mayra, Beto, Mila, Lenisa, Mariana Lopes, Amanda, Alê, Mariana Vilela, Letícia, Juliano, Marcão, Luana, JP, Robgon, Ana, Tio Antônio, Lúcia, pela amizade e parceria! E à família que também incluo, agora como os lindos avós, tios e primos da Isabella: Ana, Renato, Diogo, Gisele, Tia Lice e todos os primos.

"... temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades".

(Boaventura de Sousa Santos, 2003).

Rojas TF. Satisfação e mudança percebida por familiares de usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Apesar das substâncias psicoativas serem consumidas há milhares de anos, nas últimas décadas a questão de seu consumo abusivo e dependência tem se configurado como uma demanda de saúde pública, diante de um cenário marcado pela acelerada transição socioeconômica que está ocorrendo em vários países. Este estudo tem como objetivo a avaliação das práticas oferecidas nos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do ponto de vista dos familiares dos usuários. Métodos: pesquisa avaliativa transversal, com análise quantitativa de dados coletados em CAPSad do município de São Paulo, utilizando a Escala de Satisfação (Satis-BR) e a Escala de Mudança Percebida (EMP), já validadas e utilizadas anteriormente em estudos avaliativos. Além das escalas, dados acerca da estrutura do serviço, dados sociodemográficos, de acesso, e de caracterização da participação do familiar no tratamento do usuário, foram analisados, com condução de modelo de regressão linear múltipla, no qual evidenciou-se a mudança percebida como variável preditiva de melhor nível de satisfação com os serviços, bem como a correlação negativa das seguintes variáveis com índices de mudança percebida: residir nas zonas leste e norte da cidade e ter renda familiar mensal entre 2 e 4 salários mínimos. O fato de ter parentesco não nuclear, como ser tio ou sobrinho, com o usuário, já teve associação positiva com a mudança percebida. São necessários mais estudos com este tipo de serviço para melhor explorar essas dimensões relacionadas à qualidade da atenção nesta temática, contribuindo para avaliar o impacto das novas políticas e da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Transtornos relacionados ao uso de Álcool. Transtornos relacionados ao uso de Substâncias. Escalas de Avaliação.

Rojas TF. Satisfaction and Perceived Change of family users from Psychosocial Care Centers – Alcohol and other Drugs [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Despite psychoactive substances have been consumed for thousands of years, in recent decades, the issue of their abuse and dependence has been configured as a public health demand, against a backdrop marked by rapid socioeconomic transition that has been occurring in several countries. The object of this study is the evaluation of practices offered at Psychosocial Care Centers for Users of Alcohol and Other Drugs (CAPSad) based on the point of view of the families of their users. Methods: evaluative research, by quantitative method, to analyze data collected at CAPSad located in the city of São Paulo, using the Satisfaction Scale (Satis-BR) and the Perceived Change Scale (EMP), already validated and previously used in evaluation studies, will guide the focus of analysis. In addition to the scales, data on the service structure, sociodemographic data, access, and characterization of the family's participation in the user´s treatment, were analyzed, with the lead of the multiple linear regression model, in which it revealed a change perceived as a predictive variable higher level of satisfaction with the services and the negative correlation of these variables with perceived change in rates: living in the eastern and northern areas of the city and considering a monthly income between 2 and 4 minimum salaries. The fact that no nuclear kinship, as being an uncle or nephew, with the user, has had a positive association with the perceived change. Further studies are needed with this type of service to better explore these dimensions related to quality of care in this theme, helping to assess the impact of new policies and Psychosocial Care Network.

Descriptors: Health Services Evaluation. Community Health Services. Alcohol-Related Disorders. Substance-Related Disorders. Evaluation Scales.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e Legislação Brasileira sobre drogas. Duarte e Branco; 2006.....31

Figura 2 – Representação gráfica de distribuição normal da escala de mudança percebida global, Brasil (São Paulo) - 2016. 62

Figura 3 – Representação gráfica de distribuição normal da escala de satisfação global, Brasil (São Paulo) - 2016. 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População das regiões do município de São Paulo. São Paulo; 2015a. 52

Tabela 2 – Estatística descritiva dos escores dos fatores e escalas globais que compõe os instrumentos “Escala de Mudança Percebida” e “Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental”, Brasil (São Paulo); 2016. (n=209) 61

Tabela 3 – Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas e a distribuição de sujeitos da pesquisa, Brasil (São Paulo); 2016. 64

Tabela 4 – Caracterização das variáveis quantitativas da amostra do estudo, Brasil (São Paulo); 2016. 64

Tabela 5 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas dos familiares entrevistados, conforme categorização, Brasil (São Paulo); 2016. (n=209) 65

Tabela 6 – Análise univariada das variáveis independentes com a Escala de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo); 2016.....66

Tabela 7 – Análise de Regressão Múltipla das variáveis independentes com a Escala Global de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo); 2016.....67

Tabela 8 – Análise univariada das variáveis independentes com a Escala de Satisfação Global, Brasil (São Paulo); 2016.....69

Tabela 9 – Análise de Regressão Múltipla das variáveis independentes com a Escala de Satisfação Global, Brasil (São Paulo); 2016.....70

LISTA DE SIGLAS

AOD	Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EEUSP	Escola de Enfermagem da USP
EMP	Escala de Mudança Percebida
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIQ	Perceived Improvement Questionnaire
PTI	Projeto Terapêutico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 27
1.1 JUSTIFICATIVA 40
2 OBJETIVOS 45
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 45
3 MÉTODO 49
3.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 50
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO 51
3.3 AMOSTRA 52
3.4 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES 53
3.5 ESTUDO PILOTO 53
3.6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES 54
3.7 COLETA DE DADOS 54
3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 55
3.9 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO 57
3.10 DISSEMINAÇÃO E AVALIAÇÃO 57
4 RESULTADOS 61
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS 61
4.2 ANÁLISE INFERENCIAL 65
4.2.1 Mudança percebida pelos familiares 66
4.2.2 Satisfação dos familiares 69
5 DISCUSSÃO 75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 85
REFERÊNCIAS 89
APÊNDICES 99
ANEXOS 135

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas ilícitas implica no potencial prejuízo para o desenvolvimento econômico e social, bem como a relação com a promoção do crime, instabilidade, a insegurança e a propagação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (UNODC; 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU) orienta, em suas convenções, princípios básicos para que os países estabeleçam suas políticas para a problemática do uso e do tráfico de drogas. Tem-se como pano de fundo as estratégias de definir junto aos órgãos competentes, programas e ações integradas e coordenadas entre os países, reconhecendo a dependência química como problema de ordem social e de saúde pública, que causa forte impacto na população e que se deve ter uma atenção rigorosa às penas pela produção, circulação, comércio e uso de substâncias psicoativas consideradas ilícitas, inclusive no controle de produção e comércio de matérias-primas (Maximiano e Paiva; 2015).

Estima-se que, em 2010, cerca de 150 e 300 milhões de pessoas com idades entre 15 e 64 anos consumiu alguma droga ilícita ao menos uma vez no último ano, o que equivale a 3,4% e 6,6% da população mundial. No mesmo ano, aproximadamente 230 milhões, número equivalente a 5% da população adulta no mundo, consumiu alguma droga ilícita. Apesar das substâncias psicoativas serem consumidas há milhares de anos, nas últimas décadas o consumo abusivo e a dependência têm se configurado como uma demanda de saúde pública, diante de um cenário marcado pela acelerada transição socioeconômica que está ocorrendo em vários países (UNODC; 2012).

Estudos recentes mostram que as capitais dos estados Brasileiros possuem aproximadamente um milhão de usuários de drogas ilícitas (UNODC; 2012). Dados de 2004 acerca do consumo de álcool no Brasil, mostraram que 7,29% dos homens e 1,41% de mulheres, com idades superiores a 15 anos, que eram consumidores abusivos, apresentavam alguma morbidade decorrente do mesmo (WHO; 2011).

Em nosso País, o consumo de álcool e outras drogas (AOD) se mostra em ascensão entre faixas etárias mais precoces, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de prevenção, controle e tratamento. O II Levantamento Domiciliar

sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em municípios brasileiros, apontou que 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos, preenchiam critérios para a dependência de álcool e que 75%, aproximadamente, já consumiram álcool pelo menos uma vez na vida. No caso de uso de drogas na vida por habitantes das cidades com mais de 200 mil habitantes na região sudeste do Brasil, identificou-se que, em 2001, 71,5% dos entrevistados fizeram uso de álcool, 43,6% usaram tabaco e 16,9% outras drogas (exceto álcool e tabaco); já em 2005, 80,4% dos entrevistados consumiram álcool, 47,6% tabaco e 24,5% outras drogas (exceto álcool e tabaco) (Carlini et al.; 2006).

Políticas de Saúde Mental no Brasil

Com a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, configurado como: um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por objetivo a promoção de qualidade de vida para toda a população brasileira e a garantia de acesso de todos a uma assistência à saúde integral e equitativa; ocorreu uma reformulação da assistência à saúde, visando à consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (Brasil; 2004a).

Com o advento da Lei n. 10.216 de 2001 (Brasil; 2001), a Política Nacional de Saúde Mental passou a ser praticada em moldes diferentes dos anos anteriores. Nas décadas de 1970 e 1980, os movimentos de trabalhadores, usuários de serviços de saúde mental, familiares e sociedade civil protagonizaram a luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil; 2013).

Por muito tempo, os serviços nada tinham de comunitários, terapêuticos ou participativos. O modelo até então adotado era manicomial, asilar e tem sido substituído por serviços comunitários, que não preveem a continuidade de leitos em hospitais psiquiátricos e criação de novos manicômios. O movimento de reforma teve como influência a luta pelos direitos humanos e, foi impulsionado pelo combate à ditadura militar (Brasil; 2013).

A perspectiva contrária ao modelo pré-Reforma e adotada como referencial é a Reabilitação Psicossocial, que reflete mudanças no tratamento tanto de usuários

de saúde mental quanto de portadores de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Brasil; 2013).

Além da sanção da Lei n. 10.216 de 2001, os autores Onocko-Campos e Furtado (2006), apontam como marcos para a consolidação do novo modelo assistencial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a publicação da portaria n. 336 em 2002 (Brasil; 2002), a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Sistema Único de Saúde; 2002), e entre outros acontecimentos, a soma dos anos de experiência desses novos serviços.

Nascidas com a democratização, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica são marcos históricos de um Brasil que tem escolhido garantir aos seus cidadãos o direito à saúde (Brasil; 2013). A territorialização, enquanto estratégia das reformas sustenta a criação e reestruturação dos serviços de atenção à saúde mental de forma integrada, em rede. (Brasil; 2011).

A Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, regulamentada pela Portaria GM do Ministério da Saúde, n° 2.197, de 14 de outubro de 2004 (Brasil; 2004b), traz novas diretrizes para a assistência de pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas, reforçando a ideia de que as práticas devem estar alinhadas com as políticas de atenção vigentes, sendo seguidas por toda a União, considerando a multiplicidade dos níveis de organização das redes e a variação das características populacionais. Isso acompanha a perspectiva de consolidar uma rede substitutiva e comunitária, que tem sido expandida nos municípios, por intermédio da criação de novos CAPS e demais equipamentos que se integram, de modo a diversificar a oferta de serviços, fortalecendo a comunidade e "podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde" (Brasil; 2004a).

Em consonância às publicações oficiais do Ministério da Saúde no ano anterior, em 2005, reconhecendo novamente o problema do uso de drogas como complexo e com fins de estabelecer os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias para que fossem reduzidas a oferta e a demanda de drogas, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que buscou também propor ações de responsabilidade compartilhada, integradas entre políticas públicas e

descentralização de ações entre estados e municípios, com colaboração da sociedade com a comunidade científica. Para sua implantação, a seguir foi aprovada a Lei nº 11.343/2006, que alterou de forma inovadora as penas para uso e porte de drogas, diferenciando e reconhecendo a diferença (distinção baseada no tipo e quantidade da droga apreendida) entre usuários/dependentes e envolvidos no tráfico – sendo estes últimos, penalizados de forma menos branda. Dados recentes mostram que, entre 2007 e 2012, o número de apreensões que resultaram em prisão por tráfico de drogas aumentou em 111% e que tal número representa mais de 25% de todos os presos brasileiros (Maximiano e Paiva; 2015).

A Lei nº 11.343/2006 também instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) através do Decreto nº 5.912/2006, onde a prescrição de medidas para a prevenção do uso indevido acompanhava as últimas evidências a respeito da atenção e reinserção social do indivíduo envolvido com o uso indevido de drogas, ou seja, passava a vigorar uma nova forma de olhar, com o oferecimento de oportunidade de reflexão e cuidado em relação a este consumo e não o encarceramento. A diferenciação entre usuário e traficante foi importante porque as medidas passam a ser de repressão quando envolve o tráfico, e assistenciais quando envolvem o usuário. Estas atualizações acompanharam a reestruturação do Conselho Nacional sobre drogas (CONAD) e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)[*], conforme ilustra a figura 1, que apresenta um esboço da estrutura do SISNAD. (SENAD; 2013).

É importante destacar que faz sentido que outras políticas públicas voltadas à Atenção Básica e estratégias menos específicas devem contemplar também as mesmas diretrizes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, uma vez que a integralidade da atenção só será efetiva se outras políticas setoriais também incentivarem medidas semelhantes, com o intuito de contemplar não só os serviços de saúde especializados. Sobretudo, a articulação intersetorial deve abranger também a política de assistência social.

[*] Apesar de as siglas permanecerem as mesmas, a Lei nº 11.754/2008 alterou os nomes de Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) pelo entendimento de que deveria se incluir também nesta alçada as drogas lícitas, como álcool, tabaco, entre outras.

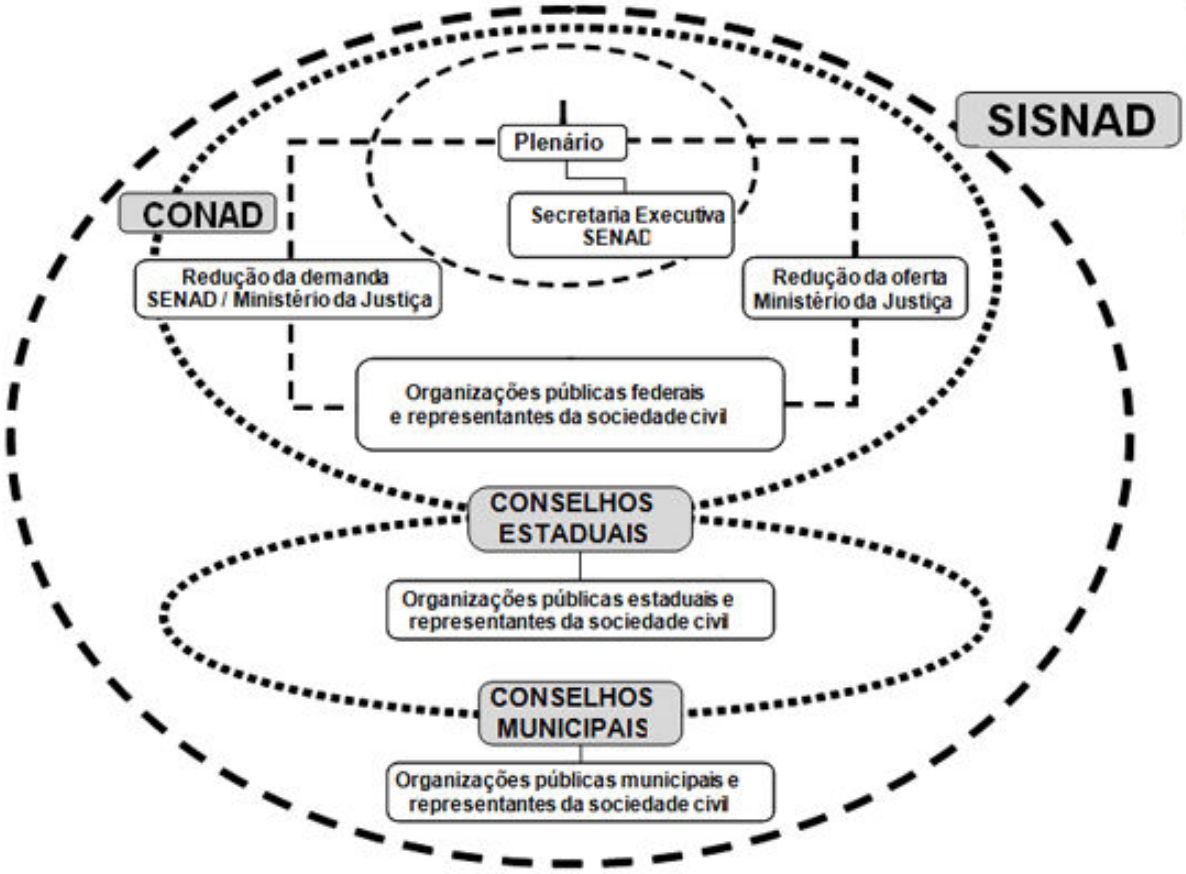

Figura 1 – Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e Legislação Brasileira sobre drogas. Duarte e Branco; 2006.

Somente em 2011, foi publicada a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS estrutura os pontos de atenção psicossocial à saúde, com componentes hierarquizados: 1) Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipes específicas para estas populações, com atuação intersetorial; 2) Atenção Psicossocial Especializada: CAPS, nas suas diferentes modalidades; 3) Atenção de Urgência e Emergência: serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), sala de estabilização, unidade de pronto atendimento (UPA) 24 horas, portas de hospitais gerais, prontos-socorros, UBS, entre outros; 4) Atenção Hospitalar: enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência especializada; 5) Estratégias de Desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) e propostas que visam Reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e

renda / empreendimentos solidários / cooperativas sociais, com articulação junto às redes de saúde e de economia solidária). (Brasil; 2011).

O dispositivo ordenador do cuidado na RAPS e que mais tem interlocução com o usuário é o CAPS. Este serviço oferece atendimento integral, diário e de forma a planejar a terapêutica dentro de uma perspectiva individualizada, de evolução contínua, de forma oposta ao modelo hospitalocêntrico. As intervenções têm como meta, entre outras, facilitar a inserção em práticas comunitárias, proporcionar espaço para repouso, bem como para desintoxicação ambulatorial, atender em equipe multiprofissional e seguir lógicas que visem à prevenção, como a Redução de Danos, para o caso de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad), objetos deste estudo. (Brasil; 2004b).

Integralidade, família e uso de drogas

Hartz e Silva (2005) reforçam que, conforme a RAPS se institui, os serviços devem trabalhar de forma intersetorial e integrada à Atenção Básica, ou seja, a Estratégia Saúde da Família, por exemplo, ou a UBS integral discutem os casos complexos da rede de forma conjunta e aplicando o princípio da Responsabilidade Compartilhada.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil; 2004a) evidencia o cuidado não só voltado para o usuário de AOD, mas também para o seu contexto familiar, sem limitar o cuidado a apenas mudanças comportamentais e sim como parte de grandes ações na rede e no território, inclusive qualificando a demanda, e aumentando as possibilidades de enfrentamento ao problema, reforçando a autonomia dos usuários e familiares, valorizando a rede de suporte social. O vínculo familiar com o usuário se constitui como fator de proteção importante e essencial no tratamento, sendo relacionado ao domínio das relações interpessoais e ao suporte de apoio (Brasil; 2004a).

A família e toda a sua complexidade, são objetos de cuidado na atenção psicossocial e devem integrar o tratamento, a recuperação e todo o processo de reabilitação psicossocial, tendo suas necessidades acolhidas e o seu papel no

cuidado considerado, de forma essencial, em especial no processo de corresponsabilização (Mielke et al.; 2010).

Nas propostas de reorientação do modelo assistencial em saúde mental do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Sistema Único de Saúde; 2002) inclusive, há clara indicação quanto à valorização da colaboração da família do usuário, sendo uma das dez recomendações a serem seguidas. O relatório define que o serviço substitutivo ao modelo asilar-manicomial deve ser "[...] *capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização*", bem como, estabelecer como uma das prioridades, desenvolver ações de suporte à família e articulação com grupos organizados da comunidade. A Estratégia Saúde da Família também deve incorporar ações de saúde mental nesse sentido, trabalhando em rede e articulando atividades dos serviços e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais de saúde mental. A participação dos familiares na avaliação do tratamento em saúde mental tem sido mesmo muito recomendada pela literatura, segundo Bandeira, Lima e Barroso (2014) e também fomentada no Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo (World Health Organization; 2001).

De acordo com Silva e Micheli (2015), a configuração e o conceito de família têm se modificado nas últimas décadas, acompanhando a globalização, o crescimento do capitalismo e a revolução tecnológica, com mudanças históricas e sociais nos papéis de gênero, na valorização da criança como um ser de direitos, na adoção de métodos anticoncepcionais como as pílulas femininas e nas relações de poder. Embora ainda haja "resquícios culturais" da sociedade patriarcal, da "supremacia masculina", há algumas mudanças significativas que permitem afirmar que há uma tendência para maior equilíbrio entre os gêneros. As mesmas autoras inferem que os desafios contemporâneos atuais aumentaram o nível de estresse entre membros de uma família, repercutindo nos vínculos e se associando ao consumo de drogas – o que pode repercutir na dependência química, em mudanças drásticas ou não de padrões de humor, funcionamento psíquico e relacional, de sono, de saúde física e possivelmente, violência intra e interfamiliar. No bojo familiar, na convivência, processos como o envolvimento afetivo, a qualidade da expressão e comunicação, o aprendizado sobre limites, a isenção de culpa e discernimento

quanto às tarefas e papéis de pais e filhos estão relacionados às situações de proteção e vulnerabilidades, incluindo às drogas (Silva, Micheli; 2015).

Schenker e Minayo (2004) abordam em revisão de literatura que, normalmente, usuários de drogas não têm ou nunca tiveram uma família e têm grande dificuldade na regulação das relações e dos afetos. Intervenções e abordagens psicoterápicas que utilizam como base a família têm demonstrado efetividade no engajamento, na adesão e no resultado em comparação às intervenções individuais. (Meyers et al.; 2002 apud. Schenker e Minayo; 2004). Nesta visão, a família é vista como um sistema ativo, participante e responsável na construção de cuidado de forma compartilhada.

A família representa grande influência na inserção dos seus membros na cultura, na reação às ofertas de novos consumos e interesses (como as drogas) e suas relações servem como fator de proteção para toda a vida, assim como influência para a geração e transmissão de comportamentos, por exemplo, no caso do alcoolismo, que gera padrões destrutivos no funcionamento familiar e que essa disfunção pode culminar na repetição de padrões violentos e de atitudes que aumentam a vulnerabilidade (Schenker, Minayo; 2005). A desfiliação, conceito que denomina uma desqualificação, dissociação e invalidação social nos papéis familiares desempenhados, é um processo no qual as famílias comumente mais desfavorecidas socialmente (e de fatores de proteção) acabam por não desempenhar seus papéis de proteção e apoio aos indivíduos. Ainda por serem culpabilizadas e consideradas incapazes, não funcionam como modelos de identificação positiva na prática de comportamentos saudáveis e busca de condições contextuais e situacionais favorecedoras de qualidade de vida, como estudo, emprego, saúde, inclusão social. Estes processos são interdependentes e se associam ao abuso de drogas, à falta de autoridade e de envolvimento afetivo de pais num ciclo contínuo que pode levar à marginalidade e exclusão social. Os dados apresentados sugerem que os programas tanto de tratamento quanto de prevenção do uso de drogas também devem envolver orientações às famílias, valorizando as suas competências (Silva, Micheli; 2015).

Avaliação em Saúde

O Ministério da Saúde tem investido em metodologias que possam avaliar os CAPS, no sentido de reforçar sua importância e fortalecer seu funcionamento. Permanecem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a populações específicas, como usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas (BRASIL; 2012).

De acordo com Tanaka e Melo (2004), avaliar significa "expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos". Os autores ainda afirmam que a avaliação faz emitir um "juízo de valor", sendo um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão.

Sendo assim, 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, seu funcionamento e sua finalidade. Um processo avaliativo pode servir como uma prestação de contas para a sociedade, bem como desvelar as fragilidades e potencialidades que podem ser trabalhadas, trazendo ganhos por uma reflexão crítica também para os serviços e os gestores. Buscar a qualidade de serviços ainda novos também envolve a sua avaliação em diversas dimensões.

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

Na visão de Novaes (2000), é possível identificar três grandes tipos de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão, onde, respectivamente, se diferenciam os objetivos de obter conhecimento sobre o que se deseja avaliar, tomar uma decisão ou promover bases para aprimoramentos no que se está avaliando. As principais questões que norteiam a pesquisa avaliativa buscam identificar o impacto das ações avaliadas e o estabelecimento de nexos entre ações e resultados que podem ser observados e mensurados na realidade (indivíduos, populações, práticas, ambiente, entre outros). Observam-se diferentes

referenciais teóricos e metodológicos, no entanto, que validam processos de condução de uma pesquisa avaliativa.

Já a visão de Contandriopoulos e colaboradores (1997), elenca dois grupos para a tipologia na avaliação em saúde, a avaliação normativa – que apoia-se em normas e critérios e/ou padrões já estabelecidos, para definir os efeitos de uma intervenção relacionando o respeito a estes e considerando a abordagem sistêmica proposta por Donabedian e sistematizada na tríade estrutura-processo-resultado; e a pesquisa avaliativa - com uma perspectiva analítica, relacionamento os problemas, as intervenções, os seus objetivos, recursos, atividades, efeitos, contexto em que está inserida – nesta última, o autor ainda apresenta mais seis tipos para classificação: análise estratégica, análise lógica, análise de produtividade, análise do rendimento, análise de efeitos, análise de implantação. Portanto, o julgamento de valor, ou avaliação, pode ser resultado da aplicação de critérios e normas já pré-estabelecidos (avaliação normativa) ou ser uma demanda científica, enquanto pesquisa (pesquisa avaliativa). A diferença entre estes tipos se traduz principalmente pelo autor da avaliação. Normalmente, a realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa ou serviço (avaliadores internos e *stakeholders*), apresenta bastante relação com políticas, normas, critérios e efeitos da intervenção. A pesquisa avaliativa, formato deste estudo, utiliza-se de métodos científicos e pode analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, o efeito, o rendimento, as relações existentes entre a intervenção, os efeitos e o contexto (Figueiró, Frias, Navarro; 2010, Contandriopoulos et al.; 1997).

A avaliação da qualidade de serviços considera atributos para defini-la como tal e há pequenas diferenças entre autores da área de gestão, que incorporam mais alguns após o marco teórico de Donabedian. Este autor desenvolveu os pressupostos conceituais da avaliação de qualidade e denomina grandes atributos como os sete pilares da qualidade, são eles: efetividade, eficiência, eficácia, aceitabilidade, equidade, legitimidade e otimização (Donabedian; 1990).

> [...] a utilização da avaliação em políticas públicas, com a função de aproximá-las da lógica e da racionalidade do mercado, é uma escolha deliberada, iluminada por uma concepção de mundo, que vê na competição permanente entre os atores sociais, pessoas e organizações, julgados segundo a competência e o mérito, uma forma de construir-se qualidade e eficiência (p. 14). (Campos; 2011).

A prática de avaliação é ainda incipiente no sistema de saúde brasileiro e disseminar a sua cultura qualifica as ações dos tomadores de decisão, produzindo mudanças pautadas em evidências nos processos de gestão e planejamento (Felisberto, Alves, Bezerra; 2010, Contandriopoulos; 2006).

A avaliação da qualidade nessa área parece ser conduzida por características peculiares, quando comparadas às demais áreas de saúde. A avaliação de extensão de cobertura, números de consultas, internações e procedimentos laboratoriais, por si só, não parece satisfazer critérios de boa qualidade em Saúde Mental. Todos os aspectos objetivos e materiais, mais do que em outras áreas, são perpassados pela intersubjetividade das relações entre usuários e trabalhadores, enfim, de todos os envolvidos nesse processo de trabalho, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliação em serviços de saúde (Furtado, Onocko Campos; 2008).

Localizar nos referenciais teóricos os atributos a serem avaliados para compreender um estudo avaliativo, exige também conceituar alguns termos, os quais Alves e colaboradores (2010) ajudam a expor:

- Critérios: atributos, aspectos ou componentes da estrutura, processo ou resultado, utilizado para mensurar um componente ou programa. É importante que sejam definidos tanto na construção quanto na avaliação de um programa, para delimitar o que se pretender avaliar. Na literatura, alguns autores não fazem distinção entre critérios e indicadores, tratando-os como características ou variáveis a serem observadas, que são traduzidas em termos quantificáveis;
- Indicadores: podem ser definidos como medidas ou fatores quantitativos ou qualitativos, que podem ser empiricamente conectados aos critérios, descrevendo e traduzindo um conceito que se aproxima do fenômeno, indicando expectativas de serem atingidos.
- Parâmetros ou padrões: são valores de referências ideais para mensurar um fenômeno ou objeto.

Na avaliação em saúde, a literatura recomenda a adoção de um modelo lógico, que é uma ferramenta visual gráfica que expõe o funcionamento do objeto

que se pretende avaliar e fornece uma base objetiva da relação causal entre os seus elementos e suas articulações (Samico et al.; 2010).

Michel Perreault, em prefácio (Bandeira, Lima, Barroso; 2014), fala sobre a importância de utilizar escalas já validadas como instrumentos de medida na avaliação de serviço, para representarem verdadeiros indicadores de qualidade com propriedades psicométricas estabelecidas (validade convergente e discriminante, fidedignidade e validade de construto). Nesta mesma referência, os autores destacam que a perspectiva dos familiares traz benefícios para a pesquisa avaliativa porque, entre outros motivos, trabalhos anteriores (Bandeira et.; 2010, 2011b) têm demonstrado que a participação dos familiares no tratamento e avaliação, e a consideração de suas opiniões são preditores da satisfação com o serviço. Há também o fato de que a perspectiva do familiar tangencia o olhar do profissional sobre o tratamento ofertado e seus resultados, trazendo informações complementares importantes.

Avaliação em serviços de Saúde Mental

Diversos pesquisadores têm se comprometido a buscar estudar a qualidade da atenção em saúde mental, e destaca-se um grande projeto avaliativo denominado CAPSUL, trabalhou com CAPS da região sul do Brasil em abordagens quantitativas e qualitativas, e das perspectivas de profissionais, coordenadores de serviços, usuários e seus familiares (Kantorski et al.; 2009).

As abordagens metodológicas empregadas nas várias fases desse projeto puderam identificar e explanar diferentes dimensões do objeto de avaliação, o cuidar em um serviço de saúde mental comunitário, o CAPS. As marcantes mudanças no modelo de atenção demonstram que os serviços também têm sido conhecidos e devem ser considerados aceitáveis e com legitimidade de sua oferta de cuidado.

Bandeira et al. (2014) reforçam a importância de avaliar serviços e programas implantados recentemente, chamando a atenção para a articulação com os atributos de qualidade propostos por Donabedian, utilizando medidas específicas de avaliação de resultados, ou seja, avaliar a eficácia, e também de medidas globais de resultados - avaliar a efetividade. Cabe ressaltar que no cuidado em saúde mental,

as autoras elencam alguns tópicos de estudos avaliativos que podem, didaticamente, ser inseridos nas três dimensões, sendo: estrutura – condições físicas, conforto, organização dos serviços, adequação com os objetivos propostos, recursos humanos e materiais; processo – atividades terapêuticas, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa, atividades de supervisão, grupos familiares, visitas domiciliares, acompanhamento de usuários e da comunidade, ações de integração intersetorial e de reabilitação psicossocial; e por fim, resultados – estudos sobre os efeitos do tratamento e seu impacto na saúde e vida dos usuários e familiares – inclusive os efeitos indiretos na sobrecarga familiar, e ainda os efeitos de melhoria na reinserção social.

Ações que vão além das citadas ainda podem ser avaliadas quando se inclui outros atores na pesquisa, como os trabalhadores dos serviços.

Satisfação

A escala Satis-BR é validada para o uso em duas versões, para usuários e familiares por Bandeira et al. (2002) e é composta por 44 questões, com dados socioeconômicos, questões quantitativas e qualitativas e divididos em três fatores. Quanto maior é a média dos escores obtidos escala Satis-BR, maior é o grau de satisfação do familiar.

O primeiro item avalia a satisfação nos aspectos: competência da equipe e do terapeuta principal, capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos profissionais da equipe a respeito dos problemas apresentados. O segundo, sobre a ajuda recebida no serviço, qualidade da acolhida dos profissionais, o respeito e a dignidade da equipe ao relacionar-se com o paciente. E o terceiro, com relação à estrutura e condições físicas do serviço de saúde.

Mudança percebida

A EMP foi validada a partir da escala original desenvolvida no Canadá, *Perceived Improvement Questionnaire* ou PIQ (Perreault et al.; 2010).

Andrade e Bonadiman (2014) afirmam que a EMP é o único instrumento encontrado na literatura para avaliar a percepção de mudança pelos familiares, como resultado do tratamento em serviço de saúde mental, e que este instrumento, por ser multifatorial e multidimensional, avalia mudanças em diferentes aspectos da vida, sendo 18 itens subdivididos em quatro subescalas e um 19º item de percepção geral. A EMP, na 1ª subescala, foca nas atividades e saúde física, na segunda, em aspectos psicológicos e do sono, e na terceira, em relacionamentos e estabilidade emocional.

1.1 JUSTIFICATIVA

Transtornos mentais associados ao uso de álcool e outras drogas vêm se agravando, refletindo na criação de modelos mais específicos de políticas, como o desenho da RAPS. Enquanto as respostas institucionais parecem ser insuficientes para os problemas existentes, e há muitas opiniões populares e profissionais divergentes, a rede de cuidados primários e intermediários inseridos na comunidade é nova e, por vezes, pode não ser funcional. Além disso, há ainda dilemas sobre medidas como a internação compulsória, a oferta de leitos psiquiátricos para internação, questionamentos de atores da assistência sobre os próprios leitos de CAPSad III e há as chamadas comunidades terapêuticas, serviços que não são equipamentos de saúde propriamente ditos, mas servem como locais de tratamento, utilizando múltiplas abordagens, podendo ser religiosas, segregativas, proibitivas e até mesmo lucrativas.

O controle social, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), relaciona-se com a transparência das ofertas nos serviços de saúde, com o acesso a informações sobre os serviços, sendo que estas podem favorecer a ampliação da capacidade de exercer direitos de cidadania, como requerer serviços de melhor qualidade, acompanha-los e conhece-los.

Considerando que, na literatura científica brasileira, existem ainda poucos estudos avaliativos dos CAPSad II e III, a realização deste estudo e de outros complementares se faz necessária, pela premência de olhar para as novas modalidades de serviços em saúde mental, a fim de monitorar e analisar as ações

terapêuticas desenvolvidas. Sobre os estudos anteriores, pretende-se fazer discussão com os achados, a fim de verificar as similaridades (Barbosa, 2013; Pinho, 2014; Tarifa, 2014; Gonçalves, 2016).

O tema da avaliação dos serviços de saúde mental nas perspectivas da satisfação e mudança percebida, em especial dos familiares, é escasso na literatura científica, tanto nacional quanto internacional. A satisfação dos cuidadores é importante indicador de qualidade e serviços além de essencial para planejamento e avaliação de serviços pela gestão em saúde (Bandeira, Lima, Barroso; 2014). Portanto, o presente estudo tem relevância pela proposta de contribuir como pesquisa avaliativa e discussão dos achados relacionados aos indicadores de qualidade de cuidado e de serviços.

As questões avaliativas desta pesquisa são: As práticas assistenciais desenvolvidas pelos CAPSad do município São Paulo, capital (SP) têm sido efetivas para a melhora percebida dos usuários aos olhos dos seus familiares, levando-se em conta a redução de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas pelo usuário? Essa melhora percebida pelos familiares é fator preditivo para satisfação relacionada ao serviço?

Tem-se como hipóteses:

Há associação entre variáveis sociodemográficas (idade, gênero, situação socioeconômica, etc) e variáveis relacionadas à família (número de pessoas, renda, características do cuidado prestado ao usuário, etc) com a satisfação dos familiares acerca do tratamento recebido pelos usuários do CAPSad;

Há associação entre variáveis sociodemográficas (idade, gênero, situação socioeconômica, etc) e variáveis relacionadas à família (número de pessoas, renda, características do cuidado prestado ao usuário, etc.) com a mudança percebida pelos familiares dos usuários do CAPSad.

De forma geral, buscam-se fatores individuais associados a melhores níveis de satisfação e mudança percebida por parte dos familiares para que seja possível avaliar as práticas preditivas de melhores resultados pelos CAPSad.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Avaliar, em uma amostra de CAPSad do município de São Paulo, a satisfação de familiares com os serviços e a mudança percebida pelos familiares de usuários dos serviços, com relação à assistência recebida pelos usuários e as variáveis correlacionadas.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever características de familiares dos usuários dos CAPSad do município de São Paulo, assim como mensurar a satisfação desses familiares com o serviço e a mudança percebida pelos familiares no que se refere à assistência recebida pelos usuários, por meio das escalas Satis-BR e Escala de Mudança Percebida (EMP);
b) Avaliar a correlação de variáveis sociodemográficas em relação à mudança percebida pelos familiares no que se refere à assistência recebida por usuários dos CAPSad em estudo;
c) Avaliar a correlação da mudança percebida e das variáveis sociodemográficas com relação à satisfação de familiares dos usuários dos CAPSad em estudo.

MÉTODO

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa transversal, que utiliza abordagem quantitativa, métodos descritivos e exploratórios. Este estudo integra o projeto matricial intitulado *Construção de Políticas Participativas em Álcool e Outras Drogas*[*], com o objetivo de avaliar os CAPSad dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá, por meio da análise da estrutura, do processo e do resultado das ações desenvolvidas, com realização de entrevistas com coordenadores de serviço, profissionais da equipe, usuários do serviço e familiares dos usuários do serviço, pelos membros do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas (GEAD).

O estudo adota o referencial teórico de Donabedian, e atribui três dimensões à qualidade: o conhecimento técnico-científico, relações interpessoais e a dimensão ambiental (Donabedian; 1978). O modelo de avaliação foca, no projeto matricial, os seguintes planos:

1. Organizacional: pela necessidade de consideração das políticas públicas existentes e seguidas pelos CAPSad. São consideradas as relações e a articulação dos CAPSad com os serviços de referência e contra referência na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); registro de atendimentos em prontuários; normas e atividades padronizadas; processo de implantação dos serviços por meio do Projeto Terapêutico Institucional (PTI) e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário (inclusive, se foram construídos e são implementados).
2. Utilização do serviço: são avaliados a estrutura e o processo de trabalho, necessários para as práticas assistenciais dos CAPSad.
3. Estrutura: é avaliada a estrutura física; recursos materiais; recursos humanos e recursos técnicos, além de oferta de alimentação e medicamentos.
4. Processo de trabalho: avaliado em razão à adequação dos CAPSad no território, das práticas assistenciais; da frequência das atividades; da realização de assembleias; da satisfação dos trabalhadores de saúde; do perfil sociodemográfico e econômico dos trabalhadores e das condições de

[*] A pesquisa *Construção de Políticas Participativas em Álcool e Outras Drogas* vem sendo realizada desde 2012, pelo Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas (GEAD).

trabalho.

Os pesquisadores do GEAD consideram que é possível a realização das seguintes práticas assistenciais nos CAPSad: tratamento psicofarmacológico; visitas domiciliárias 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; prática de oficinas terapêuticas e de geração de renda.

Na avaliação dos resultados, espera-se que ocorra com as práticas assistenciais a redução dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, pela via da redução de danos ou abstinência, além de diminuição no número de internações. Em longo prazo, espera-se que ocorram mudanças na percepção dos usuários e familiares de usuários em relação ao padrão de qualidade da assistência de saúde ao usuário.

A amostra deste estudo compreende 12 CAPSad do município de São Paulo e analisa a satisfação dos familiares com o serviço e a mudança percebida pelos mesmos sujeitos, durante o tratamento dos usuários.

3.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de Avaliação dos CAPSad do Estado de São Paulo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e aprovado com o nº. 1.001/2011. Os pareceres de aprovação dos Comitês de Ética da EEUSP e da Secretaria Municipal de Saúde encontram-se nos Anexos A e B deste trabalho.

Antes da coleta de dados, os seguintes procedimentos também foram cumpridos:

1. O secretário de saúde do município recebeu uma carta-explicativa* sobre o

* Carta explicativa – contendo título da pesquisa; objetivos; relevância para a execução; isenção de ônus financeiro ou sanções a quem não desejar ou desistir de participar.

estudo, com uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo Coordenador Estadual de Saúde Mental.

2. Os coordenadores, membros das equipes técnicas dos CAPSad, usuários e familiares dos usuários do serviço foram informados sobre a realização da pesquisa, sendo-lhes entregue uma carta-explicativa e todos os que desejassem participar do estudo assinaram, igualmente, os TCLE.

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

A coleta de dados teve início após a obtenção dos TCLE assinados pelos interessados em participar do estudo. Parte das entrevistas foi realizada por telefone, mediante autorização dos entrevistados, com consentimento verbal gravado, após leitura dos termos do TCLE e esclarecimento de dúvidas sobre os objetivos do estudo.

A carta-convite para participação na pesquisa e o TCLE encontram-se nos Apêndices A e B deste trabalho.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A população estimada do município de São Paulo ultrapassa 11 milhões de pessoas. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo; 2015a), há quantidade populacional semelhante entre as sub-regiões, conforme mostra a Tabela 1.

O estudo foi desenvolvido com base em dados coletados de 12 CAPSad do município de São Paulo. A escolha destes locais estava condicionada à disponibilidade dos pesquisadores do GEAD para coordenação de cada campo de coleta de dados para a pesquisa.

Em cada campo, foi utilizado um tempo variável dispensando ao processo de coleta, que foi de até seis meses.

Tabela 1 – População das regiões do município de São Paulo. São Paulo; 2015a.

População do Município de São Paulo - Período: 2015
População por Sexo segundo Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)

CRS/Subprefeitura	Masculino	Feminino	Total
CRS Sudeste	1.259.727	1.426.300	2.686.027
CRS Sul	1.288.890	1.396.091	2.684.981
CRS Centro	211.949	236.616	448.565
CRS Leste	1.175.385	1.266.230	2.441.615
CRS Norte	1.072.993	1.192.511	2.265.504
CRS Oeste	491.107	563.999	1.055.106
TOTAL	5.500.051	6.081.747	11.581.798

3.3 AMOSTRA

O cálculo da amostragem foi realizado com base nos dados do estudo piloto do projeto matricial anteriormente citado, já realizado. Os domínios da escala de satisfação Satis-BR variam de 1 a 5. Neste cálculo, o desvio padrão mais alto dos domínios do questionário Satis-BR foi de 0,8. Assim, para estimativa da média de satisfação da avaliação dos serviços dos CAPSad estimou-se uma amostra de 30 usuários por serviço, para um intervalo de confiança de 95% com precisão de 0,04, para mais ou menos.

De uma listagem do total de cadastros ativos, foi feita um sorteio, para amostragem do tipo simples e aleatória, pelo programa Stat-Trek, de 30 usuários.

O número de familiares participantes é igual ao de usuários e selecionados por indicação do usuário entrevistado. Estima-se na fase anterior à coleta de dados, uma perda de 20% dos familiares, portanto, seis familiares por serviço, o que proporcionaria uma precisão mínima de 0,045 na média dos domínios de satisfação.

3.4 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Como critérios de inclusão para os usuários dos CAPSad, no caso do estudo matricial, estabeleceu-se: indivíduos com idades acima de 18 anos; cadastro ativo e participação nas atividades dos CAPSad há no mínimo seis meses e; serem portadores de transtornos mentais decorrentes do uso e da dependência ao álcool e outras drogas.

Para a amostragem dos familiares, cada usuário entrevistado indicou um familiar ou pessoa próxima de seu círculo, mesmo que não houvesse parentesco propriamente dito.

3.5 ESTUDO PILOTO

Entre os meses de setembro e novembro de 2012, os pesquisadores do GEAD realizaram um estudo piloto no CAPSad II Vila Madalena, na região oeste de São Paulo (Supervisão Técnica Lapa-Pinheiros, da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste), para testar os instrumentos do estudo de Avaliação de CAPSad no Estado de São Paulo e calcular a amostra. O estudo piloto foi realizado com o coordenador, os trabalhadores, os usuários, os prontuários dos usuários e os familiares dos usuários, aplicando-se todos os instrumentos. Isto foi importante para treinar os pesquisadores para a coleta de dados. Com os resultados, elaborou-se um relatório para apresentação e discussão das dificuldades encontradas, com discussão com todo o grupo de pesquisa (GEAD).

Embora o estudo tenha optado por utilizar os instrumentos propostos pelo Projeto AVALIA CAPS da região Sul do Brasil (Kantorski et al.; 2006), tais instrumentos não apresentaram especificidade para aplicação em CAPSad, sendo necessária uma adaptação, que foi realizada, incluindo as perguntas referentes a escalas validadas. O instrumento de coleta de dados desenvolvido pelo GEAD, o qual contém perguntas derivadas das escalas mencionadas encontra-se ao fim deste projeto de pesquisa, no Apêndice C.

O CAPSad II Vila Madalena foi desconsiderado para a coleta de dados da pesquisa, uma vez que a população utilizada no pré-teste não deve ser incluída na pesquisa, para evitar interferência nos resultados (Marconi, Lakatos; 2003).

3.6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para compor a equipe de entrevistadores do estudo do estado de São Paulo, os pesquisadores do GEAD contaram com a ajuda de estudantes de graduação e pós-graduação, preferencialmente de enfermagem, com o objetivo de estimular a cultura institucional de pesquisa na EEUSP. Sendo assim, como parte deste grande estudo, este projeto teve apoio, com seleção de estudantes para realizarem entrevistas com treinamento e suporte para dúvidas com o grupo de pesquisa e reuniões mensais. Após seleção, foi realizado o treinamento por meio de oficinas de sensibilização, ministradas pelos pesquisadores envolvidos no projeto, e com objetivo de selecionar e preparar esses estudantes para o trabalho de campo quantitativo.

3.7 COLETA DE DADOS

Após a anuência do coordenador de cada serviço e a assinatura do TCLE, foram agendadas as visitas em dias e horários que fossem mais convenientes ao funcionamento dos serviços.

Samico, Figueiró e Frias (2010, p. 19) demonstram em quadro de características das abordagens quantitativas e qualitativas em estudos de avaliação que a mesma informação deve ser coletada para todos os casos no mesmo formato e utilizando-se de instrumentos padronizados, com o observador sendo externo ao objeto de investigação.

Os instrumentos adaptados pelos pesquisadores após o estudo piloto foram previamente elaborados por autores de outro estudo (Bandeira et al.; 2002). Tais instrumentos foram construídos com base na Portaria n°. 336/2002 do Ministério da Saúde e por meio das Escalas de Satisfação (Satis-BR) (Bandeira, Pitta, Mercier;

2000), da Escala de Avaliação da Percepção de Mudança (EMP) (Silva et al.; 2012), e pela Escala de Atitudes frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista – EAFA (Vargas; 2005 e 2011) – sendo esta última utilizada no projeto piloto e em demais estudos derivados do projeto matricial

Após cinco tentativas de entrar em contato com o usuário e seu familiar, caso não se conseguisse agendar horário ou caso o usuário e/ou seu familiar não comparecesse por cinco vezes no horário agendado, haveria de ser considerada a "perda" da amostra. Foi realizada também a coleta de alguns dados referentes ao usuário de seu respectivo prontuário.

3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos aplicados foram digitados utilizando a Plataforma do Google Drive, codificados, em seguida, processados no software Microsoft Excel® 2010. O controle de qualidade foi realizado nos seguintes momentos:

- Na aplicação dos instrumentos de coleta, por meio da checagem de cada entrevistador ao final da entrevista; na revisão realizada pelos pesquisadores ao receber o questionário; na replicação de 5% das entrevistas realizadas e na correção da codificação;
- Na entrada de dados, por meio da dupla digitação, checagem e mapa de consistência.

Ao término de toda coleta de dados, foi realizada análise estatística com o Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows®.

Foi realizada análise descritiva dos dados, testes de médias e cálculos dos intervalos de confiança para cada uma das variáveis quantitativas. Com o objetivo de testar a hipótese de que os CAPS são bem avaliados pelos usuários e seus familiares, os pesquisadores utilizaram a escala Satis-BR e testaram as médias de respostas para cada um dos serviços.

Após tabulação do banco de dados, os serviços foram categorizados em uma escala de um a cinco, sendo cinco a melhor avaliação e um, a pior avaliação. Com o

objetivo de testar a hipótese de que os itens descritivos referentes à estrutura disponível para a realização das práticas assistenciais de cada CAPS (variáveis coletadas por meio de questionários aplicados ao coordenador) estão correlacionados aos melhores índices de avaliação, foi realizada uma regressão do tipo múltipla para verificar os determinantes de índices de melhor avaliação (Silva et al.; 2012). O modelo de regressão múltipla permite que sejam verificadas individualmente quais as variáveis associadas com maiores níveis de satisfação e mudança percebida. Depois de realizada esta análise, denominada univariada, as variáveis com associação com valor de $p>0,3$ foram inseridas em um modelo múltiplo de regressão linear, onde foi possível determinar quais variáveis permaneceram estatisticamente significantes mesmo quando controladas umas pelas outras (Gujarati; 2006).

As variáveis dependentes foram:

- *satisfação global* com o serviço de saúde, ou seja, o cálculo de média da Escala Satis-BR,
- *mudança percebida* no usuários após início do tratamento no CAPSad, sob o ponto de vista de seus familiares, obtida pelo cálculo de média da EMP.

As variáveis independentes foram:

- Vínculo familiar: pai, mãe, irmão, cônjuge ou outro;
- Sexo: masculino ou feminino;
- Raça/Cor: brancos, amarelos, negros e pardos;
- Escolaridade: variável ordinal, que identifica nível de escolaridade entre 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 e pós-graduação incompleta;
- Situação conjugal: sem companheiro (solteiro, separado, divorciado, viúvo) ou com companheiro (casado ou vivendo com alguém como se estivesse casado);
- Renda individual e renda familiar: quantificação, de forma a categorizar entre até dois salários mínimos, entre dois a quatro salários mínimos, entre quatro a

10 salários mínimos, entre 10 a 20 salários mínimos e acima de 20 salários mínimos;

- Com quem vive: se sozinho ou com alguém;
- Único responsável pelo cuidado do usuário: variável dicotômica que define se este papel é compartilhado ou assumido somente por uma pessoa;
- Idade: em anos;
- Número de pessoas da família que são usuárias do CAPS: variável discreta, que define a quantidade de membros familiares que também estão em tratamento no CAPS.

3.9 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os formulários que contêm muitas perguntas estruturadas, com alternativas de resposta do tipo Likert, podem influenciar as respostas do entrevistado, devido ao excesso de informação e possível demora no tempo para aplicação do questionário (Samico, Figueiró e Frias; 2010). Por outro lado, o uso de escala Likert para mensurar concordância ou satisfação traz maiores chances de traduzir com especificidade a opinião do entrevistado quanto à satisfação.

3.10 DISSEMINAÇÃO E AVALIAÇÃO

Os instrumentos adaptados para esta pesquisa estão disponíveis para outros pesquisadores e instituições de ensino e pesquisa que manifestarem interesse pelos mesmos.

Os resultados serão publicados em periódicos nacionais e internacionais, e divulgados em eventos científicos, nacionais e internacionais, contribuindo para a construção de referencial para a área de avaliação de serviços de saúde mental.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Em análise descritiva dos dados, será caracterizada a amostra de 209 familiares (n). Estes sujeitos entrevistados eram, em sua maioria, do sexo feminino e tinham entre 18 e 89 anos de idade, média de 53,21 anos (desvio-padrão: 14,929) e o intervalo de confiança de 95% foi entre 51,17 e 55,25. Em sua maioria, o parentesco com o usuário era bastante próximo, sendo que as mães dos familiares representam a categoria mais frequente – 42,6%. Em relação à raça/cor, a maior parte dos entrevistados declarou-se branca (57,4%), seguida por pardos (32,1%) e pretos (10,5%), sendo então 42,6% de negros.

O pressuposto da normalidade das variáveis dependentes, mudança percebida e satisfação, foi testado por meio da análise dos gráficos QQ plot do SPSS 20. Verificou-se, como pode ser visualizado nas figuras 2 e 3, que as variáveis têm distribuição aproximadamente normal. Além disso, observou-se que as médias e medianas dos escores dos familiares para ambas as escalas possuem valor aproximado (EMP Global: Média = 2,555024 e mediana = 2,666667, SATIS média 4,145136 e mediana = 4,333333), o que também é uma demonstração da distribuição normal das variáveis.

As variáveis dependentes “Mudança Percebida” e “Satisfação” apresentam-se conforme tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Estatística descritiva dos escores dos fatores e escalas globais que compõe os instrumentos “Escala de Mudança Percebida” e “Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental”, Brasil (São Paulo); 2016. (n=209)

	Mediana	**Média**	**IC 95%**		**Desvio Padrão**	**Min**	**Max**
			Limite Inferior	**Limite Superior**			
FAT1EMP	2,400000	2,405742	2,330103	2,481380	,5546703	1,0000	3,0000
FAT2EMP	2,666667	2,566188	2,498847	2,633529	,4938238	1,0000	3,0000
FAT3EMP	2,400000	2,405742	2,330103	2,481380	,5546703	1,0000	3,0000
FAT4EMP	2,666667	2,566188	2,498847	2,633529	,4938238	1,0000	3,0000
*EMPGLOBAL**	*3,000000*	*2,555024*	*2,478821*	*2,631226*	*,5588044*	*1,0000*	*3,0000*
SATISFAT1	2,500000	2,495215	2,432144	2,558287	,4625141	1,0000	3,0000
SATISFAT2	2,611111	2,503987	2,443553	2,564421	,4431726	1,0000	3,0000
SATISFAT3	4,666667	4,366826	4,260930	4,472723	,7765562	1,3333	5,0000
*SATISGLOBAL***	*4,333333*	*4,145136*	*4,058054*	*4,232217*	*,6385824*	*2,0000*	*5,0000*

*Os fatores que compõem a EMP-Familiares Global são: 1) Ocupação, 2) Dimensão Psicológica, 3) Relacionamento, 4) Saúde Física.
** Os fatores que compõem a SATIS Global são: 1) Resultados do tratamento no serviço, 2) Acolhida e competência da equipe, 3) Privacidade e Confidencialidade do serviço.

As sub-escalas referentes ao 2º e 4º fatores da EMP, da dimensão psicológica e da saúde física, são as que apresentaram melhor pontuação atribuída na avaliação, com mediana de 2,66667 (esta pontuação varia entre 1 e 3). No caso da SATIS Global, o fator 3, privacidade e confidencialidade do serviço foi melhor avaliado, com mediana de 4,666667.

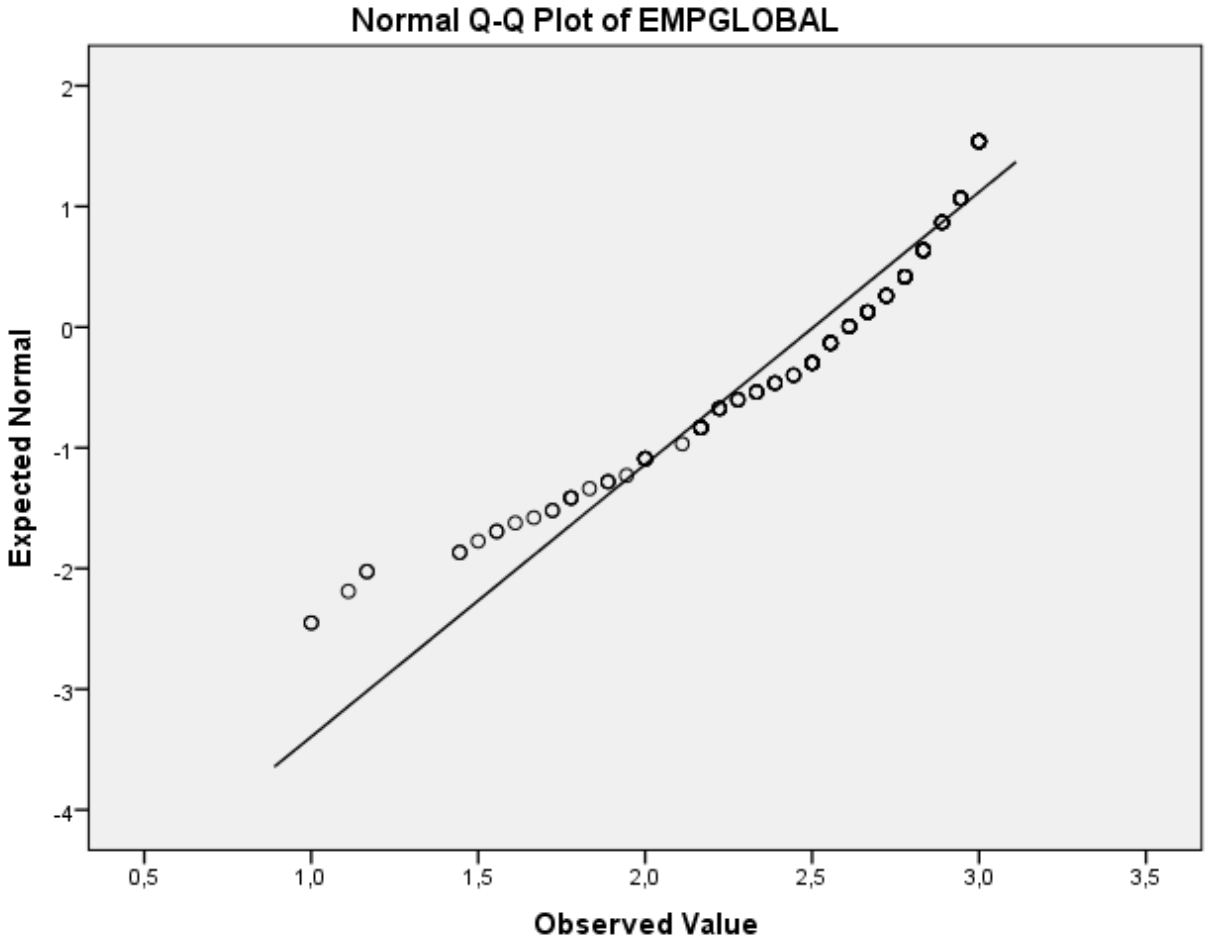

Figura 2 – Representação gráfica de distribuição normal da escala de mudança percebida global, Brasil (São Paulo) - 2016.

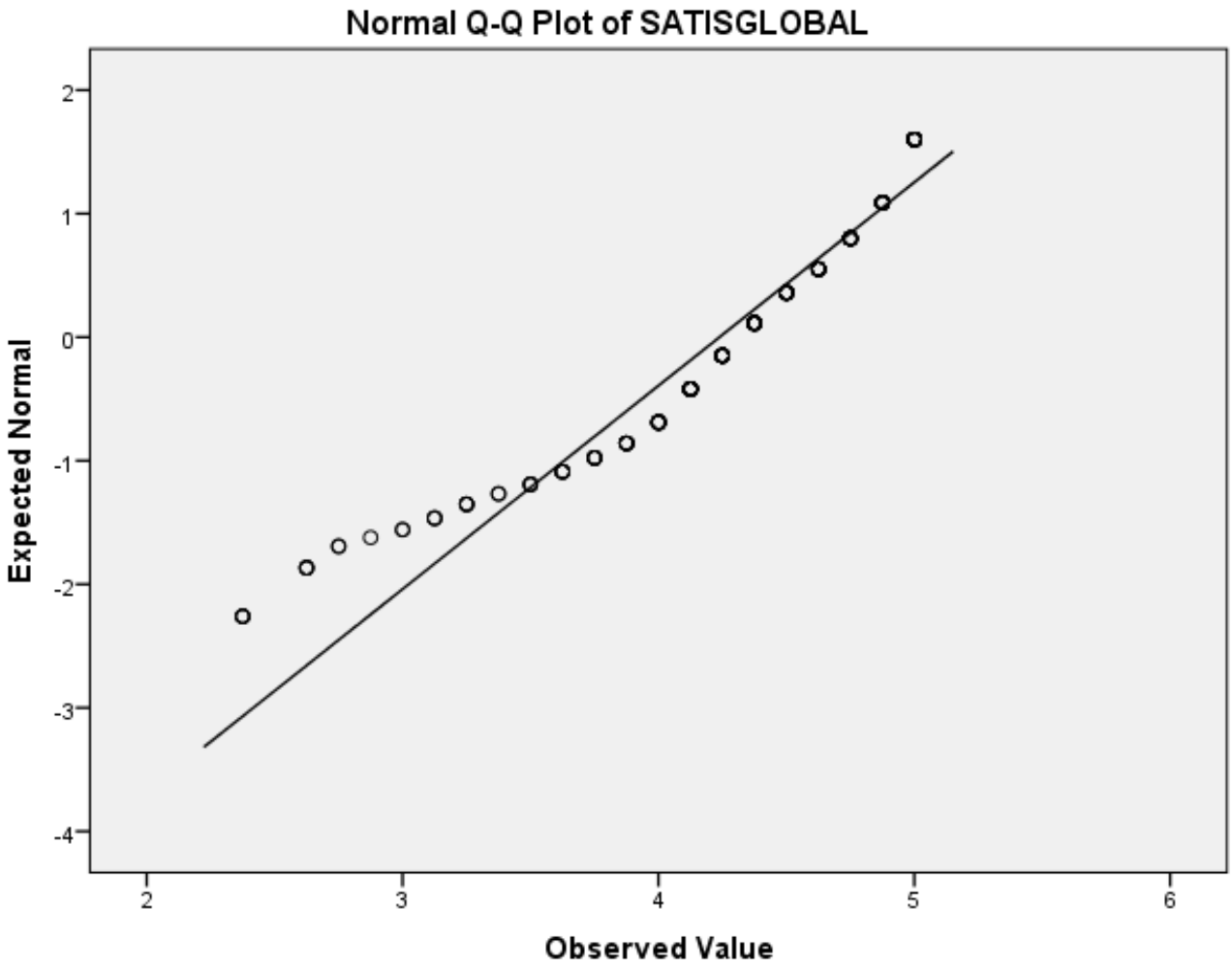

Figura 3 – Representação gráfica de distribuição normal da escala de satisfação global, Brasil (São Paulo) - 2016.

Os locais de estudo foram categorizados por regiões do município de São Paulo, agrupando-as 4 – norte, centro-oeste, leste, e sul e sudeste. O número de familiares por CAPSad está detalhado na tabela 3, a seguir:

Tabela 3 – Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas e a distribuição de sujeitos da pesquisa, Brasil (São Paulo); 2016.

Região	CAPS	Frequência	
		n	%
Região Norte	Cachoeirinha	21	10,0
	Pirituba	19	9,1
	Santana	19	9,1
	Total	***59***	***28,2***
Região Centro-Oeste	Centro	12	5,7
	Pinheiros	11	5,3
	Total	***23***	***11,0***
Região Leste	Ermelino Matarazzo	20	9,6
	São Miguel	23	11,0
	Total	***43***	***20,6***
Regiões Sul e Sudeste	Ipiranga/Vila Arapuá	19	9,1
	Jabaquara	13	6,2
	Sacomã	22	10,5
	Santo Amaro	12	5,7
	Vila Mariana	18	8,6
	Total	***65***	***31,0***
Total geral		**209**	**100,0**

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos entrevistados está representada nas tabelas a seguir, de números 4 e 5.

Tabela 4 – Caracterização das variáveis quantitativas da amostra do estudo, Brasil (São Paulo); 2016.

	Mediana	Média	IC 95%		Desvio-padrão	Mín	Máx
			Limite inferior	Limite superior			
Idade	55,00	53,21	51,17	55,25	14,929	18	89
Quantas pessoas moram na casa	3,00	3,55	3,33	3,76	1,572	1	10
Quantos são usuários de CAPSsad	1,00	1,07	1,02	1,11	0,318	1	4

Tabela 5 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas dos familiares entrevistados, conforme categorização, Brasil (São Paulo); 2016. (n=209)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Vínculo familiar/parentesco		
Mãe	89	42,6%
Pai	5	2,4%
Irmão	41	19,6%
Cônjuge	38	18,2%
Outro (tio/sobrinho)	22	10,5%
Filho	14	6,7%
Total	209	100,0%
Sexo		
Masculino	34	16,3%
Feminino	175	83,7%
Total	209	100,0%
Raça/Cor		
Brancos	120	57,4%
Pretos	22	10,5%
Pardos	67	32,1%
Total	209	100,0%
Situação conjugal		
Solteiro ou vive sem companheiro	37	17,7%
Casado ou vive com companheiro	96	45,9%
Divorciado	35	16,7%
Viúvo	41	19,6%
Total	209	100,0%
Escolaridade		
Sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto	65	31,1%
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	56	26,8%
Ensino médio completo ou curso técnico completo	53	25,4%
Nível superior completo ou incompleto	35	16,7%
Total	209	100,0%
Renda Familiar no último mês		
Até 2 salários mínimos	106	50,7%
Entre 2 e 4 salários mínimos	65	31,1%
Acima de 4 salários mínimos	38	18,2%
Total	209	100,0%
Único cuidador responsável pelo usuário		
Sim	86	41,1%
Não	123	58,9%
Total	209	100,0%

4.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Observou-se criticamente os resultados das variáveis independentes, testando a sua significância quando inseridas, uma a uma, em modelos de

regressão linear univariados, para verificar se seriam, mais tarde, inseridas no modelo de regressão múltipla para análise inferencial.

4.2.1 Mudança percebida pelos familiares

No caso da mudança percebida, as seguintes variáveis tiveram indicação para o uso deste modelo, por apresentarem valor de p<=0,3: idade, quantidade de pessoas que moram na mesma casa, quantas pessoas também são usuárias de CAPSad, vínculo familiar ou parentesco, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, renda familiar no último mês e região dos CAPSad.

Tabela 6 – Análise univariada das variáveis independentes com a Escala de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo); 2016.

Variáveis independentes		Coeficientes não-padronizados			
		B	Desvio-Padrão	Sig.	r^2
Idade		-,005	,002	,010***	,032
Quantidade de pessoas que moram na casa		-,021	,020	,296*	,005
Quantidade de usuários de CAPSsad na família		,105	,097	,276*	,006
Vínculo familiar/ parentesco	Mãe	Categoria de referência			,060
	Pai	-,041	,200	,837	
	Irmão	,077	,082	,349	
	Cônjuge	,125	,084	,139*	
	Outro (tio/sobrinho)	,354	,104	,001***	
	Filho	,164	,125	,190*	
Sexo		,023	,083	,787	,000
Raça/Cor	Brancos	Categoria de referência			,008
	Pretos	,043	,103	,677	
	Pardos	,085	,068	,210*	
Situação conjugal	Solteiro ou vive sem companheiro	Categoria de referência			,025
	Casado ou vive com companheiro	-,104	,085	,225*	
	Divorciado	-,083	,104	,428	
	Viúvo	-,225	,100	,026**	

continua

continuação

Variáveis independentes		Coeficientes não-padronizados			
		B	Desvio-Padrão	Sig.	r^2
Escolaridade	Fundamental incompleto a ensino médio incompleto	-,011	,080	,887	,023
	Ensino médio completo ou técnico completo	,154	,082	,060*	
	Superior completo ou incompleto	,048	,093	,604	
Renda familiar no último mês	Entre 2 e 4 salários mínimos	,182	,069	,009***	,033
	Acima de 4 salários mínimos	,082	,083	,322	
Se é o único cuidador		-,042	,062	,506	,002
Região do CAPSad	Região Centro-Oeste	,088	,100	,381	,095
	Região Leste	-,226	,080	,005***	
	Região Norte	-,263	,072	,000***	

conclusão

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 indica que a variável pode ser incluída em análise por regressão múltipla.
** Significância p<=0,05.
*** Significância p<=0,01

Tabela 7 – Análise de Regressão Múltipla das variáveis independentes com a Escala Global de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo); 2016.

Variáveis Independentes		Coeficientes não-padronizados			r^2
		B	Std. Error	Sig.	
Idade		-,002	,003	,547	,116
Quantidade de pessoas que moram na casa		-,014	,021	,482	
Quantidade de usuários de CAPSsad na família		,158	,096	,101	
Vínculo familiar/ parentesco	Mãe	Categoria de referência			
	Pai	-,029	,201	,885	
	Irmão	,005	,091	,952	
	Cônjuge	,042	,094	,654	
	Outro (tio/sobrinho)	,276	,116	,018**	
	Filho	-,013	,152	,930	
Raça/Cor	Pretos	-,025	,102	,806	
	Pardos	,098	,070	,161	
Situação conjugal	Solteiro ou vive sem companheiro	Categoria de referência			
	Casado ou vive com companheiro	-,056	,097	,565	
	Divorciado	-,055	,112	,623	
	Viúvo	-,137	,121	,258	

continua

continuação

Variáveis Independentes		Coeficientes não-padronizados			r^2
		B	Std. Error	Sig.	
Escolaridade	Fundamental incompleto a ensino médio incompleto	-,045	,080	,580	
	Ensino médio completo ou técnico completo	,032	,092	,726	
	Superior completo ou incompleto	-,042	,112	,707	
Renda familiar	Entre 2 e 4 salários mínimos	,146	,070	,039**	
	Acima de 4 salários mínimos	-,008	,095	,930	
Região do CAPSad	Região Centro-Oeste	-,022	,109	,837	
	Região Leste	-,184	,084	,030**	
	Região Norte	-,292	,076	p<=0,001***	

conclusão

a. Variável dependente: Escala de Mudança Percebida Global
r^2 = 0,205
*Significância p<=0,30 indica que a variável pode ser incluída em análise por regressão múltipla.
** Significância p<=0,05 indica correlação entre as variáveis testadas.
*** Significância p<=0,01

Conforme mostram as tabelas 5 (modelos univariados) e 6 (modelo múltiplo), há significância na associação positiva entre o fato de ter um vínculo familiar/parentesco como tio ou sobrinho e com apresentar melhor percepção de mudança no usuário, comparado com a mãe, quando esta é a familiar entrevistada.

A renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos, está correlacionada a uma percepção mais negativa de mudança, em relação às pessoas que não têm renda declarada no último mês.

A localização do CAPSad, quando na zona leste ou norte, sendo que nesta última, o valor de p é <=0,01, também estão associadas a menor percepção de mudança quando comparadas à região Sul e Sudeste, categoria de comparação.

Observa-se o valor do R^2 ajustado de 11,6% neste modelo múltiplo, o que significa que o conjunto escolhido de variáveis para o modelo explica 11,6% da variação da Mudança Percebida dos familiares entrevistados.

4.2.2 Satisfação dos familiares

A Escala de Satisfação Global (SATIS) demonstrou significância para análise no modelo univariado nas seguintes variáveis: região e mudança percebida.

Tabela 8 – Análise univariada das variáveis independentes com a Escala de Satisfação Global, Brasil (São Paulo); 2016.

Variáveis		Coeficientes padronizados	t	Sig.	r^2 ajustado
		Beta			
Idade		-,008	-,118	,906	,000
Quantidade de pessoas que moram na casa		-,036	-,519	,604	,001
Quantidade de usuários de CAPSsad na família		,075	1,089	,277	,006
Vínculo familiar/ parentesco	Mãe				,022
	Pai	-,060	-,858	,392	
	Irmão	-,011	-,146	,884	
	Cônjuge	,056	,745	,457	
	Outro (tio/sobrinho)	-,014	-,189	,850	
	Filho	,121	1,682	,094	
Raça/Cor	Sexo	-,125	-1,819	,070	,016
	Pretos	-,060	-,834	,405	,003
	Pardos	-,008	-,105	,916	
Situação conjugal	Casado ou vive com companheiro	-,074	-,763	,446	,010
	Divorciado	-,113	-1,282	,201	
	Viúvo	-,102	-1,124	,262	
Escolaridade	Fundamental incompleto a ensino médio incompleto	-,055	-,680	,497	,021
	Ensino médio completo ou técnico completo	,036	,452	,651	
	Superior completo ou incompleto	,119	1,526	,128	
Se é o único cuidador		,085	1,222	,223	,007

continua

continuação

Variáveis		Coeficientes padronizados Beta	t	Sig.	r^2 ajustado
Região do CAPSad	Região Centro-Oeste	-,044	-,604	,546	,047
	Região Leste	-,232	-3,100	,002**	
	Região Norte	-,127	-1,681	,094	
	Escala de Mudança Percebida Global	,448	7,218	,001***	,201

conclusão

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 indica que a variável pode ser incluída em análise por regressão múltipla.
** Significância p<=0,05.
*** Significância p<=0,01

Na análise de regressão múltipla, com a inclusão do escore global da Escala de Mudança Percebida como variável, houve significância (p<=0,01) e correlação positiva, ou seja, há maior satisfação global quando há mais mudança percebida. Esta foi a única variável independente que mostrou-se significante no modelo múltiplo para Satisfação como variável dependente, como pode-se observar os valores na tabela 8. Observa-se o valor do R^2 ajustado de 21,5% neste modelo múltiplo, o que significa que o conjunto escolhido de variáveis para o modelo explica 21,5% da variação da Satisfação dos familiares entrevistados.

Tabela 9 – Análise de Regressão Múltipla das variáveis independentes com a Escala de Satisfação Global, Brasil (São Paulo); 2016.

Variáveis		Coeficientes padronizados Beta	t	Sig.	r^2 ajustado
Quantidade de usuários de CAPSsad na família		,029	,453	,651	,215
Vínculo familiar/ parentesco	Pai	,025	,351	,726	
	Irmão	,034	,428	,669	
	Cônjuge	,054	,718	,474	
	Outro (tio/sobrinho)	-,084	-1,074	,284	
	Filho	,062	,846	,399	
	Sexo	-,118	-1,615	,108	

continua

continuação

Variáveis		Coeficientes padronizados Beta	t	Sig.	r^2 ajustado
Situação conjugal	Casado ou vive com companheiro	-,004	-,040	,968	
	Divorciado	-,060	-,701	,484	
	Viúvo	,019	,204	,839	
Escolaridade	Fundamental incompleto a ensino médio incompleto	-,056	-,741	,460	
	Ensino médio completo ou técnico completo	-,064	-,773	,441	
	Superior completo ou incompleto	,031	,362	,718	
Renda familiar	Entre 2 e 4 salários mínimos	,075	1,068	,287	
	Acima de 4 salários mínimos	,137	1,781	,076	
Se é o único cuidador		,096	1,395	,165	
Região do CAPSad	Região Centro-Oeste	-,031	-,440	,660	
	Região Leste	-,122	-1,681	,094	
	Região Norte	-,001	-,015	,988	
Escala de Mudança Percebida Global		,450	6,553	,001***	

conclusão

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 indica que a variável pode ser incluída em análise por regressão múltipla.
** Significância p<=0,05.
*** Significância p<=0,01

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Discutir os achados das análises descritivas e inferenciais neste estudo exige atenção aos fatores psicossociais que acompanham o perfil dos familiares entrevistados. As variáveis que se mostraram associadas ou correlacionadas positivamente às categorias de comparação têm seus impactos enquanto indicadores de funcionalidade familiar, e também de maiores questões que podem sugerir outros estudos mais aprofundados.

A amostra de 209 sujeitos denota um n maior do que o dos estudos semelhantes já publicados anteriormente (Bandeira et al.; 2011b), exceto pelo de Gonçalves; 2016, que pode avaliar com a mesma escala, uma quantidade maior de familiares no estado de Minas Gerais.

A maior parte dos familiares, além de ter se declarado branca no quesito raça/cor (57,4%), também é do sexo feminino (83,7%), sendo 42,6% da amostra composta de mães de usuários. Sobre viver com companheiro ou ser casado, pensando ainda na caracterização desse perfil, 45,9% entraram nesta categoria. Os estudos de Bandeira et al., 2011b; Camilo et al., 2012; Kantorski et al., 2012; Barbosa, 2013; Pinho, 2014 e Gonçalves, 2016 também têm, em sua maioria, mulheres como familiares entrevistadas.

O papel de cuidadora, muitas vezes pode acabar sendo da mulher, por questões culturais da sociedade em que este estudo está inserido, e há referência à influência do gênero do cuidador para a questão da sobrecarga de familiares (Batista et al.; 2013).

Uma amostra que denota a maior parte de mulheres, que também têm, em 50,7% dos casos, renda familiar de até dois salários-mínimos e, em 31,1% a escolaridade que não passa do ensino fundamental incompleto, pode sugerir a comprovação da hipótese de que estes familiares são de fato cuidadoras, e não provedoras do lar.

A pesquisa de Lima, Amazonas e Motta (2007) cita que, muitas vezes, a companheira de um portador de síndrome de dependência do álcool pode adoecer mais do que outras pessoas, pela sua exposição ao estresse, às situações

conflitivas e frequentes pressões pelo risco e expectativa de agressões, frustrações frente às recaídas, constrangimentos, entre outros. As autoras ainda trazem a reflexão de que essa sobrecarga da mulher nesta situação, usualmente define outras consequências e fatores associados, como: vulnerabilidade ao estresse, falta de informação, sentimentos de incapacidade, frustração e culpa, pela tentativa de controlar e estabilizar o lar e a família, e ainda, alterações na estabilidade física e emocional.

No caso específico desse estudo conduzido com esposas de usuários de álcool com síndrome de dependência diagnosticada, ao mensurar os níveis de estresse, foram detectados, predominantemente, níveis de resistência e exaustão, ou seja, positivos para o estresse patológico. Também há menção à falta de apoio para o manejo com os usuários e alta responsabilidade em relação aos aspectos familiares, com a sugestão de que mais pesquisas sejam elaboradas pensando no atendimento aos familiares e nos cuidados também para com os prejuízos que podem vir a sofrer.

Mais questões que envolvem a sobrecarga das mulheres que exercem o papel de cuidadoras precisariam de uma avaliação com a utilização da Escala de Avaliação da Sobrecarga de Familiares e neste estudo, isso não foi mensurado. No entanto, cabe citar que, em um grupo de mulheres de uma pesquisa, foram encontrados como fatores preditores de maior sobrecarga, a ausência de crianças em casa, maior número de moradores na mesma casa, o paciente não desempenhar atividades fora de sua casa, comorbidades, e também a presença de mais comportamentos problemáticos nos usuários (Batista, Bandeira e Oliveira; 2015).

Pinho (2014) também traz reflexões em sua discussão a respeito desse tipo de cuidador, o que acompanha o usuário de álcool e outras drogas. Nem sempre este cuidado faz com que haja interferência nas atividades de vida diária do familiar, como trabalho ou organização da casa, pois, diferente das interferências e modificações na rotina que uma doença crônica e/ou incapacitante pode causar, às vezes os problemas são de ordem relacional, social e demandam menos cuidados físicos. A autora infere que a equipe de saúde pode atuar no sentido de fortalecer as potencialidades deste familiar, aumentando possibilidades de diálogo e instrumentalização cotidiana, principalmente nos momentos de alto desgaste.

Quanto à raça/cor, os entrevistados se declararam, em sua maioria, brancos (57,4%). Dados de 2010 apresentam que 60,6% da população residente no município de São Paulo de fato se declaram branca. O boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) destaca que há heterogeneidade entre as regiões, a maior parte dos pardos reside na região sul, e os pretos, na região leste (São Paulo; 2015b). Este dado difere do encontrado em outros estudos, onde a maior parte desta população se declarou não branca (Gonçalves, 2016; Marcon et al., 2012).

No caso desta pesquisa, o município de São Paulo concentra múltiplas particularidades, como a diversidade de pessoas e a prevalência de pessoas e famílias de baixa renda. Se 50,7% responderam que vivem com renda familiar de apenas zero a dois salários-mínimos, observa-se uma tendência ao perfil de pessoas que não utilizam, provavelmente, outro serviço de saúde como opção, por exemplo, clínicas particulares, convênios ou comunidades terapêuticas. Outro estudo semelhante também demonstra que a maioria, 79,3%, dos familiares tinham renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (Bandeira et al.; 2011b).

Ainda que a média de pessoas que vivem na mesma casa tenha sido de 3,55, a renda per capta se mostra baixa com esse dado da mesma forma. Entretanto, nesta amostra, 58,9% dos indivíduos declararam não serem os únicos cuidadores dos usuários.

Satisfação por familiares

Até o momento, poucos estudos de fato avaliaram a satisfação de familiares em serviços de saúde mental (Bandeira et al., 2011b; Camilo et al.; 2012, Pinho, 2014; Barbosa, 2013 e Gonçalves, 2016).

Estudos internacionais analisaram a satisfação dos familiares com o tratamento e suas variáveis relacionadas, destacando-se Kartalova-O'Doherty e Doherty (2009) que apontam diferença de gênero em relação à satisfação com o que era oferecido à família, neste caso, a maioria dos cuidadores do sexo masculino (54,5%) e a minoria das do sexo feminino (18,5%) se declararam satisfeitos. As variáveis que se mostraram associadas à satisfação neste estudo foram a ocupação

do familiar (estavam mais satisfeitos aqueles que trabalhavam e em funções administrativas) e também o fato de morar com o usuário (se mostraram mais satisfeitos aqueles que não moravam juntos), diferente do presente estudo, que não teve em sua análise resultados de correlações positivas com as variáveis sexo e ocupação. Neste caso, o que se mostrou correlacionado positivamente foi a satisfação enquanto variável preditora da mudança percebida.

No quesito Satisfação nesta amostra, o grau de avaliação geral obteve escore médio de 4,23, e o fator 3 (privacidade e confidencialidade no serviço) foi o melhor avaliado em comparação aos demais, o que diverge do resultado de algumas outras pesquisas com familiares que utilizaram a Satis-BR (Gonçalves, 2016; Camilo et al., 2012 e Bandeira et al., 2002).

No estudo de Bandeira et al. (2011b), foram entrevistados 85 familiares em três serviços de cidades do interior de Minas Gerais, e foram obtidos escores médios de satisfação elevados, sendo a 1ª subescala melhor avaliada (4,55), diferente deste estudo, em que a 3ª teve melhor avaliação (4,36). As médias de satisfação do escore global alcançaram, respectivamente, 4,41 (DP = 0,56) e 4,14 (DP = 0,63), ou seja, observou-se melhor avaliação de satisfação no estudo de Bandeira e colaboradores. Tais autores trazem uma reflexão a respeito da teoria do contraste, onde a alta satisfação costuma aparecer por conta de uma expectativa baseada na experiência potencialmente ruim de serviços anteriores (inclui-se aqui o lembrete de que muitos usuários e familiares têm a perspectiva de unidades básicas de saúde e hospitais, principalmente antes de o modelo de CAPS estar bem consolidado, onde poderia haver longas filas e demais problemáticas), onde os sujeitos avaliam comparativamente a sua vivência, além de o alto escore poder estar relacionado ao tamanho pequeno da amostra e de esta não ter sido do tipo aleatória (Bandeira et al.; 2011b). Outra hipótese a ser considerada é de que os estudos citados nesta discussão trazem como cenário os serviços de saúde mental e não especificamente, serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas. As particularidades desse tipo de usuário e suas famílias podem interferir negativamente, pelo contexto de vida, do estado de saúde e dos padrões de uso, para a satisfação com o serviço, uma vez que o familiar pode tomar como base estes critérios para concluir que o serviço precisaria concentrar mais esforços e qualidade no que tem oferecido.

Gonçalves (2016) avaliou familiares em uma amostra de 275 sujeitos, 13 diferentes serviços no estado de Minas Gerais. O escore global de satisfação teve a média de 4,26 (DP = 0,74), valor que se encontra entre os detectados anteriormente nas análises de outros estudos. A 1ª subescala (dimensão resultados do tratamento do usuário) também se mostrou a mais bem avaliada neste e em outros estudos (Bandeira et al., 2011; Camilo et al., 2012; Santos, 2010; Pinho, 2014; Santos e Cardoso, 2014).

É possível inferir que a diferença de tamanho amostral e a carência de estudos sobre a satisfação do familiar de usuários de saúde mental, álcool e outras drogas influencia nas diferentes avaliações de subescalas da satisfação, assim como isso implica na necessidade de considerar a satisfação do familiar no planejamento e avaliação de serviços.

Mudança percebida por familiares

A literatura demonstra que a Mudança Percebida pelos familiares e a sua participação no tratamento e avaliação são os maiores preditores da satisfação com os serviços de saúde mental de usuários em tratamento (Bandeira et al., 2010, 2011; Silva et al., 2012). No presente estudo, uma vez que há maior satisfação global quando se percebe mais mudança no tratamento dos usuários pelos familiares, corrobora-se a correlação positiva apontada por Silva et al. (2012), que informam ainda que a identificação e avaliação destas variáveis se fazem importantes, uma vez que a satisfação com o serviço está relacionada com a sua utilização e também com a adesão ao tratamento. Autores também têm destacado que a avaliação da mudança percebida por familiares é um dos principais indicadores de validade social dos efeitos obtidos pelo tratamento, ou seja, a população reconhece a importância das intervenções de maneira sólida, com aceitabilidade e também se reconhece afetada pelo tratamento de seu familiar (Bandeira, Lima e Barroso, 2014; Bandeira et al., 2010).

Sobre a prevalência das melhores avaliações, nos 2º e 4º fatores da Mudança Percebida (dimensão psicológica e saúde física), observou-se maior escore. O estudo de Costa et al. (2011) demonstrou melhor avaliação somente na dimensão

psicológica, tendo resultado em escores de percepção de piora nos itens referentes à saúde física dos usuários, assim como na energia e na sexualidade. Isso reforça a necessidade de maior atenção aos efeitos do tratamento sobre essas dimensões que afetam a qualidade de vida do usuário e claro, seu tratamento, no planejamento de intervenções do projeto terapêutico singular. Bandeira, Lima e Barroso (2014) citam que tais fatores podem influenciar, também, motivos para o abandono e de recaídas. De modo geral, outros estudos também demonstraram significativa melhora na percepção de mudança com o tratamento (Pinho et al., 2014; Barbosa, 2013; Gonçalves, 2016; Bandeira et al., 2010; Santos, 2010 e Costa, 2011).

O parentesco apontado como tio ou sobrinho apresentou significativa melhor percepção de mudança comparada ao de mãe, o que por ora pode sugerir que a proximidade do papel da mãe, leva consigo outras variáveis anteriormente discutidas como a sobrecarga objetiva e subjetiva, que podem interferir na opinião do familiar sobre a sua piora ou melhora. Destarte, Pinho (2014) teve também em seus resultados este achado, considerando na discussão que o familiar que não faz parte da família nuclear é justamente aquele que percebe mais mudança. Isso, no entanto, não pode ser comparado a algum outro estudo semelhante, pela escassez dos mesmos.

Observou-se, apenas neste estudo e em outro estudo de avaliação no município de São Paulo, quem possui renda familiar mensal de dois a quatro salários-mínimos, percebe menos mudança com o tratamento, em relação às famílias que vivem com renda de zero a dois salários-mínimos, ou seja, pode-se inferir que aqueles que têm muito pouco podem perceber mais efeito no tratamento devido à sua condição de maior vulnerabilidade. Pinho (2014) apresenta razões se relacionam como o fato de que muitos usuários dependem do serviço até mesmo para consumir suas refeições diárias e, citando Lima (2013), que usuários de baixa renda têm sua visão acerca da qualidade do serviço menos crítica, além de menor capacidade de escolha de tratamento, o que pode se relacionar inclusive com o pragmatismo e o quanto isso reflete nas mesmas percepções por seus familiares.

Os dados sobre a renda vão de encontro a outro achado importante, os moradores da zona leste e norte (principalmente, residentes da zona norte), têm uma percepção mais negativa da mudança comparada aos residentes da zona sul e sudeste. Pensar na diferença entre os serviços pode se relacionar com este

resultado de significativa menor percepção de mudança (p<=0,01), conforme também infere Pinho (2014), entretanto, tal associação positiva pode estar relacionada à heterogeneidade dos serviços, da escassez de rede e suas peculiaridades de implantação nas regiões de periferia (inclusive de outros equipamentos, pensando na rede intersetorial) e também do poder aquisitivo destes familiares e usuários, além de sua representação de tratamento.

Discutir sobre a questão social revela o retrato das diferenças entre as populações periférias da maior capital do país. De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Município de São Paulo (2010-2013), em sua última publicação disponível, as cinco subprefeituras com maiores proporções de pessoas analfabetas, ou que cursaram apenas até a 3ª série do ensino fundamento foram: São Miguel (30,2%), São Mateus (29,9%), M'Boi Mirim (29,3%), Cidade Tiradentes (28,9%) e Itaim Paulista (27,3%), todas nas regiões Leste e Sul – sendo o M'Boi Mirim a única representante da região sul. O menor percentual (8,5%) encontra-se na Subprefeitura de Pinheiros, região centro-oeste da cidade (São Paulo; 2010; p. 15).

A região norte e a região leste, em 2011, ocuparam a segunda posição entre os maiores valores de mortalidade por homicídios. A questão da renda acompanha junto à baixa escolaridade, proporção maior na zona leste. Entretanto, a maior concentração de moradias ditas subnormais (que se relacionam com a aglomeração ou ocupação desordenada, sem posse de terra ou título de propriedade), as favelas, se encontra na região do extremo sul de São Paulo, com índice de mais de 20% dos moradores da região (São Paulo; 2013; p. 14).

Dados de histórico acerca do acesso a serviços de saúde demonstram que as iniquidades entre regiões já foram maiores há decadas atrás, no entanto, seu reflexo social na população pode perdurar. Na periferia urbana, observava-se na década de 80, a taxa de mortalidade superava em 41% a da região central, enquanto que esse fato acompanhava outro, a oferta de serviços e equipamentos de saúde era maior na região central, e a população usuária do SUS, por sua vez, concentrava-se nos bairros periféricos (Coelho; Szabzon; Dias, 2014).

Limitações do estudo

O fato de o estudo ter sido conduzido com base em banco de dados coletados em uma amostra, e não na totalidade de serviços do município de São Paulo acaba por não permitir uma generalização dos resultados e indicações para toda a cidade. Considerando que tais serviços representam uma reorientação do modelo de atenção, é importante que sejam avaliados em sua totalidade, para que a partir daí possam representar resultados que se aplicam a outras cidades semelhantes. Inclusive, também não é possível discutir os achados com o restante do país, uma vez que sua comparação deixa de lado as disparidades populacionais e que permeiam as configurações de redes de atenção, acesso a serviços de saúde e peculiaridades de algumas regiões do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou avaliar as práticas de serviços de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, em seu modelo atual e do ponto de vista de familiares, com o intuito de demonstrar características relacionadas à percepção de melhora dos usuários, como o parentesco, a renda familiar mensal e a localização da moradia, tendo fornecido bases para se pensar em medidas que poderiam ser adotadas pela gestão de políticas e serviços, para otimizar as práticas assistenciais, uma vez que há mudança percebida com a reorientação do modelo de atenção.

Pensar em ofertar cuidado à pessoa com transtorno mental relacionado ao uso de substâncias, para além dos inúmeros desafios citados, também exige reconhecer as habilidades, conhecimentos e atitudes que os profissionais podem empregar, considerando as diferentes percepções de mudança.

Lidar com mães de usuários implica peculiaridades no manejo de grupos, por exemplo, que não guardam toda a similaridade na mesma relação com tio ou sobrinho e, principalmente quando estes moram em regiões mais periféricas de uma cidade como São Paulo e já podem ter experimentado outras vivências com o atendimento em serviços de saúde.

As características do cuidado prestado ao usuário no serviço se relacionam com seu estado de saúde e também com o cuidado que pode ser compartilhado com seu (s) familiar (es).

Ao responder à pergunta desta pesquisa, também foi possível perceber que a melhora percebida pelos familiares é fator preditivo para satisfação relacionada ao serviço. O fato de estas variáveis estarem comprovadamente relacionadas aponta a necessidade de atentar à mensuração das mesmas, de forma a responder também à demanda de avaliação da qualidade dos serviços, de forma contínua. Avaliar as práticas preditivas de melhores resultados pelos CAPSad, conforme explicitado na exposição das hipóteses deste estudo, implica reconhecer quais fatores individuais e coletivos estão associados aos melhores níveis de satisfação e mudança percebida – dimensões que evidenciam efeitos diretos do tratamento sobre as condições dos usuários.

O olhar descritivo da coleta de dados com esta amostra também permitiu conhecer e caracterizar o perfil de familiares de usuários de álcool e outras drogas do município de São Paulo, que se assemelha ao que se apresenta em boletins informativos epidemiológicos e reflete disparidades entre as regiões, marcando algumas das características da maior metrópole do país, como a baixa renda entre famílias e as dificuldades enfrentadas no acesso à saúde como direito e como objeto de atenção na composição da rede. As novas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas denotam singularidades que acompanham a criação e a consolidação de novos arranjos organizacionais no processo de trabalho e de oferta de cuidado, nos seus múltiplos locais e formatos de atendimento.

São necessários mais estudos sobre a satisfação dos familiares inseridos em pesquisas sobre a avaliação dos serviços CAPSad, pois as características da área em que se insere este tipo de cuidado pode demandar maior atenção às diferenças entre os CAPS e se faz importante conhecer o seu funcionamento. Por ainda se tratar de referenciais relativamente recentes, as políticas de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas encontram ainda necessidades de alinhamento na efetividade das ações e práticas dos serviços comunitários.

Pode-se refletir nesse âmbito, concordando com Wetzel e Kantorski (2004), que enxergam uma heterogeneidade entre os atores da atenção psicossocial no período pós-Reforma Psiquiátrica, inferindo, inclusive, que os serviços substitutivos ao modelo manicomial (CAPS) "ainda não se consolidaram como tal". As autoras comentam que há uma diferenciação entre os CAPS brasileiros, citando Sobrinho (2000), "(...) nestas instituições há histórias, compromissos e dificuldades específicos e distintos que nos proíbem de concebe-las como instituições homogêneas".

Registra-se, por fim, que esta pesquisa se mostra relevante por analisar a importância, inclusive, do papel da família na temática estudada, valorizando o usuário e aqueles que o acompanham, bem como suas percepções e componentes importantes para resultar na satisfação com o tratamento.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alves CKAA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico et al. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbooks; 2010.

Andrade MCR, Bonadiman CSC. Percepção de mudanças pelos usuários em função do tratamento recebido em serviços de saúde mental. In: Bandeira M, Lima LA, Barroso S. Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida. Petrópolis: Vozes; 2014. p.87-116.

Bandeira M, Felicio 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. [Internet]. 2010 Set [citado 2016 Abr 08] ; 32(3):283-287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300013&lng=pt.

Bandeira M, Lima LA, Barroso S. Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida. Petrópolis: Vozes; 2014.

Bandeira M, Mercier C, Perreault M, Libério MMA, Pitta, AMF Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR. J Bras Psiquiatr. 2002;51(1):31-8.

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. 2000; 49(4):105-15.

Bandeira MB, Andrade MCR, Costa CS, Silva MA. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. Psicol Reflex Crit. [online]. 2011a,24(2). [Acesso em 29 mar 2015], p. 236-244. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200004&lng=en&nrm=iso.

Bandeira M, Silva MA, Camilo CA, Felício CM. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. J Bras Psiquiatr. 2011b,60(4):284-93.

Barbosa GC. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Município de Botucatu [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem; 2013.

Batista CMF, Bandeira M, Oliveira DR. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015 Set [citado 2016 Abr 07]; 20(9): 2857-2866. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902857&lng=pt.

Batista CMF, Bandeira M, Quaglia MAC, Oliveira DCR, Albuquerque EPT. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. Cad Saúde Colet. [Internet]. 2013 [citado 2016 Apr 07]; 21(4): 359-369. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400002&lng=en.

Brasil. Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 09 abr.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 10. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [Acesso em 29 mar 2015]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 (SUS). Diário Oficial da União 2011; 26 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

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: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica n. 34 - Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Campos GWS. A política pública de saúde e a avaliação no Brasil. Prefácio. In: Onocko Campos R; Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

Camilo CA, Bandeira M, Leal RMAC, Scalon JD. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. Cad Saúde Colet. 2012;20(1):82-92.

Carlini EA, supervisão, et al. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país em 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2006.

Coelho VSP, Szabzon F, Dias MF. Política municipal e acesso a serviços de saúde São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro. Novos Estudos – CEBRAP. 2014;100: 139-61.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-48.

Contrandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Colet. 2006;11(3):705-11.

Donabedian A. The quality of medical care. Science. 1978; 200(4344): 856-64.

Donabedian A. The seven pilars of quality. Arch Patol Lab Med 1990; 114:1115-8.

Duarte PCAV, Branco APU. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e Legislação Brasileira sobre drogas. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas. Brasília: SENAD, 2006. p. 33-37.

Felisberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. Institucionalização da Avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 147.

Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 5.

Furtado JP, Onocko Campos R. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: Onocko Campos R Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 231-248.

Gonçalves RMDA. 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.

Gujarati DN. Econometria Básica. Campus, 2006. [internet] .[Acesso em 22 out 13]. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=YxwW4gMGv5AC.

Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliando a implantação das intervenções em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.11-4.

Kantorski et al. CAPSUL. Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil. Universidade Federal de Pelotas. Santa Catarina [Internet]. 2006. [Acesso em 15 out 13]. Disponível em: http://ufpel.edu.br/feo/capsul/

Kantorski et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil (CD-ROM). Cad Bras Saúde Mental [período na Internet]. 2009 jan-abr:1(1). Disponível em: http://abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf

Kantorski LP, Jardim VR, Delpino GB, Lima LM, Schwartz E, Heck RM. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(1):85-92.

Lima RAS; Amazonas MCLA; Motta JAG. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. Estud Psicol. (Campinas). 24(4):431-9. Dez 2007.

Lima FC. Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. Rev Latino-Am Enferm. 2012;20(1):167-74.

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Maximiano VAZ, Paiva LGM. Introdução – os instrumentos legais e as políticas sobre drogas no Brasil: enfoque na área de saúde e a garantia de direitos dos usuários de drogas. In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2015.

MielkeI FB, KohlrauschII E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. Rev Eletr Enferm. [Internet]. 2010;12(4):761-5.

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.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000; 34(5): 547-59.

Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS; 2001.

Organización de las Naciones Unidas. Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Nueva York: Naciones Unidas; 2012.

Perreault M, White ND, Fabrés E, Landry M, Anestun AS, Rabouind D. Relationship between Perceived Improvemente and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. Evaluation and Program Planning. 33(4),410-7.

Pinho PH. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Município de São Paulo [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem; 2014.

Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na Avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.15-28.

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 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 abr 10]; 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.

São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINfo) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Boletim CEInfo - Saúde Mental em Dados 2015. Prefeitura de São Paulo; 2015a. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. Ano X, n.12/2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015b. 60p.

São Paulo. Secretaria de Saúde. Documento de apoio ao processo de Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de São Paulo São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2013. 126p.

São Paulo. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2010. 183p.

SENAD. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5.ed. Brasília: SENAD; 2013.

Schenker M; Minayo MCSA. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. Cad Saúde Pública. 2004;20(3):649-59.

Schenker M; Minayo MCSA. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(3):707-17.

Silva EA; Micheli D. Família: uso e abuso de drogas – entre o risco e a proteção. In: Brasil. Secretaria Nacioanl de Políticas sobre Drogas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Conselho Nacional de Justiça. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas. 2.ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2015.

Silva EA. Família, abuso e dependência de drogas: desafios clínicos e das pesquisas. p.1-9. In: Anais do V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo [=Blucher Medical Proceedings, v.1, n.5]. São Paulo: Blucher; 2015.

Silva MA, Bandeira MA, Scalon JD, Quaglia MAC. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. J. bras. psiquiatr [Internet]. 2012 [Acesso em 21 out 2013]; 61(2):64-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047.

Sistema Único de Saúde – SUS. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.

Tarifa RR. Satisfação e mudança percebida por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas [dissertação de mestrado]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem; 2014.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Vargas D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. Rev Esc Enferm USP [online]. 2011; 45(4):918-25.

World Health Organization. Brazil socioeconomic context. 2011 [Internet]. [Acesso em 21 out 13]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bra.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta-convite dos participantes da pesquisa

São Paulo, de de 20 .

Prezado(a) Sr(a),

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

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

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

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

A sua participação é voluntária, sendo assim você não é obrigado(a) a participar do estudo. Você tem o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

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

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

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

Thaís Fernandes Rojas
Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP
Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Outras Drogas

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

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

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

Coordenadora da Pesquisa:

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

Pesquisadores:

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

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

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

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

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

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

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

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

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

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

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

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

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

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

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

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

São Paulo, _____de _____ de 20____.

_____ _____

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

Registro Geral do Participante:
_____

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

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta dos Dados

Coleta Familiares

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

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

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

*Obrigatório

1. **Número de identificação:** *
   O número deve ser composto pelo nome do CAPS + número do prontuário + sigla FAM (Ex: SACOMÃ1235FAM)

2. **Número do prontuário do usuário de quem é familiar:** *
   Apenas o número do prontuário

3. **1a. Cidade:** *
   Cidade do local de coleta

4. **2 Estado:**
   Estado do local da coleta

5. **3. Entrevistador:** *
   Nome do entrevistador

6. **3a. Data da entrevista:** *

7. **3b. Horário de início** *

8. **4. 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: _____

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

10. **6. Vínculo** *
    Marcar apenas uma oval.
    - Pai
    - Mãe
    - Irmão
    - Cônjuge
    - Outro: _____

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

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

13. **9. Qual a sua idade?** *
    Em anos

    _____

14. **10. Qual a sua data de nascimento?** *

Página sem título

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

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

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

- Não
- Sim

17. **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

18. **13a. Total de anos de estudo**
Número de anos, apenas números

19. **14. O (a) senhor (a) tem trabalho remunerado?** *
Se Não pule para 16
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

20. **15. Qual sua carga horária semanal de trabalho?**
Somente números de horas trabalhadas por semana.

21. **16. Qual a sua renda individual 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

22. **17. Qual a renda da sua família no último mês?** *
Marcar apenas uma oval.

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

23. **18. Quantas pessoas moram na sua casa?** *
Somente números

24. **19. O senhor (a) é o único que cuida de seu familiar?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

25. **19a. Se não, quantas pessoas dividem o cuidado do seu familiar, contando com o sr (a).** *
Somente números

26. **20. O (a) senhor(a) tem filhos?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

27. **20a. Se sim, quantos?**
Somente números

Página sem título

28. **21. Quantas pessoas da sua família são usuários do CAPS ad?** *
Somente números

29. **22. Quantos dormitórios há em sua casa?** *
Somente números

30. **23. 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: _____

31. **24a. Possui automóvel? Quantos** *
Somente números. Se nenhum, escreva 0.

32. **24b. Possui TV em cores?** *
Somente números. Se nenhum, escreva 0.

33. **24c. Possui banheiro na residência?** *
Somente números. Se nenhum, escreva 0.

34. **24d. Possui empregada doméstica?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

35. **24e. Possui rádio?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

36. **24f. Possui máquina de lavar roupa?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

37. **24g. Possui DVD?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

38. **24h. Possui aspirador de pó?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

39. **24i. Possui geladeira comum ou freezer?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

40. **24j. Possui computador?** *
    Somente números. Se nenhum, escreva 0.

Página sem título

41. **25. O senhor (a) tem problemas de saúde?** *
    Se Não - pule para a questão C1 – perguntas sobre o CAPS (3 questões abaixo)
    Marcar apenas uma oval.

    - Não
    - Sim

42. **26. Quais:**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Diabetes		
Hipertensão		
Problemas cardíacos		
Outros		

43. **26a. Se outros, quais:**

44. **27. Você está realizando tratamento em algum serviço de saúde?**
Se não, vá para C1
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

45. **27a. Se SIM, em qual local?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Unidade Básica de Saúde		
Consultório Particular		
Ambulatório		
Pronto Socorro		
AME/AMA		
Estratégia Saúde da Família		
Convênio Médico		
Outro		

46. **28a. Qual foi o seu gasto com a saúde no último mês? Com medicações?**
Somente números, em reais. Exemplo: 2 mil reais = 2000

47. **28a. Qual foi o seu gasto com a saúde no último mês? Com Plano de saúde/familiar?**
Somente números, em reais. Exemplo: 2 mil reais = 2000

Página sem título

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPS ad

48. **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
Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Com frequência
- Às vezes
- Raramente
- Nunca (Se nunca, ir para C9)

49. **C2(SATIS4). Que tipo de transporte o senhor (a) usa para chegar a este serviço?**
Marcar apenas uma oval.

- Condução própria
- Condução de familiares
- Condução de amigos
- Transporte público
- Caminhada
- Outro: _____

50. **C3(SATIS5).Quanto tempo o senhor(a) gasta para vir de sua casa ao CAPS ad?**
Marcar apenas uma oval.

- 0-15 minutos
- 16-30 minutos
- 31-45 minutos
- 46-60 minutos
- mais que 60 minutos

51. **C4(SATIS6). Qual é o seu grau de facilidade/dificuldade para chegar ao CAPS ad?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito difícil
- Difícil
- Mais ou menos
- Fácil
- Muito fácil

52. **C5(SATIS7). Até que ponto a localização do CAPS ad é satisfatória ou insatisfatória para o senhor (a)?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfatória
- Insatisfatória
- Indiferente
- Satisfatória
- Muito satisfatória

53. **C6(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
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

54. **C7(SATIS2). Se sim, quais foram as atividades das quais participou?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Oficinas		
Palestras		
Grupo de apoio/familiar		
Acolhimento		
Assembléia		
Outro		

55. **C7a. Se outro, qual?**

.....

56. **C8. Se o (a) Sr (a) participou de grupos de família, qual foi a abordagem utilizada pelo(s) profissional(ais)?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Manejo com o usuário		
Apoio psicológico/estímulo interação família/usuário		
Espaço aberto para sugestões sobre o serviço		
Patologia		
Tratamento		
Outro		

57. **C8a. Se outro, qual?**

58. **C9(SATIS8). Com que frequência o (a) senhor (a) teve contato com os profissionais do CAPS ad no último ano?** *
Se Nunca, pule para C11
Marcar apenas uma oval.

- Nunca (Pule para C11)
- Raramente
- Mais ou menos
- Frequentemente
- Sempre

59. **C10(SATIS9). O (a) senhor(a) achou esta frequência de contatos suficiente?**
Marcar apenas uma oval.

- De forma alguma
- Não muito
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

60. **C10a. Porque?**

Página sem título

61. **C11(SATIS10). De quem foi a iniciativa do primeiro contato entre a família e o CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Minha iniciativa
- Iniciativa dos profissionais
- Iniciativa do meu/minha familiar
- Outro: _____

62. **C12(SATIS11). De que maneira o (a) sr (a) entra em contato com o CAPS ad?** *

* Nota ao entrevistador: visita informal (acompanhou o familiar e aproveitou para conversar com algum profissional)

Marcar apenas uma oval.

- Por telefone
- Consultas marcadas com o serviço
- Visitas informais
- Outro: _____

63. **C13(SATIS12). Qual seu grau de satisfação a respeito desta maneira de entrar em contato com o CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito Satisfeito

64. **C14(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)?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito Satisfeito

65. **C15(SATIS14). Se o (a) sr (a) solicitou uma consulta com os profissionais do CAPS ad, quanto tempo demorou até que fosse atendido?** *
(Se não solicitou, passar à questão C18)
Marcar apenas uma oval.

- Não solicitei consulta
- Fui atendido imediatamente
- Menos que 1 dia
- Entre 2 dias e 1 semana
- Entre 1 e 2 semanas
- Entre 2 semanas e 1 mês
- Mais de 1 mês
- Não fui atendido até agora

66. **C16(SATIS15). O (a) sr (a) achou este período de espera razoável?**
Marcar apenas uma oval.

- Nada razoável
- Não muito razoável
- Mais ou menos
- Razoável
- Muito razoável

67. **C17(SATIS16). Em sua opinião, qual foi o grau de flexibilidade do serviço no agendamento de suas visitas, de acordo com sua disponibilidade (dia da**
Marcar apenas uma oval.

- Muito inflexível
- Inflexível
- Mais ou menos
- Flexível
- Muito flexível

68. **C18(SATIS17). O(a) sr (a) sentiu que foi tratado de forma respeitosa pela equipe do CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- Nunca me senti respeitado
- Raramente me senti respeitado
- Mais ou menos
- Frequentemente me senti respeitado
- Sempre me senti respeitado

69. **C19(SATIS18). Em algum momento, aconteceu alguma violação de seus direitos como pessoa, por algum funcionário do CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Mais ou menos
- Raramente
- Nunca

70. **C19a. Se sim, que tipo de violação?**

_____

71. **C20(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** *

Marcar apenas uma oval.

- 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: _____

Página sem título

72. **C21(SATIS20). Quando o senhor (a) falou com a pessoa que admitiu seu familiar no CAPS ad, o senhor (a) sentiu que ele (a) o (a) escutou?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não me escutou de forma alguma
- Não me escutou muito
- Mais ou menos
- Me escutou bastante
- Me escutou o tempo todo
- Não se aplica

73. **C22(SATIS21). A pessoa que admitiu o seu familiar no CAPS ad pareceu compreender o seu problema (situação).** *

Marcar apenas uma oval.

- Não me compreendeu de forma alguma
- Não me compreendeu muito
- Mais ou menos
- Me compreendeu bem
- Me compreendeu muito bem
- Não se aplica

74. **C23(SATIS22). O senhor (a) já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPS ad quando as solicitou?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Frequentemente
- Mais ou menos
- Raramemte
- Nunca (se Nunca, vá para C25)
- Nunca pedi (se Nunca pediu, vá para C25)

75. **C24(SATIS22.1). Se sim, que tipo de dificuldade o senhor (a) encontrou?**

Marcar apenas uma oval.

- Falta de disponibilidade da equipe/profissional
- Descaso dos profissionais
- Não sabiam lhe informar
- Outro: _____

76. **C25(SATIS23). Alguma informação foi dada ao senhor (a) sobre a doença de seu familiar?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não (se Não, vá para C28)
- Meu parente não permitiu que eu fosse informado (se Não, vá para C28)

77. **C26(SATIS23.1). Se sim, estas informações foram claras para o (a) senhor (a)?**
Marcar apenas uma oval.

- Não eram nada claras
- Não eram muito claras
- Mais ou menos
- Informações claras
- Informações muito claras

78. **C27(SATIS24). Como o(a) senhor (a) se sente em relação ao tipo de informação que lhe foi dada acerca da doença de seu familiar?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Mais ou menos
- Satisfeito
- Muito satisfeito

79. **C28(SATIS25). Em relação ao tratamento do seu familiar, alguma informação lhe foi dada?** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não (passar para a questão C31)
- Meu parente não permitiu que eu fosse informado (passar para a questão C31)

80. **C29(SATIS25.1). Se sim, estas informações foram claras para o (a) senhor (a)?**
Marcar apenas uma oval.

- Não eram nada claras
- Não eram muito claras
- Mais ou menos
- Informações claras
- Informações muito claras

81. **C30(SATIS26). O (a) senhor (a) se sente satisfeito em relação ao tipo de informação que lhe foi dada sobre o tratamento de seu familiar?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Mais ou menos
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Página sem título

82. **C31(SATIS27). Alguma vez já foi pedida a sua opinião sobre o tratamento de seu familiar, no CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não (se não, passar para C33)
- Meu parente não permitiu que eu fosse consultado(a) (se não, passar para C33)

83. **C32(SATIS27.1). O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as discussões a respeito do tratamento de seu familiar no CAPS ad?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Mais ou menos
- Satisfeito
- Muito satisfeito

84. **C33(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?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Mais ou menos
- Satisfeito
- Muito satisfeito

85. **C34. Quando o senhor e/ou seu familiar procuraram o CAPS ad, qual o profissional que os recebeu?** *
Marcar apenas uma oval.

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

86. **C35(SATIS29). Quando o (a) senhor (a) falou com a pessoa que admitiu seu familiar no CAPS ad, o (a) senhor (a) achou que ele (a) escutou o paciente?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não escutou nada
- Não escutou muito
- Mais ou menos
- Escutou bastante
- Escutou o tempo todo

87. **C36(SATIS30). Até que ponto você acha que a pessoa que admitiu o seu familiar no CAPS ad pareceu compreender o problema dele(a)** *

Marcar apenas uma oval.

- Não compreendeu de forma alguma
- Não compreendeu muito
- Mais ou menos
- Compreendeu bem
- Compreendeu muito bem

88. **C36a(SATIS31). Em geral, como o (a) senhor (a) acha que a equipe do CAPS ad compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não compreendeu de forma alguma
- Não compreendeu muito
- Mais ou menos
- Compreendeu bem
- Compreendeu muito bem

89. **C37(SATIS32). Você considera os serviços oferecidos pelo CAPS ad apropriados?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito inapropriados
- Inapropriados
- Mais ou menos
- Apropriados
- Muito apropriados

90. **C38(SATIS33). Os cuidados que seu familiar recebeu, o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema (situação) dele (a)?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não, eles pioraram as coisas
- Não, eles não ajudaram muito
- Mais ou menos
- Sim, eles ajudaram um pouco
- Sim, eles ajudaram muito

91. **C39(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?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não, de forma alguma
- Não, não muito
- Mais ou menos
- Em geral, sim
- Sim, com certeza

92. **C40a(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

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

93. **C40b(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?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Página sem título

94. **C41(SATIS37). De maneira geral, como o (a) senhor (a) classificaria a recepção da equipe do CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Nada amigável
- Não muito amigável
- Mais ou menos amigável
- Amigável
- Muito amigável

95. **C42(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?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não (Pule para C45)
- Não tenho certeza (Pule para C45)
- Não sei (Pule para C45)

96. **C43(SATIS38.1). Se sim, quais eram as opções?**

Marcar apenas uma oval.

- Hospital psiquiátrico
- Grupo em posto de saúde
- Grupo de apoio
- Hospital geral
- Comunidade terapêutica
- Outro: _____

97. **C44(SATIS39). Existindo outras opções de serviço, por que o (a) senhor (a) e seu familiar escolheram o CAPS ad? (Marcar até 3 opções)**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Ele/ela já tinha estado lá no passado		
O serviço foi muito recomendado por alguém		
Conheci alguém que fazia tratamento lá		
Confiamos na instituição/pessoa de referência		
A localização é muito conveniente		
Estava dentro de nossas possibilidades financeiras		
Não tivemos outra escolha		
Serviço mais indicado		
Não sei		
Outro		

98. **C44a. Caso marcado "outros", descreva**

99. **C45(SATIS40). No seu entendimento, qual a competência e conhecimento da pessoa que o atendeu/atende no CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- Muito incompetente
- Incompetente
- Mais ou menos
- Competente
- Muito competente

100. **C46(SATIS41). Em geral, como o (a) senhor (a) classificaria o grau de competência da equipe do CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- Muito incompetente
- Incompetente
- Mais ou menos
- Competente
- Muito competente

101. **C47(SATIS42). O (a) senhor (a) participou de alguma decisão relacionada ao planejamento e/ou realização de atividades no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca (Pular para C50)
- Raramente
- Mais ou menos
- Frequentemente
- Muito frequentemente

102. **C48(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?**

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Mais ou menos
- Frequentemente
- Muito frequentemente

103. **C49(SATIS44). O (a) senhor (a) está satisfeito com sua participação no planejamento e/ou realização de atividades no CAPS ad?**

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Mais ou menos
- Satisfeito
- Muito satisfeito

104. **C50(SATIS45). O (a) senhor (a) participou de alguma decisão relacionada à avaliação das atividades no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca(Pular para C53)
- Raramente
- Mais ou menos
- Frequentemente
- Muito frequentemente

Página sem título

105. **C51(SATIS46). O senhor (a) sente que suas opiniões e pontos de vista referentes à avaliação das atividades foram levados em consideração?**
Marcar apenas uma oval.

- Nunca(Pular para C53)
- Raramente
- Mais ou menos
- Frequentemente
- Muito frequentemente

106. **C52(SATIS47). O senhor(a) ficou satisfeito com sua participação neste processo de avaliação?**
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

107. **C53(SATIS48). O (a) senhor (a) acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no CAPS?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não, de forma alguma
- Não, não muito
- Mais ou menos
- Sim, de alguma forma
- Sim, com certeza

108. **C53a(SATIS48). Como você classificaria, de um modo geral, a qualidade do serviço que seu familiar recebeu** *
Marcar apenas uma oval.

- Péssima
- Ruim
- Mais ou menos
- Boa
- Excelente

C54. Como o (a) sr (a) se sente em relação ao tempo dedicado ao seu familiar? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Muito satisfeito

C55. Como o (a) sr (a) se sente em relação a maneira como dedica seu tempo com seu familiar? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Muito satisfeito

C56. Quanto o (a) sr (a) está satisfeito ou insatisfeito com o seu relacionamento com o seu familiar? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Muito satisfeito

112. **C57. O (a) senhor (a) se sente sobrecarregado com os cuidados ao seu familiar?** *

Se não, passe para C60

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Não
- ◯ Sim

113. **C58. Se sim, quanto:**

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Muito sobrecarregado
- ◯ Pouco sobrecarregado
- ◯ Às vezes sobrecarregado

114. **C58a. Em que situações o senhor se sente sobrecarregado?**

_____

_____

_____

_____

_____

115. **C59. Quando o (a) senhor (a) se sente sobrecarregado, os profissionais do CAPS ad escutam suas dificuldades e lhe oferecem suporte?**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

116. **C60. O (a) senhor (a) procura apoio em outros locais?** *
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Líder religioso		
Grupos de ajuda fora do CAPSad		
Outros		

117. **C60a. Se outros, quais?**

Página sem título

118. **C61(SATIS50). O senhor (a) está satisfeito com a quantidade de ajuda que seu familiar recebeu no CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

119. **C62(SATIS51). O senhor (a) esta satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

120. **C63(SATIS52). Como o (a) senhor (a) classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeitório, o prédio em si, etc.)?** *

Marcar apenas uma oval.

- Péssimas
- Ruins
- Mais ou menos
- Boas
- Excelentes

121. **C64(SATIS53). Suponhamos que seu familiar precisasse novamente de ajuda, o (a) senhor (a) o traria novamente a este CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não, de forma alguma
- Não, acho que não
- Talvez
- Sim, acho que sim
- Sim, com certeza

122. **C65(SATIS54). Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda semelhante, o (a) senhor (a) o encaminharia a este CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não, de forma alguma
- Não, acho que não
- Talvez
- Sim, acho que sim
- Sim, com certeza

123. **C66(SATIS55). De maneira geral, qual é o seu grau de satisfação com relação aos cuidados que seu familiar recebeu no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

124. **C67(SATIS56). Do que o (a) senhor (a) mais gostou neste serviço?** *
Marcar apenas uma oval.

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

125. **C68(SATIS57). Qual é o aspecto que o (a) senhor (a) menos gostou neste serviço?** *
Marcar apenas uma oval.

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

126. **C69(SATIS58). Em sua opinião, este serviço poderia ser melhorado?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim
- Não sei

127. **C70(SATIS58.1). Se sim, de que forma?**
Três opiniões

_____
_____
_____
_____
_____

Escala de Mudança percebida

Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer:

"Desde que___ (Nome) começou a se tratar aqui .....dele(a) está(ão)....."

128. **Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer: "Desde que___ (Nome) começou a se tratar aqui .....dele(a) está(ão)....."** *

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, ele(a) está			

Powered by
Google Drive

ANEXOS

ANEXOS

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

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

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Odete Pereira

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

Prezada Senhora,

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

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

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

Atenciosamente,

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

ANEXO B – Parecer emitido pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

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

Ilma. Sra.
Maria Odete Pereira

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

1 - Sumário Geral do Protocolo

Projeto de pesquisa vinculado ao "Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas" – GEAD, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, que vem desenvolvendo estudos acerca dos efeitos prejudiciais do álcool e outras drogas e, busca, ao longo do tempo, novas estratégias de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção social dos mesmos, bem como a redução de danos e inclusão social.

Objetivos do Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas:

- Produzir conhecimento acerca do processo de avaliação da qualidade da assistência oferecida nos Centros de Atenção Psicossocial que atendem usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD;
- Oferecer subsídios para a avaliação de CAPS ad no Estado de São Paulo;
- Oferecer subsídios para o ensino de enfermagem em saúde mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Objetivo específico deste sub-projeto.

Avaliar quantitativamente e qualitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad da cidade de São Paulo.

Justificativa: Gerar subsídios para mudanças na atenção em saúde mental nos CAPS ad

Metodologia:

Os dados serão coletados pela psicóloga doutoranda Paula Hayasi Pinho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas.

(1)Avaliação da estrutura dos CAPS: da área física, dos recursos humanos e dos materiais dos CAPS ad;

Descrição da área física dos serviços (número de cômodos e sua finalidade, tamanho da construção em metros quadrado, tamanho da área interna e externa úteis para as atividades terapêuticas); descrição do mobiliário existente nos serviços; e número de funcionários e profissionais da equipe técnica.

(2) Avaliação do processo: a) da organização da atenção em saúde mental e b) do processo de trabalho.

a) A organização da atenção psicossocial, desenvolvida nos CAPS, será avaliada por meio de uma auditoria dos registros dos usuários com verificação do conteúdo relativo ao projeto terapêutico do serviço; plano terapêutico individual do usuário; normas e atividades padronizadas; sistema de referência e contra-referência; e registro de atendimentos em prontuários.

b) O processo de trabalho será avaliado por meio da aplicação de questionários, aos trabalhadores de saúde mental, sobre: satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde para identificar prevalência de problemas psiquiátricos menores; problemas por consumo de álcool; perfil dos trabalhadores e condições de trabalho.

(3) A avaliação quantitativa dos resultados da atenção em saúde mental será realizada por meio da aplicação de questionários aos usuários e familiares, sendo que o padrão de saúde do usuário será avaliado a partir