**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GUILHERME CORREA BARBOSA

**AVALIAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO DE
BOTUCATU**

**SÃO PAULO
2013**

GUILHERME CORREA BARBOSA

**AVALIAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO DE
BOTUCATU.**

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

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

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

Versão corrigida.

SÃO PAULO

2013

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: ____/____/____

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

Barbosa, Guilherme Correa

Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e
Outras Drogas do Município de Botucatu / Guilherme Correa
Barbosa. – São Paulo, 2013.

238p.

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

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

1. Avaliação em Saúde; 2. Serviços de Saúde;
3. Serviços Comunitários de Saúde Mental I. Título.

NOME: GUILHERME CORREA BARBOSA

TÍTULO: Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool
e Outras Drogas do Município de Botucatu

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

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À Deus, que sempre esteve ao meu lado cuidando
de mim incondicionalmente.*

*À meus pais, Edson e Alinéia, por sempre
acreditarem em mim, depositando em mim
confiança e segurança para vencer as
dificuldades, e pelos valores que sempre passaram
a mim, tais como o afeto, a persistência,
honestidade e humildade.*

*À meu irmão que sempre esteve ao meu lado nos
momentos de alegria e de dificuldades, um amigo
que sempre terei por perto.*

*À Tatiana e ao Bernardo que estiveram ao meu
lado nas lágrimas e nos sorrisos. Companhia para
todos os momentos.*

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.” (Charles Chaplin)

À Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira por me acolher e por acreditar em minha competência, contribuindo para o meu crescimento científico e intelectual. Tendo paciência em entender e me ajudar a vencer minhas dificuldades e obstáculos com carinho e atenção.

Ao Prof. Dr. Carlos Roberto Padovani que me acolheu em momentos de angústia, me ajudou, apoiou e incentivou em minha pesquisa, podendo me acalmar e mostrar que tudo é possível.

À Prof.^a Dr.^a Vânia Moreno, minha companheira na trajetória acadêmica. Aquela amiga para todos os momentos, uma pessoa singular.

À Prof.^a Dr.^a Lislaine, Prof. Dr. Carlos Siqueira, que puderam contribuir no amadurecimento de minha pesquisa durante a caminhada do doutorado, acolhendo e ajudando com carinho e muita humanidade.

Aos professores da Escola de Enfermagem de São Paulo – USP que estiveram presentes nesta fase da minha vida, contribuindo com meu amadurecimento e crescimento intelectual durante as disciplinas.

Ao Mauricio e ao Gilberto pela acolhida, incentivo e carinho de sempre, grandes companheiros nesta caminhada.

À Equipe, aos usuários e familiares do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Botucatu pelo apoio, carinho, e acolhida para obtenção dos dados.

E aos amigos em que tive oportunidade de conhecer em São Paulo durante o curso, Heloísa Veiga, Heloisa Claro, Luciana Cordeiro, Ricardo Soares, Paula Pinho, Rejane, Neuri Pires, Maria Odete, Rosana Tarifa, Marina Bittencourt, Jandro, Gilberto Prates, e a todo o Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas – GEADUSP;

À secretária da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de São Paulo - USP, pelo carinho, atenção a cada atendimento e orientação.

*"Não faças do amanhã o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás ... mas vá em frente
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te." (Charles Chaplin)*

Barbosa GC. Avaliação do centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas do município de Botucatu. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: Com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e a consequente reestruturação dos serviços de assistência em saúde mental, tem sido cada vez mais enfatizada a necessidade de avaliação dos equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Diante da complexidade que envolve os sistemas de saúde e saúde mental, a avaliação é considerada como essencial para a garantia de qualidade dos serviços. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a necessidade de incorporar a avaliação dos resultados do tratamento como prática contínua e permanente, utilizando os dados da avaliação para melhorar a qualidade da assistência prestada. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo avaliar quantitativamente a estrutura, o processo de trabalho, a organização da atenção em saúde mental e o resultado da atenção em saúde mental oferecida pelo Centro de Atenção Psicossocial II em álcool e outras drogas (CAPSad) do município de Botucatu. **Método:** O estudo foi realizado em um CAPSad do município de Botucatu. Para a coleta dos dados utilizou-se de quatro instrumentos (coordenador, trabalhador, usuário e familiar) compostos pela “Escala de Satisfação – SATIS-Br”, Escala de Mudança Percebida (EMP) e Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista (EAFAAA) e questões sobre os dados sociodemográficos, estrutura do serviço, recursos humanos e materiais e uso de álcool e outras drogas. Os dados foram processados de forma descritiva pelo Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20,0 para Windows®. **Resultados:** A amostra foi de 01 coordenador, 19 trabalhadores, 25 usuários e 15 familiares. Foram obtidos níveis elevados de satisfação para usuário e familiares, e níveis intermediários de satisfação para trabalhadores com relação aos aspectos avaliados no serviço. Em

relação à percepção de mudança teve-se percentuais elevados tanto para usuários quanto para familiares. Na questão de melhora global, 100% dos familiares perceberam a melhora em geral na vida de seu familiar, desde o início do tratamento, sendo que para os usuários 88% perceberam a ocorrência de melhora em seu tratamento. Evidenciou-se atitudes negativas desses trabalhadores frente ao alcoolismo, ao alcoolista e à bebida alcoólica, pois a maioria das médias dos fatores permaneceu na zona intermediária. Os resultados apontam a necessidade de investimentos em capacitações e cursos de atualização para os profissionais e melhora de pontos específicos em relação a infraestrutura do serviço. Como este estudo foi realizado em um único serviço de saúde mental, não pode ser generalizado para outros serviços.

Descritores: Avaliação em Saúde. Serviços de saúde. Serviços Comunitários de Saúde Mental.

Barbosa GC Evaluation of the psychosocial care center for alcohol and other drugs from the city of Botucatu - São Paulo 2013. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: With the psychiatric deinstitutionalization and consequent restructuring of the mental health services, it is increasingly emphasized the need for evaluating services from the Network for Psychosocial Care. Given the complexity involved in health systems and mental health, evaluation is considered essential for quality assurance of the services. The World Health Organization (WHO) emphasizes the need to incorporate the assessment of treatment outcomes as a continuous and ongoing practice, using assessment data to improve quality of care.

Objective: This study aims to evaluate quantitatively the structure, work process, the organization of mental health care and outcomes of mental health care provided by the Psychosocial Care Center II for alcohol and other drugs (CAPSad) from the city of Botucatu .

Method: The study was conducted in a CAPSad in Botucatu . To collect the data four instruments (coordinator , worker, family and user) were administered to the participants. Those instruments were composed by " Satisfaction Scale - SATIS - BR " Perceived Change Scale (EMP) and the Scale of Attitudes Towards Alcohol , Alcoholism and alcoholic (EAFAAA). The instruments were also composed by sociodemographic data, service structure, human and material resources and the use of alcohol and other drugs. Descriptive analysis of the data was performed using the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0 for Windows® .

Results: The sample consisted of 01 coordinator, 19 workers, 25 users and 15 relatives. We obtained high levels of users and family satisfaction, and intermediate levels of satisfaction for employees with respect to the evaluated service. Regarding the perceived change, the data showed high percentages of change for both users and for family.

On a global question about improvements, 100% of the families noticed an improvement in the overall life of their relatives, when comparing to the beginning of treatment, and 88% of the users noticed the occurrence of improvement in their treatment. The data showed a tendency toward negative attitudes of these workers towards alcohol, alcoholism and alcoholics because for most means of factors remained in the intermediate zone. The results highlight the need for investment in training and extension courses for professionals and the need to improve specific points regarding the service infrastructure. As this study was conducted in a single mental health service, this results cannot be generalized to other services .

Keywords: Health Evaluation. Health services. Community Mental Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Definição dos conceitos dos componentes Donabedianos.....	64
Quadro 2	Descrição da População total, estimativa de usuários de álcool e outras drogas do município de Botucatu.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo lógico para atenção em saúde mental no CAPS.....	67
Figura 2	Fluxograma da qualidade da atenção em Saúde Mental do CAPSad do Município de Botucatu.....	69
Figura 3	Fluxograma do CAPSad do município de Botucatu.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Descrição da satisfação do ambiente dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu.....	90
Gráfico 2	Descrição da abordagem terapêutica dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo gênero, etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho em CAPSad, tempo de trabalho no CAPSad atual, profissão, salário e carga horária, 2013.....	88
Tabela 2	Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo atendimentos individuais e quantidade, atendimentos grupais e quantidade, reuniões de equipe e quantidades, atividades comunitárias e quantidade, 2013.....	91
Tabela 3	Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo condições de trabalho.....	93
Tabela 4	Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo modalidades de atendimento.....	95
Tabela 5	Caracterização das modalidades de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo trabalhadores.....	98
Tabela 6	Média e Desvio-padrão da satisfação dos trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP, 2013.....	100
Tabela 7	Distribuição dos escores observados na EAFAAA pelos trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP, 2013.....	102
Tabela 8	Supervisão, Apoio e avaliação global do atendimento prestado, segundo os trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP, 2013.	103
Tabela 9	Caracterização dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo gênero, etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade, fonte de renda, renda familiar no último mês, 2013.....	104
Tabela 10	Distribuição de com quem vivem atualmente os usuários do CAPSad Botucatu-SP, 2013.....	106

Tabela 11	Média e Desvio-padrão da satisfação dos usuários do CAPSad Botucatu- SP, 2013	107
Tabela 12	Média e Desvio-padrão da da escala de mudança percebida dos usuários na perspectiva dos usuários CAPSad Botucatu-SP, 2013.....	10909
Tabela 13	Caracterização dos familiares do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo tipo de vínculo, gênero, etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado e renda familiar no último mês, 2013.....	110
Tabela 14	Média e Desvio-padrão da satisfação dos familiares do CAPSad Botucatu- SP, 2013.	112
Tabela 15	Média e Desvio-padrão da da escala de mudança percebida dos usuários na perspectiva dos familiares CAPSad Botucatu-SP, 2013.....	113

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 UM RESGATE DOS ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO ÂMBITO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....	27
1.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	36
1.3 O CAMPO DE AVALIAÇÃO	42
1.4 QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O MODELO DONABEDIANO	45
1.5 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL	50
1.6 JUSTIFICATIVA	57
2 OBJETIVOS	62
2.1 OBJETVO GERAL	62
2.2 OBJETVOS ESPECÍFICOS	62
3 METODOLOGIA	64
3.1 MÉTODO	64
3.2 MODELO LOGICO.....	65
3.3 DESCRIÇÃO DO MODELO LÓGICO.....	68
3.4 CENÁRIO DA PESQUISA.....	70
3.5 POPULAÇÃO/AMOSTRA DE PARTICIPANTES.....	74
3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	75
3.7 ESTUDO PILOTO	75
3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	76
3.9 COLETA DE DADOS	77
3.10 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	77
3.11 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	78
4 RESULTADOS	81
4.1 DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	81
4.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	81
4.2.1 Infraestrutura do serviço.....	84
4.2.2 Atividades de articulação	85
4.2.3 Práticas assistências.....	86
4.3 TRABALHADORES.....	87
4.3.1 Características do CAPS.....	98
4.3.2 Satisfação do trabalhador	99
4.4 USUÁRIO.....	104
4.4.1 Satisfação do usuário.....	107
4.4.2 Escala de mudança percebida na perspectiva do usuário	108
4.5 FAMILIARES.....	110
4.5.1 Satisfação do familiar.....	112
4.5.2 Escala de mudança percebida na perspectiva do familiar	113
5 DISCUSSÃO	116
6 CONCLUSÃO	137
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICES.....	153
ANEXOS	161

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta tese faz parte dos quesitos para obtenção do título de doutor de um programa de pós-graduação e está inserida em um estudo maior que visa avaliar os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do Estado de São Paulo conduzida pelo Grupo de Estudos de Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem de São Paulo - GEADUSP. Este estudo busca respostas às inquietações levantadas nas reuniões do GEADUSP. Tendo 12 anos da Lei 10.216 e da criação dos dispositivos extrahospitais em saúde mental, surge a importância de realizar uma avaliação de como estes dispositivos estão funcionando e contemplando as portarias que os regem.

Com isso, o GEADUSP constrói tal projeto com a preocupação em discutir a avaliação no campo da saúde mental e ao mesmo tempo se fundamentar nas dificuldades encontrados na assistência.

INTRODUÇÃO

---

1 INTRODUÇÃO

Dada sua complexidade, é indiscutível que o consumo de álcool e outras drogas, particularmente os transtornos decorrentes do uso abusivo, constitui-se um dos maiores desafios contemporâneo à saúde pública mundial. Dados produzidos por estudos epidemiológicos permitem dimensionar a extensão deste desafio no mundo e no Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 10% das populações dos centros urbanos do mundo fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de escolaridade e classe social. Sendo, portanto, o enfrentamento desta problemática uma demanda mundial (WHO, 2004).

O álcool passou do uso social ao problemático, sendo a substância química mais consumida no mundo. Segundo a OMS (2004), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior.

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas aponta que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (Carlini, 2006).

O consumo de álcool é considerado importante causa de adoecimento, mortalidade precoce e incapacidade, sendo apontado

como fator determinante de mais de 10% do total dos problemas de saúde no Brasil (Meloni, Laranjeira, 2004).

Em 2002, o Brasil apresentou índices de mortalidade diretamente relacionados ao uso abusivo ou dependência de álcool correspondente a 0,8% de todas as mortes de homens e 0,1% de mulheres (Marin-Leon, Oliveira, Botega, 2007). Considerando a população de pessoas com transtorno mental no referido estudo, verificou-se que 83,3% das mortes de homens e 34,8% de mulheres estavam relacionadas ao uso abusivo ou dependência de álcool. Em adição, estima-se que pelo menos metade das pessoas que precisam de tratamento para o uso abusivo ou dependência de álcool não recebe assistência de saúde no país (Kohn, Mello, Mello, 2007).

Em um quadro com esta magnitude, a atenção em saúde mental se constitui em uma necessidade crescente, dada a complexidade das necessidades e da população envolvida. Em um diagnóstico realizado pela OMS identifica-se deficiência nas políticas e nos serviços de saúde mental, seja por meio da insuficiência de pessoal especializado ou de distribuição não uniforme (WHO, 2011).

Soma-se a estes dados o aumento progressivo do uso do crack por populações vulneráveis, o que demonstra a necessidade de pesquisas que possam abordar a caracterização destes usuários, bem como a identificação de fatores de vulnerabilidade entre os usuários de crack.

Entretanto, a compreensão do fenômeno da dependência das drogas não pode ser restrita à sua dimensão bioquímica. A discussão acerca dos fatores determinantes das dependências ressalta a confluência de fatores biológicos, psicológicos e sociais, com delineamento de modelos explicativos complexos e não necessariamente consensuais pela comunidade científica.

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

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

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 finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, cujo objetivo primordial é a garantia do acesso de todos a uma assistência à saúde integral e equitativa; ocorreu uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando à consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (Brasil, 2004).

No campo da assistência à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica é atualmente marcada em sua vertente assistencial, pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas modalidades de atendimento foram implantadas em muitos municípios brasileiros em oposição ao sistema hospitalocêntrico, constituindo-se em um sistema comunitário de saúde mental, tendo como uma de suas metas a inclusão social do indivíduo com sofrimento psíquico.

Estas transformações tiveram início, no Brasil, a partir da década de 1960, com o Movimento da Reforma Sanitária e, posteriormente, com maior visibilidade no Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira que, no cenário de um País em processo de democratização e reformulação do sistema de saúde, coloca em xeque os saberes e práticas psiquiátricas e o hospital psiquiátrico, como o lócus do tratamento. O Movimento foi protagonizado por diversos atores: usuários e famílias, trabalhadores de saúde mental, políticos, donos de hospitais psiquiátricos, artistas, entre outros, e passou a introduzir questões da esfera político-ideológica tais como

cidadania, direitos e ética. Essa polifonia tensa, com conflitos e até paradoxos resultou em várias mudanças políticas, na legislação e na organização da atenção em saúde mental, preconizando a necessidade de equipamentos múltiplos para atender à complexidade do sofrimento psíquico.

Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no País. Essa mudança paradigmática deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe e família, e entre esses e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das Instituições, o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais devem ser reconstruídos para responder a esta transformação.

O Ministério da Saúde preconiza que esses serviços tenham o papel articulador, que trabalhem com uma rede estabelecida em várias instâncias como: os cuidados básicos promovidos pela Estratégia da Saúde da Família – ESF; serviços ambulatoriais; leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial como os serviços residenciais terapêuticos e trabalho protegido (Onocko-Campos, Furtado, 2006), ou seja, o ordenador da rede de atenção em saúde mental.

Com a implantação dos CAPSad em 2002, iniciou-se a construção de uma rede de serviços direcionada à população dependente de álcool e outras drogas. De acordo com as propostas do Ministério da Saúde, esses dispositivos devem utilizar como referência a lógica de redução de danos, que busque as necessidades a serem atendidas de forma sistemática e ativa, coadunando com o meio cultural e a comunidade em que os usuários estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003).

Assim, a partir de 2003 o SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares de atenção integral para a população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Essa mudança do enfoque exige a implantação de uma diversidade de equipamentos que respondam aos diferentes momentos e necessidades do indivíduo.

Atualmente, tem-se implantados no Brasil 272 CAPSad II e 5 CAPSad III desses, 69 estão instalados no estado de São Paulo, sendo 67 CAPSad II e 2 CAPSad III (Brasil, 2012). Para tanto, o Ministério da Saúde tem investido em metodologias que possam avaliar os CAPS, no sentido de reforçar a sua importância e fortalecer o seu funcionamento. Entre os meses de setembro de 2008 e janeiro de 2009, o Ministério da Saúde fez a terceira edição do Avaliar CAPS. Em setembro, na fase de pré-teste participaram 10% de todos os serviços brasileiros e na coleta de novembro de 2008 a janeiro de 2009 participaram 78,51% dos CAPS (Brasil, 2009).

Com o Avaliar CAPS, a área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde objetiva oferecer um panorama de como está a qualidade da assistência em saúde mental oferecida nos CAPS do território nacional e, estabelecer os indicadores de avaliação dos CAPS (Brasil, 2009). Entretanto, os resultados ainda não foram disponibilizados.

A avaliação é uma necessidade de política pública, pois é fundamental que um programa de saúde possa mostrar para a sociedade o que faz, como funciona, pra que serve. No campo da saúde mental, podemos dizer que esta necessidade é ainda maior, se considerarmos que a constituição dos serviços CAPS parte de um movimento de transformação do modelo tecno-assistencial para os pacientes da psiquiatria.

Portanto, um processo avaliativo de CAPS deve monitorar essas ações acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário com maior resolubilidade,

com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

1.1 UM RESGATE DOS ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ÂMBITO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Torna-se necessário traçar um resgate desta trajetória de como é visto o tema do uso do álcool e de outras drogas. Tal tema sempre foi, historicamente, no Brasil voltado aos aspectos morais, sendo associado à criminalidade e práticas antissociais.

Relembrando o Código Penal de 1940, que trata de forma repressiva a questão do alcoolismo, fundamentando na punição a forma de expiação e recuperação, tratando a questão sob a responsabilidade da justiça que assume a responsabilidade pelo alcoolista e depois pelo usuário de drogas, condicionando-os como “viciados”, potencialmente inclinados para o mal e para o crime, devendo ser apartados do convívio social (Brasil, 1940).

A oferta de tratamentos acabava restringindo na exclusão dos usuários do convívio social. Pensando em serviços públicos de saúde para esta demanda, tínhamos disponíveis ambulatoriais e hospitais, e ainda em número muito reduzido. Havia uma necessidade de uma política que contemplasse esta demanda nacionalmente focando no âmbito da saúde pública.

Enquanto faltavam políticas públicas para atender o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, outros setores da sociedade se ocuparam dessa problemática, instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. Diante desta grande lacuna nas políticas de saúde e com a complexidade da questão, surgem, em todo o território nacional, alternativas de atenção. Estas alternativas, em sua maioria, eram de caráter

religioso, com perfil de instituições totais, fechadas, baseadas em uma prática predominantemente ao modelo biomédico, focado na medicalização, e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições, que em sua maioria filantrópicas, acabam cumprindo um papel relevante, e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (Brasil, 2005; Brasil, 2007).

O uso de álcool e outras drogas não pode ser reduzido a um olhar biomédico centrado apenas nos sintomas, desvinculados do contexto social no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social das pessoas (Pratta, Santos, 2009). Com isso surge a importância de políticas voltadas a esta demanda.

A primeira iniciativa para a assistência a usuários de álcool foi efetivada no Brasil, por meio do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL) (Brasil, 1987), no qual a atenção à saúde era dirigida de forma específica à problemática, bem como a participação de diversos profissionais da saúde na assistência ao alcoolista e aos seus familiares. Entretanto, esse programa só foi implementado por gestores públicos no Distrito Federal e nos estados do Amazonas, Maranhão, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul (Fornazier, Siqueira, 2006).

Outras iniciativas para a discussão da assistência à saúde relacionada ao uso de álcool e outras drogas, no setor público, aparecem na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início no bojo da Reforma Sanitária, porém seu processo intensificou-se no fim da década de 70, do século passado, e início da década de 80, do mesmo século e, foi marcado pela redemocratização do país e pela contestação do modelo de atenção psiquiátrica, o que consequentemente, propicia anos depois uma mudança na forma de atenção aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e

influencia a mudança na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que contemplou os temas Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência a Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (Amarante, 1995).

Amarante (1995) considera que a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca o fim da trajetória sanitarista e o início da trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Em 1987, acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, que teve a participação não apenas de técnicos, mas também de lideranças municipais, usuários e familiares, que juntos buscaram tornar a opinião pública favorável à luta antimanicomial, que adota o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2002 foi o agente propulsor para que o Ministério da Saúde implementasse o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, trazendo à tona o reconhecimento do problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e assim construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos” (Brasil, 2005).

Com isso, surge a primeira política com foco no uso de álcool e outras drogas denominada Política Nacional do Ministério da Saúde Brasileiro para a atenção integral aos usuários de álcool e

outras drogas instituída por meio da Portaria nº 2.197/GM, em 14 de outubro de 2004 (Brasil, 2004b).

Antes da criação da lei específica para álcool e outras drogas, a Lei 10.216/01 foi promulgada em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a busca da desconstrução dos hospitais psiquiátricos e a construção de serviços extrahospitais, surgindo assim os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad), principal estratégia de tratamento para essa demanda. Tem como proposta de tratamento a estratégia de redução de danos, enfatizando também as ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2004).

Os serviços extramuros, os CAPSad, têm um papel estratégico na confecção da rede de saúde mental, inicialmente foram implantados em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. É um serviço que trabalha na lógica do território e rede, bem como também na lógica ampliada de redução de danos. Enfocando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, pautando nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005).

De acordo com a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, a assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extrahospitais, como os CAPSad, devendo também estar inserida na atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Brasil, 2003).

Como na assistência aos pacientes com transtornos mentais, a assistência aos usuários de álcool e outras drogas também requer a organização de uma rede diversificada, complexa, com abordagens diversas e na perspectiva da integração social do

usuário de acordo com o nível de complexidade de cada serviço. Se pensarmos a rede de cuidados, iniciamos com a estratégia de saúde da família como porta de entrada para esses usuários, o CAPSad como suporte especializado e os leitos em hospital geral para os casos de urgência/emergência, e também outros dispositivos sociais como os grupos de ajuda e as comunidades terapêuticas. Vale ressaltar que a rede ainda está se consolidando, com deficiências para as necessidades da demanda.

Em junho de 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), por meio da Portaria nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009, voltado aos 100 maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes), todas as capitais e sete municípios de fronteira selecionados, totalizando 108 municípios. Essas cidades somam 77,6 milhões de habitantes, que correspondem a 41,2% da população nacional (Brasil, 2009b).

O Plano Emergencial busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Para atingir os objetivos, foram previstos quatro eixos de atuação: ampliação do acesso, qualificação dos profissionais, articulação intra/intersectorial e promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma.

Em 2010, buscando a intersetorialidade – recomendação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, o Presidente da República lança, por meio do Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack fundamentado na integração e na articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2010).

Esse decreto também institui a criação de um comitê gestor ao qual compete: estimular a participação dos entes federados na implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; acompanhar e avaliar a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; e consolidar em relatório periódico as informações sobre a implementação das ações e os resultados obtidos.

São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira (Brasil, 2010).

Diante da necessidade da organização da rede de serviços de saúde para uma melhor assistência aos usuários do SUS, a Portaria nº 4.279/GM/MS de 30 de dezembro de 2010, trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas

Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços, que necessita, com efetividade e eficiência (Brasil, 2010b).

A RAS pode ser definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

A RAS fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Especificamente na área da saúde mental, a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às 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 (Brasil, 2011).

Os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral,

promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em relação aos objetivos específicos, destacamos: prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas, reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas, promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária. Há também objetivos relacionados à: promoção de mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produção e oferta de informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regulação e organização das demandas e dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Um ponto crítico da RAPS é que os Serviços de Atenção em Regime Residencial inclui as Comunidades Terapêuticas (CT), sendo um serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (9) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011). O autor faz um alerta

acerca dos CT, pois relata problemas nestes dispositivos em que na maioria das vezes são instituições precárias, com equipes mal preparadas, que utilizam métodos pouco científicos, sem preocupação com avaliação da eficácia das intervenções propostas. São geralmente modelos mistos, com forte viés moralista, sem conhecimento adequado da complexidade do fenômeno dependência. A maioria delas sequer sabe distinguir um usuário de um dependente de drogas (e precisamos lembrar que os estudos epidemiológicos do mundo inteiro nos mostram que mais de 80% dos usuários de drogas não são dependentes e, portanto, não teriam que ser submetidos a qualquer forma de tratamento). No entanto, algumas delas oferecem um tratamento de qualidade que infelizmente são exceções (Silveira, 2013).

Ainda com o fim de redefinir o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros, o ministro da saúde divulga a Portaria Nº 130 GM/MS, de 26 de janeiro de 2012. A Portaria aponta que O CAPSad III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (Brasil, 2012b).

Com este novo formato de estratégia de atenção, torna-se relevante uma avaliação dos dispositivos CAPSad para assim visualizar suas potencialidades e fragilidades no atendimento a essa demanda.

1.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, além de lhes oferecer atendimento médico e psicológico. Têm como característica principal a busca para integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, o espaço da cidade onde acontece o cotidiano de usuários e familiares, denominado como sendo “seu território”. Constituem-se na principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os CAPS são locais comunitários de referência para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais como: psicoses e neuroses graves, entre outros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a sua permanência para cuidados intensivos, personalizados e que promovam a vida.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e estreitamento dos laços familiares e comunitários.

A primeira definição formal para os CAPS surgiu com a Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, que definiu os CAPS como unidades locais/regionalizadas com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Brasil, 2004).

Com o fim de atualização das normas constantes na Portaria 224, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescenta novos parâmetros para o funcionamento dos CAPS, definindo a sua

estrutura, o seu funcionamento e seus objetivos principais, a partir de porte/complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2004).

Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem constituir-se em: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Também define as características de cada modalidade em termos de recursos humanos, atividades, horário de funcionamento, capacidade operacional, funções que desempenha e direciona a criação de serviços específicos para a área de infância e adolescência (CAPSi) e para a área de álcool e outras drogas (CAPSad) (Brasil, 2004).

Descrição dos tipos de CAPS segundo a Portaria 336/02.

Abrangência populacional (habitantes):

- CAPS I – 20.000 a 70.000
- CAPS II – 70.000 a 200.000
- CAPS III – acima de 200.000
- CAPS i II - acima de 200.000, ou a depender do gestor local
- CAPSad II - acima de 200.000

Horário de funcionamento:

- CAPS I – 8 às 18h, nos 5 dias úteis.
- CAPS II, CAPSad II e CAPS i II – 8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18 às 21h).
- CAPS III – 24h, incluindo feriados e finais de semana.

Equipe:

- CAPS I - 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior; 4 profissionais de nível médio.

- CAPS II - 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.
- CAPS III - 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior; 8 profissionais de nível médio
- CAPS i II - 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior; 5 profissionais de nível médio.
- CAPSad II – 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.

População atendida:

- CAPS I e CAPS II: São CAPS para o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, portadoras de transtornos severos e persistentes;
- CAPS III: São CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS i: São CAPS para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- CAPSad: São CAPS para atendimento diário de usuários de álcool e outras drogas e pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência dessas substâncias. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento e desintoxicação.

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico singular, que corresponde a um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e que de acordo com suas necessidades, proponha atividades durante a sua permanência no serviço.

Dessa forma, de acordo com as determinações da Portaria GM 336/02, os CAPS podem ter atendimento Intensivo; Semi-Intensivo e Não Intensivo.

- a. Atendimento Intensivo: Trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua. O atendimento pode ser domiciliar, se necessário.
- b. Atendimento Semi – Intensivo: Nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, em momentos em que o sofrimento e desestruturação psíquica da pessoa diminuam, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. O atendimento pode ser domiciliar ou não.
- c. Atendimento Não – Intensivo: Oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ ou no trabalho, sendo atendido pelo serviço em até três dias no mês. O atendimento pode também ser domiciliar ou não.

Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico do serviço, que considere as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas dos familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional.

Os CAPSad II, serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, deve ter as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local.
- b) sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território.
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local.
- d) coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes.
- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.

No que se refere à assistência prestada ao paciente no CAPSad II, devem ser desenvolvidas as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.
- h) atendimento de desintoxicação.

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2012), até dezembro de 2011, contamos com aproximadamente 1742 CAPS funcionando no Brasil, o que aponta uma cobertura muito boa (0,72). Em relação ao número de CAPSad, dispomos de 272 CAPSad II e 05 CAPSad III funcionando no país (Brasil, 2012b).

Em relação aos dados do Estado de São Paulo, contamos com o total de 282 CAPS, apontado como uma boa cobertura (0,64). No que se refere aos CAPSad, o Estado tem 67 CAPSad II e 02 CAPSad III. Já o Departamento Regional de Saúde de Bauru conta com 4 CAPSad II. É uma rede importante, mas que ainda é insuficiente para atender à demanda cada dia mais crescente (Brasil, 2012).

Considerando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a influência deste novo paradigma de atenção em saúde mental, e conseqüentemente as políticas aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se necessário avaliar os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas.

1.3 O CAMPO DE AVALIAÇÃO

A avaliação em saúde é um procedimento quase tão antigo quanto a própria atividade dos serviços. Já a avaliação sistematizada das práticas e dos serviços de saúde e saúde mental é um procedimento relativamente recente.

Os primeiros estudos no campo da saúde envolvendo avaliação dos serviços de saúde ocorreram por volta de 1910 e foram direcionadas às práticas médicas e ao controle do exercício profissional. Os estudos de avaliação se desenvolveram lentamente, de forma fragmentada, já que não eram considerados como essenciais ao funcionamento dos serviços. A expansão da avaliação dos serviços de saúde ocorreu somente após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da necessidade de monitorar a eficácia dos recursos e da tecnologia investidos na área de saúde pelo Estado. É nessa época que se iniciam as auditorias hospitalares com o intuito de avaliar o processo assistencial (Reis et al., 1990; Adami, Maranhão, 1995).

Atualmente a busca pela qualidade é de vital importância no mundo globalizado, competitivo e capitalista que vivemos, uma vez que a qualidade dos serviços e produtos é avaliada por meio da satisfação dos usuários, fator fundamental na sobrevivência das organizações. Nos serviços de saúde não é diferente, a qualidade é um elemento diferenciador na prestação de serviços, sendo decisivo o momento em que o usuário recebe a assistência do profissional de saúde, pois este é um dos balizadores para que o usuário defina como percebe e avalia a qualidade do serviço prestado.

A consolidação da avaliação em saúde enquanto objeto de investigação científica, dentro do movimento que estabeleceu as intervenções em saúde como campo científico, teve seu marco inicial na década de 50, do século passado (Nemes, 2001).

Este campo de estudo teve um grande avanço nos anos 60 e 70, do século passado. A avaliação de qualidade dos serviços de saúde se sistematiza, nos anos de 1960, nos Estados Unidos, com finalidade quase exclusivamente econômica nos campos médico sanitário, de desenvolver modos de otimizar o enfrentamento de problemas de saúde, com os recursos científicos disponíveis e os recursos efetivamente utilizáveis (Akerman, Nadanovsky, 1985).

A avaliação dos serviços está estreitamente vinculada ao financiamento, à atribuição de recursos e à garantia da qualidade. A avaliação do funcionamento e a eficácia do sistema de saúde tornaram-se relevantes na obtenção de informações que garantissem a qualidade dos serviços (Reis et al., 1990).

O campo da avaliação em saúde pode ser delimitado em três grandes grupos: a avaliação tecnológica que está ligada na segurança, efetividade e custo de tecnologias de produto ou de processos, a avaliação de programas que está ligada em conjuntos articulados de atividades voltados para uma população alvo, e a avaliação de qualidade que está ligada em serviços assistenciais de saúde (Nemes, 2001).

Há uma diferenciação entre avaliação e pesquisa avaliativa. Avaliar consiste em fazer um julgamento a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, tendo como meta o auxílio na tomada de decisões em relação aos serviços. Tal julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas, tratando-se de uma avaliação normativa, ou construído com base nos procedimentos científicos, caracterizando uma pesquisa avaliativa (Contandriopoulos, 2006).

A avaliação é um julgamento de valor, em que se parte do bom, do esperado de um serviço ou programa em relação a um contexto cultural e político específico. Esse julgamento de valor não apresenta neutralidade técnica, pois sofre a influência da visão de mundo dos que exercem essa ação. Quando olhamos pesquisas avaliativas de cunho médico, são utilizados indicadores diretos de

qualidade como, por exemplo, taxa de mortalidade ou remissão dos sintomas. (Adami, Maranhão, 1995; Schmidt, 2007).

O julgamento acontecerá a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais não explicitadas por diferentes motivos. As normas e critérios a serem utilizados para conferir um julgamento ao final da avaliação serão influenciados pelos grupos que o definem, sejam, usuários, familiares, profissionais ou gerentes, entre outros (Furtado, 2001).

Um dos grandes desafios da estratégia da avaliação é conseguir incorporar os pontos de vista de atores em diferentes posições, com a intenção de proporcionar às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento mais amplo possível (Contandriopoulos, 2006).

O sistema de saúde apresenta atualmente alta complexidade, com isso torna-se importante que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas. Isso inclui um ciclo de planejar, executar, avaliar e agir, no sentido de readequar os conhecimentos em função dos dados produzidos pela avaliação. Isto deve fazer parte da rotina dos serviços (Contandriopoulos, 2006; Silva, 2011).

Segundo esta lógica, é necessário implantar e institucionalizar as avaliações e que ocorram em todos os níveis do sistema de saúde. E que isto se gere uma verdadeira cultura de avaliação na intenção de verificações contínuas da qualidade dos serviços (Contandriopoulos, 2006). Esta prática torna-se importante para melhorar os sistemas de atenção à saúde.

A avaliação no campo da saúde é um instrumento adequado para a crítica das práticas em saúde, um caminho que apresenta a realidade da assistência com o que é proposto pela política de saúde. Tal avaliação possui enfoque específico, é sempre

pragmática e são desenvolvidos em contextos históricos particulares (Furtado, 2001; Nemes, 2001).

Com as mudanças ocorridas com a reforma psiquiátrica, surge a necessidade de serviços extrahospitais no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. Tendo como dispositivo primordial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que tem como uma de suas metas a inserção social do doente mental, a mudança deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe e família, e entre esses e a comunidade. E devem responder aos diferentes momentos e necessidades do indivíduo.

Por isso, torna-se importante ter um processo avaliativo de CAPS que monitore as ações e acompanhe a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário, com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de recursos múltiplos.

Acompanhar esse processo possibilitará uma interpretação de como este serviço está funcionando e realizando com o que é proposto para tal. Este olhar crítico da prática nestes serviços auxiliará em apontamentos de fragilidades e potencialidades, trazendo reflexão para compreensão e transformações dos mesmos.

1.4 QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O MODELO DONABEDIANO

A corrente de avaliação da qualidade é representada principalmente pelos trabalhos clássicos de Donabedian. Seus primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos de 1960, mas atingiram notoriedade mundial a partir do final dos anos de 1980, quando estudou sistematicamente a avaliação da qualidade da

atenção médica, modelo esse, que posteriormente foi adaptado para a avaliação de serviços de saúde.

Para Donabedian (1984), a qualidade da atenção à saúde é difícil de ser definida e envolve critérios, determinados em forma de juízo de valor, que podem ser aplicados a diferentes aspectos, propriedades, componentes ou alcances desse tipo de atenção.

Assim, a qualidade percebida pode ser considerada a partir das referências dos sujeitos envolvidos que atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos, de acordo com suas preferências, necessidades e expectativas individuais e sociais (Donabedian, 1984).

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

Nesse sentido, Donabedian (1978) atribuiu três dimensões para a qualidade: o conhecimento técnico-científico, referindo-se à resolução das necessidades do usuário; relações interpessoais, que dizem respeito ao relacionamento que se estabelece entre o prestador de serviços e o usuário e ambientais, relativas às condições do local onde são realizados os cuidados, desde as comodidades oferecidas até a organização dos processos de trabalho.

Há mais de três décadas Donabedian (2003) sugeriu três abordagens para avaliar a qualidade de cuidado, às quais chamou: estrutura, processo e resultados.

Estrutura é utilizada para designar as condições sob as quais o cuidado é provido. Incluem:

1. Recursos materiais, tais como facilidades e equipamentos.
2. Recursos humanos, tais como número, variedade e qualificação profissional e pessoal de suporte.
3. Características organizacionais, tais como a organização de equipe médica e de enfermagem, a presença de funções de ensino e pesquisa, tipos de supervisão e avaliação de desempenho, métodos de pagamento pelo cuidado, e assim por diante.

Processo significa as atividades que constituem o cuidado de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente, usualmente realizado pelo profissional de referência, mas também incluindo outras contribuições para cuidado, particularmente dadas por pacientes e seus familiares.

Resultados significam mudanças (desejável ou indesejável) em indivíduos ou populações que podem estar sujeitas ao cuidado de saúde.

Os resultados incluem: mudanças no estado de saúde; mudanças em conhecimentos adquiridos por pacientes e familiares que podem influenciar o cuidado futuro; mudanças de comportamento de pacientes ou familiares que podem influenciar o cuidado futuro; e satisfação de pacientes e seus familiares com o cuidado recebido e seus resultados.

Para o autor, a qualidade da assistência não é um atributo abstrato, ao se considerar que é construída pela avaliação assistencial, abrangendo a análise dos componentes da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados dos mesmos.

Donabedian (1980) considera ser o processo, o caminho mais direto para a avaliação da qualidade do cuidado. Já os resultados

possuiriam as características de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo.

Donabedian (2003) definiu a avaliação de qualidade como sendo toda ação realizada para estabelecer, proteger, promover e incrementar a qualidade do cuidado em saúde.

Segundo o autor, os principais itens no círculo de monitorização são:

1. Obtenção de dados ou performance (estrutura, processo, resultados).
2. Padrões de análise (tempo, lugar, pessoa, função). Uma atividade que seja natural e essencialmente epidemiológica.
3. Interpretação, a qual dá significado às hipóteses causais, que podem explicar o padrão observado.
4. Fazer prevenção, correção ou ações de promoção à saúde, baseadas em hipóteses causais que tem foram avançadas.
5. Obter dados sobre performance subsequente para determinar as consequências das ações realizadas.

Ampliando o conceito de qualidade, Donabedian (2003) descreveu os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, descritos a seguir:

Eficácia é a habilidade da ciência e tecnologia de cuidado em saúde para trazer melhorias na saúde quando usadas sob circunstâncias mais favoráveis .

Efetividade é o grau ao qual a melhoria da saúde possível de ser atingida, é de fato, alcançada.

Eficiência é a habilidade de se ter menor custo do cuidado de saúde sem diminuir as melhorias alcançáveis.

Eficiência = melhorias esperadas na saúde / o custo do cuidado

Otimização é o balanço entre as melhorias em saúde e o custo de tais melhorias. Esta definição implica que há o melhor ou ótimo relacionamento entre custos e benefícios de cuidados de saúde, considerando um ponto abaixo ao qual mais benefícios poderiam ser obtidos com custos menores, comparados aos benefícios e acima ao qual benefícios adicionais podem ser obtidos de custos também largo relacionado aos benefícios correspondentes.

Aceitabilidade é definida como conformidade para os desejos e expectativas de pacientes e responsabilidade dos membros de suas famílias.

Donabedian (2003) desenvolveu esta definição em cinco partes:

1. Acessibilidade.
2. O relacionamento médico-paciente.
3. As amenidades do cuidado.
4. O que os pacientes consideram ser justo e equitativo.
5. Preferências do paciente quanto aos efeitos, riscos e custos dos cuidados.

No setor da saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte do usuário, considerando os valores sociais existentes (Donabedian, 2003).

Novaes (2000) afirma que cada um desses pilares pode ser específico para contextos diferenciados por meio da identificação de critérios adequados para cada situação, valorizando as particularidades e mantendo uma coerência entre si, porque apresentam uma interdependência e um movimento, do específico

para o geral. Acrescenta, ainda, que as dimensões consideradas técnicas, condicionam as dimensões interpessoais, mas ao mesmo tempo, dependem dessas para realizarem seu potencial.

1.5 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

Apesar da tendência internacional de incorporação de avaliação ao campo da Saúde Mental, sobretudo relacionada à questão de redução de custos, de uma maneira geral essa área não possui tradição em avaliação, em comparação com outras de atenção à saúde. Mesmo os procedimentos clássicos de avaliação baseados em análise de eficácia, efetividade e eficiência, são pouco utilizados (Giordano, Pereira, 2000).

A avaliação da qualidade em Saúde Mental parece ser conduzida por características peculiares à área, quando comparadas às demais áreas de saúde. A avaliação de extensão de cobertura e de 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 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 (Carvalho, Amarante, 1996).

O desafio técnico-metodológico é o de construir desenhos de pesquisa, técnicas e instrumentos que não sejam artificiais, de modo a descaracterizarem as práticas e os serviços que se pretende estudar.

Um programa ou serviço é entendido como um processo que possui movimento, uma dinâmica própria. É levada em conta a ação de atores distintos que se aliam e se contrapõem, tratando-se de uma busca hermenêutica por compreender antagonismos e

consensos. Dessa forma, avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e das práticas dos agentes que o serviço ou programa envolve. As análises dos sujeitos sociais acerca dessas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve também a da consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estão contidas nas práticas que os mesmos desenvolvem (Deslandes, 1997).

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

Para buscarmos uma qualidade dos cuidados de saúde prestados, é necessário definir o objeto que será avaliado, e sempre esclarecer o porquê avaliar, qual é a finalidade de tal avaliação, qual o caminho metodológico que será utilizado e também apresentar como serão aplicadas as medidas corretivas das deficiências, que irão ser identificadas por estudos desta natureza (Adami, Maranhão, 1995).

Quando falamos em avaliação em saúde mental, as pesquisas que utilizam instrumental padronizado, sempre utilizam como resultado uma boa prática com indicadores indiretos que tenham como mensuração as medidas de qualidade de vida, autonomia e satisfação, com o intuito de ir além dos indicadores epidemiológicos. Podemos reunir, a partir do conjunto da literatura sobre a área, que a avaliação apresenta três objetivos gerais:

- 1) produzir conhecimento e reflexão sobre as práticas, os serviços, os programas;
- 2) produzir conhecimento sobre a própria avaliação e avançar em termos metodológicos;

- 3) fornecer subsídios ao planejamento, gestão e administração dos serviços, quiçá ao ordenamento político dos programas de saúde pública (Schmidt, 2007).

Para pensar em avaliação na área da saúde mental os pesquisadores envolvidos precisam ter um certo compromisso, ideológico e ético, com a Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista que participaram ativamente deste movimento e que foi a partir dele que houve a possibilidade do surgimento da nova política de saúde mental e a criação dos dispositivos extrahospitais, foco desta investigação. Este campo de avaliação tem sido entendido como uma estratégia de reflexão sobre os novos serviços de saúde mental.

Um dos pilares deste movimento é a desinstitucionalização, ou seja, é a desconstrução de todo esse aparato manicomial, e a (re)construção de serviços substitutivos localizados na comunidade, com o intuito da reinserção social e a garantia de cidadania e melhor qualidade de vida.

Este é um momento de incentivo ao aprofundamento do conhecimento destes novos dispositivos de cuidado e à busca de mecanismos adequados para acompanhar estes dispositivos. Portanto, realizar avaliações da qualidade torna-se útil no sentido de apresentar as experiências cotidianas ocorridas nestes serviços substitutos ao manicômio para possibilitar lançar um olhar crítico sobre a assistência. Cabe salientar que já estamos na etapa posterior de denúncia aos horrores do hospício e da batalha por uma legislação que dê suporte às novas formas de cuidar em saúde mental. Este é o momento de conhecer o que tem sido realizado e avaliar seus efeitos.

No município de São Paulo, foi realizada uma pesquisa, publicada em 2009, com o objetivo de descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção existentes nos CAPS. Foram incluídos no estudo 21 serviços para atendimento de adultos,

vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os resultados mostraram que 10 dos serviços estudados iniciaram as atividades funcionando como ambulatórios e, posteriormente foram transformados em CAPS. Nenhum serviço funcionava diariamente durante 24 horas. Cinquenta por cento deles funcionavam em imóveis alugados, com instalações físicas inadequadas, especialmente, para atendimentos grupais. A composição das equipes dos serviços estudados foi bastante diversa. As atividades desempenhadas nos CAPS foram heterogêneas, com maior valorização das atividades grupais desenvolvidas com usuários dentro dos CAPS e pouca integração aos outros equipamentos de saúde. As atividades grupais de arte e cultura foram as mais frequentes em todos os serviços, no entanto, os serviços que tinham a origem ambulatorial apresentavam atividades artesanais e os que haviam sido hospitais-dia realizavam mais atividades de integração psicofísica. O perfil de atividades relacionou-se à distribuição regional dos serviços (Nascimento, Galvanese, 2009).

O referido estudo concluiu que a heterogeneidade dos CAPS parece se relacionar à história dos programas de saúde mental implementados no município desde a década de 1980 e à diversidade socioeconômica e cultural das regiões da cidade, bem como às diferentes composições das equipes observadas. Diferentes modelos de atenção psicossocial foram encontrados no estudo, desde a constituição de “equipamentos-síntese” (cunho dos autores) dos quais os usuários não recebem alta, até aqueles serviços que encaminham ou que dão alta após a estabilização dos sintomas dos usuários, no entanto, não viu nenhuma tentativa de construção de uma rede de cuidados (Nascimento, Galvanese, 2009).

Corroborando com os achados da pesquisa acima, em outra pesquisa as autoras afirmam que há uma grande diferenciação entre os CAPS existentes, sobretudo, na diversificada realidade brasileira. Nessas instituições, há histórias, compromissos e dificuldades

específicas e distintas que as impedem de serem concebidas como instituições homogêneas. Assim, pensam que essas diferenças são dadas pelas subjetividades e intersubjetividades que nelas coexistem (Sobrinho, 2000).

A padronização de indicadores exclusiva e predominantemente quantitativos em um processo avaliativo não leva em conta essa questão e tem conduzido às noções e julgamentos equivocados de eficiência. No caso de serviços de saúde mental, indicadores quantitativos não avaliam se os serviços estão reproduzindo ou não a lógica manicomial, que é contrária aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Essa questão passa pela forma como se conformam as relações entre os diferentes atores, no cotidiano do serviço (Sobrinho, 2000).

As críticas a esses serviços têm tido, com frequência, a influência do modelo de avaliação da caixa preta, em que as limitações em relação aos resultados inicialmente esperados são tomadas como um fracasso do dispositivo sem, contudo, analisar a influência de sua origem e do contexto. Muitas vezes, fatores político-administrativos locais e interesses econômicos na manutenção do sistema centrado no modelo hospitalocêntrico têm sido dificultadores para um avanço maior (Wetzel, Kantorski, 2004).

Com o objetivo de avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de CAPS, autores realizaram uma pesquisa avaliativa qualitativa, em 2006 e 2007, coletando dados por meio de grupos focais, em CAPS III, com diferentes grupos de interesse (trabalhadores, gestores municipais, usuários, familiares e gestores locais). Os autores identificaram pontos fortes e fracos relativos à atenção durante a crise psíquica; articulação com rede básica; formulação de projetos terapêuticos; gestão e organização em equipes de referência; formação educacional e sofrimento psíquico (Onocko-Campos et al., 2009).

Assim, como o observado no trabalho descrito anteriormente, outra pesquisa desenvolvida também realizou uma avaliação

qualitativa, no ano de 2006 em Porto Alegre, com o objetivo de apreender a dinâmica de funcionamento de um CAPS, a forma como os atores interagem e os sentidos que eles constroem em relação à sua prática. Para os autores, a avaliação permitiu problematizar a atenção em saúde mental naquele CAPS e contribuiu para o processo emancipatório dos sujeitos envolvidos (Schneider et al., 2009).

Nesse sentido, entendemos que a proposta da Reforma Psiquiátrica não se restringe à criação de serviços extrahospitalares, mas que esses dispositivos sejam substitutivos não apenas às internações, mas ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, de modo a incorporar novas tecnologias de intervenção no sofrimento psíquico.

Acerca dessa temática, em um estudo realizado num CAPS, os pesquisadores identificaram como premissas do serviço a liberdade de ir e vir e a reabilitação psicossocial, considerando como principais características das novas tecnologias estudadas: o acolhimento; a escuta; o responsabilizar-se pela trajetória do indivíduo; e o plano terapêutico, que deve considerar a individualidade do sujeito e a inserção da família/comunidade (Kantorski, Machado, Oliveira, 2000).

Na mesma direção, o estudo de caso de cunho avaliativo realizado num CAPS no Rio de Janeiro-RJ, no ano de 2006, utilizando como material os relatos gravados em uma reunião de supervisão de equipe no próprio serviço; propõem os eixos acesso, acolhimento e acompanhamento como elementos fundamentais para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços. Ressaltam ainda, que o acompanhamento se reafirma como um importante indicador em avaliação de qualidade de CAPS, ao mesmo tempo em que é um balizador no cotidiano do trabalho em equipe (Schmidt, Figueiredo, 2009).

Outros estudos, ainda, avaliam as práticas de cuidar com a utilização de recursos de artes no CAPS, indicando que a avaliação

em saúde apresenta-se como um dos processos capazes de fornecer subsídios à tomada de decisão no setor com maior responsabilidade, eficácia e adequação (Tavares, Sobral, 2005).

A satisfação dos usuários é considerada aspecto fundamental na avaliação da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde mental. Essa avaliação é especialmente importante na medida em que se vivencia atualmente a transição do modelo de atenção hospitalar para o de assistência na comunidade.

Sabe-se que o grau de satisfação do trabalhador com a atividade que desenvolve tem influência direta sobre sua produção, que na área de Saúde Mental está relacionada à qualidade de atendimento que o mesmo oferece ao cliente/usuário, assim, estudo acerca da satisfação e impacto do trabalho na vida de 133 profissionais de quatro serviços de saúde mental do Rio de Janeiro, em que foram empregadas as escalas SATIS-BR, IMPACTO-BR e um questionário de caracterização sociodemográfica e das atividades laborais, mostrou que 62,4% dos profissionais apresentaram um nível intermediário de satisfação (Rebouças et al., 2008).

Uma vez situadas na confluência de diversas disciplinas, as práticas e pesquisas em saúde coletiva e saúde mental compõem o pano de fundo para o debate de oposição entre abordagens qualitativas e quantitativas. O consenso entre defensores do uso de métodos quantitativos e qualitativos parece situar-se num distante e improvável horizonte, havendo discursos que consideram ser compatíveis as diversas ordens entre os dois referenciais, como autores que advogam a incompatibilidade paradigmática dos mesmos.

“A questão não é só a de definir os parâmetros de qualidade a serem alcançados pelos serviços, seja por meio de métodos quantitativos ou qualitativos ou ambos, mas, mapear as relações e acontecimentos que ocorrem nestes serviços, não considerando

seus processos [...] como algo dado, único, verdadeiro e natural”. (Carvalho, Amarante, 1996).

Em uma pesquisa realizada nos CAPS da Região Sul do Brasil, conhecido como avaliação CAPSUL, de cunho qualitativo e quantitativo, investigou-se aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, com a participação de usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados da região. No estudo, as diferentes abordagens metodológicas privilegiaram diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, disponibilizaram diferentes eixos para os julgamentos (Kantorski et al., 2009).

Não se têm estudos de avaliação de CAPSad publicados, assim sendo, é relevante o desenvolvimento de pesquisas que estabeleçam indicadores para a avaliação desses serviços.

1.6 JUSTIFICATIVA

No contexto das discussões de diferentes projetos de reforma do Estado Brasileiro, a busca de evidências nos resultados da implementação do SUS se impõe tanto como necessidade de desenvolvimento tecnológico no campo da avaliação em saúde, quanto para sustentar o debate político.

O efetivo controle da população em relação aos serviços ofertados com base na definição de padrões de boa qualidade de serviços, a fim de que possam ampliar sua capacidade de exercer seus direitos de cidadania advogando suas necessidades, tem justificado algumas iniciativas de estudos que tentam preencher um vazio teórico-técnico de como proceder, na prática, com vistas a incluir usuários e familiares como elementos articulados aos processos de planejamento e avaliação de serviços.

Ajustes no modelo assistencial são necessários para a implementação do SUS, o que justifica a promoção de iniciativas que

se proponham a investigar e contextualizar as realidades assistenciais dos serviços. Investigações essas que identifiquem os resultados do modelo de gestão descentralizada, incluindo a perspectiva dos usuários. No processo de avaliação de novos modelos de cuidados em saúde mental, tais iniciativas de investigação podem contribuir para o desenvolvimento de conceitos, metodologias e instrumentos culturalmente sensíveis, capazes de operacionalizar mudanças e incluir a participação dos usuários e familiares nas práticas de avaliação, controle e garantia de qualidade dos serviços.

Dimensões como custos, acessibilidade, controle social e qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde, se colocam como prioridades para as políticas de saúde de países desenvolvidos e mais ainda naqueles em desenvolvimento, uma vez que crescem as demandas de saúde da população à medida que a sobrevivência deixa de ser um desafio, e que os indivíduos, se reconhecendo como cidadãos, passam a requerer uma atenção à sua saúde de melhor qualidade.

Proporcionalmente aos recursos humanos e econômicos empregados, é difusamente sentida no campo da atenção psiquiátrica a necessidade de avaliar, exprimir um juízo, acerca da organização dos serviços de saúde mental, definindo sua utilidade, a efetividade e eficácia de suas práticas. Paralelamente, estudos de efetividade de tratamentos, por meio de ensaios clínicos bem conduzidos, têm contribuído para o avanço científico-tecnológico.

No processo de trabalho em saúde, em que se trata de um lado, de usuários, cuidadores e organizações de saúde e, de outro, do resultado dessa equação expresso no cuidado produzido, pressupõe-se a urgência de melhor se conhecer esses componentes para que, munidos desse conhecimento, se possa advogar a potencialização da qualidade social, tecnológica, política e econômica do que é recebido e produzido.

Atualmente os transtornos mentais associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas tem se agravado, como o do uso de crack que está em ascendência nos estados brasileiros.

Esse fenômeno acontece em um cenário em que as respostas institucionais não se adequaram às problemáticas apresentadas em estudos epidemiológicos existentes: uma precária rede de cuidados primários e intermediários inseridos na comunidade, em contraposição à excessiva oferta de leitos psiquiátricos, particularmente para álcool e outras drogas e que tem crescente implantação, sobretudo, no Estado de São Paulo, concentrando-se em algumas regiões, além de serviços não caracterizados como de saúde, como as chamadas comunidades terapêuticas, mas que são contratados por gestões estaduais e municipais.

Nessa direção, um processo avaliativo dos CAPS deve levar em conta que os mesmos, de forma isolada e fora de uma estrutura em rede, podem dar respostas parciais não apenas devido às suas limitações internas, mas também por não estarem inseridos em uma proposta política mais ampla. Na revisão da literatura não encontramos estudos avaliativos dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas.

Diante do exposto, o presente estudo se faz necessário, pela premência de se olhar para essas novas modalidades públicas de atenção, que estão sendo implantadas no País há 10 anos, a fim de monitorar essas ações e aferir a sua validade. Avaliar um CAPS implica acompanhar o funcionamento de um serviço que se propõe a atender e a inserir socialmente o usuário, com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

Entendemos que a avaliação de serviços, por si só, assim como a gestão, as políticas e a prática, não são suficientes para alavancar alguma mudança. Entretanto, compreendendo a capacidade de análise como fundamento para a construção de

sujeitos de mudança, o presente projeto pode inserir a avaliação como o dispositivo que os analistas institucionais definem como: “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical” (Baremblytt, 1996).

Na perspectiva hermenêutica de Santos (2006), as políticas de saúde ou estratégias que contribuam para a sua elaboração, não devem partir verticalmente do setor Público, representado pelo Ministério da Saúde, mas de discussões, estudos e iniciativas que devem emergir de outros setores da sociedade, e nesse projeto, da Instituição de Ensino. Assim, os proponentes consideram que estes dois pontos, acrescidos dos outros já apresentados anteriormente, tornam o projeto em questão relevante e premente.

O que se pretende com esta investigação, privilegiando a construção de metodologias avaliativas de serviços e tratamentos em Saúde Mental é:

- 1) avaliar a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: acesso, infraestrutura, processo de trabalho e recursos humanos, do CAPSad do município de Botucatu.
- 2) avaliar o modelo de assistência prestado pela equipe técnica do CAPSad do município de Botucatu, caracterizando o modelo de atenção que está sendo oferecido aos usuários de álcool e outras drogas.
- 3) avaliar a repercussão da atenção oferecida nos CAPSad, nos níveis de satisfação de usuários e familiares.

As perguntas que fazemos inicialmente são: “Os CAPSad são efetivos na intervenção com usuários de álcool e outras drogas? O tratamento no CAPSad está promovendo melhor qualidade de vida aos usuários de álcool e outras drogas?”

OBJETIVOS

---

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETVO GERAL

- Descrever e analisar o Centro de Atenção Psicossocial II ad (CAPSad) do município de Botucatu;

2.2 OBJETVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar a estrutura do CAPSad do município de Botucatu;
- Descrever e analisar o processo de trabalho e a organização da atenção em saúde mental oferecida pelo CAPSad do município de Botucatu;
- Descrever e analisar o resultado da atenção em saúde mental oferecida pelo CAPSad do município de Botucatu.

METODOLOGIA

---

3 METODOLOGIA

3.1 MÉTODO

O presente estudo é uma pesquisa avaliativa, descritiva, exploratória e transversal.

O referencial teórico-metodológico adotado para o desenvolvimento da pesquisa é a abordagem proposta por Donabedian (2003), acreditando-se que esse referencial teórico por abarcar as dimensões de estrutura, de processo e de resultado, propiciem que sejam explicitadas questões referentes à satisfação dos usuários e familiares articulando a tríade citada acima.

Quadro 1 Definição dos conceitos dos componentes Donabedianos.

COMPONENTES	CONCEITO
ESTRUTURA	Compreende os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, necessários para a assistência em saúde mental.
PROCESSO	Atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.
RESULTADO	Produto final da assistência prestada considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas

Fonte: Donabedian A. The definition of quality and approaches to it assessment: explorations in quality: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980; v.1

3.2 MODELO LÓGICO

O desenho do modelo lógico é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação de programa, sendo muitos os caminhos que podem ser utilizados em sua construção (Rowan, 2000).

Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrinhá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais (Medina et al., 2005).

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

O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos Programas, percebidas pelos gerentes e demais grupos implicados, seja manifestada por especialistas e inclusões de informações de pesquisas, levando-se a uma maior possibilidade de construção de acordos entre os componentes do programa e os resultados da avaliação (Rowan, 2000; Renger, Titcomb, 2002).

Apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir com exatidão o que deve ser medido e qual a contribuição deste nos resultados esperados. Tornar explícito o modelo lógico consiste em descortinar quais são os limites ou

debilidades de seus pressupostos, possibilitando identificar onde melhores evidências devem ser buscadas (Mayne, 2000).

Segundo Rossi e colaboradores (1999) em um modelo lógico de um Programa devem constar: Os seguintes componentes:

- a. Os componentes: essenciais e secundários - do Programa.
- b. Os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução dos seus componentes.
- c. Os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização de serviços.

O modelo lógico deste estudo foi estruturado da seguinte maneira:

Figura 1 Modelo lógico para atenção em saúde mental no CAPS.

3.3 DESCRIÇÃO DO MODELO LÓGICO

No plano de organização do Programa, ressaltamos a necessidade de se conhecer as políticas públicas locais para o CAPSad.

Neste plano de organização, incluímos as relações e a articulação do CAPS com os serviços de referência e contrarreferência, na rede.

No plano de organização, temos que considerar ainda o processo de implantação do serviço. Para avaliar esse processo de implantação, analisaremos, em auditoria, o Projeto Terapêutico Institucional e o Plano Terapêutico Singular de cada usuário. Se os mesmos foram construídos e estão sendo implementados.

No plano de utilização do serviço, serão avaliadas a estrutura e processo de trabalho, necessários para as práticas assistenciais dos CAPSad do município de Botucatu.

No plano de utilização do serviço, a dimensão que será avaliada é a de práticas assistenciais do CAPSad do município de Botucatu.

As práticas assistenciais desenvolvidas no CAPSad são:

- tratamento psicofarmacológico;
- visitas domiciliárias e/ou buscas ativas, de usuários que evadiram do serviço;
- as psicoterapias grupais e individuais;
- ações no território;
- atendimento familiar individual e participação em grupos de família;
- parcerias intersetoriais que possibilitem aos usuários a satisfação de necessidades nas dimensões do morar, do habitar, do trabalho e das relações sociais;
- oficinas terapêuticas e de geração de renda.

No plano de impacto do Programa, os objetivos em curto prazo serão a remissão dos sintomas do transtorno psíquico, decorrente do uso de álcool e outras drogas. Os objetivos, em longo prazo, serão a percepção do usuário e do familiar, a respeito das intervenções realizadas pelo serviço, além da autonomia e a reabilitação psicossocial do usuário.

O modelo de forma sintética deve ser desenvolvido a partir da lógica do modelo de Donabedian (1984), conforme o modelo a seguir:

Figura 2 Fluxograma da qualidade da atenção em Saúde Mental do CAPSad do Município de Botucatu.

3.4 CENÁRIO DA PESQUISA

Breve Contextualização do CAPSad do município de Botucatu.

Para apreender o fenômeno na especificidade da proposta desta investigação, realizou-se a coleta de dados em uma realidade específica: no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPSad), localizado no município de Botucatu-SP.

Essa escolha foi intencional, pois o objetivo não era o de confrontar realidades, mas buscar uma instituição na qual houvesse a possibilidade de explorar as questões para além da aparência. A ênfase em determinado serviço procura tomá-lo como parte de um conjunto mais amplo e abrangente de práticas assistenciais no campo da saúde mental, o que permite maior aproximação da realidade. Botucatu está localizado na região centro-oeste do Estado Brasileiro de São Paulo e possui uma população de aproximadamente 131.723 habitantes (2013), uma área demográfica de 1.482,642 km² com uma densidade demográfica de 88,84 hab/km² (Brasil, 2013).

Em termos de serviços de saúde, o município apresenta: O CAIS “Professor Cantídio”; Centro de Saúde Escola (CSE) vinculado à UNESP; Pronto- Socorro Municipal; 18 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo 11 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e sete Unidades Básicas de Saúde (UBS); três hospitais, sendo dois secundários e um terciário, totalizando 721 leitos hospitalares, que prestam assistência para o município e região (Brasil, 2013b).

No que se refere às condições de vida (Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS), o município de Botucatu, em 2010, situava-se no Grupo 2 -, ou seja é um município que, embora com níveis de riqueza elevados, não exhibe bons indicadores sociais. Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de dados – SEADE mostram que o Índice de Desenvolvimento Humano no

município – IDHM é de 0,822, no ano de 2000. A renda per capita é de 1,32 salários mínimos, sendo 5,22% dos domicílios possuem renda per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e 15,25% têm renda per capita de $\frac{1}{2}$ salário mínimo, no ano de 2010 (Brasil, 2013).

Considerando a população do município de Botucatu, tentaremos estimar o perfil epidemiológico utilizando o procedimento de estimativa. Dados disponíveis no portal da OBID (2013) e relativos à pesquisa do CEBRID nos informam prevalência de 5,0% para problemas severos relativos ao consumo de outras drogas, contando com a baixa precisão de dados de algumas das substâncias de uso menos prevalente e 12% da população brasileira apresentam algum problema com álcool. Portanto, estes dados serão utilizados para fins de identificação da população com problemas severos relativos ao consumo de outras drogas e com problemas com o álcool, bem como para verificação da necessidade de redimensionamento da rede de cuidados:

- 5% da população brasileira têm problemas severos relativos ao consumo de outras drogas (à exceção de álcool e tabaco) – Será a prevalência referencial para as projeções relativas à população circunscrita do município de Botucatu.
- 12% da população brasileira têm problemas mais severos relativos ao consumo de álcool – Será a prevalência referencial para as projeções relativas à população circunscrita do município de Botucatu.

Quadro 2 Descrição da População total, estimativa de usuários de álcool e outras drogas do município de Botucatu.

DRS-VI	População Total	Estimativa Outras Drogas	Estimativa Álcool
Botucatu	127.328	6.366,4	15.279,4

O município faz parte do 6º Departamento Regional de Saúde – DRSVI, e a rede de atenção em saúde mental estruturada há 10 anos vem adaptando-se às novas políticas nacionais de saúde mental pautadas na Reforma Psiquiátrica, priorizando o atendimento extra-hospitalar.

A atenção em Saúde Mental em Botucatu inicia-se com o Hospital Professor “Cantídio de Moura Campos” – HPCMC, unidade de internação Estadual, no final da década de 60. No espaço hospitalar, funcionava ainda o Ambulatório de Saúde Mental, o que acabava favorecendo o encaminhando dos usuários para internação.

No início da década de 70, do século passado, criou-se o serviço ambulatorial de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Logo após, foram implantados o Hospital-Dia e o serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (início da década de 80, do século passado), ambos ligados à Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Em 1992, houve a transferência do Ambulatório de Saúde Mental do HPCMC, para o NGA-11 de Botucatu, onde é uma das especialidades do mesmo.

Atualmente, a Emergência Psiquiátrica do município de Botucatu e região (31 municípios) é realizada no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O Hospital “Professor Cantídio de Moura Campos (HPCMC) era o único hospital psiquiátrico da região, que dispunha de 180 leitos SUS, dos quais 126 eram destinados a usuários moradores, 10 para usuários dependentes químicos e 44 em casos de quadro

agudo. O HPCMC, em 2007, foi transformado em um Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS). O CAIS é intitulado CAIS “Professor Cantídio”

O CAIS hoje gerencia as seguintes unidades:

- Unidade de Internação de Agudos “InterAgir” com 60 leitos.
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT) “Recanto das Flores” com duas residências na cidade e outras oito residências nas dependências do CAIS em que vivem 56 pacientes.
- Ambulatório de Saúde Mental, que atende em média 700 pacientes.
- Oficina Terapêutica Girassol que atende em média 70 pacientes.
- Dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um CAPSII “Espaço Vivo” que atende em média 320 pacientes, e um CAPSad “Renascer” que atende em média 300 pacientes.

A rede de saúde mental da cidade fica composta por um CAPSII, um CAPSIIad cadastrados de acordo com a portaria 336/2002 do Ministério da Saúde; dois Ambulatórios de Saúde Mental, um vinculado ao CAIS e outro vinculado a UNESP; uma oficina terapêutica vinculada ao CAIS; dois Prontos-Socorros, um vinculado ao município e outro ao Hospital das Clínicas sendo que apenas o vinculado ao Hospital das Clínicas possui médico psiquiatra de plantão. O atendimento em saúde mental está regionalizado por meio dos Distritos Sanitários, com serviços de referência que são responsáveis pela cobertura assistencial de cada região. Há também uma organização não governamental voltada a pacientes com transtorno mental intitulada de Arte Convívio.

O CAPSad do município de Botucatu é gerenciado pelo Centro de Atenção Integral à Saúde “Professor Cantídio” que é gestado pela Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, é um dos CAPSad do Estado de São Paulo que é estadual. Com isso, ele é responsável por atender toda a demanda regional de Botucatu que engloba 31 municípios.

Torna-se importante relatar que antes do surgimento do CAPSIIad do município de Botucatu, para o tratamento e reabilitação dos usuários com transtorno por uso indevido de substâncias o município tinha: dois ambulatorios de saúde mental, sendo o ambulatorio de Psiquiatria da Faculdade de Medicina e o ambulatorio do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-11), o Centro de Saúde Escola e a unidade de desintoxicação (UDQ) do HPCMC. Em 2007, é (des)construído a UDQ e a equipe desta unidade é direcionada para o funcionamento do CAPSad.

3.5 POPULAÇÃO/AMOSTRA DE PARTICIPANTES

A população deste estudo é constituída pelo coordenador do CAPSad, pela equipe multiprofissional do serviço, e pelos usuários e familiares atendidos no serviço.

A equipe está assim configurada: dois médicos generalistas, dois médicos psiquiatras, duas psicólogas, três enfermeiras, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, nove técnicos/auxiliares de enfermagem, quatro técnicos administrativos, um funcionário de limpeza, uma funcionária de cozinha. O farmacêutico não fica lotado no CAPSad, ele apenas presta assistência ao CAPS, pois é responsável por todos os serviços do CAIS “Professor Cantídio”.

Para a amostra de usuários, foi realizado um sorteio aleatório de 30 usuários inscritos no serviço.

No momento da coleta, o número de usuários cadastrados ativos no serviço foi de 182 usuários.

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram:

1. O coordenador e membros da equipe técnica dos CAPS participantes deveriam ter no mínimo um ano de trabalho no serviço.
2. Para os usuários do CAPS, os critérios de inclusão foram os seguintes:
  - ✓ Indivíduos com idades entre 18 e 70 anos.
  - ✓ Estarem cadastrados e participando das atividades dos CAPS há no mínimo seis meses.
  - ✓ Serem portadores de transtornos mentais graves e persistentes decorrentes do uso e da dependência ao álcool e outras drogas.

Foram incluídos no estudo o coordenador, membros das equipes técnicas e usuários do CAPS que preencherem os requisitos acima e concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.7 ESTUDO PILOTO

Foi aplicado um estudo piloto nos quatros segmentos: usuários (incluindo auditoria de prontuários), familiares, trabalhadores e coordenador. O piloto foi realizado por meio da coleta de dados com todos os instrumentos, que produziu um

relatório para apresentação e discussão das dificuldades encontradas.

O estudo piloto foi necessário para testarmos os instrumentos e adequá-los às necessidades e contrastes dos campos de atuação, pois apesar de estarmos utilizando os instrumentos propostos pelo estudo de avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil, os instrumentos não abarcaram a especificidade do CAPSad. Com isso, nos ajudou a chegar a pontos específicos, que indicaram caminhos para adaptar e/ou melhorar os questionários, para assim contemplarmos cada questão proposta no estudo. O estudo piloto também serviu como treinamento dos entrevistadores.

3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, seguindo as determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS e aprovado com o nº 1001/2011 (Anexo 1).

Foi pedida autorização para o Comitê de Pesquisa do CAIS “Professor Cantídio” e para coordenação do CAPSad (Apêndice 1).

Alguns procedimentos éticos que antecedem à coleta de dados foram cumpridos, como se segue:

Contato por meio telefônico com a coordenação do CAPSad, para o agendamento de uma reunião com a finalidade de apresentar o projeto e entregar a carta explicativa. Após esse primeiro contato, as visitas foram agendadas em dias e horários que eram mais convenientes ao funcionamento do serviço.

A carta explicativa acerca do estudo continha: título e objetivos do mesmo; relevância para sua execução; isenção de ônus financeiro ou sanções a quem não desejar participar ou que desistir de participar, durante sua execução (Apêndice 3).

Em seguida, os membros das equipes técnicas, usuários e familiares dos CAPS foram informados acerca da realização da pesquisa, sendo-lhes entregue uma carta-convite (Apêndice 3) com os itens, citados acima, para participar da pesquisa, e todos igualmente assinaram os TCLE (Apêndices 2 e 4).

Com a obtenção dos TCLE dos participantes, deu-se início à coleta de dados.

3.9 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de instrumentos designados para cada grupo de participantes: coordenador, membros da equipe técnica, usuários e familiares.

Para os coordenadores, membros da equipe técnica, usuários e familiares, na coleta dos dados foi empregada a técnica de entrevista com instrumento estruturado.

A coleta ocorreu no período de maio a julho de 2013.

3.10 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos (Anexos 2, 3, 4 e 5) foram cedidos por Kantorski (2006) (Anexo 6) e, após o estudo piloto foram adaptados pelos pesquisadores do GEADUSP.

Os instrumentos tem como base a Portaria n°. 336/2002 do Ministério da Saúde, tendo incluído as Escalas de Satisfação SATIS-BR (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000; Bandeira et al., 2002; Bandeira, Silva, 2012), da Escala de Avaliação da Percepção de Mudança (EMP) (Bandeira, Felicio, Cesari, 2010; Bandeira et al., 2011) e pela Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista – EAFAAA (Vargas, 2011).

O instrumento do coordenador serviu para descrever como o serviço está constituído e funcionando.

As Escalas de Satisfação SATIS-BR integram um conjunto de três escalas para avaliação de Serviços de Saúde Mental: Escalas de Avaliação da Satisfação dos usuários e familiares com os Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR (Bandeira, Silva, 2012; Bandeira et al., 2002) e a Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR (Bandeira, Pitta, Mercier, 2000).

Essas escalas foram elaboradas pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, posteriormente foram validadas para o Brasil por Bandeira e colaboradores entre 2000 e 2002 e atualizadas em 2012.

A Escala de Avaliação da Percepção de Mudança (EMP) foi elaborada por Mercier e colaboradores, no Canadá e validada para o Brasil (Mercier et al., 2004; Bandeira et al., 2009).

A Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista – EAFAAA, foi construída em sua primeira versão em 2005 (Vargas, 2005), com o objetivo de avaliar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool e ao alcoolismo (fator moral, fator doença, fator etiológico, fator profissional e fator humano) (Pillon, Dum, Laranjeiras, 1999).

Diversos estudos de validação da escala mostraram valores elevados de consistência interna e validade, permitindo afirmar que o instrumento apresenta bons parâmetros psicométricos (Vargas, 2011).

3.11 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi construído por meio da codificação dos dados pelo pesquisador, em seguida, processados no software

Microsoft Excel® 2010, por meio de dupla digitação, com a finalidade de minimizar os possíveis erros.

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 supervisores ao receberem 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.

Os dados foram processados no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20,0 para Windows®. Tanto o desenho amostral, como a elaboração do banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas com assessoria do estatístico da EEUSP.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados. Com o objetivo de verificar se os CAPS são bem avaliados pelos usuários e seus familiares, utilizamos a escala SATIS-BR e testamos as médias de respostas do serviço. O escore é dado por meio das médias das respostas, e quanto mais próximo este valor de 5, melhor é a satisfação (Bandeira e Silva, 2012).

Com o objetivo de analisar se os usuários e familiares percebem mudanças após o tratamento no serviço, o autor empregou a escala de mudanças percebidas e testou as médias das respostas do serviço. O escore é dado por meio das médias das respostas, e quanto mais próximo este valor de 3, melhor é a percepção de mudança (Bandeira et al., 2011).

RESULTADOS

---

4 RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo um coordenador, 19 trabalhadores, 25 usuários e 15 familiares.

Entre os 30 usuários do CAPSad selecionados, 25 (83,3%) participaram do estudo, dois (6,6%) não aceitaram, dois (6,6%) abandonaram e um (3,3%) estava internado em uma Comunidade Terapêutica no período da coleta.

Entre os 30 familiares do CAPSad selecionados, 15 (50%) participaram do estudo, sendo a percentagem que acompanha e tem algum contato com o CAPSad. O restante nunca frequentou o serviço.

Os trabalhadores selecionados para a coleta foram os profissionais de saúde de nível médio e superior que estão relacionados com as práticas assistenciais, dos 22 selecionados, 19 (86,3%) participaram do estudo, tendo duas (9,1%) recusas.

4.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

O Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas de Botucatu é intitulado de CAPSad “RENASCER”. Possui natureza jurídica pública com administração direta, cadastrado e funcionando como CAPSad II em regime ambulatorial. É um serviço estadual administrado pelo Centro de Atenção Integral à Saúde “Professor Cantídio” (CAIS “Professor Cantídio”). Teve seu início em 10 de janeiro de 2007 funcionando apenas em turno diurno de segunda a sexta da 8 h às 18 h. O serviço está alocado em uma casa alugada e

adaptada para o funcionamento do CAPS. O serviço possui projeto terapêutico institucional (Anexo 7).

O fluxograma do CAPSad do município de Botucatu está apresentado na figura abaixo:

Figura 3 - Fluxograma do CAPSad do município de Botucatu.

Contempla acolhimento diurno, acesso livre dos usuários, ou com hora marcada. Os técnicos que fazem acolhimento são: enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico/auxiliar de enfermagem e técnico administrativo. O serviço também realiza triagem.

A coordenação do serviço é de caráter formal sendo escolhido por indicação da Diretoria da Divisão do CAIS “Professor Cantídio”. A coordenadora está na função há 48 meses, tendo formação em psicologia, com especialização na área de saúde mental, especialização em saúde pública e mestrado na área de saúde mental. Seu turno de trabalho é de 30 horas semanais com vínculo estatutário.

Segundo a coordenadora, suas funções no serviço são as seguintes: “responsável pelos bens móveis e imóveis do serviço;

responsável pela gestão dos funcionários; representante técnica dos casos acompanhados; representa o CAIS “Professor Cantídio” nos espaços públicos e privados referentes às questões de álcool e outras drogas; direcionamento de ensino e pesquisa com os funcionários”.

A equipe está assim configurada: dois médicos generalistas, dois médicos psiquiatras, duas psicólogas, três enfermeiras, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, nove técnicos/auxiliares de enfermagem, quatro técnicos administrativos, uma funcionária de cozinha e um funcionário de limpeza. O farmacêutico não fica lotado no CAPSad, ele apenas presta assistência ao CAPS, pois é responsável por todos os serviços do CAIS “Professor Cantídio”.

O financiamento dos CAPS está regulamentado pela portaria ministerial 189/2002 como atendimento a pacientes de alta complexidade, como uma estratégia do Ministério da Saúde na consolidação da implantação do CAPS nos municípios, por meio de um maior aporte de recursos para esses serviços. Os recursos são utilizados mediante um planejamento que leva em consideração as demandas e necessidades do CAPS e são utilizados para o CAPS, tendo o conhecimento da procedência desses recursos.

O número de pacientes inscritos no serviço no período da coleta de dados foi de 182. Foram atendidos 155 usuários acima de 18 anos e 27 usuários acima de 60 no último mês. E utilizando dados da RAPS foram: 35 procedimentos de acolhimento diurno, 208 procedimentos de atendimento individual, 26 procedimentos de atendimento familiar, 14 procedimentos de acolhimento inicial e 26 procedimentos de atenção à situação de crise.

4.2.1 Infraestrutura do serviço

A estrutura física do CAPSad estudado se configura numa casa ampla, de apenas um piso, com aproximadamente 500 m² de área construída tendo: dois leitos de desintoxicação, dois leitos de acolhimento máximo, uma sala de desintoxicação, uma sala de acolhimento máximo, três salas de atendimento individual, três salas para atividades coletivas, duas salas para oficinas, uma sala para enfermagem e procedimentos, sete banheiros, duas cozinhas, um refeitório, três salas de depósitos de materiais (limpeza, enfermagem, terapia ocupacional), uma sala de recepção, uma sala de equipe, uma sala de administração e uma sala de biblioteca. O espaço do serviço ainda possui jardim, quintal, praça, varanda e piscina.

A avaliação da coordenadora é que o serviço não possui número de salas adequadas para a demanda de atendimento. Possui oficinas estruturadas e equipadas, mas a sala de desintoxicação ainda não está em funcionamento por falta de adequações na estrutura física.

O serviço disponibiliza café da manhã, almoço e lanche da tarde, com cardápio especial para hipertenso e diabético.

Os prontuários de registro ficam arquivados no CAIS, ou seja, quando o usuário é admitido no serviço, a equipe requer o prontuário ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) do CAIS, isso se este já tiver prontuário aberto no CAIS.

O serviço possui farmácia no local em que o próprio CAPS dispensa as medicações em que são provenientes da cesta básica das secretarias municipal e estadual de saúde. Há medicação para urgência/emergência no serviço. As medicações são dispensadas conforme discutido no projeto terapêutico singular de cada paciente, podendo ser por medicação supervisionada ou mensal.

4.2.2 Atividades de articulação

O serviço apresenta articulação com os recursos do território sendo alguns citados como: Atenção Básica, Centro de Referência de Assistência Social (Cras-Norte), discussão de penas alternativas com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e Conselho Tutelar, participação em diversos Fóruns, Serviço de Assistência Especializada de Infectologia-SAE de Infectologia “Domingos Alves Meira” - Medicina Unesp – Botucatu, Departamento de Psiquiatria da Unesp- Botucatu, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente.

Está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas com dificuldades em relação ao fluxo de internação no CAPSad, sendo elas: falta de leito desintoxicação de grau moderado e grave; rede de atenção psicossocial falha, falta de casas transitórias.

O tempo de espera para uma vaga na Central de Vagas é em média três dias não havendo outra via de acesso para obtenção de vaga para internação.

Possui sistema de referência e contrarreferência organizado com serviços de atendimento especializado, com serviços de emergência psiquiátrica, com hospital psiquiátrico e com os serviços da atenção básica. O serviço de referência de internação psiquiátrica é normalmente para o CAIS “Professor Cantídio”.

O serviço também é campo de ensino e recebe programas de estágios de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social e visitas técnica de curso curricular de graduação. Recebe também visitas técnica de cursos de auxiliar e técnico de enfermagem.

4.2.3 Práticas assistenciais

Os critérios de acesso ao CAPS são: ter acima de 17 anos e meio de idade e ter grau de dependência provável. E os critérios de alta geralmente utilizado pelo serviço são: abandono ou alta solicitada, melhora do quadro, transferência para outro serviço, não aderência do usuário/família ao tratamento proposto, mudança de cidade ou aquisição de trabalho.

Dentre as atividades descritas pela coordenadora estão: avaliação clínica, social, psicológica, psiquiátrica e neurológica do usuário. Atendimento individualizado tanto no serviço quanto no domicílio. Pode receber atendimento de orientação e psicoterápico individual e em grupo. Os critérios para a indicação do usuário para a psicoterapia individual são: ter o desejo e passar por avaliação da equipe se o paciente irá ter benefício em seu tratamento.

Há atendimento à família no serviço sendo ofertados orientação individual e grupal.

O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros e a si mesmo, risco de suicídio. O mecanismo mais utilizado para evitar internação sem situações de crise é a inserção do usuário na modalidade intensivo do serviço. O serviço também não conta com serviços residenciais terapêuticos ou casa transitórias.

Conta, ainda, com oficinas terapêuticas de artes e de música. Possui atividades grupais de caráter: operativo, psicoterapia, psicoeducação, recreativos e prevenção de recaídas. Realizam visitas domiciliares com objetivo de busca ativa, acompanhamento da situação e acompanhamento de situações agudas, sendo realizadas por: médico, psicólogo, enfermeiros, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico/auxiliar de enfermagem, ocorrendo conforme necessário. O transporte para as visitas domiciliares está disponível quando solicitado.

As atividades físicas ofertadas aos pacientes no serviço são: o grupo de caminhada, utilização da academia ao ar livre e prática do Lian Gong, tendo em média 25 pacientes participantes desta atividade e que é realizado por uma enfermeira do serviço em média três vezes por semana. Os usuários também utilizam campo de futebol e espaços do campus da Faculdade de Agronomia da Universidade Estadual Paulista – Unesp.

O serviço possui assembleias semanais com registro em ata tendo como participantes os usuários, familiares, equipe, serviços da CAIS “Professor Cantídio” e da Organização Não Governamental (ONG) “Arte e Convívio”. Conta também com reuniões de equipe semanais com a presença de todos os funcionários com duração de 4h e 30 minutos.

Nos prontuários, ocorre registro diário da frequência do usuário ao CAPS e de sua participação nas atividades, bem como o relato do primeiro atendimento e conduta, das alterações de projeto terapêutico, das situações de crise, entre outras. Todos os profissionais da equipe fazem anotações nos prontuários. O serviço possui o Projeto Terapêutico Singular e que normalmente é preenchido pelo profissional de referência do usuário.

O serviço não possui projetos de geração de renda e também não possui associação de usuários. Conta com técnico de referência sendo: psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e técnico/auxiliar de enfermagem. A equipe é dividida em três miniequipes e cada uma possui um número de pacientes que é dividido entre os profissionais e este fica referência do paciente.

4.3 TRABALHADORES

Os dados a seguir correspondem ao perfil sociodemográfico dos trabalhadores do CAPSad. Neste serviço, há um predomínio de

trabalhadores do sexo feminino, de cor branca, com formação qualificada, casado ou com companheiro, com tempo de trabalho superior a dois anos no CAPS, recebendo salários de um a três salários mínimos, tendo carga horária de 30 horas semanais.

Tabela 1 Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo gênero, etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho em CAPSad, tempo de trabalho no CAPSad atual, profissão, salário e carga horária, 2013.

Gênero	N	%
Feminino	17	89,5%
Masculino	2	10,5%
Etnia		
Branca	18	94,7%
Negra	1	5,3%
Faixa etária		
De 30 a 40	9	47,4%
De 41 a 50	6	31,6%
De 51 a 60	4	21,1%
Estado civil		
Casado/Com Companheiro	11	57,9%
Divorciado	2	10,5%
Solteiro	6	31,6%
Escolaridade		
Curso Técnico Completo	2	10,5%
Ensino Médio Completo	2	10,5%
Ensino Médio Incompleto	1	5,3%
Ensino Superior Completo	3	15,8%
Ensino Superior Incompleto	1	5,3%
Pós Graduação Completa	10	52,6%
Tempo de trabalho em CAPSad		
1 ano	4	21,1%
Entre 2 a 4 anos	6	31,6%
Entre 5 a 7 anos	9	47,4%
Tempo de trabalho no CAPSad atual		
1 ano	4	21,1%
Entre 2 a 4 anos	6	31,6%
Entre 5 a 7 anos	9	47,4%
Profissão		
Assistente Social	2	10,5%
Enfermeiro	3	15,8%
Médico	3	15,8%
Psicólogo	2	10,5%
Técnico/auxiliar de enfermagem	8	42,1%
Terapeuta Ocupacional	1	5,3%
Salário		
1 a 3 salários mínimos	10	52,6%
4 a 7 salários mínimos	7	36,8%
8 a 11 salários mínimos	2	10,5%
Carga horária		
20	2	10,5%
24	1	5,3%
30	16	84,2%
Total	19	100,0%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Na distribuição dos trabalhadores, há um predomínio do perfil feminino, 89,5%, que se configura normalmente em todas as outras áreas da saúde. A maior parte dos trabalhadores encontra-se na faixa etária dos 30-40 anos com percentual de 47,4%, sendo que na faixa etária dos 41 a 50 anos é de 31,6%, o que nos indica uma população de meia idade.

Em relação à cor da pele, 94,7% dos entrevistados se dizem brancos, 57,9% referiram possuir uma relação estável ou casamento e 31,6% são solteiros.

Quanto à formação e escolaridade, a maioria dos trabalhadores possui ensino superior, 68,4%, sendo que cerca de 52,6%% possuem pós-graduação. Temos 36,8% dos profissionais com especialização na área de saúde mental, 36,8% dos profissionais com especialização fora da área, 5,2% dos profissionais com residência fora da área, 10,5% profissionais cursando mestrado na área de saúde mental. Entre os cursos fora da área de saúde mental, a grande maioria é realizada na área de saúde pública, sendo também referido cursos nas áreas de: geriatria, medicina preventiva social, saúde do escolar, clínica médica, serviço social, administração de serviços de saúde, saúde do trabalhador e enfermagem perioperatória.

Como este CAPSad foi fundado em 2007, uma parcela dos profissionais está desde a sua inauguração, perfazendo 47,4%. Todos os profissionais iniciaram a experiência de trabalhar em CAPSad neste serviço.

No item salarial, o que destaca é que 52,6% ganha até três salários mínimos, tendo 84,2% dos profissionais uma jornada de trabalho de 30 horas semanais.

No vínculo empregatício, temos 73,6% dos profissionais em regime estatutário e 26,4% em regime Lei 500. Apenas 21% dos profissionais apresentam mais de um vínculo empregatício.

Quanto à realização de cursos de atualização, 94,7% afirmaram que realizam, 47,4% realizam eventualmente e 36,8% realizaram entre dois e seis meses o último curso.

Gráfico 1 Descrição da satisfação do ambiente dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu.

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Em relação à satisfação com o ambiente do CAPSad, 11 profissionais (57,9%) referiram problemas quanto à ventilação. As justificativas foram: falta de ventiladores, estrutura inadequada para o serviço, falta melhor climatização, faltam janelas mais amplas. No item iluminação, 10 (52,6%) profissionais apontaram problemas, tendo como justificativas: pouca luz, salas pouco iluminadas, salas muito escuras, salas escuras, pouca luz nas salas de atendimento.

Em relação a higiene, todos os profissionais consideraram adequada. No item área física, 17 (89,5%) profissionais referiram problemas, tendo como justificativas: faltam salas de atendimento; salas mais amplas e em maior número; espaço físico; melhor acessibilidade; o serviço está mal localizado; espaço para atendimento; pouco espaço para as atividades existentes; estrutura física; salas pequenas; altura da casa baixa; área para desintoxicação; inadequação das salas de atendimento.

E em relação a materiais de conforto e segurança, os dados apresentados apontam fragilidades do imóvel utilizado para o CAPSad, especialmente em relação à saída de emergência e extintores de incêndio, em que 100% dos trabalhadores referem não estar instalados e nem em funcionamento no serviço. Outro dado é que 53% relatam não ter ventiladores disponíveis para uso no serviço.

Tabela 2 Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo atendimentos individuais e quantidade, atendimentos grupais e quantidade, reuniões de equipe e quantidades, atividades comunitárias e quantidade, 2013.

Atendimentos Individuais	N	%
Sim	19	100,0%
Quantos atendimentos		
0	1	5,3%
De 1 a 10	5	26,3%
De 11 a 40	3	15,8%
De 41 a 100	8	42,1%
Mais de 100	2	10,5%
Atendimentos em grupo		
Não	8	42,1%
Sim	11	57,9%
Quantos atendimentos grupais		
0	8	42,1%
De 1 a 10	5	26,3%
De 11 a 15	4	21,1%
De 16 a 30	2	10,5%
Reuniões de equipe		
Sim	19	100,0%
Quantas reuniões de equipe		
De 1 a 5	3	15,8%
De 6 a 20	14	73,7%
De 21 a 28	2	10,5%
Atividades comunitárias		
Não	15	78,9%
Sim	4	21,1%
Quantas atividades comunitárias		
0	15	78,9%
1	2	10,5%
2	1	5,3%
4	1	5,3%
Total Geral	19	100,0%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Todos os profissionais realizaram atendimentos individuais no último mês, sendo que o número de atendimentos variou de 5 a 160. Cinco (26,3%) profissionais utilizaram a modalidade consulta em seus atendimentos individuais. Dois (10,5%) utilizaram a psicoterapia, 18 (94,9%) utilizaram apenas como orientação, 10 (53%) utilizaram para procedimentos técnicos, 13 (68%) para acompanhamento do uso de medicação, cinco (26%) para intervenção em crise, 14 (74%) para orientação de atividades da vida diária, cinco (26%) para intervenção em agitação psicomotora, 12 (63%) em orientação quanto à redução de danos e 12 em outras atividades sendo elas: avaliação clínica; avaliação medicamentosa e sinais e sintomas; orientação familiar e discussão de casos; atendimento de referência; orientação em oficina terapêutica; medicação supervisionada; recepção; acolhimento; acompanhamento de soropositivos, de gestantes e de homoafetivos; triagem.

Onze (58%) profissionais realizaram atendimentos em grupo no último mês, sendo que o número de atendimentos variou de 4 a 30 atendimentos. Foram nove (47,3%) os que utilizaram a modalidade grupo terapêutico, dois (10,5%) para grupos de atividades esportivas, três (15,7%) para atividades de suporte social, dois (10,5%) para grupo de leitura e debate, um (5,2%) para grupo de confecção de jornal, oito (42,1%) grupo de orientações gerais, oito (42,1%) grupos de orientação de redução de danos, três (15,7%) para grupo de família e quatro (44,4%) para outros grupos sendo: grupo de acolhimento, oficina terapêutica.

Todos participam de reuniões de equipe. Há reuniões diárias de passagem de plantão entre a equipe da manhã e a equipe da tarde e reunião geral com todos os funcionários do CAPSad todas as sextas-feiras.

Quanto às atividades comunitárias, apenas quatro profissionais responderam que participaram no último mês, sendo em participação em eventos, passeios externos com os pacientes,

participação no conselho municipal de saúde representando o serviço, discussão de casos com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Outras atividades não mencionadas realizadas pelos membros da equipe são: reunião no CRAS, assistência de enfermagem direta, discussão de casos com hospital dia de HIV e supervisão técnica no Hospital Pinel situado no município de São Paulo.

Em relação às visitas domiciliares, 15,8% dos profissionais realizaram visitas no último mês. Os demais (84,2%) referem algumas dificuldades como: falta de transporte; de tempo para organizar a visita; outros dizem que não foi preciso realizar visita no último mês.

Tabela 3 Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo condições de trabalho.

		N	%
Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho:	Melhoraram muito	8	42,1%
	Melhoraram Pouco	6	31,6%
	Não mudaram	4	21,1%
	Pioraram	1	5,3%
Falta de ferramenta adequada para o trabalho	Não	8	42,1%
	Sim	11	57,9%
Falta de segurança	Não	2	10,5%
	Sim	17	89,5%
Risco permanente de vida	Não	12	63,2%
	Sim	7	36,8%
Outras situações que incomodam	Não	14	73,7%
	Sim	5	26,3%
Escolher individualmente a forma de fazer suas atividades	Não	6	31,6%
	Sim	13	68,4%
Escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades	Não	1	5,3%
	Sim	18	94,7%
Fazer reuniões	Não	2	10,5%
	Sim	17	89,5%
Fazer cursos	Sim	19	100,0%
Outra atividade de organização	Sim	19	100,0%
Conversar com os colegas	Sim	19	100,0%
Usar suas ideias	Sim	19	100,0%
Discutir casos com os colegas	Sim	19	100,0%
Total		19	100,0%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Quanto às condições de trabalho, desde que o profissional entrou no serviço, 73,7% referem que houve melhora. Estão satisfeitos nos itens: existência de ferramentas de trabalho e liberdade e autonomia para executar suas funções.

Em relação às ferramentas adequadas para o trabalho, 57,9% dos trabalhadores do CAPSad referem enfrentar falta de material, sendo que 89,5% relatam falta de segurança. Já no item risco permanente de vida, 63,2% referem não enfrentar. Dentre as outras situações que incomodam os profissionais são: falta de recursos humanos, de disponibilidade dos profissionais, pacientes ociosos, espaços inadequados, ruídos de comunicação, demora para o paciente ser atendido na triagem(sala de espera).

No trabalho, 68,4% dos entrevistados relatam ter liberdade para escolher individualmente a forma de fazer suas atividades, já em escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades, 94,7% referem liberdade em tal escolha. Se houver necessidade de solicitar uma reunião, 89,5% relatam ter liberdade para tal atividade. Todos os entrevistados afirmaram positivamente ter liberdade para: fazer cursos, realizar outra atividade de organização, usar suas ideias e discutir casos com os colegas, quando necessário.

Em relação aos acidentes de trabalho, nos últimos seis meses, apenas dois (11%) profissionais sofreram acidentes e ambos foram por queda. Em relação ao absenteísmo, apenas três (15,7%) faltaram nos últimos seis meses, sendo dois (10,5%) por doença, um (5,2%) por acidente que culminou em cirurgia eletiva.

Em relação ao principal critério de inclusão de tratamento no CAPSad, cinco (26%) profissionais referiram o consumo de álcool e outras drogas, 11(58%) apontaram a gravidade do consumo de álcool e outras drogas, 14 (74%) relatam o impacto global na vida relacionado ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, e dois (11%) relatam que é preciso ser dependente de álcool e outras drogas.

A respeito do modelo de assistência utilizada no serviço que são a redução de danos e a abstinência total, oito (42%) profissionais relatam utilizar redução de danos, 11 (58%) relatam utilizar as duas modalidades e nenhum relata utilizar a abstinência total.

Para considerar abandono de tratamento neste CAPSad, 15 (79%) profissionais referiram que o usuário necessita não comparecer ao serviço por 30 dias consecutivos, sem justificativa.

Na questão da busca ativa, 16 (84,2%) profissionais referiram que o serviço realiza. Sendo 13 (81%) relatam que ocorre por contato telefônico, um (5,2%) por visita domiciliar e dois (11%) por ambas as formas. Obtivemos um percentual de três (15,7%) trabalhadores referindo que o serviço não realiza, sendo que dois (11%) justificaram não saber o porquê e um (5,2%) refere por ser demanda espontânea não necessita de busca ativa.

Ao realizar a busca ativa, os profissionais relatam: 11 (57,8%) referem que deve ser por desistência do tratamento, dois (11%) deve ser a melhora do usuário, segundo a sua percepção, sete (36,8%) deve-se ao retorno às suas atividades sociais (trabalho, lazer), dois (11%) deve-se a outra modalidade de tratamento (internação).

Tabela 4 Caracterização dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo modalidades de atendimento.

Quais são as oficinas/atividades terapêuticas oferecidas nesse CAPSad?		N	%
Grupos terapêuticos	Sim	19	100,0%
Oficinas terapêuticas	Sim	19	100,0%
Atendimento individual	Sim	19	100,0%
Atividades na comunidade	Não	11	57,9%
	Sim	8	42,1%
Outras atividades não contempladas acima	Não	15	78,9%
	Sim	4	21,1%
Total		19	100,0%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Dentre as modalidades de atendimento, 100% dos entrevistados referem desenvolver grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e atendimento individual, sendo que 42% relatam a realização de atividades na comunidade.

Analisando os grupos que o serviço disponibiliza, tem-se: grupos de atividades esportivas (74%), grupos de suporte social (68%), grupos de leitura e debates (26%), grupos de confecção de jornal (5%), oficinas expressivas (47%), oficinas culturais (53%), e 100% de grupos de orientação, grupos de família, grupos de redução de danos e grupos terapêuticos. Analisando as oficinas, temos 100% de oficinas terapêuticas e oficinas de atividades manuais.

Em relação aos atendimentos individuais, tem-se: consulta de enfermagem (21%), procedimentos técnicos (95%), intervenção em crise (84%), intervenção em agitação psicomotora (84%), orientação de redução de danos (89%), e 100% de atendimentos individuais, consulta médica, psicoterapia, orientação, consulta com outros técnicos, acompanhamento do uso de medicação e orientação em atividades de vida diária.

As atividades na comunidade são realizadas por meio de atividades gerais na comunidade (42%), festa comunitárias (32%), participação em eventos e grupos dos centros comunitários (26%).

Os profissionais relatam ainda, que realizam acompanhamento à internação, assembleias, atendimento de referência, grupo temático, parceria com a organização não governamental – arte convívio, academia ao ar livre e cursos abertos à comunidade.

A estrutura organizacional de trabalho mais citada foi a abordagem interdisciplinar (74%), sendo a abordagem multiprofissional citada por 26%.

Nas ações intersetoriais do serviço, 53% dos entrevistados referem que ocorre com: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS, Oficina Terapêutica Girassol, Secretaria de Esportes,

Conselho Tutelar, Hospital-Dia de HIV, ONG-Arte Convívio, Secretaria da Cultura, 37% referem não ocorrer por falta de recursos humanos e pelas dificuldades de contato com os outros setores; 11% responderam não saber se ocorrem tais ações.

Nas atividades no campo de geração de renda, 100% dos entrevistados relatam não existir, tendo como justificativas: por ser um serviço estadual não pode ter ações de geração de renda, alguns não sabem o porquê e outros relataram que está iniciando uma parceria com a ONG-Arte Convívio para iniciar ações de geração de renda via ONG.

Gráfico 2 Descrição da abordagem terapêutica dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu.

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

As abordagens terapêuticas utilizadas pelos profissionais do serviço são: entrevista motivacional (21,5%), psicoeducação (26,3%), psicoterapia (10,5%), comunicação terapêutica (79%), aconselhamento (73,6%), relacionamento terapêutico (73,3%), outros (10,5%). As outras abordagens foram descritas como: avaliação clínica, abordagem psicanalítica, escuta social, avaliação medicamentosa e de sinais e sintomas.

Em relação às intervenções terapêuticas, 73,7% referiram que no serviço as intervenções terapêuticas visam primordialmente que o

paciente desenvolva consciência crítica acerca dos problemas relacionados para além do consumo de álcool e outras drogas.

4.3.1 Características do CAPS

Tabela 5 Caracterização das modalidades de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo trabalhadores.

		N	%
Retaguarda para urgência psiquiátrica	Não	4	21,1%
	Sim	14	73,7%
	Não sei	1	5,3%
Retaguarda para urgência clínica	Não	4	21,1%
	Sim	15	78,9%
Indicação para internação dos usuários.	A pedido da família	1	5,3%
	Após discussão de caso em reunião de equipe	2	10,5%
	Discussão com membros da equipe	3	15,8%
	Discussão em equipe	1	5,3%
	Discussão entre membros da equipe	6	31,6%
	Pelo médico	6	31,6%
Total		19	100%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Quanto à retaguarda para urgência psiquiátrica, 73,7% apontam que existe e os serviços citados que dão tal retaguarda são: unidade de internação do CAIS “Professor Cantídio”, Hospital Psiquiátrico Tereza Perlate (Jaú-SP) e Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu.

Na retaguarda para urgência clínica, 78,9% afirmam que existe, sendo os serviços citados: Pronto-Socorro Municipal de Botucatu e Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu.

As indicações para internação dos usuários do serviço são normalmente por indicação médica (31,6%) ou por discussão entre membros da equipe (31,6%).

Grande parte dos profissionais (88%) possui conhecimento dos equipamentos de saúde existentes na área de abrangência do serviço, sendo os serviços listados: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Ambulatório de Saúde Mental, CAIS “Professor Cantídio”, Pronto -Socorro do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu, Pronto-Socorro Municipal, CRAS-Norte, CAPS II, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Albergue Municipal, Centro de Saúde Escola (CSE), Espaço Saúde (CAPS I).

No encaminhamento de usuários aos serviços listados acima, 92% apontam que tanto o entrevistado quanto outros membros do serviço encaminham, sendo os mais utilizados: Unidade Básica de Saúde, Núcleo Saúde da Família, CAPSII, Centro Saúde Escola e Pronto- Socorro Municipal. Mas, 67% referem não haver algum projeto em parceria com tais serviços.

Quanto à facilidade de diálogo com outros equipamentos de saúde da rede e da área de abrangência do serviço para o tratamento do usuário, 79% dizem ter facilidade no diálogo. Dos 21% que refere não ter bom diálogo com outros equipamentos e, justificam: falta conhecimento do trabalho do CAPSad; resistência com outros profissionais de saúde.

Em relação ao conhecimento do trabalho desenvolvido pelo CAPSad, 58% apontaram que os demais profissionais da saúde desconhecem o trabalho que o CAPSad desenvolve.

4.3.2 Satisfação do trabalhador

Para avaliação de satisfação dos trabalhadores utilizou-se a escala SATIS-BR e apresentada na tabela a seguir, seguindo as questões validadas no Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier (2000). A aplicação da escala aos trabalhadores permitiu a identificação do quadro global de satisfação, conforme os fatores e escala global

apresentados abaixo que indica uma avaliação intermediária de todos os itens com média em torno de 3,6 (dp 0,3), em uma escala tipo likert de 1 a 5.

Tabela 6 Média e Desvio-padrão de satisfação dos trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP, 2013.

	N	Média	Desvio-padrão
Global do SATIS BR	19	3,6	0,3
Qualidade da assistência prestada ao usuário	19	3,8	0,3
Quanto à sua participação no serviço	19	3,6	0,5
Condições de trabalho	19	3,5	0,4
Relacionamento no serviço	19	3,6	0,6
N	19		

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

O escore global do SATIS-BR teve média de 3,6 (dp 0,3), variando de 2,9 a 4,2, tendo um escore intermediário.

As questões quanto à qualidade da assistência prestada ao usuário foram as que receberam melhor avaliação, com uma média de 3,8 (dp 0,3) e as questões referentes à condição de trabalho receberam a pior avaliação com média de 3,5 (dp 0,4), variando entre 2,5 e 4,1.

A partir da pior avaliação, temos quanto à sua participação no serviço e o relacionamento no serviço, ambas com média de score de 3,6 (dp 0,5).

Em relação à questão de existirem outros cuidados de que o usuário necessita, mas que não recebe no CAPSad, 58% referiram que com certeza há e especificaram: inserção no mercado de trabalho, reinserção no trabalho formal, reinserção social, demandas sociais (trabalho, moradia, alimentação, família), serviços de geração de renda, lares abrigados, leitos de retaguarda para desintoxicação, assistência social do próprio município, emergência psiquiátrica e trabalho comunitário.

Na questão de que se o profissional recomendaria o CAPSad se tivesse um amigo/familiar que estivesse necessitando de ajuda de uma Unidade de Saúde Mental, 68,4% afirmaram que com certeza indicariam, justificando: o serviço tem um bom atendimento, por obter bons resultados, por ser único na região, ter acolhida e respeito com o usuário, equipe é disponível e responsável, a qualidade do serviço é muito boa, equipe competente para o cuidado, pela estrutura do processo de trabalho, confiança no trabalho prestado, bom empenho dos profissionais no serviço.

Em relação ao que o profissional mais gosta no serviço, nove (47,3%) relatam gostar da função que exerce no serviço, seis (31,6%) do atendimento prestado ao usuário, um (5,2%) dos colegas de trabalho e três (15,7%) de outros, sendo: liberdade de expressão dos profissionais e usuários; boa comunicação com a coordenação e diretoria do CAIS; da autonomia enquanto profissional no serviço; possibilidade do profissional em explorar e utilizar suas habilidades pessoais no trabalho.

No que tange ao profissional menos gostar no serviço, sete (36,8%) referiram nada e 12 (63,2%) outros, sendo: rigidez da carga horária; falta de estrutura física para desintoxicação; a não adesão dos usuários; conflitos entre paciente e equipe; preconceito da equipe em relação ao usuário; assistencialismo; rede ineficiente; excesso de trabalho; reunião de equipe; falta de rede de atenção; ruídos de comunicação e burocracia; ruídos de comunicação; pacientes ociosos no serviço.

No item de que o serviço poderia ser melhorado, 96% afirmaram que sim dando as seguintes sugestões: melhora na estrutura e nas instalações físicas; aumento de salas para atendimento; sala específica para as oficinas terapêuticas; utilizar melhor as instalações físicas; apropriação da sala de desintoxicação; tornar CAPSIII; estender o atendimento ao noturno; tornar CAPSad estendido; mais material para as oficinas terapêuticas; aumento de recursos humanos; adequação dos recursos humanos; capacitação

dos recursos humanos; educação permanente; menos ruídos de comunicação; supervisão institucional; supervisão clínica; melhora de atendimento - inserção social; reinserção social, pois o serviço acaba ficando isolado; atividade comunitária; atividade para reinserção no trabalho formal; parcerias intersetoriais; ampliação das oficinas; aumentar atividades aos pacientes ociosos; grupos terapêuticos e atendimento de desintoxicação.

A Tabela VII apresenta os escores obtidos na EAF AAA como um todo e cada um dos fatores da escala pelos trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP que participaram da pesquisa (n=19).

Tabela 7 Distribuição dos escores observados na EAF AAA pelos trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP, 2013.

	N	Média observada (dp)	Mediana	Escore Mínimo possível	Escore Mínimo observado	Escore Máximo possível	Escore Máximo observado
Fator 1	19	3,78 (0,56)	3,8	1	2,50	5	4,55
Fator 2	19	3,88 (0,73)	4,1	1	2,42	5	4,91
Fator 3	19	2,98 (0,35)	3,0	1	2,27	5	3,64
Fator 4	19	3,35 (0,78)	3,3	1	2,11	5	4,89
Atitude Geral	19	3,55 (0,46)	3,5	1	2,54	5	4,18

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

O escore da atitude geral da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAF AAA) teve média de 3,5 (dp 0,46) variando de 2,54 a 4,18.

O escore do fator 1 que avalia a atitude do trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista teve uma média de 3,78 (dp 0,563) variando de 2,50 a 4,55, sendo que 42% das respostas ficaram em 3,5 a 4,0.

O escore do fator 2 que avalia as atitudes frente ao alcoolista foi a que recebeu melhor avaliação, com uma média de 3,88 (dp 0,73) e variando de 2,4 a 4,9, sendo que 52,6% das respostas ficaram entre 4,0 e 5,0.

O escore do fator 3 que avalia as atitudes frente ao alcoolismo, etiologia teve a pior avaliação, tendo média de 2,98 (dp 0,35) e a que menor teve variação de respostas variando de 2,27 a 3,64, sendo que 52,6% das respostas ficaram entre 2,5 e 3,0.

O escore do fator 4 que avalia as atitudes frente ao uso do álcool que tiveram uma média 3,35 (dp 0,78) a que mais teve variação variando de 2,54 a 4,18, sendo que 31,6% das respostas ficaram entre 3,5 e 4,0.

Tabela 8 Supervisão, Apoio e avaliação global do atendimento prestado, segundo os trabalhadores do CAPSad Botucatu- SP, 2013.

	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Supervisão pela secretaria municipal de saúde	19	2,05	00	2,86	0	8
Supervisão pela coordenação municipal de saúde mental	19	1,47	00	2,17	0	8
Supervisão entre equipe:	19	7,63	8	1,42	5	10
Supervisão pela comunidade em que atua:	19	2,11	00	2,78	0	8
Supervisão pela Organização Social (parceira)	19	0	00	0	0	0
Apoio pela coordenação municipal de saúde mental	19	3,11	2	2,92	0	8
Apoio pela secretaria municipal de saúde	19	2,79	2	2,39	0	7
Apoio entre equipe	19	7,84	8	1,71	4	10
Apoio pela comunidade em que atua	19	4,63	5	2,95	0	10
De maneira global, qual a sua avaliação do atendimento prestado pelo CAPSad?	19	8,05	8	1,39	5	10

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Quanto à supervisão no CAPSad, 68,4% referem que há supervisão. A qualidade da supervisão na entrevista foi mensurada

de 0 a 10, sendo zero ausência de supervisão e 10 como qualificada. Na qualificação da supervisão exercida pela secretaria municipal de saúde, pela coordenação municipal de saúde mental e pela comunidade em que atua, teve-se uma média muito baixa. Em relação à supervisão entre a equipe, uma média de 7,6 e a maior parte das notas ficaram em 8,0 para qualificação.

Em relação ao apoio exercido, temos: apoio baixo para o coordenador e para a secretaria de saúde tendo uma média perto dos três.

De maneira global, a avaliação do atendimento prestado pelo CAPSad, pelos trabalhadores, teve uma média de oito e a nota mais baixa foi cinco.

4.4 USUÁRIO

Nesta etapa, apresentamos os dados com os usuários do CAPad de Botucatu. Em relação às entrevistas, 68% foram realizadas no serviço e 32% no domicílio.

Tabela 9 Caracterização dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo gênero, etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade, fonte de renda, renda familiar no último mês, 2013.

Gênero	N	%
Feminino	8	32%
Masculino	17	68%
Etnia		
Branca	22	88%
Negra	3	12%
Faixa etária		
de 26 a 30	4	16%
de 31 a 40	9	36%
de 41 a 50	5	20%
de 51 a 69	7	28%

Estado Civil		
Casado/com companheiro	9	36%
Divorciado/Separado	2	8%
Viúvo	2	8%
Solteiro	12	48%
Escolaridade		
Ensino fundamental Incompleto	10	40%
Ensino Fundamental Completo	3	12%
Ensino Médio Incompleto	2	8%
Ensino Médio Completo	8	32%
Curso Técnico Completo	1	4%
Ensino Superior Incompleto	1	4%
Fonte de Renda		
Emprego	9	36%
Aposentadoria	3	12%
Auxílio-doença	5	20%
LOAS	1	4%
Bolsa Família	1	4%
Não Tem Renda	6	24%
Renda Familiar ultimo mês		
Até 2 salários mínimos	14	56%
Entre 2 a 4 salários mínimos	9	36%
Entre 4 a 10 salários mínimos	2	8%
Total	25	100%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

A média de idade dos usuários é de 43,84 anos, com desvio padrão de 12,42 anos, tendo uma mediana de 39 anos.

Os usuários do CAPSad, em sua maioria são homens, sendo 68% da amostra. A maioria é de etnia branca, sendo 88%. A idade geral dos usuários variou de 26 a 69 anos, sendo que na faixa etária de 31 a 40 anos, concentram-se nove usuários, o que faz a proporção total de 36%. Temos uma proporção de 48% solteiros.

Entre os usuários, 96% afirmam saber ler e 40% referem possuir ensino fundamental incompleto, enquanto que 32% detêm ensino médio completo.

Em relação à fonte de renda, 36% apresentam vínculo empregatício, enquanto 24% não têm renda. A renda familiar do último mês de 56% dos usuários foi de até dois salários mínimos.

A tabela abaixo, mostra com quem os usuários vivem e indica que a maioria, 32%, vive com cônjuge/companheiro (a) e 40% vive com familiar, especialmente mãe ou pai. Apenas 8% vivem sozinhos.

Tabela 10 Distribuição de com quem vivem atualmente os usuários do CAPSad Botucatu-SP, 2013.

Com quem mora	N	%
Sozinho	2	8%
Cônjuge/companheiro e filhos	8	32%
Familiares	10	40%
Mãe e pai	2	8%
Amigo fora do CAPSad	1	4%
Albergue municipal	1	4%
Cuidadora	1	4%
Total	25	100%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Em referência em ser ou não a primeira admissão no serviço, 60% (15 usuários) afirmam que é sua primeira admissão no serviço. Sendo que 40% (10 usuários) afirmam que não se trata da primeira internação.

Acerca do tempo que os usuários frequentam este serviço, 48% (12 usuários) afirmaram que frequentam entre um a dois anos e 24% (6 usuários) frequentam entre sete a 12 meses.

Quando questionados com que idade o usuário tinha quando percebeu o uso abusivo/dependência de alguma substância, tivemos uma média de 29,8 anos (dp 11,9) e uma mediana de 26 anos, sendo que na faixa de 14 a 30 anos tem-se um percentual de 68%.

Em relação ao diagnóstico, 96% dos usuários relatam conhecer. Com este dado, podemos identificar que o CAPS, em geral está com uma demanda de usuários em condição mais grave de sofrimento psíquico. Temos 72% com uso de drogas, 76% com uso de álcool, 68% com uso de tabaco, 8% com esquizofrenia e 4% com transtorno depressivo maior.

Em relação à internação psiquiátrica antes de iniciar o tratamento no CAPSad, 68% sinalizam que tiveram internações

nesta modalidade, sendo em hospital psiquiátrico (56%) e em comunidades terapêuticas (24%). Já na internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad, 32% sinalizam que tiveram internações nesta modalidade, sendo em hospital psiquiátrico (28%) e em comunidades terapêuticas (8%).

Quanto ao uso de psicofármacos, 96% referem que em nenhuma situação precisou comprar a medicação que faz uso. Cerca de 80% referem “sempre” seguir a prescrição médica, 4% segue “frequentemente” e 16% seguem “às vezes”.

4.4.1 Satisfação do usuário

A avaliação de satisfação dos usuários utilizou a escala SATIS-BR e sistematizada na tabela a seguir, conforme as questões validadas no Brasil por Bandeira e Silva (2012). Os dados permitiram a identificação do quadro global de satisfação, conforme os fatores e escala global apresentados abaixo que indica uma avaliação positiva de todos os itens com média em torno de 4,0 (dp 0,3), que na escala corresponde à satisfação em relação aos itens avaliados, em uma escala tipo likert de 1 a 5.

Tabela 11 Média e Desvio-padrão de satisfação dos usuários do CAPSad Botucatu- SP, 2013

	N	Média	Desvio-padrão
Global do SATIS BR	25	4,0	0,3
Competência e Compreensão	25	4,1	0,3
Ajuda recebida e acolhida	25	4,3	0,3
Condições físicas e conforto	25	4,2	0,5
N	25		

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

A questão de participação, também representa uma limitação quando os usuários são questionados acerca de sua participação no

processo de avaliação das atividades desenvolvidas no CAPS e apenas 36% refere participar.

As questões descritivas do instrumento indicaram que 40% dos usuários consideram que a equipe do CAPS, com certeza está ajudando o usuário e 60% afirmam que em geral a equipe ajuda. E o CAPS atende às necessidades dos usuários que se dizem satisfeitos, 80%, e muito satisfeitos, 16%. Para os usuários, o tipo de ajuda dada pelo CAPS significou alguma ajuda, 36%, e muita ajuda para 64%. Para 100% dos usuários, os serviços que recebeu no CAPS o ajudaram a lidar mais eficazmente com seus problemas. O acesso ao CAPS é considerado fácil para 72% dos usuários e ocorrem através de transporte público, 44%, ou por condução própria, 32%, e para 32% o deslocamento demora entre 31 a 45 minutos.

Os fatores mais positivos para os usuários são dinâmica dos grupos terapêuticos e regime terapêutico, seguido do ambiente e do relacionamento com os colegas.

A avaliação positiva dos usuários, entretanto, não impede que os 40% dos usuários considerem que o serviço no CAPS precisa ser melhorado. Os fatores indicados de melhora dos serviços mais frequentemente referidos são: salas de atendimento; recursos humanos; atendimento noturno e alimentação; melhoria da estrutura física; qualificação dos profissionais; material para as oficinas terapêuticas; saco de boxe; atendimento psicológico individual; investimento para o cuidado dos dependentes químicos.

4.4.2 Escala de mudança percebida na perspectiva do usuário

A avaliação da percepção de mudança na perspectiva do usuário em seu tratamento utilizou a escala EMP-BR e sistematizada na tabela a seguir, conforme as questões validadas no Brasil Bandeira et al (2011). Os dados permitiram a identificação do quadro

global de mudança, conforme os fatores e escore total apresentados na tabela abaixo que indica uma melhora em seu tratamento com média em torno de 2,5 (dp 0,4), em uma escala tipo likert de 1 a 3.

Tabela 12 Média e Desvio-padrão da escala de mudança percebida dos usuários na perspectiva dos usuários do CAPSad Botucatu- SP, 2013.

	N	Média	Desvio-padrão
Escore total escala EMP	25	2,5	0,4
Atividade e Saúde Física	25	2,5	0,5
Aspectos Psicológicos e Sono	25	2,6	0,4
Relacionamentos e Estabilidade Emocional	25	2,6	0,5
N	25		

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Pode-se observar que o escore médio global de percepção de mudança foi de 2,5 (dp 0,4), tendo uma variação de 2,17 a 3,0 em uma faixa de possíveis variações entre 1 e 3. Os resultados das subescalas mostraram que as médias obtidas variaram de 2,5 (dp 0,5), na dimensão “Atividade e Saúde Física”, a 2,6 (dp 0,4), na dimensão “Aspectos Psicológicos e Sono”. Já na dimensão “Relacionamentos e Estabilidade Emocional”, o escore foi de 2,6 (dp 0,5).

Os dados referentes às porcentagens de pacientes que perceberam melhora com o início do tratamento também mostram um resultado global elevado. Do total de pacientes, 88% perceberam a ocorrência de melhora, na sua vida em geral, desde o início do tratamento.

4.5 FAMILIARES

Foram entrevistados 15 familiares. A maioria dos entrevistados, 73,4% foram entrevistados no domicílio.

Tabela 13 Caracterização dos familiares do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Botucatu, segundo tipo de vínculo, gênero, etnia, faixa etária, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado e renda familiar no último mês, 2013.

Tipo de vínculo	N	%
Pai/mãe	7	46,7%
Irmão	1	6,7%
Cônjuge	6	40%
Cuidadora	1	6,7%
Gênero		
Feminino	14	93,3%
Masculino	1	6,7%
Etnia		
Branca	14	93,3%
Negra	1	6,7%
Faixa etária		
De 28 a 30	2	13,3%
De 31 a 40	3	20%
De 51 a 60	5	33,3%
De 60 a 74	5	33,3%
Estado civil		
Casado/com companheiro	11	73,3%
Divorciado/Separado	2	13,3%
Viúvo	1	6,7%
Solteiro	1	6,7%
Escolaridade		
Ensino fundamental Incompleto	9	60%
Ensino Médio Incompleto	2	13,3%
Ensino Médio Completo	4	26,6%
Trabalho remunerado		
Não	13	86,6%
Sim	2	13,3%
Renda Familiar último mês		
Até 2 salários mínimos	6	40%
Entre 2 a 4 salários mínimos	8	53,3%
Entre 4 a 10 salários mínimos	1	6,7%
Total	15	100%

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

A idade média dos familiares é cerca de 52,47 anos sendo a mínima 28 anos e a máxima 74 anos, com mediana de 56 anos e com um desvio padrão de 14,99 anos. Em relação ao vínculo entre os familiares e usuários, 46,7% dos familiares entrevistados são pai ou mãe dos usuários, seguido de 40%, o familiar cônjuge.

Os familiares entrevistados são em sua maioria do sexo feminino (93,3%), sendo que 93,3% se dizem brancos. Quanto ao estado civil desses familiares, 73,3% são casados ou vivem com um companheiro.

Quanto à escolaridade dos familiares entrevistados, mais da metade, 60%, possuem ensino fundamental incompleto, 26,6% possuem ensino médio completo.

Em se tratando de trabalho, 86,6%% dos familiares não possuem trabalho remunerado e 100% referiram serem os únicos que cuidam do familiar usuário.

Na renda familiar do último mês, 53,3% referem ser entre dois a quatro salários mínimos.

O número de pessoas que vivem na casa variou de duas a seis pessoas. Todos os entrevistados responderam que são os únicos no cuidado com o usuário. Todos referem ter filhos e o número de filhos variou de um a cinco. A maioria das casas possuem três dormitórios (53,3%), sendo que 86,6% moram em casa/apartamento próprio.

Em relação aos problemas de saúde, 60% apresentam algum problema e a maioria faz acompanhamento na atenção básica.

Na sobrecarga dos cuidados com o familiar, 26,6% referem sentir-se sobrecarregado. As situações em que se sentem sobrecarregados são: nos momentos de oscilação de humor do usuário, porque estou doente, penso em quem irá cuidar dele quando eu morrer, nos momentos da organização da casa.

Na questão em que o serviço poderia ser melhorado, apresentam as seguintes sugestões: olhar mais intensivo para pacientes graves; segurança e melhora das oficinas; familiar precisa

participar mais ativamente dos grupos; repensar o regime terapêutico para fazer sentido para o paciente no tratamento.

4.5.1 Satisfação do familiar

A avaliação de satisfação dos familiares utilizou a escala SATIS-BR e sistematizada na tabela a seguir, conforme as questões validadas no Brasil por Bandeira et al (2002) . Os dados indicam que os familiares mostraram satisfeitos com o serviço de saúde mental com uma média geral de 4,3 (dp 0,8), em uma escala tipo likert de 1 a 5.

Tabela 14 Média e Desvio-padrão de satisfação dos familiares do CAPSad Botucatu- SP, 2013.

	N	Média	Desvio-padrão
Global do SATIS BR	15	4,3	0,8
Acolhida e Competência da Equipe	15	4,0	0,0
Privacidade e Confiabilidade do Serviço	15	4,0	0,0
Resultados do Tratamento	15	4,8	0,2
N	15		

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Esta avaliação satisfatória do CAPS implica que 100% dos familiares voltariam a procurar o CAPS caso o familiar precisasse e 100% indicariam o serviço para um amigo ou familiar. Entre os itens referidos, o que os familiares mais gostam no CAPS estão: o atendimento, 46,6%, e o regime terapêutico, 20%. No item em que os familiares menos gostam, 73,3% referem que nada incomoda e o restante, 26,6% referem que o que menos gostam são: estrutura física; falta de segurança; colegas do grupo de apoio; da abordagem do profissional com o usuário.

Mesmo com esta avaliação, 33,3% afirmam que o serviço pode ser melhorado. Quando questionados acerca do que precisaria

ser melhorado no serviço, os familiares referiram como primeira escolha: olhar mais intensivo para pacientes graves; segurança e melhoria das oficinas; familiar participar mais ativamente dos grupos; repensar o regime terapêutico para fazer sentido para o paciente o tratamento.

4.5.2 Escala de mudança percebida na perspectiva do familiar

A avaliação da percepção de mudança na perspectiva do familiar no tratamento utilizou a escala EMP-BR e sistematizada na tabela a seguir, conforme as questões validadas no Brasil por Bandeira, Felício e Cesari (2010). Os dados permitiram a identificação do quadro global de mudança, conforme os fatores e escore total apresentados na tabela abaixo que indica uma melhora no tratamento de seu familiar com média em torno de 2,7 (dp 0,2), em uma escala tipo likert de 1 a 3.

Tabela 15 Média e Desvio-padrão da escala de mudança percebida dos familiares na perspectiva dos familiares CAPSad Botucatu- SP, 2013.

	N	Média	Desvio-padrão
Escore total escala EMP	15	2,7	0,24
Ocupação	15	2,5	0,51
Aspectos Psicológica	15	2,8	0,13
Relacionamentos	15	2,7	0,37
Saúde Física	15	2,7	0,23
N	15		

Fonte: CAPSad, Botucatu, 2013.

Pode-se observar que o escore médio global de percepção de mudança foi de 2,7 (dp 0,24), tendo uma variação de 2,17 a 3,0 em uma faixa de possíveis variações entre um e três. Os resultados das subescalas mostraram que as médias obtidas variaram de 2,5 (dp 0,51), na dimensão “Ocupação”, a 2,8 (dp 0,13), na dimensão

“Aspectos Psicológicos”. Já na dimensão “Relacionamentos” o escore médio foi de 2,7 (dp 0,37), tendo na dimensão “Saúde Física” o escore médio de 2,7 (dp 0,23).

Os dados referentes às porcentagens de melhora dos usuários sob o olhar dos familiares com o início do tratamento também mostram um resultado global elevado. Do total de familiares, 100% perceberam a melhora em geral na vida de seu familiar, desde o início do tratamento.

DISCUSSÃO

---

5 DISCUSSÃO

O CAPSad estudado possui horário de funcionamento condizente com seu Projeto Terapêutico Institucional e com a portaria GM/MS 336/02, funcionando em turno diurno de segunda a sexta da 8h às 18h. É um serviço relativamente novo com seis anos de existência.

Um dado importante é que o serviço não é gestado pelo município e sim pelo Centro de Atenção Integral a Saúde CAIS “Professor Cantídio”, o antigo macro Hospital Psiquiátrico que em 2006 se transformou no CAIS, portanto, de gestão Estadual.

O fluxograma, apresentado na página 81, nos mostra que são utilizadas as modalidades de triagem e acolhimento como porta de entrada ao usuário. A triagem é definida por Azevedo e Barbosa (2007) como sendo o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde que tem por intenção a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades/especialidades adequadas à sua assistência.

O acolhimento é visto como o atendimento inicial em saúde que busca atender os usuários que procuram os serviços de saúde, realizando a escuta qualificada de seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Esse processo inclui um atendimento com resolutividade e responsabilização, fazendo também as orientações para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, estabelecendo meios para garantir o sucesso desse encaminhamento, se necessário (Azevedo, Barbosa, 2007).

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza que o acolhimento não precisa ter local e nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. É uma postura ética que implica na

escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. É importante o serviço garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos, raça/etnia, gênero e orientação sexual (Brasil, 2004c; Brasil, 2013c).

O CAPSad, em estudo, se caracteriza como serviço aberto de base comunitária, recebe usuários por demanda espontânea, e ainda é referência para outros serviços de saúde, assim, fica a inquietação de existir ou não a lógica de triagem em serviços especializados. Porém, todos os profissionais do serviço, em questão, realizam acolhimento seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização, o que corrobora com o preconizado na Portaria GM/MS 130/2012 em que o acolhimento é uma forma de atendimento inicial ao usuário que chega ao serviço.

Em relação à infraestrutura do serviço, o Ministério da Saúde preconiza que a estrutura física do CAPS seja compreendida por: recepção como espaço de acolhimento; salas de atendimento individualizado; salas de atividades coletivas; espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva; espaço de convivência; banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência; sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação) e posto de enfermagem; quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com 2 camas) e banheiro (suítes); quarto de plantão (sala de repouso profissional), este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas; sala administrativa: um escritório; sala de reunião; almoxarifado; sala para arquivo; refeitório; copa (cozinha); banheiro com vestiário para funcionários; depósito de material de limpeza (DML); abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; área externa para embarque e

desembarque de ambulância; área externa de convivência (Brasil, 2013d).

O CAPSad estudado está alocado em uma casa alugada com dimensão territorial ampla, mas com algumas deficiências, tais como: número insuficiente de salas para atender a demanda, falta de salas adequadas para atendimento em grupo e oficinas terapêuticas e, sobretudo a inadequação da sala de desintoxicação, que pode ser considerado como o ponto mais crítico do serviço.

Em relação aos recursos humanos, o serviço segue as normas da portaria GM/MS 336/02, que é: um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos ou outros profissionais necessários ao processo terapêutico; e seis profissionais de nível médio, dentre técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais e artesãos. Portanto, observa-se que o número médio de psiquiatras está além do preconizado, bem como o total de técnicos de nível superior existente nos serviços (nos quais os enfermeiros são a categoria profissional mais frequente). O número de técnicos de nível médio também foi superior ao mínimo preconizado pela portaria, que podemos considerar como um ponto forte do serviço.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria GM/MS 3.088/2011 preconiza: “respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em

serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (Brasil, 2011).

O serviço, em estudo, apresenta uma ação e participação no território razoável permeando alguns setores como a assistência social, conselhos e serviços especializados. Mas, são citados alguns problemas, tais como a falta de leitos para desintoxicação de grau moderado e grave e casas transitórias. É preconizado pela portaria GM/MS 130/2012 que os CAPSad possuam leitos de acolhimentos para desintoxicação, fato este que o serviço necessita ser adequado às legislações vigentes.

Nas formas de atendimentos, o serviço oferta abordagens psicoterapêuticas (individuais e em grupo), atividades psicofísicas (Lian Gong) e trabalhos manuais (oficina terapêutica). Uma deficiência é a ausência de atividades de geração de trabalho e renda. Tal atividade auxilia na reinserção do usuário na sociedade e é uma das diretrizes da política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003).

As portarias 3088/2011 e a 130/2012 preconizam que os CAPSad realizem atividade de reabilitação psicossocial com o objetivo de resgatar e auxiliar a construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros. É de suma importância que o serviço ofereça atividades de geração de trabalho e renda, pois é um ponto importante para melhora do usuário em seu tratamento. Se o serviço não pode ofertar, uma alternativa é criar parcerias com outros serviços que possuem tais atividades como, por exemplo, as Organizações não governamentais (ONG), Cooperativas de Trabalho, dentre outros.

Estudo de Nascimento e Galvanese, (2009) mostra a importância para a diversidade de atividades desenvolvidas pelos CAPS, pois serviços que mantêm muitas atividades de trabalhos manuais (como artesanato) podem não ser atraentes para usuários mais jovens e do sexo masculino, culturalmente são pouco habituados a realizar tal atividade. Mas também, os serviços que optam preferencialmente em abordagens grupais psicoterápicas podem ser decepcionantes para usuários que buscam inserir-se em atividades profissionais ou em outros espaços do cotidiano. É necessário que o serviço apresente uma diversidade em atividades para utilizá-las na melhoria das necessidades de saúde de sua demanda seguindo sempre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário.

O projeto terapêutico nos permite pensar e criar novas realidades, novas possibilidades e aos profissionais cabe à coprodução e a cogestão do processo terapêutico que incorpore o olhar aos contextos singulares e que planejem e se organizem nas ações de responsabilidades do cuidado (Oliveira, 2008).

Tal processo agrega ações e intervenções da equipe e também o comprometimento e envolvimento do usuário e está alicerçado em três movimentos sobrepostos e articulados: a coprodução da problematização; a coprodução de projeto e a cogestão/avaliação do processo (Oliveira, 2008). Deve ser dinâmico e requer transformações, adequações e reformulações após sua construção e implementação, baseadas nas necessidades e demandas do usuário do CAPSad.

O projeto terapêutico singular é normativa das portarias 3088/2011 e da 130/2012. Assim, o serviço em questão apresenta o Projeto Terapêutico Singular para todos os usuários, sendo que a responsabilidade de avaliação e adequação regular é realizada pelo técnico de referência (Brasil, 2011; Brasil, 2012)..

A própria Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a

assistência deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, privilegiando-se os cuidados em dispositivos extrahospitais, como o CAPSad, devendo também estar inserida na atuação de uma Rede de Atenção Básica de Saúde (Brasil, 2003).

Nesse sentido, um dos seus objetivos seria estimular a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência e atenção psicossocial centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que enfatize a reabilitação e reinserção social dos usuários, amparada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003).

É visto que o serviço possui um espectro amplo de fármacos disponível, auxiliando o médico em suas prescrições, pois o serviço conta com a atenção de um farmacêutico e do suporte do CAIS.

TRABALHADOR

Neste serviço há um predomínio de trabalhadores do sexo feminino, de cor branca, com formação de ensino superior, casado ou com companheiro, com tempo de trabalho superior a dois anos no CAPS, com uma parcela significativa recebendo de um a três salários mínimos, e com carga horária de 30 horas semanais.

Estudo quantitativo ocorrido no sul do Brasil também apresenta que o perfil dos trabalhadores de CAPS é majoritariamente feminino, 78%, que se mostra igualmente presente em todas as outras áreas da saúde. Sendo que 44,3% encontram-se na faixa etária dos 36-50 anos, o que nos indica uma população relativamente madura. Quanto à formação e escolaridade a maioria dos trabalhadores possui ensino superior, 55,8%, sendo que cerca de 40% possuem pós-graduação (Kantorski et al., 2009).

Outro estudo quantitativo ocorrido no interior de Minas Gerais que também apresenta o perfil dos trabalhadores de CAPS é também majoritariamente feminino 53,3%, tendo uma idade média

de 38,07 anos variando de 21 a 68, uma escolaridade de 46,7% possuía nível superior (Leal, Bandeira, Azevedo, 2012).

Realizando a comparação com os estudos apresentados, é observada uma semelhança nas questões de gênero, idade e escolaridade desses trabalhadores em CAPS.

O número de trabalhadores com nível superior é de 68,4% e o de pós-graduação (52,6%). Tem-se que 36,8% dos profissionais possui especialização na área de saúde, 36,8% dos profissionais com especialização fora da área, 5,2% dos profissionais com residência fora da área, 10,5% profissionais cursando mestrado na área de saúde mental. Os profissionais deste CAPS apresentam formação que segue as normativas das legislações vigentes (Brasil, 2003; Brasil, 2004).

É digno de nota que 68,4% dos profissionais possui ensino superior e 52,6% recebe até três salários mínimos mensais. Pode-se ter uma explicação que independente do mercado, o serviço público não apresenta plano de carreira para os funcionários. Tal constatação também aconteceu em outro estudo (Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Em relação ao tempo de permanência destes profissionais, os resultados mostram que 47,4% estão no serviço desde a sua inauguração, apontando baixa rotatividade de profissionais no serviço.

Em estudo realizado por Stancato e Zilli (2010) nos mostra a importância das instituições em manterem certo equilíbrio nas taxas de rotatividade, para garantir uma instituição de qualidade e eficácia na sua produção. Ainda propõe que para o serviço adquirir uma maior ênfase nas questões administrativas, deve reforçar que a saúde é um direito inerente à pessoa, garantindo a ela um atendimento humanizado e de uma equipe integrada, além de um serviço equilibrado, que gere condições de trabalho, segurança física, social, financeira e emocional ao profissional.

Estudos evidenciam que um problema crescente observado em outros países é a alta rotatividade entre os profissionais. Nos Estados Unidos, por exemplo, há pesquisas mostrando que a cada cinco a sete anos muda toda a força de trabalho em saúde mental (Blankertz, Robinson, 1997; Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

A satisfação dos trabalhadores em relação ao ambiente nos mostra algumas deficiências relacionadas a ventilação, a iluminação e a área física. No item higiene não houve problemas. O dado que nos chama atenção é em relação à área física em que 89% referem problemas..

O serviço apresenta uma fragilidade em relação aos materiais de conforto e segurança, especialmente em relação à saída de emergência e extintores de incêndio, em que 100% dos trabalhadores referem não estarem instalados e nem em funcionamento no serviço. Outro dado é que 53% relatam não ter ventiladores disponíveis para uso no serviço.

Estudo realizado em um CAPS no Sul Brasil que avaliou a estrutura por meio da ambiência constatou que a falta de recursos humanos e materiais não interferem diretamente na satisfação dos usuários. A estrutura para o CAPS estudado foi um aspecto forte na avaliação da ambiência (Kantorski et al., 2011).

A portaria GM/MS 336/02 institui que a assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (Brasil, 2004).

Comparando-se com os dados da pesquisa, o serviço possui tais atividades elencadas no parágrafo anterior, mas com alguns pontos que necessitam ser discutidos. Sendo eles: o número de profissionais que intervêm em situação de crise (26%); baixa inserção dos profissionais nas atividades junto à comunidade; apenas 15,8% dos profissionais realizaram visitas domiciliares no último mês.

A intervenção em crise é uma das prerrogativas da portaria 130/2012 em que a equipe precisa ter preparo para tal atendimento, podendo utilizar o acolhimento como uma das ferramentas primordiais na intervenção (Brasil, 2012)..

A abordagem dirigida à crise pode ser um fator de proteção se ajudar o usuário a estabilizar e reajustar sua situação psicopatológica e assim possibilitar uma recuperação de seu nível de funcionamento (Dimenstein et al., 2012).

Com isso, torna-se imprescindível que a rede de atenção psicossocial (RAPS) trabalhe na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e co-responsabilização (Dimenstein et al., 2012).

Quanto à visita domiciliar, 84,2% refere algumas dificuldades como: falta de transporte; de tempo para organizar a visita e outros dizem que não foi preciso realizar visita no último mês.

A visita domiciliar é o instrumento de realização da assistência domiciliar. É constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. Tal instrumento auxilia na adesão deste indivíduo ao serviço que utiliza, indo além do acompanhamento do usuário, pois engloba também a família neste cuidado (Carvalho, Amaral, Magalhães, 2011; Brasil, 2003).

As práticas assistenciais em CAPSad são amplas e envolvem o trabalho da equipe e todos os atendimentos individuais e grupais oferecidos no serviço, as condições de trabalho, o acesso à rede de

saúde e também a participação dos familiares ou figuras de referência para que os objetivos do processo terapêutico sejam atingidos (Brasil, 2003).

Nas situações de crise é necessária a mobilização dos técnicos de referência dos respectivos usuários, envolvendo geralmente a participação de outros profissionais da equipe. O atendimento de usuários em situação de crise é prioridade no contexto do serviço, em consonância com a proposta de acolhimento com avaliação e classificação de riscos (Brasil, 2004, Brasil, 2004c). É percebida nos dados apresentados uma baixa percentagem de profissionais que utilizam a intervenção em crise, sendo que toda a equipe deveria se empenhar nesta atividade.

A escala SATIS-BR é um importante indicador da qualidade de determinado serviço de saúde mental, uma vez que a satisfação pelos profissionais da equipe de trabalho pode afetar diretamente a qualidade do atendimento prestado aos usuários (Wykes et al., 1997; Bandeira, Ishara, Zuardi, 2007). Baixa satisfação no trabalho pode levar ao aumento da rotatividade de pessoal e aumento dos níveis de absenteísmo, o que pode reduzir a eficiência dos serviços de saúde (Santos et al., 2011).

Para uma instituição atingir seus objetivos de excelência no atendimento e qualidade nos serviços prestados, é necessário ter profissionais satisfeitos e que gozem de boa qualidade de vida (De Marco et al., 2008).

Uma baixa satisfação dos profissionais pode estar relacionada a aspectos como carga horária de trabalho excessiva, baixa remuneração, ausência de lazer, entre outros fatores. Podem também repercutir de forma negativa para o bem-estar dos profissionais e também no relacionamento com os pacientes, bem como interferir no próprio tratamento oferecido (Ishara, 2007; Santos et al., 2011). Os trabalhadores, neste estudo, possuem, em média, uma carga horária de 30 horas semanais, perfazendo 6 horas diárias, o que não caracteriza uma sobrecarga de trabalho.

Com base nas informações apresentadas nos resultados da escala SATIS-BR observa-se que os profissionais deste CAPSad apresentam uma satisfação intermediária em relação ao serviço. Os outros fatores como a qualidade da assistência prestada ao usuário, a sua participação no serviço e as condições de trabalho, também obtiveram escores intermediários de satisfação. Esses resultados corroboram os dados obtidos por Pitta (1996), Ishara (2007), De Marco et al (2008), Ishara, Bandeira e Zuardi (2008), Rebouças et al (2008), Santos et al (2011) e Leal, Bandeira e Azevedo (2012) que também encontraram níveis medianos de satisfação com o trabalho entre profissionais de saúde mental.

No entanto, os resultados obtidos com as respostas às perguntas abertas que estão presentes na escala SATIS-BR demonstram que o nível de satisfação profissional poderia ser maior se existissem mais investimentos para a melhora da estrutura física do serviço, como um local mais apropriado, ou seja, quantidade de salas e tamanhos adequados à demanda de pacientes, mais atividades terapêuticas e na comunidade, entre outros. Tais demandas são similares nos estudos de Rebouças, Legay e Abelha (2007); Ishara (2007); De Marco et al (2008); Kantorski et al (2011); Leal, Bandeira e Azevedo (2012).

A EAFAAA foi aplicada pela primeira vez com profissionais de saúde de um Centro de Atenção de álcool e outras drogas para verificar suas atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Há estudos em que a EAFAAA foi aplicada em estudantes de enfermagem (Vargas, 2011b; Vargas, Luis, 2011; Vargas, Bittencourt, 2013), em enfermeiros de hospital geral (Vargas, Labate, 2006; Vargas, 2010) e em estudantes de psicologia (Merces, 2013).

Observou-se uma tendência de atitude positiva para o fator 1, que é atribuído à perspectiva “o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista”, que teve uma média de 3,78 (dp 0,563). Para esse fator, conforme preconiza o autor Vargas (2005), verifica-se a percepção, os sentimentos e as atitudes frente ao indivíduo alcoolista, bem

como o trabalhar e o relacionar-se com o mesmo. Dois estudos com os estudantes de enfermagem apresentaram atitudes negativas para lidar diretamente com o alcoolista, quando comparado aos achados deste estudo, em que os profissionais de saúde do serviço apresentaram uma atitude positiva (Vargas, 2011b; Vargas, Bittencourt, 2013).

O fator 2 apresentou melhor escore – “as atitudes frente ao alcoolista”. Vargas (2005) descreve esse fator como o que está relacionado com o envolvimento de opiniões, sentimentos e percepções frente ao indivíduo alcoolista, destacando principalmente suas características físicas e psíquicas, bem como comportamentos e atitudes atribuídas a esse usuário. Estudo feito com estudantes de enfermagem contrapõe os achados deste, pois se constatou que os estudantes tinham atitudes negativas ao se relacionar com o alcoolista. Relataram ter medo do comportamento agressivo, sendo que metade dos entrevistados disse não saber como conduzir o atendimento a um usuário de álcool, caso fosse preciso (Vargas, 2011b).

O fator 3 teve o pior escore nos resultados desta pesquisa com média de 2,98 (dp 0,35) tendendo à atitude negativa frente ao álcool, ao alcoolismo e alcoolista. Esse fator refere-se à “atitude frente ao alcoolismo, à etiologia”. Em estudo anterior, os participantes disseram ter conhecimento dos fatores etiológicos para o alcoolismo causado por fatores sociais (desemprego, dificuldade financeira, problemas familiares, depressão), da falta de autocontrole dos pacientes e de que se trata de uma doença genética (Vargas, 2011b). Observam-se atitudes negativas quanto à etiologia e este déficit pode comprometer o manejo com esses usuários. Outros estudos também tiveram tendências para atitudes negativas sobre os fatores associados ao alcoolismo, o que pode estar relacionado à falta de preparo referida, reforçando o que os pesquisadores têm criticado quanto à ausência de qualificação e capacitação tanto para os estudantes quanto para os profissionais da área da saúde (Lopes,

Luis, 2005; Vargas, 2011b; Mercês, 2013; Vargas, Bittencourt, 2013).

O fator 4, “atitudes frente ao uso de álcool” que diz respeito às opiniões, aos sentimentos e às predisposições do profissional de saúde quanto aos custos psíquicos e sociais acarretados pelo uso/abuso do álcool envolvendo o indivíduo, a família e outras esferas de relacionamento pessoal, como trabalho, amigos e outros, estiveram na faixa intermediária com uma média de 3,35 (dp 0,783), mediana de 3,3 e foi o fator que obteve maior variância (Vargas, 2005).

Em estudo realizado com enfermeiros de um hospital, revelou-se dificuldade na aceitação do beber como um direito da pessoa, em que identificam na bebida alcoólica um perigo à saúde, independente da quantidade ingerida (Vargas, Labate, 2006). Outro estudo com enfermeiros de unidades básicas de saúde demonstraram melhor aceitação em relação ao beber (Vargas, Luis, 2008).

USUÁRIO

Os usuários do CAPSad, em sua maioria são homens, sendo 68% da amostra. A maioria é de etnia branca (88%). A idade dos usuários variou de 26 a 69 anos, sendo que na faixa etária de 31 a 40 anos, concentram-se 9 usuários, o que faz a proporção total de 36%. Temos uma proporção de 48% solteiros.

Dados da pesquisa e estudos evidenciam que a população masculina é a mais atingida pelo problema da dependência de drogas, levando à consequente procura de tratamento. Sabe-se, no entanto, que questões culturais, baseadas em preconceitos, tem sido constatadas no decorrer das atividades de atendimento ao usuário de drogas, principalmente em relação à mulher, o que pode ajudar a compreender a significativa diferença numérica no total de usuários (Passos, Camacho, 1998; Ferreira Filho et al., 2003 Pelisoli, Moreira, 2005; Faria, Schneider, 2009; Marini, 2011;

Monteiro et al., 2011; Pereira et al., 2012). Corroborando com estudo que evidenciou a questão de gênero para a busca do tratamento, indicando que as mulheres sentem vergonha da doença, resultando em afastamento do tratamento (Monteiro et al., 2011).

Um estudo realizado por Cesar (2006) nos mostra que grupos de tratamento compostos apenas por mulheres apresentam melhor adesão do sexo feminino que em grupos mistos. Neste CAPSad em que foi coletado os dados, o atendimento grupal e outras atividades são compostos por ambos os sexos.

O consumo de álcool e outras drogas aparece socialmente mais marcante quando o dependente é do sexo feminino, e esse preconceito sobre a drogadição pode constituir, nesse caso, um viés epidemiológico, já que tal demanda não chega ao serviço (Ferreira Filho et al., 2003; Pereira et al., 2012). Quando é avaliado o perfil dos usuários em outros serviços de saúde mental, temos a maioria do sexo feminino (Silva et al., 1996; Kantorski et al., 2009).

A idade dos usuários variou de 26 a 69 anos, sendo que na faixa etária de 31 a 40 anos estão concentrados 36% dos usuários. Temos uma proporção de 48% solteiros. Em relação à fonte de renda, 36% apresentam vínculo empregatício, enquanto 24% não possuem renda. Entre os usuários 96% afirmam saber ler e 40% destes referem possuir ensino fundamental incompleto, enquanto que 32% detêm ensino médio completo.

Comparando dados desta pesquisa com outros estudos é notada similaridade nas questões de faixa etária, estado civil e situação ocupacional (Passos, Camacho, 1998; Monteiro et al., 2011).

A média de idade dos usuários neste estudo foi de 43,8 anos, semelhante ao observado na população estudada em Lorena-SP (41 anos) e maior que o observado em população estudada no Rio Grande do Sul que apresentou a média de 30,3 anos (Pereira et al., 2012; Kantorski et al., 2009).

Também houve a predominância da baixa escolaridade, a questão de estar fora do mercado de trabalho e a de não ter companheiro foi similar às características da amostra de estudos em CAPSad (Peixoto et al., 2010; Marini, 2011).

No que se refere a vínculo empregatício dos usuários, temos uma percentagem de 52% que não estava trabalhando no momento em que foram entrevistados. A problemática do desemprego é uma questão de ordem estrutural e conjuntural; entretanto, essa questão torna-se mais significativa nos usuários abusivos de álcool e outras drogas, visto que estes “representam um segmento marginalizado dentro do conjunto dos socialmente excluídos” (Brites, 1995, p. 103). Tal fato torna sua inserção e permanência no mercado de trabalho ainda mais restrita, em virtude de apresentarem dificuldades em desempenhar satisfatoriamente suas funções, devido aos efeitos e consequências biopsicossociais específicas de cada tipo de uso abusivo de drogas, caso não estejam em abstinência.

Outro dado interessante é com quem os usuários vivem, a maioria vive com algum familiar sendo que 32%, com cônjuge/companheiro (a) e 40% com familiar, especialmente mãe ou pai.

Em referência à adesão ao serviço, 60% afirmou ser sua primeira admissão no serviço. Sendo então que 40% são reincidentes. Acerca do tempo que os usuários frequentam este serviço, 48% afirmaram que frequentam entre um a dois anos e 24% frequenta entre sete a 12 meses.

Comparando os dados com outras pesquisas, temos que os usuários deste serviço apresentam uma melhor adesão do que em outros estudos, pois neste serviço 48% frequenta o CAPS há mais de seis meses, já em outras investigações mais de 50% dos usuários não permanecem em tratamento na instituição (Pelisoli, Moreira, 2005; Monteiro et al., 2011).

A adesão ao tratamento é considerada a partir do terceiro mês e a permanência do usuário no serviço por um período mínimo

de seis meses é avaliada como uma forma positiva de adesão (Monteiro et al., 2011). À aderência ou adesão ao tratamento pode ser entendida como o grau em que o paciente segue as recomendações médicas, ou de outro profissional de saúde, e é entendida como o retorno e a manutenção do tratamento indicado. Pode ser também chamada de obediência e permanência ao tratamento e inclui a frequência até o momento de sua alta (Kaplan, Sadock, Grebb, 1997; Monteiro et al., 2011).

Mesmo os serviços mais efetivos, ainda deparam com as maiores taxas de abandono e menor sucesso terapêutico em comparação com os tratamentos para transtorno mental (Pinsky et al., 1995; Raupp, Milnitsky-Sapiro, 2005).

A respeito do diagnóstico, 96% dos usuários relatam conhecer. Tem-se 72% com uso de drogas, 76% com uso de álcool, 68% com uso de tabaco, 8% com esquizofrenia e 4% com transtorno depressivo maior.

Em relação à internação psiquiátrica antes de iniciar o tratamento no CAPSad 68% sinalizam que tiveram internações nesta modalidade, sendo em hospital psiquiátrico (56%) e em comunidades terapêuticas (24%). Já na internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad 32% sinalizam que tiveram internações nesta modalidade, sendo em hospital psiquiátrico (28%) e em comunidades terapêuticas (8%).

O CAPSad é um serviço alternativo, substitutivo ao processo de reclusão como forma de tratamento. No entanto, como o município não possui um serviço de internação em hospital geral, para tratamento da síndrome de abstinência por uso de substâncias psicoativas, preconizado na Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004), faz do hospital psiquiátrico umas das opções para os encaminhamentos nesses casos. Como já referido acima, o serviço não possui sala adequada para realizar acolhimento em intervenção à crise moderada e grave.

Pode existir a necessidade de internação quando o paciente se apresenta em síndrome de abstinência (conjunto de sintomas desenvolvidos em função da abstinência ou redução da substância no organismo), devido a necessidade de monitoramento constante de seu quadro clínico. Entretanto, o pico dos sintomas ocorre entre 24 e 48 horas, desaparecendo, na maioria dos casos, após sete dias. Após 15 dias há remissão dos sintomas da síndrome de abstinência (Laranjeira et al., 2000).

Quanto ao uso de psicofármacos, 96% referem que em nenhuma situação precisou comprar a medicação que faz uso. Temos que 80% dos entrevistados seguem sempre as prescrições médicas.

A satisfação dos pacientes vem sendo atrelada há varias questões, entre elas: adesão ao tratamento, características do atendimento, variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes, redução da sintomatologia, competência da equipe, qualidade do relacionamento profissional e paciente, acessibilidade ao serviço, qualidade das instalações, continuidade dos cuidados e também a informação recebida (Silva et al, 2012).

Os resultados indicaram um bom grau de satisfação dos usuários com o CAPSad, tanto na escala global, como nos fatores: competência e compreensão, ajuda recebida e acolhida e condições físicas e conforto. Estes dados são corroborados com outros estudos a respeito da satisfação do usuário (Teixeira, Trindade, 2006; Heckert, Kantorski et al., 2009; Jaegger et al., 2009; Camilo et al., 2012; Silva et al., 2012).

Mesmo com uma significativa avaliação positiva, os usuários indicam maior investimento de readequação nos aspectos de estrutura e recurso material. A maior dificuldade dos serviços está nas condições de infraestrutura, aspecto presente em outros estudos (Silva et al., 1996; Bandeira, Pitta, Mercier, 1999; Kantorski et al., 2009).

Outra medida de resultados, na perspectiva dos usuários, que tem tido destaque na avaliação dos serviços é a percepção de mudanças pelos usuários em função do tratamento recebido. Esta escala mensura a percepção de mudanças no que se refere aos efeitos do tratamento na saúde física e psicológica, na vida social e nas atividades, tal como percebido pelo próprio usuário.

Os dados deste estudo nos mostram que os usuários perceberam melhora com o início do tratamento e também mostram um resultado global elevado. Do total de pacientes, 88% perceberam a ocorrência de melhora, na sua vida em geral, desde o início do tratamento. Comparando com os resultados de outra pesquisa realizada em um serviço de saúde mental é observada uma similaridade nos resultados (Costa et al., 2011). Há um número incipiente de estudos avaliando a percepção de mudança percebida pelos usuários no campo da saúde mental.

FAMILIAR

Os dados nos mostram que os familiares que acompanham seus parentes no serviço apresentam em média meia idade, e que 90% do vínculo dos usuários estão na família nuclear, sendo que os pais/mães foram identificados como os principais cuidadores dos usuários (46,7%). Isto nos mostra que a família é muito presente no cotidiano do usuário de álcool e outras drogas.

Há a predominância do sexo feminino nos familiares e a maioria casada. Apresentam baixa escolaridade e fora do mercado de trabalho. A renda familiar é de até 4 salários mínimos para mais de 90% dos entrevistados.

Outro estudo quantitativo ocorrido em Minas Gerais apresenta um perfil de familiares de usuários de serviços comunitários de saúde mental majoritariamente feminino, 78%, tendo uma idade média de 49,74 anos variando de 18 a 78, casado (51%), com primeiro grau incompleto (63%) (Costa et al., 2011).

A presença do gênero feminino no tratamento e no acompanhamento do usuário de drogas nos serviços de saúde mental é frequente nos vários estudos correlatos sobre participação familiar (Filizola et al., 2006; Vargas, Zago, 2008; Azevedo, Miranda, 2010).

Outro dado relevante é que 86,6% moram em casa/apartamento próprio. Tal dado evidencia que os usuários apresentam boas condições de moradia.

A literatura apresenta pouco destaque na avaliação da satisfação dos familiares em relação aos serviços de saúde mental, apesar da necessidade da inclusão dos familiares no monitoramento e avaliação dos serviços (Gigantesco et al., 2002; Bandeira et al., 2011).

No contexto brasileiro dois estudos são emblemáticos sobre a satisfação dos familiares em serviços de saúde mental, sendo que um teve como objetivo realizar a validação de uma escala de medida, e o outro foi realizado no interior de Minas Gerais (Bandeira et al., 2002; Bandeira et al., 2011).

A satisfação dos familiares (SATIS-BR) indicaram um bom grau de satisfação em relação ao CAPSad, tanto na escala global, como nos fatores: competência e compreensão, ajuda recebida e acolhida e condições físicas e conforto. Estes dados corroboram com estudo de outra pesquisa a respeito da satisfação dos familiares em relação a serviços de saúde mental (Bandeira et al., 2011).

Mesmo com uma significativa avaliação positiva, os familiares apontam aspectos que merecem investimento e readequação no serviço em relação aos aspectos de segurança, das oficinas terapêuticas, do processo terapêutico dos usuários e de uma participação mais efetiva dos familiares nos grupos.

Não há estudos avaliando a satisfação e a percepção de mudança no tratamento dos familiares em relação ao CAPSad.

Finalmente, a principal limitação do presente estudo foi a realização do mesmo em um único serviço de saúde mental, assim,

não pode ser generalizado para outros serviços, ou seja, não é possível que sejam feitas extrapolações dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

---

6 CONCLUSÃO

O serviço prestado pelo CAPSad avaliado no presente estudo foi considerado muito bom pelos pacientes, existindo concordância por parte dos profissionais e dos familiares como sendo uma modalidade de tratamento eficaz para os pacientes dependentes de álcool e drogas.

Em termos de estrutura é apontado pelos profissionais que o serviço necessita de algumas adequações para melhora da qualidade da assistência do usuário, sobretudo nos casos de desintoxicação aguda.

Os resultados apontam para a integração da rede de atenção primária à saúde, de acordo com que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, em que a atenção básica à saúde deve ser resultado da integração entre os diferentes serviços, seja ele a Unidade Básica de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou os serviços especializados (hospitais, ambulatórios de especialidades, CAPS, e outros).

Assim sendo, o serviço necessita criar ações que visem capacitar os trabalhadores para atuarem no fortalecimento das relações intersetoriais, como uma possibilidade de melhora na atenção aos usuários de substâncias psicoativas, o que passa pela realização da detecção precoce e intervenção breve e, conseqüentemente, redução do agravamento do quadro de dependência e das comorbidades associadas.

Quase todas as atividades dos CAPSad são realizadas em grupo, inclusive as psicoterapias. A terapia em grupo apresenta alguns fatores importantes como o altruísmo, a compreensão de si mesmo, o entendimento da importância da família e a coesão grupal.

Os profissionais do CAPSad acreditam que a adoção do modelo de redução de danos possibilita uma melhor eficiência do serviço. A participação dos pacientes em atividades comunitárias

não está acontecendo, visto a não existência de parcerias para tal. Os programas de geração de renda inexistem no serviço o que representa uma dificuldade no que tange a reinserção social dos pacientes.

No entanto, tem que se considerar que os profissionais do CAPSad devam ter um papel de articuladores no território, desempenhando uma articulação com outras áreas da sociedade para efetivar um verdadeiro projeto de reinserção social do paciente. Finalmente, podemos considerar a necessidade de investimentos em capacitações e cursos de atualização para os profissionais, no intuito de se desenvolver de fato a articulação de vários segmentos da sociedade e, assim construir a verdadeira Rede de Atenção Psicossocial.

Deste modo, espera-se que os resultados apresentados orientem a política local na elaboração de novas ações que ampliem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, bem como a sua permanência em tratamento, no sentido de promover a sua reinserção social.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul Enferm.* 1995; 8(4).

Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1992 [citado 2011 Jan 09];8(4):361-65. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v8n4/v8n4a02.pdf>

Amarante P, coordenador. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem nos serviços de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(1):33-9.

Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):56-63.

Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *J Bras Psiquiatr*. 2000. 49(8):293-300.

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, Ishara S, Zuardi AW. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(4): 280-86.

Bandeira M, Calsavara MGP, Costa CS, Cesari, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(2):107-14.

Bandeira M, Felício CM, Cesari L. Validation of the Perception of Change Scale – Family version (EMP-F) as a treatment outcome measure in mental health services. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(3):283-7.

Bandeira 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*. 2011; 24(2):236-44.

Bandeira M, Silva MA. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr.* 2012;61(3): 124-32.

Baremlitt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.* 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1996.

Blankertz LE, Robinson SE. Turnover intentions of community mental health workers in psychosocial rehabilitation services. *Community Ment Health J.* 1997; 33:517-29.

Brasil. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos decreta a seguinte Lei do Código Penal. [legislação na Internet]. Brasília; 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle dos Problemas relacionados com o Consumo do Alcool (PRONAL). Brasília, 1987.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004b. Dispõe sobre a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. [legislação na internet]. Brasília; 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.* OPAS. Brasília; 2005

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Avaliar CAPS faz um retrato do trabalho dos CAPS [periódico na Internet]. 2009 fev. 19 [citado 2011 jan 11]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/Not%C3%ADciaAvaliarCAPSparaBVS19fev09.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.190/GM de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. [legislação na Internet]. Brasília; 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. [legislação na Internet]. Brasília; 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. [legislação na Internet]. Brasília; 2010b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. [legislação na Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 29 abr. 2013). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPSAD III) e os respectivos incentivos financeiros. [legislação na Internet]. Brasília; 2012b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

Brasil. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [site na Internet]. 2013 [acessado 2013 jan10]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [site na Internet]. 2013b [acessado 2013 jan10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento. [Internet]. Brasília; 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

Brites, Cristina Maria. Serviço Social, drogas e Aids: questões para debate. Caderno de Comunicação do 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília; [s.d.], [s.e.], 1995.

Camilo CA, Bandeira M, Leal RMAC, Scalón JD. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. Cien 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.

Carvalho ALL, Amarante P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate, 1996; 52:74-82.

Carvalho CG, Amaral RMS, Magalhães SR. Assistência de enfermagem ao portador de transtorno psíquico: visita domiciliar. e-Scientia, Belo Horizonte. 2011;4(1):31-38.

Cesar BAL. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. J.Bras Psiquiatr. 2006 out; 55(3):208-2011.

Chen HT. Practical program evaluation: assessing and improving planning implementation and effectiveness. London: Sage

Contandriopoulos, AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Cien & Saude Coletiva*. 2006;11(3):705-712.

Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, Scalón JD. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):995-1007.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(1):103-7.

De Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira-Martins LA. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(3):178-83.

Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, Brito C, Medeiros I, Bezerril MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*. 2012; 2(número temático):95-127.

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

Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. I, pp77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press 1980.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de valuación. México: La Prensa Mexicana; 1984.

Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press. 2003.

Faria JG, Schneider DR. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*. 2009; 21(3):324-33.

Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6):751-9.

Filizola CLA, Perón CJ, Nascimento MMA, Pavarini SCI, Petrilli Filho JF. Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006; 10(4):660-70.

Fornazier ML, Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolista em um programa de assistência ao alcoolismo. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55(4):280-7.

Furtado JP. A avaliação como dispositivo. Tese. Campinas: Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva da Faculdade de ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosine P. Patients' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur Psychiatry*. 2002; 17:139-47.

Giordano JRS, Pereira LM de F. Saúde mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000; p. 133-50.

Heckert U, Teixeira LS, Trindade AS. Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) da região central de Juiz de Fora, MG. *HU Revista*. 2006; 32(1):15-9.

Ishara S. Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007.

Ishara S, Bandeira M, Zuardi AW. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(1):38-41.

Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JM, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SR, Lima LAde, Legay LF. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cad Saúde Coletiva*. 2004; 12(1):27-39.

Kantorski LP, Machado AT, Oliveira CA. Centro de atenção psicossocial - reinventando o cuidado em saúde mental. *Texto e Context Enferm*. 2000; 9(1):233-43.

Kantorski LP et al. Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil. Universidade Federal de Pelotas [periódico na Internet]. 2006 [citado 2011 jan. 12]. Disponível em <http://ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>

Kantorski LP et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil (CD-ROM). *Cad Bras Saúde Mental* [periódico na Internet]. 2009 jan-abr [citado em 2011 jan 13]:1(1). Disponível em: http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf

Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva ENFda, Guedes AdaC, Cortes JM, Santos Fdos. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2059-66.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

Kohn R, Mello MF, Mello AAF. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: Mello MF; Mello AAF; Kohn R, organizadores. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007; p. 199-207.

Laranjeira R et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22(2):62-71.

Leal RMAC, Bandeira MB, Azevedo KRN. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. Psicologia: teoria e prática. 2012; 14(1):15-25.

Lopes GT, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno no estado do Rio de Janeiro – Brasil: atitudes e crenças. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(número especial):872-9.

Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D' Innocenzo M, coordenador. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006, p 21-35.

Marin-Léon L, Oliveira HB, Botega NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil:1998-2002. Psicologia em Estudos. 2007; 12(1):115-21.

Marini M. Preditores de adesão ao projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, Br-Rs, 2011.89 f.

Mayne J. Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. Canadian Journal of Program Evaluation. 2000; 16(1): 124.

Meloni JN; Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev Brasil Psiquiatr. 2004; 26(1):7-10.

Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV organizadoras. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005; p. 41-64.

Merces, NPdas Atitudes de estudantes de psicologia acerca do álcool, do alcoolismo e do alcoolista. 2013. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo. [Citado 2013 out, 06].

Mercier L, Landry M, Corbière M, Perreault M. Measuring clients perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KR, editors. Evidence-based Practice Manual: Research an outcome Measures in Health and Human Services. New York: Oxford University Press; 2004. p. 904-9.

Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):90-5.

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1):8-15.

Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para o programa de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000; 34(5):547-9.

Obid – Observatório Brasileiro de Informações sobre Droga. [Internet]. 2013. [citado em jun 2013]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

Oliveira GN. O projeto terapêutico singular. IN: Campos GWS; Guerrero AVP (Org.). Manual de práticas na atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 283-97.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22(5):1053-62.

Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl.1):16-22.

Passos SRL, Camacho LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. Rev Saúde Pública, 1998;32(1): 64-71.

Peixoto C, Pradol CHO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59:317-1.

Pelisoli CdaL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr.* 2005; 27(3):270-77.

Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN Perfil dos usuários dos serviços de saúde mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1):48-54.

Pillon SC, Dunn J, Laranjeira RR. Nurses Attitudes Towards Alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. *São Paulo Med J.* 1999; 116(2):1661-6.

Pinsky I, Silva EA, Marques AC, Formigoni ML. Abandono de tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo do motivo. *Revista ABP-APAL.* 1995; 17(4):150-4.

Pitta AM. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. *J Bras Psiquiatr.* 1996; 45(6):313-21.

Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicol Teoria e Pesqui.* 2009; 25(2):203-11.

Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. *Saude Soc.* 2005; 14(2):60-8.

Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviços de saúde mental. *Rev Saude Pública.* 2007; 41(2):244-50.

Rebouças D, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(3):624-32.

Reis, EJFB et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saúde Pública.* 1990; 6(1):50-61.

Renger R, Titcomb AA. Three-Step approach to teaching logic models. *American J Evaluation.* 2002; 23(4):493-503.

Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: a systematic approach. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.

Rowan MS. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. *Canadian J Program Evaluation*. 2000; 15(2):81-92.

Santos KBO. Estresse ocupacional e saúde mental: desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores da Bahia, Brasil. [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.

Santos AM, Cardoso DAJ, Vieira DPB, Araújo FC, Farias HS, Mota SP, Monteiro JCMS, ET al. Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um Hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA) *Rev Baiana saúde pública*. 2011;35(4):813-25.

Schmidt MB. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza. Tese. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev Lat-Am Psicopat Fund*. 2009; 12(1):130-40.

Schneider JF, Camatta MW, Nasi C, Kantorski LP, Wetzel C. Utilização da avaliação de quarta geração em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1):131-5.

Silva Filho JF, Cavalcanti MT, Cadilhe GM, Vilaça AT, Avancini E, Machado HO. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói – RJ. A satisfação dos usuários como critério avaliador. *J Bras Psiquiatr*. 1996; 45(7):393-402.

Silva MA, Bandeira M, Scalón JD, Quaglia MAC. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(2):64-71.

Silva, MA, Percepção de mudança em função do tratamento e satisfação dos pacientes psiquiátricos em serviços de saúde mental. [Dissertação]. São João Del Rey: Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei, 2011.

Silveira DX. Drogas: “Fizemos a guerra contra o inimigo errado”. *Revista Fórum*. [Internet]. 2013 [citado 2013 set 28]. Disponível em: <http://revistaforum.com.br/blog/2013/09/drogas-fizemos-a-guerra-contra-o-inimigo-errado/>

Sobrinho JD. Avaliação institucional, instrumento da qualidade educativa: a experiência da Unicamp. In: Balzan NC, Sobrinho JD, organizadores. *Avaliação institucional: teorias e experiências*. 2º ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 53-86.

Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. *Rev Adm Saúde*. 2010;12(47):87-99.

Tavares CMM, Sobral VRS. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev Min Enferm*. 2005;9(2):121-25.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico. 2005. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. [Citado 2013 jan, 07]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-25072005-090632/>

Vargas D, Labate RC. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):47-51.

Vargas D, Luis MAV. Construção e validação de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(5):101-8.

Vargas D. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):190-5.

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

Vargas D. Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. *Acta Paul Enferm* 2011b; 24(5):638-44.

Vargas D, Bittencourt MN. Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(1):84-9.

Vargas NIT, Zago MMF. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebida alcohólicas. *Rev Lat-Am Enferm*. 2008 13(n. esp):806-12.

Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):593-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400012>.

World Health Organization (WHO) - Global Status Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization; 2004.

World Health Organization (WHO). Brazil socioeconomic context. 2011 [Internet]. [Accessed 29 abr 2013]. Available in: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bra.pdf

Wykes T, Stevens W, Everitt B. Stress in community care teams: will it affect the sustainability of community care? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997; 32:398-407.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Pedido de autorização institucional

São Paulo,   de   de 2013.

Prezado(a) Sr(a):

Venho por meio desta, solicitar autorização para que eu Guilherme Correa Barbosa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, possa realizar a pesquisa intitulada: “**Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Botucatu**”, sob a Coordenação da Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Na oportunidade, esclareço que a pesquisa será realizada no CAPSad do município de Botucatu, com os coordenadores, membros das equipes técnicas, usuários e familiares. A pesquisa tem por finalidade avaliar a qualidade da atenção em saúde oferecida nos CAPSad.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar quantitativamente o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Botucatu; por meio da sua estrutura, processo de trabalho, organização da atenção em saúde mental e resultados atingidos.

Agradeço antecipadamente, e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

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

II.^{mo} Sr. XXXXX

Coordenador do Centro de Atenção

Psicossocial em Álcool e outras Drogas

**APÊNDICE 2 - Consentimento livre e informado para
participação na pesquisa do coordenador e técnicos do CAPS
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Nome do entrevistado _____

Pesquisadora: Guilherme Correa Barbosa – Doutorando (F: 14 – 8121-1097 e-mail guilhermebao@usp.br) no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada “**Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de Botucatu**”, autorizando a minha observação durante o seu trabalho no CAPS, a aplicação de questionários referentes às etapas de coleta de dados do estudo e a consulta aos prontuários. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar quantitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad do município de Botucatu.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos desse estudo, o livre acesso aos dados, bem como a opção de não participação em qualquer uma das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito

voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos; do acesso em qualquer momento às informações sobre riscos e benefícios relacionados à pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo sem que isto me traga qualquer prejuízo do meu atendimento; do sigilo e anonimato; e de que não sofrerei qualquer prejuízo, caso me negue a participar do estudo ou interrompa minha participação.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

Em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de São Paulo – CEP/EEUSP através do telefone (11) 3061-7548, ou do e mail: edipesq@usp.br, endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP.

APÊNDICE 3 - Carta-convite do responsável legal dos participantes da pesquisa

São Paulo,   de   de 2012.

Prezado(a) Sr(a):

O convidamos a participar, bem como autorizar a participação de seu familiar, usuário do CAPSad, de uma pesquisa que eu, Guilherme Correa Barbosa – doutorando, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizaremos intitulada: “**Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Botucatu**”, sob a Coordenação da Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

A pesquisa tem por finalidade avaliar a qualidade da atenção em saúde oferecida nos CAPSad, por meio da sua estrutura, processo de trabalho, organização da atenção em saúde mental e resultados atingidos.

Você e seu familiar, que é usuário do CAPSad, são livres para expressarem suas ideias e poderão fazer questionamentos acerca do estudo e sobre a participação de vocês nele. Se tiverem alguma dúvida procuraremos esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa.

A sua participação e de seu familiar, usuário do CAPS, é voluntária, sendo assim vocês não são obrigados (as) a participarem do estudo. Vocês têm o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, e em momento algum isto lhes trará prejuízos ou constrangimentos. Se vocês se negarem a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerão nenhum prejuízo.

A sua participação na pesquisa, bem como de seu familiar, usuário do CAPS, não oferece a vocês nenhum risco e o benefício que ela trará a você, seu familiar e trabalhadores do CAPSad está relacionado à melhoria do atendimento e tratamento no CAPS, uma vez que os resultados do estudo ajudarão a melhorar o trabalho que

é realizado no CAPS, no sentido de melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

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

Agradecemos antecipadamente, e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Guilherme Correa Barbosa
Doutorando

**Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de
Enfermagem de São Paulo – CEP/EEUSP - Av. Dr. Enéas de
Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP. Informações/
dúvidas: Fone: (11) 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br**

**APÊNDICE 4 – Consentimento livre e informado para
participação na pesquisa do participante ou do representante
legal do participante
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Nome do entrevistado _____

Pesquisador: Guilherme Correa Barbosa – Doutorando (F: 14 – 8121-1097 e-mail guilhermebao@usp.br) no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada “**Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de Botucatu**”, autorizando a minha observação durante a sua permanência no CAPS, a realização de uma entrevista por meio da aplicação de questionários referentes às etapas de coleta de dados do estudo e à consulta aos prontuários. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar o Centro de Atenção Psicossocial II ad do município de Botucatu.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos desse estudo, o livre acesso aos dados, bem como a opção de não participação em qualquer uma das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos

instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos; do acesso em qualquer momento às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo sem que isto me traga qualquer prejuízo do meu atendimento; do sigilo e anonimato; e de que não sofrerei qualquer prejuízo, caso me negue a participar do estudo ou interrompa minha participação.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

Em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de São Paulo – CEP/EEUSP através do telefone (11) 3061-7548, ou do e mail: edipesq@usp.br, endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

**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 2 – Instrumento para o coordenador do serviço.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO			
ESCOLA DE ENFERMAGEM			
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E PSIQUIÁTRICA			
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de São Paulo			
Questionário para o COORDENADOR do CAPS			
1. Número de identificação: _____			
2. Cidade: _____		2. Estado: _____	
3. Entrevistador: _____		3.1 Data da entrevista: ____/____/____	
4. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino			
4.a. Etnia: ( ) Branca ( ) Negra ( ) outro ( ) Mulata ( ) Parda			
4b.. Qual seu atual estado civil?			
( ) solteiro ( ) casado ou vive com companheiro			
( ) separado ( ) divorciado			
( ) viúvo ( ) outro, qual? _____			
5. Data de nascimento ____/____/____		Qual sua idade? ____ anos	
6. Qual o seu maior grau de escolaridade?			
( ) sem escolaridade			
( ) ensino fundamental completo		( ) curso técnico incompleto	
( ) ensino fundamental incompleto		( ) ensino superior completo	
( ) ensino médio completo		( ) ensino superior incompleto	
( ) ensino médio incompleto		( ) pós-graduação completa	
( ) curso técnico completo		( ) pós-graduação incompleta	
7. Quantos anos de estudo você concluiu (aprovado)? ____ anos			
8. Qual a sua profissão?			
( ) Médico		( ) Enfermeiro ( ) Psicólogo	
( ) Assistente Social		( ) Técnico/auxiliar de enfermagem	
( ) Terapeuta Ocupacional		( ) Educador físico	
( ) Outros: _____			
9. Qual foi o seu salário bruto no último mês, no CAPSad, incluindo horas extras (em reais):			
( ) 1 a 3 salários mínimos		( ) Entre 12 a 15 salários mínimos	
( ) Entre 4 a 7 salários mínimos		( ) Acima de 16 salários mínimos	
( ) Entre 8 a 11 salários mínimos			
10. Possui pós-graduação? (0) Não (1) Sim			
Especialização: Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim			
Fora da área (0) Não (1) Sim (997) NSA			
Se sim, qual? _____			
Residência: Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim			
Fora da área (0) Não (1) Sim (997) NSA			

Mestrado:	Se sim, qual? _____ Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim Fora da área (0) Não (1) Sim (997) NSA Se sim, qual? _____
Doutorado	Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim Fora da área (0) Não (1) Sim (997) NSA Se sim, qual? _____
11. Qual a sua carga horária neste CAPS? _____ horas/semanais	
12. Você trabalha em outro local? (0) Não (1) Sim Se Não passe para a questão 14 Se Sim, qual a carga horária (h/semana)? _____ Local de trabalho _____	
13. Do total de vínculos empregatícios, incluindo o CAPSad, qual foi a sua renda mensal bruta no último mês, incluindo horas extras (em reais): ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) Entre 12 a 15 salários mínimos ( ) Entre 4 a 7 salários mínimos ( ) Acima de 16 salários mínimos ( ) Entre 8 a 11 salários mínimos	
14. Em relação ao CAPS, qual o tipo de vínculo que você tem? ( ) CLT ( ) Contrato emergencial/temporário ( ) Estatutário ( ) Outro. Qual? _____	
15. Como você ingressou no serviço? ( ) Concurso público ( ) Contrato por Organização Social ( ) Indicação ( ) Outro, qual? _____	
QUESTÕES REFERENTES AO CAPS	
C1. Nome do Serviço: _____	
C2. Natureza Jurídica: ( ) Pública ( ) Filantrópica ( ) Privada	
C3. Qual é o modelo de administração? ( ) Direta ( ) Autarquia ( ) Fundação ( ) OSS/OSCIP ( ) Parceria ( ) Outro _____	
C4. Data de início de funcionamento do serviço: _/_/_/____	
C5. Horário de funcionamento: ( ) Das 8h às 12h e das 14h às 18h ( ) Das 12h às 18h ( ) Das 8h às 12h ( ) Das 8h às 21h ( ) Das 8h às 18h ( ) Outro, qual? _____	
C6. Cadastrado como CAPS tipo: ( ) CAPS II ad ( ) CAPS III ad ( ) CAPS II ad estendido	
C7. Funcionando como CAPS: (1) CAPS II ad (3) CAPS III ad (2) CAPS II ad estendido	
C8. Qual o seu vínculo como coordenador? Se Sim: passe para a questão C9 ( ) Coordenador formal ( ) Coordenador temporário ( ) Outro: _____	

C9. Tempo de coordenação (meses): __ anos __ meses
C10. Como é escolhido o coordenador? ☐ Indicação do Secretário Municipal de Saúde ☐ Eleição ☐ Outro. Qual? _____
C11. Há quanto tempo você trabalha no CAPS(anos)? _____
C12. Você recebe uma gratificação por exercer o cargo de coordenador do serviço? ☐ Não ☐ Sim, qual valor? __ . __ __ , __
C13. Qual o seu turno de trabalho neste serviço? ☐ dia ☐ revezamento semanal ☐ Outro: ☐ noite ☐ parte dia e parte noite
C14. Quais são as suas tarefas no serviço como coordenador? _____ _____ _____ _____ _____
E1. Área física total (m ²) construída: __ __ . __ __
E2. Nº de leitos para desintoxicação: __ __
E3. Nº de leitos para acolhimento máximo: __ __
E4. Nº de salas: a) Sala para desintoxicação __ __ b) Sala para acolhimento máximo __ __ c) Sala para atendimento individual: __ __ d) Sala para atividades coletivas: __ __ e) Sala para oficinas __ __ f) Sala de enfermagem/ procedimentos: __ __ g) O número de salas está adequado para a demanda de atendimentos? (0) Não (1) Sim As oficinas são estruturadas e equipadas (0) Não (1) Sim Banheiro: __ __ Cozinha: __ __ Refeitório __ __ Depósito de material __ __ Outras salas _____ _____
E5. Possui adequação para deficiente? ☐ Não ☐ Sim
E6. Existe acesso por rampas? ☐ Não ☐ Sim
E7. O serviço possui: Pátio ☐ Não ☐ Sim   Outros espaços externos ☐ Não ☐ Sim Horta ☐ Não ☐ Sim   Se outros, qual(is)? _____ Jardim ☐ Não ☐ Sim
E8. O CAPS utiliza outros espaços na comunidade? (0) Não (1) Sim

Se sim, utiliza:			
Ginásio/quadra poliesportiva	(0) Não	(1) Sim	(997) NSA
Academia	(0) Não	(1) Sim	(997) NSA
Salão de festas	(0) Não	(1) Sim	(997) NSA
Atelier de arte	(0) Não	(1) Sim	(997) NSA
Outros. Quais? _____			
9. Existe atendimento Ambulatorial? ( ) Não ( ) Sim			
Se sim, quantos foram realizados no último mês? ____ _			
10. Os recursos humanos do serviço incluem:			
Médico generalista:	Quantos (_____)		
Psiquiatra:	Quantos (_____)		
Psicólogo:	Quantos (_____)		
Enfermeiro generalista:	Quantos (_____)		
Enfermeiro com formação em Saúde Mental:	Quantos (_____)		
Assistente Social:	Quantos (_____)		
Pedagogo:	Quantos (_____)		
Terapeuta Ocupacional:	Quantos (_____)		
Educador Físico	Quantos (_____)		
Farmacêutico	Quantos (_____)		
Técnico/ Auxiliar de Enfermagem:	Quantos (_____)		
Técnico Administrativo:	Quantos (_____)		
Artesão:	Quantos (_____)		
Artista Plástico/Arte Educador:	Quantos (_____)		
Func. Limpeza:	Quantos (_____)		
Cozinheira/copeira:	Quantos (_____)		
Jardineiro:	Quantos (_____)		
Segurança/Guarda/Vigilante:	Quantos (_____)		
Outro Profissional Se sim, quais? _____			
_____ Quantos (_____)			
C11. O CAPS possui farmácia? (0) Não (1) Sim			
C12. O CAPS dispensa medicamentos? (0) Não (1) Sim			
C13. De onde procede a medicação: _____			
_____			
C14. O CAPS possui medicação para urgência/ emergência. ( ) Não ( ) Sim			
C15. Supervisão realizada pela secretaria municipal de saúde			
C16. Supervisão realizada pela coordenação municipal de saúde mental			

C17. Você se sente apoiado pela secretaria municipal de saúde   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   0 = ausência 10 = existência
C18. Você se sente apoiado pela coordenação municipal de saúde mental   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   0 = ausência 10 = existência
C19. Você se sente apoiado pela equipe   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   0 = ausência 10 = existência
C20. Pela comunidade em que atua   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   0 = ausência 10 = existência
P1. Existe articulação com recursos do território? (0) Não (1) Sim   Se sim, quais? _____
P2. Existe articulação com rede básica? (0) Não (1) Sim
P3. Existe outras instâncias de articulação (0) Não (1) Sim   Se sim, quais? _____
P4. Esse serviço esta inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?   (0) Não (1) Sim
P5. Possui avaliação do usuário?   Clínica ( ) Não ( ) Sim Social ( ) Não ( ) Sim   Psicológica ( ) Não ( ) Sim Outras _____
P6. Oferecem atendimento individualizado no serviço? ( ) Não ( ) Sim
P7. Oferecem atendimento individualizado no domicílio? ( ) Não ( ) Sim
P8. Possui atendimento de orientação à família? ( ) Não ( ) Sim   Se Não, passe para a questão 9 Se sim, orientação sobre: ( ) Transtorno ( ) Não ( ) Sim   ( ) Medicação ( ) Não ( ) Sim   ( ) Sintomas ( ) Não ( ) Sim   ( ) Outros, quais? _____
P9. Existe grupo de familiares no serviço? ( ) Não ( ) Sim Se “Não”, passe para a questão 11
P10. Se sim, qual a abordagem desses grupos de família?   Manejo ( ) Não ( ) Sim   Apoio psicológico estimulando interação da família e usuário ( ) Não ( ) Sim   Espaço aberto para sugestões sobre o serviço ( ) Não ( ) Sim   Patologia ( ) Não ( ) Sim   Tratamento ( ) Não ( ) Sim

Outros	( ) Não	( ) Sim
Quais? _____		
P11. A secretaria de Saúde / CAPS fornece as medicações prescritas? (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 12 Se sim, quais?		
Estimulantes:	Dextro-anfetamina	(0) Não (1) Sim
Antipsicóticos:	Clorpromazina (amplictil)	(0) Não (1) Sim
	Flufenazina (prolixin)	(0) Não (1) Sim
	Haloperidol (haldol)	(0) Não (1) Sim
	Clozapina (clozaril)	(0) Não (1) Sim
	Risperidona (risperdal)	(0) Não (1) Sim
	Olanzapina (ziprexa)	(0) Não (1) Sim
	Ziprazidona (abilify)	(0) Não (1) Sim
	Levopromazepina (Neozine)	(0) Não (1) Sim
Antiparkinsonianos ou medicamentos extrapiramidais:		
	Biperideno (akineton)	(0) Não (1) Sim
	Propranolol	(0) Não (1) Sim
	Prometazina (fenegan)	(0) Não (1) Sim
Antidepressivos	Amitriptilina (tryptanol)	(0) Não (1) Sim
	Imipramina (tofranil)	(0) Não (1) Sim
	Nortriptilina (pamelor)	(0) Não (1) Sim
	Fluoxetina (prozac)	(0) Não (1) Sim
	Paroxetina (aropax)	(0) Não (1) Sim
	Sertralina (zoloft)	(0) Não (1) Sim
	Donaren	(0) Não (1) Sim
	Citalopram	(0) Não (1) Sim
	Venlafaxina	(0) Não (1) Sim
Reguladores de humor:		
	Carbonato de lítio (carbolitium)	(0) Não (1) Sim
	Ácido valproico	(0) Não (1) Sim
	Lamotrigina	(0) Não (1) Sim
	Topiramato	(0) Não (1) Sim
Anticonvulsivantes:	Carbamazepina (tegretol)	(0) Não (1) Sim
	Fenobarbital (gardenal)	(0) Não (1) Sim
	Fenitoína (hidantal)	(0) Não (1) Sim

Ansiolíticos:	Diazepam (valium)	(0) Não	(1) Sim
	Bromazepam	(0) Não	(1) Sim
	Clonazepam	(0) Não	(1) Sim
	Alprazolam	(0) Não	(1) Sim
Hipnóticos	Barbitúricos	(0) Não	(1) Sim
	Dissulfiram	(0) Não	(1) Sim
doenças físicas crônicas	Anti hipertensivos Insulina Diuréticos Anti inflamatórios Hipoglicemiantes Estatinas (sinvastatina, outros para dislipidemia) Complementos vitamínicos (ácido fólico, tiamina, complexo B)		
doenças físicas	Corticóides Analgésicos Antibióticos Outros		
Terapia agonista	Dissulfiram Tartarato de vareniclina(Champix) Outros		
Outros: _____			
P12. Possui atendimento psicoterápico? (0) Não (1) Sim			
P13. Qual o tipo de atendimento psicoterápico? ( ) Individual ( ) Grupal ( ) Os dois tipos			
P14. Quais os critérios adotados para a indicação do usuário para a psicoterapia individual?			
_____			
P15. Possui atendimento de educação em saúde? (0) Não (1) Sim			
P16. Alguma pessoa está trabalhando com Atividade Física para os pacientes neste CAPS ( ) Não ( ) Sim			
P17. Se sim, qual o vínculo desta pessoa com o serviço?			
( ) Contratado ( ) Estagiário ( ) Bolsista			
( ) Prestação de serviço ( ) Contrato Informa ( ) Outro Qual _____			
P18. Esta pessoa é formada em Educação Física?			
( ) Não ( ) Sim ( ) NSA Se Sim, passe para a questão 20			
P19. Se Não : Qual a formação desta pessoa. _____			

P20. Quais atividades relacionadas à Atividade Física são oferecidas? (cite todas as que forem oferecidas)_____
P21. Em média, quantas vezes por semana as atividades físicas são oferecidas? (1) Uma vez por semana   (2) Duas vezes por semana (3) Três vezes por semana   (4) Quatro vezes por semana (5) Cinco vezes por semana   (997) NSA
P22. Na última semana , quantos pacientes foram atendidos por este CAPS _____ pacientes Dos pacientes que foram atendidos na última semana , quantos participaram das atividades físicas oferecidas? ____ pacientes
P23. Realiza assembleias?   (0) Não   (1) Sim Se Não, passe para a questão 27
P24. Há registro formal das assembleias?   (0) Não   (1) Sim
P25. Se o CAPS realizar assembleias, qual a periodicidade?   (1) Semanal ( ) Quinzenal   ( ) Mensal   ( ) Bimestral   ( ) Outra. Qual?_____
P26. Quem participa das assembleias? (1) Usuário   (0) Não   (1) Sim (2) Familiares   (0) Não   (1) Sim (3) Equipe   (0) Não   (1) Sim (4) Comunidade   (0) Não   (1) Sim (999) Outros   (0) Não   (1) Sim   Quais?_____
P27. O serviço realiza projetos de geração de renda?   ( ) Não   ( ) Sim Se Não, porque? _____
P28. Qual é a regulamentação dessa atividade ( ) Cooperativas ( ) ONGS ( ) Outro_____
P29. Possui abordagem interdisciplinar?   (0) Não   (1) Sim
P30. O serviço possui algum mecanismo para evitar internações em situações de crise ( ) Não   ( ) Sim Se SIM, quais mecanismos? Cite pelo menos 3 _____
Se NÃO, para onde encaminha?   ( ) Pronto Socorro ( ) Emergência Psiquiátrica   ( ) Internação em Hospital Geral ( ) Internação em Hospital Psiquiátrico ( ) Outro_____
P31. Como são indicadas as internações. ( ) Em reunião de equipe   (2) Pelo médico ( ) Outros, quais? _____
P32. Excluindo as situações de emergências clínicas e psiquiátricas, quais são os critério para internação em AOD neste caps? ( ) A voluntariedade do usuário ( ) O esgotamento todas as possibilidades de tratamento no CAPS (3) Outro, quais?_____
P33. Para onde são encaminhadas as internações em AOD? Enfermaria especializada em AOD em hospital geral ( ) Não ( ) Sim

Comunidade terapêutica	( ) Não	( ) Sim
Hospital Psiquiátrico	( ) Não	( ) Sim
Outros, quais? _____		
P34. Cite as 3 principais dificuldades em relação ao fluxo de internação neste CAPS? _____ _____ _____		
P35. Quanto tempo se espera pela vaga fornecida pela central de vagas? ( ) Até 3 dias ( ) Até 1 semana ( ) Até 2 semanas ( ) Mais que 2 semanas ( ) outros, _____		
36. Há outra via de acesso, não citada, para a obtenção de vaga de internação ( ) Não ( ) Sim Se SIM, quais _____		
37. Quem participa das reuniões de equipe? Médico: (0) Não (1) Sim Psiquiatra: (0) Não (1) Sim Psicólogo: (0) Não (1) Sim Enfermeiro: (0) Não (1) Sim Assistente Social: (0) Não (1) Sim Terapeuta ocupacional: (0) Não (1) Sim Técnico ou Auxiliar de Enfermagem: (0) Não (1) Sim Técnico Administrativo: (0) Não (1) Sim Artista Plástico: (0) Não (1) Sim Se existir outro profissional, liste-os _____ _____		
P38. Qual a periodicidade das reuniões de equipe? (1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimestral (5) Conforme a necessidade (6) Não realiza		
P39. Qual a duração dessas reuniões? _____ (tempo médio em minutos)		
P40. Abordam questões administrativas? (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 42		
P41. Se sim com que frequência? (1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimestral (999) Outro (especificar): _____		
P42. Abordam questões técnicas (discussões de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) discussões de casos, discussões sobre medicações)? (0) Não (1) Sim (997) NSA Se Não, passe para a questão 44		
P43. Com qual frequência? (1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimestral (999) Outro _____ (997) NSA		

P44. Possui sistema de referência para outros serviços?	
Atendimento especializado	( ) Não ( ) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Emergência Psiquiátrica	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Hospital Geral (internação psiquiátrica)	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Hospital Psiquiátrico	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Unidade Básica de Saúde	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
P45. Possui sistema de contra referência?	
Atendimento especializado	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Emergência Psiquiátrica	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Hospital Geral	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Hospital Psiquiátrico	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
Unidade Básica de Saúde	(0) Não (1) Sim
Se sim:	(2) Formal (3) Informal
P46. Na sua opinião, o fluxo de referência e contra referência é organizado (0) Não (1) Sim	
P47. O serviço referencia internação psiquiátrica. ( ) Não ( ) Sim Se Não, passe para a questão 49	
P48. Se sim, onde os pacientes são internados?	
Hospital geral	(0) Não (1) Sim
Se Sim:	qual o local/ cidade? _____
Hospital psiquiátrico	(0) Não (1) Sim
Se Sim:	qual o local/ cidade? _____
P49. Conta com associação de usuários? (0) Não (1) Sim	
P50. Possui projeto terapêutico institucional? (0) Não (1) Sim	
P51. Os usuários possuem plano terapêutico singular? (0) Não (1) Sim	
P52. O serviço conta com Conselho Gestor Local? ( ) Não ( ) Sim Se Não, passe para a questão 54	
P53. Se Sim, qual a periodicidade das reuniões?	
(1) Quinzenal (2) Mensal (3) Anual (999) Outros _____	
P54. O usuário possui algum técnico de referência? ( ) Não ( ) Sim Se Não, passe para a questão 55	
Se sim, qual categoria profissional entra como técnico de referência?	
Médico:	(0) Não (1) Sim
Psicólogo:	(0) Não (1) Sim
Enfermeiro:	(0) Não (1) Sim
Assistente Social:	(0) Não (1) Sim

Terapeuta ocupacional:	(0) Não	(1) Sim
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem:	(0) Não	(1) Sim
Outro Profissional:	( ) Não	( ) Sim Se sim, qual? _____

P55. Existem programas de estágios / extensão? ( ) Não ( ) Sim Se Não, passe para questão 56   Se sim, qual o caráter dos estágios?   (1) Voluntário (0) Não (1) Sim   (2) Curricular (0) Não (1) Sim   (3) Curso técnico (0) Não (1) Sim   ( ) Outro Qual? _____   Quais áreas realizou estágios?   Medicina ( ) Não ( ) Sim   Enfermagem ( ) Não ( ) Sim   Psicologia ( ) Não ( ) Sim   Serviço Social ( ) Não ( ) Sim   Terapia Ocupacional ( ) Não ( ) Sim   Artes ( ) Não ( ) Sim   ( ) Outra. Qual? _____

O CAPS contempla: P56. Acolhimento diurno? (0) Não (1) Sim   P57. Acolhimento noturno? (0) Não (1) Sim   P58. Acesso livre dos usuários? (0) Não (1) Sim   P59. Acesso com hora marcada dos usuários? (0) Não (1) Sim

P60. Que profissional realiza o acolhimento?   Técnico de Enfermagem (0) Não (1) Sim   Enfermeiro (0) Não (1) Sim   Técnico Administrativo (0) Não (1) Sim   Psicólogo (0) Não (1) Sim   Médico Psiquiatra (0) Não (1) Sim   Assistente Social (0) Não (1) Sim   Artista Plástico (0) Não (1) Sim   Outro Profissional (0) Não (1) Sim, qual? _____

P61. É realizada triagem no serviço? (0) Não (1) Sim

P62. O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo?   ( ) Não ( ) Sim

P63. O serviço atende pessoas com risco de suicídio? ( ) Não ( ) Sim

P64. O serviço tem estrutura para atender pessoas em risco de suicídio ( ) Não ( ) Sim

P65. O serviço realiza acolhimento por tentativa de suicídio? ( ) Não ( ) Sim

P66. O serviço solicita exames laboratoriais? ( ) Não ( ) Sim

P67. Possui oficinas terapêuticas? ( ) Não ( ) Sim Se Não pule para a questão 68   Se sim, quais oficinas terapêuticas o serviço oferece?   Artes ( ) Não ( ) Sim

Música   ( ) Não   ( ) Sim Dança   ( ) Não   ( ) Sim Geração de renda   ( ) Não   ( ) Sim Higiene e cuidados pessoais   ( ) Não   ( ) Sim Outra   ( ) Não   (1) Sim, especificar _____
P68. Possui atividades grupais   ( ) Não   ( ) Sim Se Não pule para a questão 69 Se sim as atividades grupais tem caráter: Operativo   ( ) Não   ( ) Sim Psicoterapia   ( ) Não   ( ) Sim Psico-educação   ( ) Não   ( ) Sim Prevenção de recaída   ( ) Não   ( ) Sim Outro   ( ) Não   ( ) Sim, especificar _____
P69. Realiza visitas domiciliares?   ( ) Não   ( ) Sim Se Não pule para questão 73 Se sim, qual o objetivo da visita? Busca   (0) Não   ( ) Sim Acompanhamento da situação   (0) Não   (1) Sim Acompanhamento de situações agudas   (0) Não   (1) Sim Outro, qual (is) _____
P70. Qual profissional realiza visitas domiciliares? Médico   ( ) Não   ( ) Sim Psicólogo   ( ) Não   ( ) Sim Enfermeiro   ( ) Não   ( ) Sim Assistente Social   ( ) Não   ( ) Sim Terapeuta Ocupacional   ( ) Não   ( ) Sim Técnico ou Auxiliar de Enfermagem   ( ) Não   ( ) Sim Outro profissional, qual(is)? _____
P71. Com que frequência são realizadas? ( ) Semanal   ( ) Quinzenal   ( ) Mensal   ( ) Bimestral ( ) Conforme a necessidade   ( ) Outro. Qual? _____
P72. O serviço possui transporte para a realização das visitas domiciliares.   ( ) Não   ( ) Sim Se sim: com que frequência o transporte está disponível para uso do serviço? ( ) Todos os dias   ( ) Duas vezes por semana   ( ) Três vezes por semana ( ) Outro   Qual? _____
P73. Quais os dispositivos que o serviço dispõe para garantia dos direitos de cidadania do usuário? Promotoria Pública   ( ) Não   ( ) Sim Ouvidoria   ( ) Não   ( ) Sim Suporte Jurídico   ( ) Não   ( ) Sim Orientação e encaminhamento de benefícios   ( ) Não   ( ) Sim Outros (Conselho Municipal de Saúde, controle social, Conselho gestor)   ( ) Não   ( ) Sim Quais? _____

P74. A equipe recebe: <u>Supervisão Técnica</u>   ☐ Não   ☐ Mensalmente   ☐ Raramente ☐ Outro Qual? _____   <u>Supervisão Administrativa</u>   ☐ Não   ☐ Mensalmente   ☐ Raramente ☐ Outro Qual? _____   <u>Consultoria</u>   ☐ Não   ☐ Mensalmente   ☐ Raramente ☐ Outro Qual? _____   <u>Orientação Técnica</u>   ☐ Não   ☒ Mensalmente   ☐ Raramente ☐ Outro Qual? _____   <u>Orientação Administrativa</u>   ☐ Não   ☐ Mensalmente   ☐ Raramente ☐ Outro Qual? _____
P75. O serviço conta com algum mecanismo de avaliação sistemática. ☐ Não   ☐ Sim Se sim, quais mecanismos são utilizados. _____ _____
P76. Há vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos ou Casa de Acolhimento Transitória? ☐ Não   ☐ Sim
P77. Há critérios de acesso ao CAPS como encaminhamento, faixa etária, diagnóstico, território, gravidade? ☐ Não   ☐ Sim   Se não pule para a questão 78 Se sim, quais são os critérios de acesso ao CAPS. _____ _____ _____
P78. Os usuários recebem alta do serviço? ☐ Não   ☐ Sim   Se Não, passe para a questão 79 Se sim, quais os critérios para alta? Abandono ou Alta solicitada   ☐ Não   ☐ Sim Melhora   ☐ Não   ☐ Sim Transferência para outro serviço   ☐ Não   ☐ Sim Não aderência do usuário/família ao tratamento Proposto   ☐ Não   ☐ Sim Outros, quais _____ _____
P79. O serviço disponibiliza refeições? ☐ Não   ☐ Sim   Se Não, passe para questão 80 Café da Manhã   ☐ Não   ☐ Sim Lanche da Manhã   ☐ Não   ☐ Sim Almoço   ☐ Não   ☐ Sim Lanche da Tarde   ☐ Não   ☐ Sim Jantar   ☐ Não   ☐ Sim Lanche Noturno   ☐ Não   ☐ Sim Tem cardápio especial para: Diabético   ☐ Não   ☒ Sim Hipertenso   ☐ Não   ☒ Sim Outro   ☐ Não   ☒ Sim   Qual? _____
P80. Registra-se em prontuário único?   ☐ Não   ☐ Sim

P81. Os prontuários possuem registros de todos os profissionais da equipe? ( ) Não ( ) Sim			
P82. Registra-se:			
Ata das reuniões de equipe	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
Intercorrências	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
Prescrição de Medicamento	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
Grupo	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
Oficinas	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
Visita Domiciliar	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
Orientação à família	( ) Não	( ) Sim	( ) IGN
P83. Qual o número atual de:			
Pacientes inscritos: _____			
Pacientes atendidos nos últimos três meses : _____			
Atendimento em cuidados intensivos: _____			
Atendimento em cuidados semi-intensivos: _____			
Atendimento em cuidados não intensivos: _____			
P84. Quantos usuários foram atendidos no último mês :			
Entre 15 e 18 anos: _____			
Acima de 18 anos: _____			
Acima de 60 anos: _____			
P85. O financiamento dos CAPS está regulamentado pela portaria ministerial 189/2002 como atendimento à pacientes de alta complexidade, como uma estratégia do Ministério da Saúde na consolidação da implantação do CAPS nos municípios por meio de um maior aporte de recursos para esses serviços.			
Em relação aos recursos financeiros captados pelo serviço que você coordena:			
Os recursos são utilizados mediante um planejamento que leva em consideração as demandas e necessidades do CAPS ( ) Não ( ) Sim			
Os recursos são utilizados para o CAPS? ( ) Não ( ) Sim			
O Senhor(a) desconhece o destino desses recursos? ( ) Não ( ) Sim			
P86. Quantos procedimentos de Acolhimento Diurno foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.019-4). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.			
_____			
P87. Quantos procedimentos de Atendimento individual foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.020-8). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.			
_____			
P88. Quantos procedimentos de Atendimento familiar foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.022-4). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.			
_____			
P89. Quantos procedimentos de Acolhimento inicial foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.023-2). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.			
_____			
P90. Quantos procedimentos de Atendimento domiciliar foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.024-0). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março,			

logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P91. Quantos procedimentos de Ações de articulação foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.025-9). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P92. Quantos procedimentos de fortalecimento do protagonismo foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.026-7). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P93. Quantos procedimentos de atenção a situações de crise foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.029-1). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P94. Quantos procedimentos de matriciamento de equipe de saúde básica foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.030-5). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P95. Quantos procedimentos de matriciamento de equipe de urgência foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.039-9). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P96. Quantos procedimentos de ações de redução de danos foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.031-3). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P97. Quantos procedimentos de acompanhamento de serviço residencial terapêutico foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.032-1). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P98. Quantos procedimentos de apoio à serviço residencial transitório foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.033-0). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P99. Quantos procedimentos de ações de reabilitação psicossocial foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.034-8). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P100. Quantos procedimentos de promoção da contratualidade foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.035-6). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P101. Quantos procedimentos de acolhimento noturno foram registrados na RAAS no último mês cheio? (procedimento 03.01.08.002-0). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

P102. Quantos procedimentos de acolhimento em terceiro turno foram registrados na RAAS no último mês cheio?

(procedimento 03.01.08.003-8). Ex: Se a entrevista foi feita dia 24 de abril, o último mês cheio foi o mês de março, logo, considerar de 1 a 31 de março. Somente números. Se não possui o procedimento, colocar 0.

Por favor, responda, para cada uma das frases:

- (1) para discordo totalmente,
- (2) para discordo em parte,
- (3) para estou em dúvida,
- (4) para concordo em parte,
- (5) para concordo totalmente

Fator 1

A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista	1	2	3	4	5
E preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista	1	2	3	4	5
Não se deve confiar em alcoolistas	1	2	3	4	5
O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema.	1	2	3	4	5
Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado.	1	2	3	4	5
O alcoolista é uma pessoa de difícil contato.	1	2	3	4	5
Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente.	1	2	3	4	5
Eu tenho medo da agressividade do alcoolista.	1	2	3	4	5
Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas.	1	2	3	4	5
Quando o paciente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar.	1	2	3	4	5
Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação.	1	2	3	4	5
Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo.	1	2	3	4	5
Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a equipe de saúde.	1	2	3	4	5
Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira.	1	2	3	4	5
Mesmo consciente o alcoolista desrespeita a equipe.	1	2	3	4	5
Sinto raiva ao trabalhar com alcoolistas.	1	2	3	4	5
O paciente alcoolista não aceita o que eu falo.	1	2	3	4	5
Alcoolistas são pacientes difíceis porque não colaboram com o tratamento.	1	2	3	4	5
Eu prefiro trabalhar com pacientes alcoolistas a trabalhar com outros pacientes.	1	2	3	4	5

Fator 2

Alcoolistas são revoltados.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um doente.	1	2	3	4	5
Alcoolistas não têm bom senso.	1	2	3	4	5
O alcoolista é agressivo e mal educado.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um irresponsável.	1	2	3	4	5
Os alcoolistas são pacientes violentos.	1	2	3	4	5
Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	1	2	3	4	5
O alcoolista não quer se cuidar.	1	2	3	4	5
Penso que o alcoolista é culpado por seus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
O alcoolista não leva o tratamento a sério.	1	2	3	4	5

Fator 3

Percebo que o alcoolista tem baixa auto-estima.	1	2	3	4	5
Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um individuo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.	1	2	3	4	5
O álcool é usado como fuga.	1	2	3	4	5
Penso que todo o alcoolista tem algo mal resolvido.	1	2	3	4	5
A falta de autocontrole leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
Penso que a depressão leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
O alcoolismo está relacionado ao nível de instrução do individuo.	1	2	3	4	5
O alcoolista bebe para fugir da realidade.	1	2	3	4	5
O que falta no alcoolista é força de vontade.	1	2	3	4	5
As questões sociais levam o individuo a beber.	1	2	3	4	5

Fator4

Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.	1	2	3	4	5
A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar.	1	2	3	4	5
O uso de bebida alcoólica é um comportamento normal.	1	2	3	4	5
Beber com moderação não é prejudicial.	1	2	3	4	5
Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento.	1	2	3	4	5
O álcool em quantidades reduzidas é benéfico.	1	2	3	4	5
Eu sou a favor do beber moderado.	1	2	3	4	5
Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência.	1	2	3	4	5
As pessoas podem beber desde que saibam se controlar.	1	2	3	4	5

ANEXO 3 – Instrumento para os trabalhadores do serviço.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E PSIQUIÁTRICA	
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de São Paulo	
Questionário para o Trabalhador do CAPSad	
1. Número de identificação: _____	2. Data da entrevista: __/__/____
3. Hora: _____ hs; 4. Cidade: _____	5. Estado: _____
6. Tipo de serviço: (1) CAPS II ad (2) CAPS II ad estendido (3) CAPS III ad	
7. Sexo: (1) masculino (2) feminino	
8. Etnia: (1) branca (2) mulato (3) negra (4) pardo (5) outra, qual? _____	
9. Data de nascimento: __/__/____ Idade: ____ anos	
10. Estado civil: (1) solteiro (2) casado/com companheiro (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (999) outro, qual? _____	
11. Qual o seu maior grau de escolaridade? (1) sem escolaridade (2) ensino fundamental completo (7) curso técnico incompleto (3) ensino fundamental incompleto (8) ensino superior completo (4) ensino médio completo (9) ensino superior incompleto (5) ensino médio incompleto (10) pós-graduação completa (6) curso técnico completo (11) pós-graduação incompleta	
12. Possui pós-graduação? (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 13 Especialização: Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual? _____ Residência: Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual? _____ Mestrado: Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual? _____ Doutorado Na área de Saúde Mental (0) Não (1) Sim Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual? _____	
13. Há quanto tempo trabalha em CAPSad? (1) 1 ano (2) Entre 2 e 4 anos (3) Entre 5 e 7 anos (4) Entre 8 e 10 anos (5) Mais que 10 anos	

14. Há quanto tempo você trabalha neste CAPSad?		
(1) 1 ano	(2) Entre 2 e 4 anos	
(3) Entre 5 e 7 anos	(4) Entre 8 e 10 anos	(5) Mais que 10 anos
15. Qual a sua profissão?		
(1) Médico	(2) Enfermeiro	
(3) Psicólogo	(4) Assistente Social	
(5) Técnico/auxiliar de enfermagem	(6) Educador físico	
(7) Terapeuta Ocupacional	(8) Farmacêutico	( ) Outros: _____
16. Qual foi o seu salário bruto no último mês, no CAPSad, incluindo horas extras (em reais):		
(1) 1 a 3 salários mínimos	(2) 4 a 7 salários mínimos	
(3) 8 a 11 salários mínimos	(4) 12 a 15 salários mínimos	
(5) Acima de 16 salários mínimos		
17. Qual a sua carga horária no CAPSad? _____ horas/ semanais		
18. Em relação ao CAPSad, qual o tipo de vínculo que você tem?		
(1) CLT	(2) Contrato emergencial/ temporário	
(3) Estatutário	(999) outros, quais? _____	
19. Você tem outro vínculo empregatício? (0) Não (1) Sim		
20. Do total de vínculos empregatícios, incluindo o CAPSad, qual foi a sua renda mensal bruta no último mês, incluindo horas extras (em reais):		
(1) 1 a 3 salários mínimos	(2) 4 a 7 salários mínimos	
(3) 8 a 11 salários mínimos	(4) 12 a 15 salários mínimos	
(5) Acima de 16 salários mínimos		
21. Você realiza cursos de atualização? (0) Não (1) Sim		
Se Não, passe para a questão 24		
Se SIM, com que frequência? (1) Mensalmente (2) Semestralmente (3) Anualmente		
(4) Eventualmente (5) Raramente (999) Outro: _____		
22. Quando foi o último curso de atualização que você participou?		
(1) Neste mês	(3) Há 6 meses a 1 ano	
(2) Há 2 a 6 meses	(4) mais de 1 ano	(5) nunca participou
23. Quando foi o penúltimo curso de atualização que você participou?		
(1) Neste mês	(3) Há 6 meses a 1 ano	
(2) Há 2 a 6 meses	(4) mais de 1 ano	(5) nunca participou
24. Qual o seu turno de trabalho neste serviço?		
(1) dia	(2) noite	(3) revezamento semanal
(4) parte de dia e parte de noite (999) outro: _____		

(0) Não   (1) Sim

(1) fadiga (0) Não (1) Sim

(2) choque de horário   (0) Não   (1) Sim

(3) organização de vida   (0) Não   (1) Sim

(4) estresse (0) Não (1) Sim

(5) Sinais e sintomas físicos (0) Não (1) Sim

(999) outros (0) Não (1) Sim

Outros, se sim, quais?

E1. Você considera que o CAPSad é adequado em relação:

a) Ventilação (0) Não (1) Sim

Justifiez

b) Iluminação (0) Não (1) Sim

Justifiez

c) Higiene (0) Não (1) Sim

Justifiez

d) Área física (0) Não (1) Sim

Justifiez

E2. Você considera que os equipamentos de proteção coletiva estão instalados e funcionando em seu local de trabalho:

(1) exaustores para ventilação (0) Não (1) Sim

(2) saída de emergência (0) Não (1) Sim

(3) mangueira p/ incêndio (0) Não (1) Sim

(4) proteção nas máquinas (0) Não (1) Sim

(5) extintor de incêndio (0) Não (1) Sim

(6) ar condicionado (0) Não (1) Sim

(7) ventilador (0) Não (1) Sim

(999) outros _____

Considerando o seu último mês de trabalho, responda as questões de número 3 até 8:

E3. Você realizou visitas domiciliares (0) Não (1) Sim

Quantas visitas domiciliares você realizou: _ _ _ Se Não, porque? _____		
E4. Você realizou atendimentos individuais (0) Não (1) Sim Quantos atendimentos individuais você realizou: _ _ _ Consulta ( ) NÃO ( ) SIM Psicoterapia ( ) NÃO ( ) SIM Orientação ( ) NÃO ( ) SIM Procedimentos técnicos ( ) NÃO ( ) SIM Acompanhamento do uso de medicação ( ) NÃO ( ) SIM Intervenção em crise ( ) NÃO ( ) SIM Orientação de atividades da vida diária ( ) NÃO ( ) SIM Intervenção em agitação psicomotora ( ) NÃO ( ) SIM Orientação quanto a redução de danos ( ) NÃO ( ) SIM Outras atividades de atendimento individual? ( ) NÃO ( ) SIM Qual? _____		
E5. Você realizou atendimentos grupais (0) Não (1) Sim Quantos atendimentos em grupo você realizou: _ _ _ Grupos terapêuticos ( ) NÃO ( ) SIM Atividades esportivas ( ) NÃO ( ) SIM Atividades de suporte social ( ) NÃO ( ) SIM Grupo de leitura e debate ( ) NÃO ( ) SIM Grupo de confecção de jornal ( ) NÃO ( ) SIM Grupo de orientações gerais ( ) NÃO ( ) SIM Grupo de orientações para redução de danos ( ) NÃO ( ) SIM Grupos de família ( ) NÃO ( ) SIM Outros grupos ( ) NÃO ( ) SIM Quais? _____		
E6. Você participou de reuniões de equipe (0) Não (1) Sim Quantas reuniões de equipe você participou: _ _ _		
E7. Você participou de atividades comunitárias? (0) Não (1) Sim Quantas atividades comunitárias você participou: _ _ _		

Festas comunitárias	( ) NÃO ( ) SIM
Caminhadas com grupos da comunidade	( ) NÃO ( ) SIM
Participação em eventos	( ) NÃO ( ) SIM
Participação em grupos dos centros comunitários	( ) NÃO ( ) SIM
Outras atividades comunitárias	( ) NÃO ( ) SIM
QUAIS? _____	
E8. Você realizou alguma outra atividade (0) Não (1) Sim	
Se sim, quais? _____	
E9. Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho:	
(1) melhoraram muito (3) não mudaram	
(2) pioraram (4) melhoraram pouco	
E10. Em seu trabalho você enfrenta:	
(1) falta de ferramenta adequada para o trabalho	(0) Não (1) Sim
(2) falta de segurança	(0) Não (1) Sim
(3) risco permanente de vida	(0) Não (1) Sim
(4) outras situações que incomodam:	(0) Não (1) Sim
Se sim , quais as outras situações que incomodam? _____	
E11. Em seu trabalho você pode:	
Escolher individualmente a forma de fazer suas atividades	(0) Não (1) Sim
Escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades	(0) Não (1) Sim
Fazer reuniões	(0) Não (1) Sim
Fazer cursos	(0) Não (1) Sim
Outras atividades de organização	(0) Não (1) Sim
Conversar com os colegas	(0) Não (1) Sim
Usar suas ideias	(0) Não (1) Sim
E12. Nos últimos 6 (seis) meses você sofreu algum acidente de trabalho? (0) Não (1) Sim	
Quais? _____	
E13. Você faltou ao trabalho nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim	
Se Não, passe para a questão 14	
Se sim quantos dias? ___ dias ausentes	

Quais os Motivos:		
(1) doença	(0) Não	(1) Sim
(2) acidente	(0) Não	(1) Sim
(3) problema familiar	(0) Não	(1) Sim
(4) problema administrativo	(0) Não	(1) Sim
(999) outros	(0) Não	(1) Sim
Justifique: _____		
E14. Qual o principal critério de inclusão no tratamento CAPSad para as pessoas que procuram este serviço?		
(1) O consumo de álcool e outras drogas		
(2) A gravidade do consumo de álcool e outras drogas		
(3) O impacto global na vida relacionado ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas		
(4) Outros _____		
E15. Qual o modelo de assistência utilizada neste serviço?		
( ) Redução de Danos	( ) Abstinência total	
( ) As duas modalidades	( ) Não sei	( ) Outros _____
E16. O que é considerado “abandono de tratamento” nesse serviço?		
(1) Não comparecimento ao serviço por 30 dias consecutivos, sem justificativa		
(2) Não comparecimento ao serviço por 60 dias consecutivos, sem justificativa		
(3) Não sei		
(4) Outros _____		
E17. É realizada busca ativa nesse serviço? (0) Não (1) Sim		
Se não, porque? _____		
E18. Se sim, como é realizada: (1) Contato Telefônico (2) Visita Domiciliária		
(3) Outros _____		
E19. Ao fazer a busca ativa, o que costuma se constatar em relação ao abandono do tratamento?		
(1) Deve-se à desistência do tratamento		
(2) Deve-se à melhora do usuário, segundo a sua percepção		
(3) Deve-se ao retorno do usuário às suas atividades sociais (trabalho, lazer)		
(4) Deve-se à outra modalidade de tratamento (internação)		
(5) Deve-se à troca por outro serviço		
(6) Outro, QUAL: _____		

E20. Quais são as oficinas/atividades terapêuticas oferecidas nesse CAPSad?

Grupos Terapêuticos	(0) Não	(1) Sim
Atividades Esportivas	(0) Não	(1) Sim
Atividades de Suporte Social	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Leitura e Debate	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Confeção de Jornal	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Orientação	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Família	(0) Não	(1) Sim
Grupos de orientação de redução de danos	(0) Não	(1) Sim

Outros_-----

Oficinas Terapêuticas	(0) Não	(1) Sim
Oficinas Expressivas	(0) Não	(1) Sim
Oficinas Geradoras de Renda	(0) Não	(1) Sim
Oficinas de Alfabetização	(0) Não	(1) Sim
Oficinas Culturais	(0) Não	(1) Sim
Oficinas de atividades manuais	(0) Não	(1) Sim
Oficinas de Trabalho	(0) Não	(1) Sim

Outros_-----

Atendimento individual	(0) Não	(1) Sim
Consulta médica	(0) Não	(1) Sim
Psicoterapia	(0) Não	(1) Sim
Orientação	(0) Não	(1) Sim
Consulta de enfermagem	(0) Não	(1) Sim
Consulta com outros técnicos	(0) Não	(1) Sim
Procedimentos técnicos	(0) Não	(1) Sim
Acompanhamento do uso de medicação	(0) Não	(1) Sim
Intervenções em crise	(0) Não	(1) Sim
Intervenções em agitação psicomotora	(0) Não	(1) Sim
Orientação em atividades de vida diária	(0) Não	(1) Sim
Orientação em redução de danos	(0) Não	(1) Sim

Outros_-----

Atividades na comunidade	(0) Não	(1) Sim, quais?
Festas comunitárias	(0) Não	(1) Sim
Caminhadas com grupos da comunidade	(0) Não	(1) Sim
Participação em eventos e grupos dos centros comunitários	(0) Não	(1) Sim

Outros_-----

Outras Atividades referidas	(0) Não	(1) Sim
Se sim, quais? _____		
E21. Qual a estrutura organizacional de trabalho adotada pela equipe desse serviço?		
( ) Abordagem multiprofissional	( ) Não sei	
( ) Abordagem interdisciplinar	Outros _____	
E22 O serviço realiza ações intersetoriais? ( ) Não (1) Sim ( ) Não sei		
Se não, Porque? _____		
Se sim, quais são? _____		
E23. Esse serviço tem ações no campo da geração de renda e/ou economia solidária?		
(0) Não	(1) Sim	
Se não, porque _____		
Se sim, quais são? _____		
E24. Nos atendimentos individuais você utiliza quais abordagens terapêuticas?		
Entrevista Motivacional	(0) Não	(1) Sim
Psicoeducação	(0) Não	(1) Sim
Psicoterapias	(0) Não	(1) Sim
Comunicação Terapêutica	(0) Não	(1) Sim
Aconselhamento	(0) Não	(1) Sim
Relacionamento Terapêutico	(0) Não	(1) Sim
Outros, quais? _____		
E25. As intervenções terapêuticas neste serviço visam primordialmente:		
(1) Alertar os riscos e perigos do consumo de álcool e outras drogas		
(2) Desenvolver consciência crítica acerca dos problemas relacionados para além do consumo de álcool e outras drogas		
(3) Afastar as pessoas das drogas		
(4) Evitar lugares e pessoas que incentivam o uso de álcool e outras drogas		
(5) Outros _____		
E26. Há retaguarda para urgência psiquiátrica? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei		
Se sim, liste as principais: _____		
E27. Há retaguarda para urgência clínica? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei		
Se sim, liste as principais: _____		

E28 Como são indicadas as internações para a dependência química dos usuários desse serviço?	
(1) Após discussão de caso em reunião de equipe	(2) Pelo médico
(3) A pedido do próprio usuário	(4) A pedido da família
(5) Por via judicial	(6) Outros _____
E29. Você tem conhecimento dos equipamentos de saúde existentes na área de abrangência do CAPSad?	
(0) Não (1) Sim (998) Não sei	
Se sim , liste os principais: _____	
E30. a) A equipe do serviço, incluindo você, quando necessário encaminha os usuários para esses serviços?	
(0) Não (1) Sim (998) Não sei	
Se, sim liste os mais utilizados: _____	
E30. b) Há algum projeto/atividade em parceria com esses serviços?	
(0) Não (1) Sim (998) Não sei	
Se, sim liste os mais utilizados: _____	
E31 Você tem facilidade de diálogo com os outros equipamentos de saúde da rede, da área de abrangência do CAPSad para o tratamento do usuário?	
(0) Não (1) Sim	
Se não , porque? _____	
32. Em relação aos profissionais da rede que encaminham usuários para os CAPSad, você nota que estes conhecem o trabalho desenvolvido pelo CAPSad?	
(0) Não (1) Sim (998) Não sei	
E33. Algum profissional desse CAPSad realiza o matriciamento das equipes de Atenção Básica da área de abrangência dos serviços? (0) Não (1) Sim (998) Não sei	
E34. Qual o principal critério de alta do CAPSad?	
(1) A interrupção total do consumo de álcool e outras drogas	
(2) A inserção e/ ou reinserção no trabalho formal e informal	
(3) A retomada dos laços sociais e familiares	
(4) A melhora das condições globais de vida do usuário	
Outros, quais? _____	
E35. Que tipo de transporte você usa preferencialmente para chegar a este serviço?	
(1) Condução própria	(4) Condução de familiares
(2) Condução de amigos	(5) Transporte público
(3) Caminhada	(999) Outro _____

E36. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao CAPSad? (1) 0-15minutos (2) 16-30 minutos (4) 46-60 minutos (3) 31-45 minutos (5) mais que 60 minutos		
E37. Você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos usuários? (1) De forma alguma (2) Não muito (4) Bem (3) Mais ou menos (5) Muito bem		
E38. Você acha que os profissionais deste serviço compreendem o tipo de ajuda de que os usuários necessitam? (1) Não compreendem (2) Não compreendem muito (4) Bem (3) Mais ou menos (5) Muito bem		
E39. Considerando as necessidades globais dos usuários que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui? (1) muito inapropriado (2) inapropriado (4) apropriado (3) mais ou menos (5) muito apropriado		
E40. Você acha que existem outros cuidados de que o usuário necessita, mas que não recebe aqui? (1) Com certeza há (4) Acho que não há (2) Acho que há (5) Não, certamente que não (3) Talvez Se você respondeu 1 ou 2, especifique quais são estes serviços _____		
E41. Você acha que o CAPSad estimula as famílias a participarem mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares? (1) De forma alguma (2) Não muito (4) Muito (3) Mais ou menos (5) Extremamente		
E42. Você acha a equipe suficientemente competente para lidar com o envolvimento familiar? ( ) Muito incompetente ( ) Competente ( ) Mais ou menos ( ) Incompetente ( ) Muito competente		
E43. Como você classificaria a competência geral da equipe? ( ) muito incompetente ( ) incompetente ( ) competente ( ) Mais ou menos ( ) Muito competente		

E54.1 De que você mais gosta neste serviço? ( ) Da minha função ( ) Dos usuários ( ) Do atendimento prestado aos usuários ( ) Nada ( ) Dos colegas de trabalho ( ) Outros _____ 					
E54.2 Qual aspecto você menos gosta CAPSad? ( ) Da minha função ( ) Dos usuários ( ) Do atendimento prestado aos usuários ( ) Nada ( ) Dos colegas de trabalho ( ) Outros _____ 					
E55. Você acha que o serviço poderia ser melhorado? ( ) Não ( ) sim Se sim, de que maneira? _____					
E56. Você se sente sobrecarregado no seu serviço? (1) Nunca (4) Frequentemente (2) Raramente (5) Sempre (3) As vezes Se respondeu 4 e 5 (sim), porque? _____					
E57. Em média, qual seria para você a frequência adequada de contato 1/1, entre os membros da equipe e o usuário? (1) Mais que uma vez por dia (2) Uma vez por dia (3) 3 – 6 vezes por semana (4) 1 – 2 vezes por semana (5) 2 – 3 vezes por mês (6) Aproximadamente uma vez/mês (7) Menos que uma vez por mês (8) Nenhuma					
Em cada uma das próximas questões, assinale a alternativa que mais se aproxima do seu sentimento em relação a satisfação. Responda fazendo um circulo em torno do numero em cada questão, de acordo com a seguinte escala: (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito					
58. Você está satisfeito com este serviço?	1	2	3	4	5
59. Como você se sente com a expectativa de ser promovido?	1	2	3	4	5
60. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?	1	2	3	4	5
61. Você se sente satisfeito no relacionamento com seus colegas?	1	2	3	4	5
62. Você se sente satisfeito com a frequência das reuniões de equipe?	1	2	3	4	5
63. Você se sente satisfeito com a forma que as reuniões de equipe são realizadas?	1	2	3	4	5
64. Até que ponto você se sente satisfeito com a eficácia e utilidade destas	1	2	3	4	5

reuniões?					
65. Você se sente satisfeito com a quantidade de controle exercida por seus superiores?	1	2	3	4	5
66. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?	1	2	3	4	5
67. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões de trabalho?	1	2	3	4	5
68. Você se sente satisfeito com o seu nível de participação nas decisões de trabalho?	1	2	3	4	5
69. Você se sente satisfeito com o seu grau de participação na implementação de programas e/ou atividades?	1	2	3	4	5
70. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação de atividades e programas do serviço?	1	2	3	4	5
71. Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões?	1	2	3	4	5
72. Você se sente satisfeito com o clima no ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
73. Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?	1	2	3	4	5
74. Você está satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?	1	2	3	4	5
75. Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?	1	2	3	4	5
76. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os usuários?	1	2	3	4	5
77. Como você se sente com o atendimento dado às famílias pela equipe?	1	2	3	4	5
78. Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe?	1	2	3	4	5
79. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança ao usuário do CAPSad?	1	2	3	4	5
80. Você está satisfeito com o conforto e aparência do CAPSad?	1	2	3	4	5
81. Você está satisfeito com quantidade de informações dadas aos usuários sobre seus problemas de saúde neste serviço?	1	2	3	4	5
82. Você está satisfeito com a quantidade de informações dada aos usuários sobre o tratamento oferecido neste serviço?	1	2	3	4	5
83. Em geral, você se sente satisfeito com a forma como os usuários são tratados pela equipe?	1	2	3	4	5
84. Você está satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento dos usuários no CAPSad?	1	2	3	4	5
85. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos usuários pelo CAPSad?	1	2	3	4	5
86. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o atendimento dos usuários no CAPSad? (ex. portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o profissional)	1	2	3	4	5
87. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar o sigilo sobre os problemas dos usuários e os cuidados recebidos no CAPSad?	1	2	3	4	5
SUPERVISÃO NO CAPSad					
E88.. Há supervisão no CAPSad? ( ) Não ( ) Sim					
Se não vá para a questão 92 0 = ausente 10 = qualificada					
E89. Supervisão pela secretaria municipal de saúde					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					

E90 **Supervisão** pela coordenação municipal de saúde mental

E91. **Supervisão** entre equipe:

E92. **Supervisão** pela comunidade em que atua:

E93. **Supervisão** pela Organização Social (parceira):

E94. **Apoio** pela secretaria municipal de saúde

E95. **Apoio** pela coordenação municipal de saúde mental

E96. **Apoio** entre equipe

E.97. **Apoio** pela comunidade em que atua

E98. De maneira global, qual a sua avaliação do atendimento prestado pelo CAPSad?

Ruim

ótimo

97. Com relação à formação profissional e capacitação para trabalhar com álcool e outras drogas, em sua opinião, quais os temas considerados importantes?

Por favor, responda, para cada uma das frases:

- (1) para discordo totalmente,
- (2) para discordo em parte,
- (3) para estou em dúvida,
- (4) para concordo em parte,
- (5) para concordo totalmente

Fator 1

A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista	1	2	3	4	5
E preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista	1	2	3	4	5
Não se deve confiar em alcoolistas	1	2	3	4	5
O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema.	1	2	3	4	5
Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado.	1	2	3	4	5
O alcoolista é uma pessoa de difícil contato.	1	2	3	4	5
Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente.	1	2	3	4	5
Eu tenho medo da agressividade do alcoolista.	1	2	3	4	5
Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas.	1	2	3	4	5
Quando o paciente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar.	1	2	3	4	5
Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação.	1	2	3	4	5
Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo.	1	2	3	4	5
Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a equipe de saúde.	1	2	3	4	5
Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira.	1	2	3	4	5
Mesmo consciente o alcoolista desrespeita a equipe.	1	2	3	4	5
Sinto raiva ao trabalhar com alcoolistas.	1	2	3	4	5
O paciente alcoolista não aceita o que eu falo.	1	2	3	4	5
Alcoolistas são pacientes difíceis porque não colaboram com o tratamento.	1	2	3	4	5
Eu prefiro trabalhar com pacientes alcoolistas a trabalhar com outros pacientes.	1	2	3	4	5

Fator 2

Alcoolistas são revoltados.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um doente.	1	2	3	4	5
Alcoolistas não têm bom senso.	1	2	3	4	5
O alcoolista é agressivo e mal educado.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um irresponsável.	1	2	3	4	5
Os alcoolistas são pacientes violentos.	1	2	3	4	5
Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	1	2	3	4	5
O alcoolista não quer se cuidar.	1	2	3	4	5
Penso que o alcoolista é culpado por seus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
O alcoolista não leva o tratamento a sério.	1	2	3	4	5

Fator 3

Percebo que o alcoolista tem baixa auto-estima.	1	2	3	4	5
Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
O alcoolista é um individuo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.	1	2	3	4	5
O álcool é usado como fuga.	1	2	3	4	5
Penso que todo o alcoolista tem algo mal resolvido.	1	2	3	4	5
A falta de autocontrole leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
Penso que a depressão leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
O alcoolismo está relacionado ao nível de instrução do individuo.	1	2	3	4	5
O alcoolista bebe para fugir da realidade.	1	2	3	4	5
O que falta no alcoolista é força de vontade.	1	2	3	4	5
As questões sociais levam o individuo a beber.	1	2	3	4	5

Fator4

Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.	1	2	3	4	5
A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar.	1	2	3	4	5
O uso de bebida alcoólica é um comportamento normal.	1	2	3	4	5
Beber com moderação não é prejudicial.	1	2	3	4	5
Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento.	1	2	3	4	5
O álcool em quantidades reduzidas é benéfico.	1	2	3	4	5
Eu sou a favor do beber moderado.	1	2	3	4	5
Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência.	1	2	3	4	5
As pessoas podem beber desde que saibam se controlar.	1	2	3	4	5

ANEXO 4 – Instrumento para os usuários do serviço.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E PSIQUIÁTRICA	
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de São Paulo	
Questionário para o Usuário do CAPSad	
Número de identificação: _ _ _ _ _	
1a. Cidade: _____ 1b. Estado: _____	
2. Entrevistador: _____	
Data da entrevista: __ / __ / ____ horário de início: __ : __	
3. Em que local foi realizada a coleta dos dados? (1) No CAPSad (2) Parte no CAPSad, parte no domicílio (3) No domicílio (4) outro _____	
4. Tipo: (1) CAPS II ad (2) CAPS II ad horário estendido (3) CAPS III ad	
5. Qual sua data de nascimento? __ / __ / ____ Qual sua idade? __ _ anos	
6.a Naturalidade: _____	
6 b. Cidade onde reside: _____ -	
7. Sexo: (1) feminino (2) masculino	
8. Etnia: (1) branca (2) mulato (3) negra (4) pardo (5) outra, qual? _____	
9. Qual é o seu peso (aproximadamente)? __ _ kg	
10. Qual é a sua altura? (aproximadamente)? _ m _ _ cm	
11. Qual seu atual estado civil? (1) solteiro (2) casado ou vive com companheiro (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (999) outro, qual? _____	
12. O(a) Sr. (a) sabe ler? (0) não (1) sim	
Se “Não”, passar para questão 14	
13. Se sim, até que série o(a) Sr. (a) estudou? _____ (1) sem escolaridade (2) ensino fundamental completo (7) curso técnico incompleto (3) ensino fundamental incompleto (8) ensino superior completo (4) ensino médio completo (9) ensino superior incompleto (5) ensino médio incompleto (10) pós-graduação completa (6) curso técnico completo (11) pós-graduação incompleta	

14. Qual sua principal fonte de renda?	
(1) emprego	(6) auxílio-doença
(2) seguro-desemprego	(7) pensionista
(3) renda do cônjuge	(8) LOAS
(4) aposentadoria	(9) Não tem renda
(5) renda familiar	(999) outro, qual? _ _ _ _ _
15. Se o(a) Sr. (a) atualmente está trabalhando, explique como é sua jornada de trabalho:	
(1) jornada integral remunerada	
(2) jornada parcial remunerada	(5) não trabalha
(3) jornada integral não remunerada	(6) trabalho eventual
(4) jornada parcial não remunerada	(999) outro, qual? _ _ _ _ _
16. Qual sua renda no último mês?	
(1) Até 2 salários mínimos	(4) Entre 10 a 20 salários mínimos
(2) Entre 2 a 4 salários mínimos	(5) Acima de 20 salários mínimos
(3) Entre 4 a 10 salários mínimos	
17. Qual a sua renda familiar no último mês?	
(1) Até 2 salários mínimos	(4) Entre 10 a 20 salários mínimos
(2) Entre 2 a 4 salários mínimos	(5) Acima de 20 salários mínimos
(3) Entre 4 a 10 salários mínimos	
18. Qual o número de membros/ pessoas na família? _ _ _	
19. Com quem o(a) Sr. (a) vive atualmente?	
(1) sozinho (a)	(7) mãe, pai
(2) cônjuge/ companheiro (a)	(8) mãe, pai, irmãos
(3) com filho (a)	(9) amigo (a)
(4) cônjuge/ companheiro (a)/filhos	(999) outro, qual? _ _ _ _ _
(5) outro membro da família	
(6) mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro	
20. Com quem o(a) Sr. (a) gostaria de viver?	
(1) sozinho (a)	(6) mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro
(2) cônjuge/ companheiro (a)	(7) amigo (a)
(3) com filho (a)	(8) mãe, pai
(4) cônjuge/ companheiro (a)/filhos	(9) mãe, pai, irmãos
(5) outro membro da família	(999) outro, qual? _ _ _ _ _

21. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente? (1) casa / apartamento próprio (2) casa / apartamento alugado (3) casa de amigos (4) hospital ou instituição (5) rua (6) abrigo de emergência (7) pensão (alimentação e moradia) (999) outro, qual? _____		
22. Dentre os itens abaixo, quais os que o(a) Sr. (a) possui e em que quantidade? Automóvel __ __ Televisor em cores __ __ Banheiro __ __ Empregada doméstica __ __ Rádio (excluindo do carro) __ __ Máquina de lavar roupa __ __ DVD __ __ Aspirador de pó __ __ Geladeira comum ou c/ freezer __ __ Computador __ __		
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPSad		
C1. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço? (0) Não (1) Sim		
C2. Há quanto tempo o(a) Sr. (a) frequenta este serviço? (1) 6 meses (3) de 1 a 2 anos (2) de 7 a 12 meses (4) de 3 a 5 anos (5) mais de 5 anos		
C3. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico? (0) não (1) sim		
C4. Se Sim, qual é o diagnóstico? ( ) Transtorno Bipolar do humor ( ) Transtorno Depressivo maior ( ) Esquizofrenia ( ) Uso de tabaco ( ) Uso de álcool ( ) Uso de drogas ( ) Transtorno de ansiedade ( ) outro, qual? _____		
C4a1. Se uso de drogas, qual(is)? Maconha ( ) Sim ( ) Não Cocaína ( ) Sim ( ) Não Crack ( ) Sim ( ) Não Solventes ( ) Sim ( ) Não Heroína ( ) Sim ( ) Não Anfetamina ( ) Sim ( ) Não LSD ( ) Sim ( ) Não Ecstasy ( ) Sim ( ) Não Hipnóticos ( ) Sim ( ) Não Sedativos ( ) Sim ( ) Não Alucinógenos ( ) Sim ( ) Não Opióides ( ) Sim ( ) Não Outros: _____		
C5. Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando percebeu o uso abusivo/dependência da substância que usa? __ __ anos		

C6. O(a) Sr.(a) já teve alguma internação psiquiátrica ANTES do tratamento no CAPSad? (0) não (1) sim Se não, passe para a questão 8		
C7. Se sim, quantas e em que local? Hospital Geral ( ) não ( ) sim Quantas? _____ Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias Hospital psiquiátrico ( ) não ( ) sim Quantas? _____ Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias Comunidade Terap. ( ) não ( ) sim Quantas? _____ Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias Clínica de reabilitação ( ) não ( ) sim Quantas? _____ Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias		
C8. DURANTE o seu tratamento no CAPSad houve necessidade de você ser internado alguma vez? ( ) não ( ) sim Onde você foi internado? (1) Hospital Geral (3) Hospital psiquiátrico (2) Comunidade Terap. (4) CAPSad III (5) Outro _____ Quantas vezes? ___ Data da última internação ___ Tempo de duração da ultima internação ___		
C9. Você já apresentou desmaios, hipertensão, hiper/hipoglicemia, convulsão, etc, que houve necessidade de urgência nesse CAPSad? ( ) não ( ) sim Se sim, para onde foi encaminhado? _____		
C10. O(a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde? (0) Não (1) Sim (998) Não sei		
Se “NÃO”passar para questão 18		
C11. Se Sim, qual? Hipertensão arterial (0) Não (1) Sim Diabetes (0) Não (1) Sim Obesidade (0) Não (1) Sim Problemas oncológicos (0) Não (1) Sim DST/ AIDS (0) Não (1) Sim Outro: _____		
C12. Atualmente, o(a) Sr. (a) usa medicação para este problema? (0) Não (1) Sim		

Se “NÃO” passar para questão 14	
C13. Se sim, qual? _____ _____	
14. Onde o(a) Sr. (a) é atendido para estes outros problemas?	
UBS/ Posto de Saúde	(0) Não (1) Sim
Estratégia de Saúde da Família	(0) Não (1) Sim
Pronto – atendimento	(0) Não (1) Sim
Pronto – socorro	(0) Não (1) Sim
Ambulatório de especialidades	(0) Não (1) Sim
Convênio Médico	(0) Não (1) Sim
Outro: _____	
C15. O CAPSad encaminha ou já encaminhou o(a) Sr. (a) para algum serviço por causa destes problemas?	
(0) Não (1) Sim	
C16. O(a) Sr. (a) já internou por causa destes problemas? (0) Não (1) Sim	
Se “NÃO” passar para questão 18	
C17. Se Sim, onde ocorreu a última internação?	
(1) Hospital geral	(2) Pronto – socorro
(3) Pronto - atendimento	(4) outro: _____
C18. O(a) Sr. (a) possui plano de saúde particular? ( ) Não ( ) Sim	
C19. O(a) Sr. (a) faz uso de algum psicofármaco? ( ) não ( ) sim	
C20. Quais os psicofármacos que o(a) Sr. (a) está usando atualmente ?	
_____ _____	
C21. Como o(a) Sr. (a) consegue os psicofármacos na maioria das vezes?	
(1) No CAPSad	
(2) Na Secretaria Municipal de Saúde/ Farmácia Municipal	
(3) Tem que comprar	
(999) Outro: _____	
C22. Em algumas situações o(a) Sr. (a) precisa comprar os psicofármacos?	
(0) Não (1) Sim	
Se sim, quais? _____ _____	
Se “Não”, passar para questão 24	
C23. Se SIM, quanto o(a) Sr.(a) gastou no último mês para esta compra?	
R\$ _____. _____. ____.	(998) Não sei/não lembro

C24. O(a) Sr. (a) segue a prescrição médica? (1) Nunca   (2) Sempre   (3) Às vezes (4) De forma irregular   (5) Frequentemente
C25. O(a) Sr. (a) fuma?   (0) Não   (1) Sim
C26. Se Sim, há quanto tempo? __ _ anos
C27. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma por dia? _ _ _
C28. O(a) Sr. (a) consumiu bebida alcoólica nas 4 últimas semanas ? (0) Não   (1) Sim
Se “NÃO” passar para questão 34
C29. Com que frequência durante o último ano o(a) Sr. (a) sentiu culpa ou remorso por beber? (0) Nunca (1) Menos que 1 vez ao mês   (3) Uma vez por semana (2) Uma vez ao mês   (4) Todos os dias ou quase todos
C30. Com que frequência durante o último ano , o Sr. (a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos que 1 vez ao mês   (3) Uma vez por semana (2) Uma vez ao mês   (4) Todos os dias ou quase todos
C31. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o(a) Sr. (a) ter bebido? (0) Não   (1) Sim, mas não no último ano (2) Sim, durante o último ano
C32. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr. (a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber? (0) Não   (1) Sim, mas não no último ano (2) Sim, durante o último ano
C33. O que o(a) Sr. (a) acha do seu consumo de bebida alcoólica? (1) É um grande problema   (4) Ajuda-lhe um pouco (2) É um problema pequeno   (5) Ajuda-lhe muito (3) Não é problema   (6) Ajuda-lhe, mas é um problema
C34. O(a) Sr. (a) fez uso de alguma droga ilegal nas últimas 4 semanas ? (0) Não   (1) Sim
Se “NÃO” passar para questão 36

C35. Se Sim, quantos dias o(a) Sr. (a) fez uso destas drogas?		
Cocaína __		
Maconha __		
Heroína __		
Ácido __		
Crack __		
Benzina __		
Outras drogas ilegais __ Especificar _____		
C36. O(a) Sr. (a) tem profissional/ técnico de referência dentro do CAPSad?		
(0) Não (1) Sim		
Se “NÃO”, passar para questão 38		
C37. Se Sim, quem é este profissional?		
(01) Enfermeiro	(05) Educador físico	
(02) Psiquiatra	(06) Terapeuta Ocupacional	
(03) Assistente social	(07) Técnico de enfermagem	
(04) Psicólogo	( ) outro: _____	
C38. Quantas vezes por semana ou mês você vem ao CAPSad?		
( ) 7 dias por semana	( ) 2 a 3 vezes por mês	
( ) de 3 a 6 dias por semana	( ) 1 vez ao mês	
( ) de 1 a 2 dias por semana	( ) 1 vez a cada 2 ou 3 meses	
C39. Você considera essa frequência suficiente? (0) Não (1) Sim		
40. Quais atividades / atendimentos o(a) Sr. (a) participou no CAPSad no último mês ?		
Atendimento em Grupo	(0) Não	(1) Sim, quais?
Grupos Terapêuticos	(0) Não	(1) Sim
Atividades Esportivas	(0) Não	(1) Sim
Atividades de Suporte Social	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Leitura e Debate	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Confeção de Jornal	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Orientação	(0) Não	(1) Sim
Grupos de Família	(0) Não	(1) Sim
Outros1 _____		
Oficinas	(0) Não	(1) Sim, quais?
Oficinas Terapêuticas	(0) Não	(1) Sim
Oficinas Expressivas	(0) Não	(1) Sim
Oficinas Geradoras de Renda	(0) Não	(1) Sim

Oficinas de Alfabetização	(0) Não	(1) Sim
Oficinas Culturais	(0) Não	(1) Sim
Oficinas de atividades manuais	(0) Não	(1) Sim
Oficinas de Trabalho	(0) Não	(1) Sim
(999) Outros _____		
Atendimento individual	(0) Não	(1) Sim
Consulta médica	(0) Não	(1) Sim
Psicoterapia	(0) Não	(1) Sim
Orientação	(0) Não	(1) Sim
Consulta de enfermagem	(0) Não	(1) Sim
Consulta com outros técnicos	(0) Não	(1) Sim
Procedimentos técnicos	(0) Não	(1) Sim
Acompanhamento do uso de medicação	(0) Não	(1) Sim
Outros _____		
Atividades na comunidade	(0) Não	(1) Sim, quais?
Festas comunitárias	(0) Não	(1) Sim
Caminhadas com grupos da comunidade	(0) Não	(1) Sim
Participação em eventos e grupos dos centros comunitários	(0) Não	(1) Sim
(999) Outros _____		
Outras Atividades referidas	(0) Não	(1) Sim
Se sim, quais? _____		
C41. O(a) Sr. (a) já recebeu visita domiciliária dos profissionais do CAPSad?		
(0) Não (1) Sim		
C42. Se sim, em que situação ocorreu esta visita?		
_____		
_____		
C43. O(a) Sr. (a) já participou de alguma atividade de geração de renda?		
(0) não (1) sim, quais? _____		
_____		
_____		
C44. Desde que você iniciou seu tratamento neste CAPSad que modalidade de tratamento a equipe trabalhou com você?		
(1) Redução de Danos	(2) Abstinência total	
(3) As duas modalidades	(998) Não sei	(999) Outros

C45. Em outras necessidades, como moradia, educação, lazer, etc, esse serviço lhe ajuda?	
(1) Sim	(2) Não
Se sim, como? _____	
_____	
_____	
C46. Quem encaminhou o(a) Sr. (a) ao CAPSad?	
(1) Minha própria decisão	(5) Um médico/ terapeuta/técnico
(2) Uma pessoa da família	(6) Um serviço de referência
(3) Um amigo	(7) A polícia
(4) Ordem judicial _____	
(999) outro _____	
* Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu	
47. Que tipo de transporte o(a) Sr. (a) usa para chegar a este serviço?	
(1) Transporte próprio	(4) Transporte público
(2) Transporte da família	(5) Caminhada
(3) Transporte de amigos	(999) Outro _____
48. Quanto tempo o(a) Sr. (a) gasta para vir de sua casa até o CAPSad?	
(1) 0-15 min	(3) 31-45 min
(2) 16-30 min	(4) 46-60 min
(5) mais que 60 min	
C49. Como é para o(a) Sr. (a) chegar ao CAPSad?	
(1) Muito difícil	(2) Difícil
(3) Mais ou menos	
(4) Fácil	(5) Muito fácil
C50. Qual a sua opinião sobre a maneira como o(a) Sr. (a) é tratado, em termos de respeito no CAPSad?	
(1) Nunca me senti respeitado	(2) Geralmente não me senti respeitado
(3) Mais ou menos	(4) Geralmente me senti respeitado
(5) Sempre me senti respeitado	
C51. Quando o (a) Sr. (a) falou com a pessoa que lhe admitiu/acolheu no CAPSad, ela lhe ouviu?	
(1) Não ouviu de forma alguma	
(2) Não ouviu	(4) Ouviu
(3) Mais ou menos	(5) Ouviu muito
C52. O que o (a) Sr(a) pensava ser o seu problema quando foi admitido/acolhido no CAPSad?	
(1) Um problema físico de saúde	(5) Um problema financeiro
(2) Um problema psicológico	(6) Um problema no trabalho
(3) Um problema familiar	(998) Não sei
(4) Um problema social	(999) Outro _____

C53. A pessoa que admitiu/acolheu o (a) Sr. (a) no CAPSad pareceu compreender o seu problema?   (1) Não me compreendeu de forma alguma   (2) Não me compreendeu muito   (4) Compreendeu bem   (3) Mais ou menos   (5) Compreendeu muito bem
C54. Em geral, como o(a) Sr. (a) acha que a equipe do CAPSad compreendeu a sua necessidade?   (1) Não me compreendeu de forma alguma   (2) Não me compreendeu muito   (4) Compreendeu bem   (3) Mais ou menos   (5) Compreendeu muito bem
C55. A assistência que o(a) Sr. (a) recebe no CAPSad satisfaz suas necessidades?   (1) Muito insatisfatória   (2) Insatisfatória   (3) Mais ou menos   (4) Satisfatórias   (5) Muito satisfatória
C56. Qual a sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPSad?   (1) Parece que eles pioraram as coisas   (2) Não obtive nenhuma ajuda   (3) Não obtive muita ajuda   (4) Senti que obtive alguma ajuda   (5) Senti que obtive muita ajuda
C57. A assistência que o (a) Sr. (a) recebeu o ajuda a lidar mais eficazmente com seus problemas?   (1) Não, eles parecem piorar as coisas   (4) Sim, eles me ajudam um pouco   (2) Não, eles não ajudam muito   (5) Sim, eles me ajudam muito   (3) Mais ou menos
C58. O(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPSad quando pediu por elas?   (1) Muito frequentemente   (3) Mais ou menos   (5) Nunca   (2) Frequentemente   (4) Raramente   (6) Eu nunca pedi
C59. Se o(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe, de que tipo foi?   ( ) Falta de disponibilidade da equipe/profissional   ( ) Descaso dos profissionais   ( ) Não sabiam fornecer informações   ( ) Outros (especificar)_____
C60. O(a) Sr. (a) está satisfeito com a discussão feita com o(a) Sr. (a) sobre o seu tratamento no CAPSad?   (1) Muito insatisfeito   (2) Insatisfeito   (4) Satisfeito   (3) Mais ou menos   (5) Muito satisfeito
C61. O(a) Sr. (a) obteve no CAPSad o tratamento que o(a) Sr. (a) achava que precisava?   (1) De forma alguma   (2) Não muito   (4) Em geral, sim   (3) Mais ou menos   (5) Sim, com certeza

C62. O(a) Sr. (a) considera que a equipe do CAPSad esta lhe ajudando? (1) Nunca (2) Raramente (4) Frequentemente (3) Mais ou menos (5) Sempre		
C63. Em geral, como o (a) Sr. (a) classificaria a recepção/acolhida dos usuários pelos profissionais do CAPSad? (1) Nada amigável (3) Mais ou menos (5) Muito amigável (2) Pouco amigável (4) Amigável		
64. Por que o (a) Sr. (a) escolheu o CAPSad? (Marcar até 3 itens) ☐ No passado eu já estive aqui ☐ O serviço foi fortemente recomendado por alguém ☐ Eu conhecia alguém que estava em tratamento aqui ☐ Eu confiei na recomendação de quem me referiu este serviço ☐ A localização é muito conveniente ☐ Estava dentro de minhas possibilidades financeiras ☐ Eu não tive outra escolha ☐ Outro: _____		
C65. O(a) Sr. (a) está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento? (1) Discordo totalmente (2) Discordo (4) Concordo (3) Indiferente/Mais ou menos (5) Concordo totalmente		
C66. Na sua opinião, que grau de competência tem a pessoa que lhe assiste mais de perto (<u>técnico de referência</u>)? (1) Muito incompetente (3) Mais ou menos (5) Muito competente (2) Incompetente (4) Competente		
C67. Como o(a) Sr. (a) classificaria a competência da equipe do CAPSad? (1) Muito incompetente (3) Mais ou menos (5) Muito competente (2) Incompetente (4) Competente		
C68. O(a) Sr. (a) participa do processo de avaliação das atividades desenvolvidas no CAPSad? (0) Não (1) Sim		
C69. O que o(a) Sr. (a) acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço? (1) Discordo totalmente (3) Indiferente (5) Totalmente de acordo (2) Discordo (4) De acordo		
C70. Como o(a) Sr. (a) classifica a qualidade da assistência que o (a) Sr. (a) recebeu no CAPSad? ☐ Péssima ☐ Regular ☐ Excelente ☐ Ruim ☐ Boa		

C71. Como o (a) Sr. (a) se sente com relação à quantidade de ajuda que recebeu no CAPSad?	
☐ Muito insatisfeito	☐ Indiferente/mais ou menos ☐ Muito satisfeito
☐ Insatisfeito	☐ Satisfeito
C72. O(a) Sr. (a) ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPSad ?	
☐ Muito insatisfeito	☐ Indiferente/mais ou menos ☐ Muito satisfeito
☐ Insatisfeito	☐ Satisfeito
C73. Como o(a) Sr. (a) classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeitório, prédio, etc.)?	
☐ Péssimas	☐ Regulares ☐ Excelentes
☐ Ruins	☐ Boas
C74. Se o(a) Sr. (a) precisasse de ajuda novamente, o(a) Sr. (a) voltaria a esse CAPSad?	
☐ Não, certamente que não	☐ Não sei ☐ Sim, com certeza
☐ Não, acho que não	☐ Sim, acho que sim
C75. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, o(a) Sr. (a) recomendaria a ele (a) esse CAPSad?	
☐ Não, certamente que não	☐ Não sei ☐ Sim, com certeza
☐ Não, acho que não	☐ Sim, acho que sim
Por quê? _____	
C76. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação à assistência que o(a) Sr. (a) recebeu nesse CAPSad?	
☐ Muito insatisfeito	☐ Mais ou menos ☐ Satisfeito
☐ Insatisfeito	☐ Muito satisfeito
C77. De que o(a) Sr. (a) mais gosta no CAPSad?	
☐ (1) Atendimento	☐ (2) Estrutura física
☐ (3) Horários	☐ (4) Regime terapêutico
☐ (5) Atividades	☐ (6) Colegas
☐ (7) Relacionamento com a equipe	☐ (8) Assembleias
(999) Outro especificar: _____	
C78. De que o(a) Sr. (a) menos gosta no CAPSad?	
☐ (1) Atendimento	☐ (2) Estrutura física
☐ (3) Horários	☐ (4) Regime terapêutico
☐ (5) Atividades	☐ (6) Colegas
☐ (7) Relacionamento com a equipe	☐ (8) Assembleias
☐ (9) Distância	☐ (10) Nada
(999) Outro especificar: _____	

C79. Na sua opinião, o CAPSad poderia ser melhorado?

(0) Não (1) Sim (998) Não sei

C80. Se Sim, de que maneira? _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sente em relação a alguns aspectos de sua vida e você pode responder utilizando as seguintes possibilidades:

0 = MUITO INSATISFEITO

10 = MUITO SATISFEITO

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

Nota:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no CAPSad e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.

Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer : “Desde que você começou a se tratar aqui, ... está(ão).....”.

	Pior do que antes	Sem mudanças	Melhor do que antes
1. Os problemas pessoais	(0)	(1)	(2)
2. O humor	(0)	(1)	(2)
3. A estabilidade das emoções	(0)	(1)	(2)
4. O sentimento de confiança em si próprio	(0)	(1)	(2)
5. O sentimento de interesse pela vida	(0)	(1)	(2)
6. A capacidade de suportar situações difíceis	(0)	(1)	(2)
7. O apetite	(0)	(1)	(2)
8. A energia (disposição para fazer as coisas)	(0)	(1)	(2)
9. O sono	(0)	(1)	(2)
10. A saúde física (Dores, tremores)	(0)	(1)	(2)
11. A sexualidade (satisfação sexual)	(0)	(1)	(2)
12. A convivência com a família	(0)	(1)	(2)
13. A convivência com os amigos ou amigas	(0)	(1)	(2)
14. A convivência com as outras pessoas	(0)	(1)	(2)
15. O interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	(0)	(1)	(2)

16. As atividades de lazer (as coisas que ele gostava de fazer)	(0)	(1)	(2)
17. As tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	(0)	(1)	(2)
18. A capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	(0)	(1)	(2)
Impressão geral: Finalizando, eu gostaria de saber se, 19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	(0)	(1)	(2)

Instrumento para coletar dados em prontuário

PRONTUÁRIOS	
P1. Número de identificação: _____ P2..Cidade: _____ P3..Estado: _____ P4. Data da coleta: __/__/2013 P5.Tipo: (1) CAPS II ad (2) CAPS II ad estendido (3) CAPS III ad	
P6. Nº do prontuário: ____ P6.Nome do usuário: _____ P7. Data de ingresso no serviço 1ª vez: __/__/____ P8. Data de ingresso no serviço última vez: __/__/____	
P9. Modalidade de acompanhamento atual: ( ) Intensivo ( ) Semi-intensivo ( ) Não intensivo P10. Essa informação foi buscada na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC)? (0) Não (1) Sim	
P11. Ingresso na modalidade atual de atendimento: __/__/____ P12. Data do último registro de atendimento: __/__/____ P13. CID: _____ P14. Essa informação foi buscada na APAC? (0) Não (1) Sim P15. No registro, quem fez acolhimento inicial do usuário? (01) Enfermeiro (02) Médico (03) Psicólogo (04) Assistente social (5) Terapeuta Ocupacional Outro:_____	
P16. Encaminhado por: Unidade Básica de Saúde (0) Não (1) Sim Estratégia de Saúde da Família (0) Não (1) Sim Hospital Geral (0) Não (1) Sim Emergência (0) Não (1) Sim Ambulatório Especializado (0) Não (1) Sim Hospital Psiquiátrico (0) Não (1) Sim Outro:_____	
P17. Internações psiquiátricas: (0) Não (1) Sim	

18. Número de internações psiquiátricas **anteriores** ao ingresso no CAPSad em hospital geral: __
19. Número de internações psiquiátricas **anteriores** ao ingresso no CAPSad no hospital psiquiátrico: __
20. Número de internações psiquiátricas **anteriores** ao ingresso no CAPSad em Comunidade Terapêutica: __
21. Número de internações psiquiátricas **anteriores** ao ingresso no CAPSad em Clínicas de Reabilitação: __
22. Número de internações psiquiátricas **após** o ingresso no CAPSad em hospital geral: __
23. Número de internações psiquiátricas **após** o ingresso no serviço em hospital psiquiátrico: __
24. Número de internações psiquiátricas **após** o ingresso no CAPSad em Comunidade Terapêutica: __
25. Número de internações psiquiátricas **após** ao ingresso no CAPSad em Clínicas de Reabilitação: __
26. Data da última internação: __/__/____
27. Tempo que durou a **última** internação? __ meses __ dias

Verifique a existência de registro dos seguintes itens:

28. atendimentos individuais: (0) Não (1) Sim
Data do último atendimento: __/__/____ Qual atendimento _____
29. Atendimento grupal (0) Não (1) Sim
Data do último atendimento: __/__/____ Qual atendimento _____
30. Projeto Terapêutico Singular – PTS: (0) Não (1) Sim
Data do último PTS __/__/____
31. Intercorrências: (0) Não (1) Sim
Data da última intercorrência __/__/____ Qual intercorrência _____
32. Visitas domiciliares: (0) Não (1) Sim
Data da última visita domiciliar __/__/____
33. Atendimento / Orientações aos familiares:
(0) Não (1) Sim Data da última orientação aos familiares __/__/____
34. Número de avaliações medicamentosas clínica nos últimos três meses: _____
Data da última avaliação medicamentosa clínica: __/__/____
35. Número de avaliações medicamentosas psiquiátrica nos últimos três meses: _____
Data da última avaliação medicamentosa psiquiátrica: __/__/____

36. Número de visitas domiciliares no último mês:

- (01) Enfermeiro: __ Data da última visita: __/__/____
- (02) Médico: __ Data da última visita: __/__/____
- (03) Assistente social: __ Data da última visita: __/__/____
- (04) Psicólogo: __ Data da última visita: __/__/____
- Outro 1: __ Especificar: _____ Data da última visita: __/__/____

Caracterização da última história clínica:

37. Sinais e sintomas:	(0) Não	(1) Sim
38. História familiar:	(0) Não	(1) Sim
39. Uso de medicação:	(0) Não	(1) Sim
40. Avaliação das funções psíquicas:	(0) Não	(1) Sim
41. Apoio familiar:	(0) Não	(1) Sim
42. Adesão às atividades propostas	(0) Não	(1) Sim
43. Perfil sócio econômico	(0) Não	(1) Sim

Caracterização do último PTS

44. Espaço de definição do PTS:

Reunião de equipe:	(0) Não	(1) Sim
Consulta individual:	(0) Não	(1) Sim
Acolhimento:	(0) Não	(1) Sim
Outro:	(0) Não	(1) Sim
Especificar:	_____	

45. Quem participa da definição do PTS?

Enfermeiro:	(0) Não	(1) Sim
Médico:	(0) Não	(1) Sim
Psicólogo:	(0) Não	(1) Sim
Assistente social:	(0) Não	(1) Sim
Terapeuta Ocupacional	(0) Não	(1) Sim
Outro:	(0) Não	(1) Sim
Especificar:	_____	

46. Identifique se os seguintes itens fazem parte do PTS

Inserção no trabalho voluntário:	(0) Não	(1) Sim
Inserção no trabalho remunerado:	(0) Não	(1) Sim
Iniciativas de geração de renda:	(0) Não	(1) Sim
Inserção comunitária:	(0) Não	(1) Sim
Cuidados pessoais com o corpo:	(0) Não	(1) Sim
Grupo de conversação:	(0) Não	(1) Sim
Oficinas:	(0) Não	(1) Sim
Acompanhamento aos familiares:	(0) Não	(1) Sim
Atendimento individual:	(0) Não	(1) Sim
Atividades escolares:	(0) Não	(1) Sim

Prescrição de fármacos:	(0) Não	(1) Sim
Visita domiciliária:	(0) Não	(1) Sim
Assinatura de concordância do usuário	(0) Não	(1) Sim
47. Psicofármacos em uso e / ou indicados na última prescrição:		

**ANEXO 5 – Instrumento para os familiares dos usuários do
serviço.**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E PSIQUIÁTRICA	
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de São Paulo	
Questionário para o FAMILIAR do usuário do CAPS	
Número de identificação: _____ 1. Cidade: _____ 2. Estado: _____ 3. Entrevistador: _____ Data da entrevista: __/__/_____ 4. Em que local foi realizada a coleta dos dados? (1) No CAPSad (2) Parte no CAPS, parte no domicílio (3) No domicílio (4) outro _____ 5. Tipo: (1) CAPS II ad (2) CAPS II ad estendido (3) CAPS III ad	
6. Vínculo ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Cônjuge ( ) Irmão ( ) Outro. Qual _____	
7. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino	
8. Etnia: (1) branca (2) parda / mestiça (3) negra (4) outra, qual? _____	
9. Idade: __ __ (anos completos)	
10. Data de nascimento: __/__/____	
11. Qual seu estado civil? (1) solteiro (2) casado/com companheiro (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (6) outro, qual? _____	
12. O senhor (a) sabe ler? ( ) Não ( ) Sim Se Não pule para 14	
13. Até que série o (a) senhor (a) estudou? (1) sem escolaridade (7) curso técnico incompleto (2) ensino fundamental completo (8) ensino superior completo (3) ensino fundamental incompleto (9) ensino superior incompleto (4) ensino médio completo (10) pós-graduação completa (5) ensino médio incompleto (11) pós-graduação incompleta (6) curso técnico completo	
Para o entrevistador preencher: Total de anos de estudo	
14. O (a) senhor (a) tem trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim Se Não pule para 16	
15. Qual sua carga horária semanal de trabalho? __ / semana	

16. Qual sua renda individual no ultimo mês?		
(1) Sem renda	(4) Entre 4 a 10 salários mínimos	
(2) Até 2 salários mínimos	(5) Entre 10 a 20 salários mínimos	
(3) Entre 2 a 4 salários mínimos	(6) Acima de 20 salários mínimos	
17. Qual a renda da sua família no último mês?		
(1) Até 2 salários mínimos	(4) Entre 10 a 20 salários mínimos	
(2) Entre 2 a 4 salários mínimos	(5) Acima de 20 salários mínimos	
(3) Entre 4 a 10 salários mínimos		
18. Quantas pessoas moram na sua casa? __		
19. O senhor (a) é o único que cuida de seu familiar? (0) Não (1) Sim		
Se não , quantas pessoas dividem o cuidado do seu familiar, contando com o sr (a). __		
20. O (a) senhor(a) tem filhos? (1) sim (2) não Se sim, quantos? __		
21. Quantas pessoas da sua família são usuários do CAPSad? __		
22. Quantos dormitórios há em sua casa? __		
23. Que tipo de moradia o (a) Sr. (a) tem atualmente?		
(1) casa / apartamento próprio	(5) rua	
(2) casa / apartamento alugado	(6) abrigo de emergência	
(3) casa de amigos	(7) pensão (alimentação e moradia)	
(4) hospital ou instituição	(999) outro, qual? _____	
24. Dentre os itens abaixo, quais os que o(a) Sr. (a) possui e em que quantidade?		
Automóvel __	Máquina de lavar roupa __	
Televisor em cores __	DVD __	
Banheiro __	Aspirador de pó __	
Empregada doméstica __	Geladeira comum ou c/ freezer __	
Rádio (excluindo do carro) __	Computador __	
25. O senhor (a) tem problemas de saúde? (1) Sim (2) Não		
Se Não - pule para a questão 1 – perguntas sobre o CAPS (3 questões abaixo)		
26. Quais:		
Diabetes Mellitus	(0) Não	(1) Sim
Hipertensão	(0) Não	(1) Sim
Problemas cardíacos	(0) Não	(1) Sim
Outros: _____		

27. Você está realizando tratamento em algum serviço de saúde? ☐ Não ☐ Sim		
Se SIM, em qual local?		
(1) Unidade Básica de Saúde	(5) AME/AMA	
(2) Consultório Particular	(6) Estratégia de Saúde da Família	
(3) Ambulatório	(7) Convênio Médico	
(4) Pronto Socorro	(8) Outro	
28. Qual foi o seu gasto com a saúde no último mês?		
Medicações R\$ _ . _ _ _ . _ _	Plano de saúde/familiar R\$ _ . _ _ _ . _ _	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPS		
C1. Você costuma acompanhar o seu (nome do familiar) no CAPSad?		
( ) Sempre	( ) Às vezes	( ) Raramente
( ) Com frequência	( ) Nunca	
Se o(a) entrevistando(a) respondeu 'nunca' passar para a questão 6		
C2. Que tipo de transporte o senhor (a) usa para chegar a este serviço?		
( ) Condução própria	( ) Transporte público	
( ) Condução de familiares	( ) Caminhada	
( ) Condução de amigos	( ) Outro _____	
C3. Quanto tempo o senhor(a) gasta para vir de sua casa ao CAPSad?		
( ) 0-15 minutos	( ) 46-60 minutos	
( ) 16-30 minutos	( ) mais que 60 minutos	
( ) 31-45 minutos		
C4. Qual é o seu grau de facilidade/dificuldade para chegar ao CAPSad?		
( ) Muito difícil	( ) Mais ou menos	( ) Fácil
( ) Difícil	( ) Muito fácil	
C5. Até que ponto a localização do CAPSad é satisfatória ou insatisfatória para o senhor (a)?		
( ) Muito insatisfatória	( ) Indiferente	( ) Satisfatória
( ) Insatisfatória	( ) Muito satisfatória	
C6. O senhor (a) participou de alguma atividade, como grupo de apoio/familiar, oferecidos pelo serviço durante o último ano? ☐ Não (pule para questão 9) ☐ Sim		
C7. Se sim , quais foram as atividades das quais participou?		
Oficinas	( ) Não	( ) Sim
Palestras	( ) Não	( ) Sim
Grupo de apoio/familiar	( ) Não	( ) Sim
Acolhimento	( ) Não	( ) Sim
Assembléia	( ) Não	( ) Sim

Outros:	( ) Não	( ) Sim
Especificar: _____		
C8. Se o (a) Sr (a) participou de grupos de família, qual foi a abordagem utilizada pelo(s) profissional(ais)?		
Manejo com o usuário	(0) Não	(1) Sim
Apoio psicológico / estímulo interação família / usuário	(0) Não	(1) Sim
Espaço aberto para sugestões sobre o serviço	(0) Não	(1) Sim
Patologia	(0) Não	(1) Sim
Tratamento	(0) Não	(1) Sim
Outros:	(0) Não	(1) Sim
Quais? _____		
C9. Com que frequência o (a) senhor (a) teve contato com os profissionais do CAPSad no último ano?		
( ) Nunca	( ) Mais ou menos	( ) Frequentemente
( ) Raramente	( ) Sempre	
C10. O (a) senhor(a) achou esta frequência de contatos suficiente?		
( ) De forma alguma	( ) Mais ou menos	(4) Muito
(2) Não muito	( ) Extremamente	
Porque? _____		
C11. De quem foi a iniciativa do primeiro contato entre a família e o CAPSad?		
(1) Minha iniciativa	(3) Iniciativa do meu/minha familiar	
(2) Iniciativa dos profissionais	(4) Outro _____	
C12. De que maneira o (a) sr (a) entra em contato com o CAPSad?		
(1) Por telefone	(3) Visitas informais*	
(2) Consultas marcadas com o serviço	(4) Outro _____	
* Nota ao entrevistador: visita informal (acompanhou o familiar e aproveitou para conversar com algum profissional)		
C13. Qual seu grau de satisfação a respeito desta maneira de entrar em contato com o CAPSad?		
( ) Muito insatisfeito	( ) Indiferente	( ) Satisfeito
( ) Insatisfeito	( ) Muito satisfeito	
C14. O(a) sr (a) ficou satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante os seus contatos com os profissionais do CAPSad (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante as conversas)?		
( ) Muito insatisfeito	( ) Indiferente	( ) Satisfeito
( ) Insatisfeito	( ) Muito satisfeito	

( ) Não compreendeu muito	( ) Me compreendeu muito bem
( ) Mais ou menos	( ) Não se aplica
C23. O senhor (a) já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPSad quando as solicitou?	
(1) Sempre	(3) Mais ou menos
(2) Frequentemente	(4) Raramente
(5) Nunca	(6) Nunca pedi
C24. Se sim, que tipo de dificuldade o senhor (a) encontrou?	
(1) Falta de disponibilidade da equipe/profissional	
(2) Descaso dos profissionais	
(3) Não sabiam lhe informar	
(999) Outros (especificar) _____	
C25. Alguma informação foi dada ao senhor (a) sobre a doença de seu familiar?	
(1) Sim (2) Não (3) Meu parente não permitiu que eu fosse informado	
C26. Se sim, estas informações foram claras para o (a) senhor (a)?	
(1) Não eram nada claras	(3) Mais ou menos
(2) Não eram muito claras	(4) Informações claras
	(5) Informações muito claras
C27. Como o(a) senhor (a) se sente em relação ao tipo de informação que lhe foi dada acerca da doença de seu familiar?	
(1) Muito insatisfeito	(3) Mais ou menos
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito
	(5) Muito satisfeito
C28. Em relação ao tratamento do seu familiar, alguma informação lhe foi dada?	
(1) Sim (2) Não (passar a questão 31)	
(3) Meu parente não permitiu que eu fosse informado (passar a questão 31)	
C29. Se sim , estas informações foram claras para o (a) senhor (a)?	
(1) Não eram nada claras	(3) Mais ou menos
(2) Não eram muito claras	(4) Informações claras
	(5) Informações muito claras
C30. O (a) senhor (a) se sente satisfeito em relação ao tipo de informação que lhe foi dada sobre o tratamento de seu familiar?	
(1) Muito insatisfeito	(3) Mais ou menos
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito
	(5) Muito satisfeito
C31. Alguma vez já foi pedida a sua opinião sobre o tratamento de seu familiar, no CAPSad?	
( ) Sim ( ) Não ( ) Meu parente não permitiu que eu fosse consultado(a)	

C32. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as discussões a respeito do tratamento de seu familiar no CAPSad?   (1) Muito insatisfeito   (3) Mais ou menos   (4) Satisfeito   (2) Insatisfeito   (5) Muito satisfeito
C33. O (a) senhor (a) se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar o sigilo acerca dos problemas discutidos com a equipe do CAPSad?   (1) Muito insatisfeito   (3) Mais ou menos   (4) Satisfeito   (2) Insatisfeito   (5) Muito satisfeito
C34. Quando o senhor e/ou seu familiar procuraram o CAPSad, qual o profissional que os recebeu?   ( ) Terapeuta Ocupacional   ( ) Médico   ( ) Enfermeiro   ( ) Assistente social   ( ) Psicólogo   ( ) Não lembro   ( ) Outro _____
C35. Quando o (a) senhor (a) falou com a pessoa que admitiu seu familiar no CAPSad, o (a) senhor (a) achou que ele (a) escutou o paciente?   ( ) Não escutou nada   ( ) Mais ou menos   ( ) Escutou bastante   ( ) Não escutou muito   ( ) Escutou o tempo todo
C36. Em geral, como o (a) senhor (a) acha que a equipe do CAPS ad compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava?   ( ) Não compreendeu de forma alguma   ( ) Mais ou menos   ( ) Compreendeu bem   ( ) Não compreendeu muito   ( ) Compreendeu muito bem
C37. Você considera os serviços oferecidos pelo CAPSad apropriados?   ( ) Muito inapropriados   ( ) Mais ou menos   ( ) Apropriados   ( ) Inapropriados   ( ) Muito apropriados
C38. Os cuidados que seu familiar recebeu, o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema (situação) dele (a)?   ( ) Não, eles pioraram as coisas   ( ) Mais ou menos   ( ) Sim, eles ajudaram um pouco   ( ) Não, eles não ajudaram muito   ( ) Sim, eles ajudaram muito
C39. O senhor (a) acha que seu familiar recebeu o tipo de cuidado que o (a) senhor (a) pensa ser o que ele/a necessitava?   ( ) Não, de forma alguma   ( ) Mais ou menos   ( ) Em geral, sim   ( ) Não, não muito   ( ) Sim, com certeza
C40a. O (a) senhor (a) se sente satisfeito (a) com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o tratamento de seu familiar no CAPSad? (ex: porta fechada, ausência de interrupção durante conversas com o profissional.)   ( ) Muito insatisfeito   ( ) Mais ou menos   ( ) Satisfeito   ( ) Insatisfeito   ( ) Muito satisfeito

C40b. 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 CAPSad?		
( ) Muito insatisfeito	( ) Mais ou menos	( ) Satisfeito
( ) Insatisfeito		( ) Muito satisfeito
C41. De maneira geral, como o (a) senhor (a) classificaria a recepção da equipe do CAPSad?		
( ) Nada amigável	( ) Mais ou menos amigável	( ) Amigável
( ) Não muito amigável		( ) Muito amigável
C42. No momento em que o (a) senhor (a) e/ou o seu familiar entrou em contato com o CAPSad, tinha conhecimento de outros serviços/atendimentos disponíveis na comunidade?		
(1) Sim	(3) Não tenho certeza (pule para 45)	
(2) Não (pule para 45)	(4) Não sei (pule para 45)	
C43. Se sim, quais eram as opções?		
(1) Hospital Psiquiátrico	(4) Hospital geral	
(2) Grupo em Posto de Saúde	(5) Comunidade terapêutica	
(3) Grupo de apoio	(999) Outros _____	
C44. Existindo outras opções de serviço, por que o (a) senhor (a) e seu familiar escolheram o CAPSad? (Marcar até 3 opções)		
(1) Ele/ela já tinha estado lá no passado		
(2) O serviço foi muito recomendado por alguém		
(3) Conheci alguém que fazia tratamento lá		
(4) Confiamos na instituição/pessoa de referência		
(5) A localização é muito conveniente		
(6) Estava dentro de nossas possibilidades financeiras		
(7) Não tivemos outra escolha		
(8) Serviço mais indicado		
(998) Não sei ( ) Outro (especificar) _____		
C45. No seu entendimento, qual a competência e conhecimento da pessoa que o atendeu/atende no CAPSad?		
(1) Muito incompetente	( ) Mais ou Menos	(3) Competente
(2) Incompetente		(4) Muito competente
C46. Em geral, como o (a) senhor (a) classificaria o grau de competência da equipe do CAPSad?		
( ) Muito incompetente	( ) Mais ou Menos	( ) Competente
( ) Incompetente		( ) Muito competente

C47. O (a) senhor (a) participou de alguma decisão relacionada ao planejamento e/ou realização de atividades no CAPSad?		
( ) Nunca (Pular para 50)	( ) Às vezes	( ) Frequentemente
( ) Raramente	( ) Muito frequentemente	
C48. O senhor acha que suas opiniões e pontos de vista acerca do planejamento e/ou realização de atividades no serviço foram levados em consideração?		
( ) Nunca	( ) Às vezes	( ) Frequentemente
( ) Raramente	( ) Muito frequentemente	
C49. O (a) senhor (a) está satisfeito com sua participação no planejamento e/ou realização de atividades no CAPSad?		
( ) Muito insatisfeito	( ) Mais ou menos	( ) Satisfeito
( ) Insatisfeito	( ) Muito satisfeito	
C50. O (a) senhor (a) participou de alguma decisão relacionada à avaliação das atividades no CAPSad?		
( ) Nunca (Pular para 53)	( ) Às vezes	( ) Frequentemente
( ) Raramente	( ) Muito frequentemente	
C51. O senhor (a) sente que suas opiniões e pontos de vista referentes à avaliação das atividades foram levados em consideração?		
(1) Nunca (Pular para 53)	(3) Às vezes	(4) Frequentemente
(2) Raramente	(5) Muito frequentemente	
C52. O senhor(a) ficou satisfeito com sua participação neste processo de avaliação?		
(1) Muito insatisfeito	(3) Mais ou menos	(4) Satisfeito
(2) Insatisfeito	(5) Muito satisfeito	
C53. O (a) senhor (a) acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no CAPS?		
( ) Não, de forma alguma	( ) Mais ou menos	( ) Sim, de alguma forma
( ) Não, não muito	( ) Sim, com certeza	
C53a. Como você classificaria, de um modo geral, a qualidade do serviço que seu familiar recebeu?		
( ) Péssima	( ) Mais ou menos	( ) Boa
( ) Ruim	( ) Excelente	
C54. Como o (a) sr (a) se sente em relação ao tempo dedicado ao seu familiar?		
(1) muito insatisfeito		
(2) moderadamente insatisfeito	(5) um pouco satisfeito	
(3) um pouco insatisfeito	(6) moderadamente satisfeito	
(4) nem satisfeito nem insatisfeito	(7) muito satisfeito	

64. Suponhamos que seu familiar precisasse novamente de ajuda, o (a) senhor (a) o traria novamente a este CAPSad? (1) Não, de forma alguma (3) Talvez (4) Sim, acho que sim (2) Não, acho que não (5) Sim, com certeza			
65. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda semelhante, o (a) senhor (a) o encaminharia a este CAPSad? (1) Não, de forma alguma (3) Talvez (4) Sim, acho que sim (2) Não, acho que não (5) Sim, com certeza			
66. De maneira geral, qual é o seu grau de satisfação com relação aos cuidados que seu familiar recebeu no CAPSad? ( ) Muito insatisfeito ( ) Nem satisfeito, nem insatisfeito ( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito satisfeito			
67. Do que o (a) senhor (a) mais gostou neste serviço? (1) Atendimento (5) Atividades (2) Estrutura física (6) Colegas do grupo (3) Horários (7) Relacionamento com a equipe (4) Regime terapêutico (8) Assembleias (999) Outro _____			
68. Qual é o aspecto que o (a) senhor (a) menos gostou neste serviço? (1) Atendimento (5) Atividades (2) Estrutura física (6) Colegas do grupo (3) Horários (7) Relacionamento com a equipe (4) Regime terapêutico (8) Assembleias (999) Outro _____			
69. Em sua opinião, este serviço poderia ser melhorado? (1) Sim (2) Não (998) Não sei			
70. Se sim, de que forma? _____ _____			
AGORA LHE FAREI ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DE SEU FAMILIAR			
Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer: “Desde que ____ (Nome) começou a se tratar aqui .....dele(a) está(ão).....”			
	Pior do que antes	Sem mudanças	Melhor do que antes
1. Os problemas pessoais	(0)	(1)	(2)
2. O humor	(0)	(1)	(2)
3. A estabilidade das emoções	(0)	(1)	(2)
4. O sentimento de confiança em si próprio	(0)	(1)	(2)

5. O sentimento de interesse pela vida	(0)	(1)	(2)
6. A capacidade de suportar situações difíceis	(0)	(1)	(2)
7. O apetite	(0)	(1)	(2)
8. A energia (disposição para fazer as coisas)	(0)	(1)	(2)
9. O sono	(0)	(1)	(2)
10. A saúde física (Dores, tremores)	(0)	(1)	(2)
11. A sexualidade (satisfação sexual)	(0)	(1)	(2)
12. A convivência com a família	(0)	(1)	(2)
13. A convivência com os amigos ou amigas	(0)	(1)	(2)
14. A convivência com as outras pessoas	(0)	(1)	(2)
15. O interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade	(0)	(1)	(2)
16. As atividades de lazer (as coisas que ele gostava de fazer)	(0)	(1)	(2)
17. As tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	(0)	(1)	(2)
18. A capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	(0)	(1)	(2)
Impressão geral: Finalizando, eu gostaria de saber se: 19. Desde que____ (Nome) começou a se tratar no____(Nome do local), em geral, ele(a) está	(0)	(1)	(2)

Agradecimento ao familiar

ANEXO 6 – Autorização para utilização dos instrumentos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu, Professora Doutora **Luciane Prado Kantorski** vinculada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, coordenadora do Projeto de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II **autorizo** a Professora Doutora **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, pesquisadora responsável principal pelo projeto intitulado “Avaliação dos CAPS ad do Estado de São Paulo e Minas Gerais”, o qual pertence ao Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (GEADDEUSP), composto por alunos de graduação e pós-graduação, professores e profissionais da área de Saúde, a utilizar os instrumentos de coleta de dados aplicados aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares com o objetivo de adaptação e aplicação nessa mesma população do referido projeto. Solicito que nas publicações derivadas do referido projeto quando os resultados forem obtidos a partir dos questionários do CAPSUL (em versão original ou adaptada) seja feita explícita referência a utilização dos instrumentos.

Luciane Prado Kantorski

Coordenadora do Projeto de

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II

ANEXO 7 – Projeto terapêutico institucional do serviço.

2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPSAD RENASCER

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPSAD RENASCER é um serviço vinculado ao Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Professor Cantídio de Moura Campos, sob a Gerência do Núcleo de Atenção Integral à Saúde – NAIS.

Localiza-se à Rua Úrsula Camargo de Barros, nº265, Jardim Paraíso, local de fácil acesso por transporte coletivo municipal e também, para os pacientes de outros municípios, que são trazidos pelas frotas das diversas Secretarias Municipais de Saúde.

O CAPSAD iniciou seus trabalhos em janeiro de 2007, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental expressa na Lei nº. 10. 216 de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e regulamentada pela Portaria GM/MS 336/ 2002, que define as normas de funcionamento dos CAPS.

Trata-se de um serviço especializado no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, de abrangência regional, que disponibiliza assistência preferencialmente aos trinta municípios, das regiões de Avaré e de Botucatu, o que corresponde a aproximadamente 587.655 mil habitantes (IBGE/2007), abrangidos pela Direção Regional de Saúde - DRS VI – Bauru.

Missão

Ser um serviço de referência regional, que fundamenta sua proposta técnica na implementação de políticas públicas de Saúde Mental vigentes, em consonância com os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de acordo com as diretrizes organizacionais do SUS, oferecendo atendimentos individuais e em grupos, com equipe multiprofissional e abordagem interdisciplinar, para o tratamento de transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, objetivando a reabilitação e a reinserção psicossocial.

Características Gerais

Serviço ambulatorial de média complexidade da rede SUS, especializado na abordagem e tratamento das dependências químicas, álcool e outras drogas.

O CAPSAD oferece diferentes abordagens terapêuticas, dependendo da avaliação inicial, quando o usuário será admitido em uma das três modalidades de atenção, intensiva, semi-intensivo ou não intensiva, que são distribuídas em turnos de quatro ou de oito horas por dia. A modalidade Intensiva destina-se aos usuários em estado de intenso sofrimento físico e psíquico pelo uso abusivo e sistemático de álcool e/ou outras drogas, graves situações de risco social e com significativas fragilidades nas relações familiares. A

atenção semi-intensiva é voltada para pacientes em situação de sofrimento físico e psíquico relevante pelo uso e abuso de substâncias psicoativas, em risco social e sérios desgastes das relações familiares. A assistência não intensiva é destinada aos usuários de álcool e/ou outras drogas que apresentam sofrimento psíquico moderado, com alguma preservação de vínculos sociais, familiares, e às vezes laborais. Os usuários do CAPSAD transitam pelas modalidades de atenção supracitadas, de acordo com suas necessidades biopsicossociais e laborais, avaliadas e discutidas pela equipe técnica e pactuadas com eles e seus familiares, sempre que possível. A forma de inclusão no serviço determina a quantidade de refeições que receberá no CAPSAD:

- Turno de quatro horas: uma refeição diária;
- Turno de oito horas: três refeições diárias.

Capacidade

Modalidade Intensiva: ocorre 04 vezes por semana no mínimo, e no máximo com 22 frequências/mês (procedimentos SIA/SUS), para 40 pacientes/mês;

Modalidade Semi-intensiva: até 3 vezes/semana, máximo de 12 frequências/mês (procedimentos SIA/SUS), para 60 pacientes/mês;

Modalidade não intensiva: a frequência é de 01 vez por semana ou no máximo de 03 frequências/ por mês (procedimentos SIA/SUS), para 90 pacientes/mês.

Horário de Trabalho

O CAPSAD funciona de segunda a sexta-feira, das 7:30 às 18:00 horas, podendo funcionar até às 21:00 horas, caso haja necessidade. As sextas-feiras, acontecem as reuniões de equipe técnica das 8:00 às 14:00 horas, quando ocorrem as discussões dos casos clínicos, atividades de matriciamento interserviços de saúde mental, outros serviços do CAIS Cantídio e os profissionais de referência em Saúde Mental nos 30 municípios das macro regiões de Avaré e de Botucatu. É também, um espaço de integração e de construção coletiva de saberes sobre a atenção integral em álcool e outras drogas com os 30 municípios e a faculdade de Medicina de Botucatu, através do Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia.

Desenvolvimento

As abordagens terapêuticas oferecidas pelo CAPSAD baseiam-se na estratégia de Redução de Danos e de Abstinência, de acordo com a disponibilidade e as vulnerabilidades do usuário e as possibilidades terapêuticas avaliadas tecnicamente em equipe e em conjunto com o paciente, e que estão integradas aos serviços de saúde municipais e a rede de apoio instalada.

O início do tratamento acontece de forma gradativa, iniciando pelo Grupo de Acolhimento, que consiste em um dispositivo utilizado

por este serviço para tentar amenizar a falta de adesão dos usuários ao tratamento, bem como ajudá-lo no processo de motivação tendo como facilitador a escuta livre.

Após dois encontros, o paciente que quer se tratar, é encaminhado para Triagem, que através de uma entrevista estruturada e uma escuta individualizada, será avaliado a demanda de cada caso e pactuado com o paciente o seu Projeto Terapêutico Individual, o PTI. Este PTI deverá ser seguido durante o tratamento e poderá ser alterado conforme a evolução do caso.

O projeto terapêutico busca minimizar fatores de risco, reforçando estratégias de autoproteção e fortalecimento pessoal, contemplando atitudes mais proativas e flexíveis frente às recaídas, oferecendo ao usuário e familiares. As seguintes modalidades terapêuticas: Grupo de Acolhimento, Triagem, Grupo de Apoio para Alcoolistas, Grupo de Apoio para Usuários de Drogas, Oficinas de Artesanato, Culinária e de Autocuidados, Assembleia Geral do CAPSAD, Grupo de Ação, Grupo de Manutenção, Grupos Esportivos de Natação e de Caminhada, Terapia Ocupacional, Atendimento Individual, Psicoterapia Individual, Consulta Médica Clínica e Psiquiátrica, Visitas Domiciliares e Atividades Culturais internas como o Grupo Cultural e o Cine Pipoca e de Lazer, além de atividades externas, como passeios e excursões.

Qualquer paciente sob efeito agudo de álcool e/ou drogas será atendido individualmente por um profissional da equipe.

Agendamento

O CAPSAD – Renascer acolhe a 100% da demanda, referenciada ou espontânea, certificando-se quanto à natureza da procura, se é um caso novo ou reincidente. Toda procura é acolhida e caso não seja uma urgência, o paciente é agendado para um dos Grupos de Acolhimento.

O agendamento também poderá ser realizado por telefone.

Em casos de urgência, a Triagem acontece no mesmo dia. O funcionário responsável pela recepção registra as informações sobre a solicitação de tratamento: nome completo, um telefone de contato e município de residência do solicitante, e será agendado dia e horário para comparecimento ao serviço.

Todo paciente recebe um cartão onde é anotado seu nome, a data do retorno e hora, é também orientado quanto à documentação necessária (CIC, RG, CARTÃO SUS e comprovante de endereço) para registro no CAPSAD. Nenhum paciente deixa de ser atendido por falta de documentos, nesse caso é solicitado a ele que os traga no retorno agendado e caso não os tenha, é orientado como e onde tirá-los.

Triagem

Realizada pela equipe técnica do CAPSAD.

Do Paciente

Paciente deve comparecer ao CAPSAD no dia e horário marcados, portando os documentos solicitados.

Do CAPSAD

- Acolher aos pacientes identificando-se enquanto profissional;
- Fazer o acolhimento humanizado de todos que procuram o serviço;
- Realizar coleta de dados de identificação do paciente;
- Realizar entrevista técnica (triagem ou retriagem) de forma acolhedora;
- Fornecer orientações quanto ao funcionamento do serviço, as modalidades de atenção disponíveis oficinas terapêuticas em funcionamento e as normas gerais do CAPSAD;
- Informar ao NAME os dados de identificação do paciente para fins de recebimento do prontuário e nº de registro no CAIS Cantídio;
- Preencher identificação no formulário de APAC;
- Realizar avaliação pelo médico clínico;
- Realizar avaliação pelo médico psiquiatra.
- Discutir com o paciente seu Projeto Terapêutico Individual – PTI.
- Informar ao paciente sobre as datas e horários para início da participação nas atividades.

Dos 30 Municípios das Regiões de Avaré e de Botucatu

- Responsabilizar-se pelo transporte do paciente e familiares até o CAPSAD, e o retorno dos mesmos ao final das atividades.
- Responsabilizar-se pela realização de exames laboratoriais solicitados pelos profissionais médicos, disponibilizando os resultados para o CAPSAD, através do próprio paciente ou da forma que o município achar conveniente.
- Discutir com equipe técnica do CAPSAD casos clínicos em Dependência Química e pactuar ações.
- Disponibilizar serviço de acolhimento e/ou tratamento para contra referência quando da alta do paciente.

Projeto Terapêutico Individual (PTI)

Elaborado por um dos técnicos da equipe com o paciente, o PTI servirá para nortear o trabalho terapêutico no CAPSAD e deverá ser alterado de acordo com a evolução do caso.

Os técnicos da equipe do CAPSAD estão subdivididos em 3 miniequipes que são referências para um número de pacientes, sendo que cada paciente tem um profissional que é sua referência dentro das miniequipes. Estas miniequipes devem trabalhar de forma intersetorial com os recursos dos municípios atendidos, sendo o apoio matricial um recurso importante do trabalho.

Rotinas de Enfermagem

Horário de verificação de PA e HGT ocorrem de acordo com a demanda; 10h – 10:30h ----- 16h às 16:30h. (As intercorrências serão avaliadas.)

Repouso:

- SSVV (Sinais Vitais) – 1 vez em cada período ou de acordo com a prescrição médica;
- Cuidados de enfermagem com venóclise;
- CCGG (Cuidados Gerias) – higienização;
- Mudança de decúbito;
- Limpeza do leito;
- Retirar roupas sujas e encaminha-las ao expurgo;

Posto de Enfermagem

- Controle de materiais esterilizados;
- Realização de inalação prescrita;
- Realização de desinfecção de máscaras de inalação;
- Realização de pequenos curativos;
- CCGG (Cuidados gerais);
- Realização de anotações de enfermagem nos prontuários.
- Organizar roupas do quarto de desintoxicação;

Encaminhamentos

- De acordo com escala estabelecida pela enfermeira;
- Levar carta de encaminhamento;
- Acompanhar o paciente até a chegada de familiares ou a internação;

Roupas sujas

São retiradas em hamper no final de cada plantão e armazenadas no expurgo, sendo recolhidas e encaminhadas ao CAIS Cantídio sempre que necessário.

Roupas limpas

- Solicitadas à lavanderia do CAIS Cantídio quando necessário e armazenadas em armário próprio para este fim, no CAPSAD.

Medicação

- Horário de medicação: 2ª à 5ª feira – 10:30h, 12:00h, 15:30h e 17:00h. Exceções serão avaliadas.
- Medicação será fornecida de acordo com a demanda do paciente. Fornecida pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica do CAIS Cantídio, através do envio de receitas as segundas e quintas-feiras e são armazenadas em um pequeno estoque no CAPS-AD e separadas diária, quinzenal ou mensalmente, conforme PTI do paciente. Os medicamentos de alto custo são fornecidos pela Farmácia de auto custo situada na UNESP, as

medicações clínicas são fornecidas pelas UBS's e as medicações psicotrópicas fornecidas pela farmácia do CAIS.

- Orientações quanto à posologia das medicações;
- Controle de estoque de medicamentos;

A farmacêutica responsável é lotada na Farmácia do CAIS Cantídio, de onde distribui através de formulários e mapas de controle de medicamentos para cada Núcleo de Atenção Integral a Saúde – NAIS I.

Controle das medicações psicotrópicas e clínicas em estoque.

A separação da medicação é feita de acordo com o PTI do paciente.

Orientação quanto à posologia da medicação.

OBS: Auxiliares de enfermagem executam outras funções que não suas atividades técnicas ex: oficineira, recepção, etc.

Recepção

- Separar e guardar prontuários para atendimentos médicos;
- Realizar o agendamento;
- Prestar orientações gerais e quando da solicitação de exames de sangue, o pedido – SADT - é entregue ao paciente para que colha em unidade de saúde de referência. Os resultados dos exames deverão ser trazidos ao CAPS-AD pelo paciente.

Colocar data da próxima consulta e PTI dos pacientes na prescrição médica (a lápis);

Material de Consumo

Fornecido pelo CAIS através de solicitação feita mensalmente via planilha padronizada pelo NGC do CAIS Cantídio. Os materiais ficam armazenados em local específico para cada tipo, tais como escritório, higiene, limpeza e enfermagem, sendo de responsabilidade do Diretor do NAIS.

Alimentação

A alimentação é integral, fornecida pelo CAIS Cantídio através de solicitação semanal de gêneros alimentícios não perecíveis e perecíveis, a entrega dos pães e refeições é diária, e fica sob a responsabilidade do Núcleo de Nutrição e Dietética - SND.

O CAPSAD oferece aos pacientes o número de refeições previstas na Portaria GM 336/02.

Diariamente todas as refeições são anotadas num livro de controle, que fica na copa sob a responsabilidade da funcionária do setor, que contém as seguintes informações: número de refeições fornecidas no dia, número e nome dos pacientes que almoçaram no CAPSAD, número de refeições que (se) faltaram e que (se) sobraram. Durante a passagem de plantão, a equipe conversa sobre

as refeições do dia e sobre qualquer alteração no número delas é feita através de contato com o SND do CAIS.

No CAPS, os insumos para a preparação dos lanches também são enviados pelo CAIS Cantídio e o preparo dos mesmos é realizado por funcionária do setor da copa (auxiliar de serviços gerais ou equivalente) e são disponibilizados nos horários previstos.

Quando são programados passeios e algumas comemorações extras, pelos usuários e funcionários, os pedidos específicos são feitos ao SND com antecedência de no mínimo 10 dias, porém todos esses eventos constam do planejamento semestral/anual de festas e passeios elaborados pela equipe técnica do CAPSAD, com as sugestões e aprovação dos pacientes registrada em Ata de Assembleia Semanal de Pacientes e Funcionários do CAPSAD Renascer, e encaminhada para a Gerência do SND do CAIS Cantídio, que avaliará a proposta e retornará ao serviço, com o planejamento final dos variados eventos e o cardápio elaborado.

Qualquer demanda extra é analisada individualmente de acordo com o PTI do paciente, com as possibilidades do serviço e do SND, objetivando o melhor atendimento possível, porém cuidando para que não ocorram desperdícios.

Passagem de Plantão

Realizada diariamente no horário da troca de funcionários, entre às 12:30 e 13:30 horas, com duração aproximada de uma hora, tendo como objetivo manter a continuidade das atividades assistenciais, assim como a apresentação e a discussão pela equipe, dos casos novos e dos já em acompanhamento que se fizerem necessários. As discussões mais aprofundadas elaboradas pela equipe acontecem às sextas-feiras na Reunião de Equipe Técnica.

Atividades Desenvolvidas

As atividades que compõem a grade básica do CAPS objetiva possibilitar a reabilitação psicossocial dos pacientes, que consiste na restituição plena dos direitos, das capacidades físicas e psíquicas, das vantagens e responsabilidades, que esses indivíduos tinham ou poderiam ter e para tanto, envolvem uma série de outros desdobramentos necessários, de acordo com o PTI.

- Atendimento Individual: nas diversas especialidades (assistência social, médico, enfermeiro, psicológico.) acolhimento e atendimento referências;
- Atendimento em Grupos: acolhimento, apoio, temático, família, ação, manutenção, oficinas terapêuticas e grupo cultural;
- Atendimento Familiar: em grupo ou individual de acordo com a necessidade do caso;
- Atividades Comunitárias: enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção social, através do trabalho Inter

setorial do CAPSAD com outros setores parceiros: esportes, cultura, SENAI, SENAC, ONGs, etc;

- Discussão de Casos: tem como objetivo aprofundar a compreensão dos casos discutindo e avaliando o projeto terapêutico de cada paciente. Deverá acontecer semanalmente em dia e horário pré-agendado, com a participação de toda a Equipe.
- Visita Domiciliar: ocorre mediante necessidade do caso, objetivando ampliar a compreensão dinâmica e qualificar as ações da equipe.
- Atividade de Supervisão/Ensino e Pesquisa: é um serviço aberto para realização de estágios de alunos de graduação, pós-graduação e pesquisa.
- Reunião de Equipe: objetiva planejar e avaliar os trabalhos realizados quanto à dinâmica e rotina. Deverá acontecer semanalmente, em dia e horário pré-agendado com a participação de toda a Equipe.
- Articulação com Serviços da Comunidade: os contatos com outros serviços serão feitos pelos profissionais do CAPSAD, de acordo com suas referências, nas reuniões de matriciamento com os serviços disponíveis nos municípios de origem, objetivando que o usuário se beneficie dos recursos comunitários.

Atribuições dos Cargos

Agente Estratégico de Saúde – Programa Municipal de DST/AIDS de Botucatu em parceria com o CAPSAD:

- Abordar questões relativas ao uso e abuso de álcool e outras drogas e a prevenção às DST/AIDS/Hepatites Virais, junto à equipe do CAPSAD, às UBS e PSF e Equipe Municipal de Saúde Mental, considerando as características e os objetivos do trabalho com matriciamento e rede em saúde mental no acompanhamento de indivíduos e grupos sociais;
- Participar de atividades com os usuários do CAPSAD, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de agravos, de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas no CAPSAD, nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- Acompanhar famílias e indivíduos, de acordo com as orientações e necessidades definidas pela equipe do CAPSAD.

Oficineiro – CAPSAD II

- Manusear materiais expressivos e/ou artísticos;
- Orientar na prática grupos de pacientes, para a realização das diversas atividades de artesanato oferecidas, de acordo com o Projeto Terapêutico Individual – PTI - elaborado pela equipe técnica por cada paciente;
- Realizar Oficinas tendo conhecimento sobre os recursos a serem utilizados para o desenvolvimento das atividades propostas.

Assistente Social – CAPSAD II

- Acolher aos pacientes identificando-se, apresentar o serviço e orientar sobre os primeiros procedimentos a serem realizados; aplicar questionário de triagem buscando conhecer aspectos principais do caso novo;
- Prestar atendimento individual ou em grupos de tratamento, aplicando os conhecimentos de serviço social, visando discutir demandas que auxiliem na sua reabilitação social;
- Intervir pontualmente conforme demanda do caso, realizando encaminhamento se necessário;
- Visitas domiciliares quando identificado à necessidade;
- Participar nos estudos e discussões de casos junto à equipe da unidade, contribuindo com a elaboração e/ou aprimoramento do PTI.
- Participar com a equipe multiprofissional no processo de alta do paciente, objetivando o retorno do mesmo ao meio familiar em condições adequadas;
- Promover e organizar a atualização do cadastro dos recursos comunitários, com vistas a sua democratização e facilidade de acesso dos pacientes aos mesmos;
- Contribuir nas atividades de recepção e agenda quando necessário e manter contato com serviços da rede de assistência para suporte no tratamento;
- Manter o contato com familiar para suporte no tratamento e realizar atividades de referência terapêutica;
- Coordenar grupos com familiares e/ou acompanhantes, com o objetivo orientar e ajudar a família na sua reestruturação frente a situação do tratamento;
- Prestar orientações a pacientes e familiares quanto aos benefícios assistenciais e de previdência e acompanhar pacientes em atividades recreativas extra CAPS;
- Atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos, seguindo proposta do serviço;
- Participar na formulação e execução dos programas promovendo e divulgando os meios profiláticos, preventivos e assistenciais;
- Realizar ações individuais e coletivas na vigilância educação e cidadania;
- Participar do planejamento e contribuir com sugestões ao superior, nas atividades desenvolvidas na instituição por

estagiários e voluntários de acordo com a legislação e normas do conselho de classe;

- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade, associadas à sua especialidade e ambiente organizacional;
- Capacitação da equipe;
- Realizar atividades de apoio matricial e discutir com a equipe casos e projetos terapêuticos;
- Atuar como supervisor de campo para graduandos de Serviço Social;
- Buscar estar constantemente em processo de aprimoramento dos seus conhecimentos através de curso, seminários e congressos pertinentes à área de saúde mental e Serviço Social;

Auxiliar de Enfermagem – CAPSAD II

- Exercer atividades de nível médio, de naturezas repetitivas, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem, sob supervisão;
- Participar em nível de execução simples em processos de tratamento, observando, reconhecendo e descrevendo sinais e sintomas;
- Participar de atividades de educação em saúde;
- Auxiliar o enfermeiro na execução deste programa;
- Encaminhar o paciente ao banho ou promover o banho no leito;
- Realizar mudança de cúbito, trocar roupas;
- Realizar anotações no prontuário;
- Acompanhar e transportar pacientes;
- Atendimentos às famílias;
- Integrar e participar de reuniões de equipes;
- Atuar em equipe multiprofissional;
- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidades, associadas à sua especialidade em ambiente organizacional;
- Participar de grupos terapêuticos;
- Realizar atividades de referência terapêutica;
- Prestar assistência de enfermagem como administração de medicação injetável conforme prescrição médica;
- Supervisão de medicação oral, bem como à administração nos horários em que o paciente encontra-se no serviço;
- Observar o paciente no leito quanto à higiene, venoclise caso esteja instalado, sinais e sintomas de abstinência, agitação, delírios, alucinações; e anotar em prontuário;
- Visitas domiciliares para administração de medicação aos pacientes que no momento não apresente condições de ir ao serviço, a pacientes faltosos, ou que apresentem algum risco de inaderência ou uso abusivo à medicação;
- Orientação familiar quanto a posologia de medicação.
- Acolher o paciente, identificando-o, apresentando-se e explicando os procedimentos a serem realizados;

Enfermeiro – CAPSAD II

- Acolher o paciente, identificando-o, apresentando-se e explicando os procedimentos a serem realizados;
- Supervisionar a equipe de enfermagem;
- Participar da elaboração de protocolos de assistência e atuar em equipe multiprofissional;
- Participar do planejamento das atividades a serem desenvolvidas, na instituição;
- Supervisionar, orientar e desenvolver serviços de enfermagem aos pacientes de álcool e drogas;
- Executar tarefas associadas a sua especialidade e ambientes organizacionais;
- Discutir com a equipe casos e projetos terapêuticos;
- Visitas domiciliares;
- Prestar assistência de enfermagem como administração de medicação injetável conforme prescrição médica;
- Realizar encaminhamentos quando não for da competência do CAPSAD;
- Participar de grupos terapêuticos;
- Realizar atividades de referência terapêutica;
- Contribuir nas atividades de recepção e agendamento quando necessário;
- Supervisão de medicação oral, bem como a administração nos horários em que o paciente encontra – se no serviço;
- Observar o paciente no leito quanto à higiene, venóclise caso esteja instalado, sinais e sintomas de abstinência, agitação, delírios e alucinações;
- Orientar quanto à patologia, sinais e sintomas de abstinência, sobre a medicação em uso, efeitos esperados e colaterais;
- Orientação familiar.
- Realizar atendimento, triagem, avaliação e acompanhamento do paciente;

Médico Clínico Geral – CAPSAD II

- Acolher o usuário, identificando-o, apresentando-se e explicando os procedimentos a serem realizados;
- Atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e familiares, realizando clínica ampliada;
- Realizar atendimento, triagem, avaliação e acompanhamento do paciente;
- Emitir atestados;
- Visitas domiciliares;
- Realizar encaminhamentos quando não for da competência do CAPS;
- Articular recursos intersetoriais disponíveis para diminuição dos agravos à saúde dos pacientes;

- Participar do planejamento das atividades a serem desenvolvidas na instituição;
- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade, associadas à sua especialidade e ambiente organizacional;
- Orientação familiar;
- Participar de grupos terapêuticos;
- Triagem, avaliação e acompanhamento nos casos de desintoxicação e tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas bem como comorbidades psiquiátricas;

Médico Psiquiatra – CAPSAD II

- Acolher os pacientes, identificando-o, apresentando-se e explicando os procedimentos a serem realizados;
- Atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e familiares, realizando clínica ampliada;
- Visitas domiciliares;
- Realizar atendimento ao paciente;
- Emitir atestados e laudos;
- Realizar encaminhamentos;
- Articular recursos intersetoriais disponíveis para diminuição dos agravos à saúde dos pacientes;
- Participar do planejamento das atividades a serem desenvolvidas na instituição;
- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade, associadas a sua especialidade e ambiente organizacional;
- Triagem, avaliação e acompanhamento nos casos de desintoxicação e tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas bem como co-morbidades psiquiátricas;
- Discutir com a equipe casos e projetos terapêuticos;
- Orientação familiar;
- Visitas domiciliares.
- Participar de grupos terapêuticos;

Psicólogo – CAPSAD II

- Acolher e escutar o paciente, chamando-o pelo nome, apresentando-se e explicando os procedimentos a serem realizados;
- Planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades de assistência do usuário de álcool e outras drogas;
- Elaborar com equipe multiprofissional, ações que visem atender integralmente as necessidades dos usuários;
- Discutir com a equipe casos e projetos, auxiliando na elaboração de projetos terapêuticos singulares, ampliando desta forma, a clínica;
- Intervir terapeuticamente com técnicas específicas nas mais diversas modalidades de atendimento individuais e grupais,

acompanhamento terapêutico, entre outras, visando sempre o cuidado, a autonomia e a atenção psicossocial aos pacientes;

- Visitas domiciliares;
- Desenvolver projetos no território, buscando outras “settings” para ações terapêuticas, que tenham por objetivo a ampliação da clínica e a (re)inserção familiar, social e laboral do paciente;
- Estimular e auxiliar na criação de espaços de convivência para pacientes e familiares;
- Executar outras tarefas essenciais ao funcionamento do serviço, associadas à sua especialidade e ambiente organizacional;
- Contribuir nas atividades de recepção e agendamento de consultas quando necessário;
- Capacitação da equipe;
- Realizar atividades de apoio matricial;
- Orientação familiar;
- Participar de grupos terapêuticos;
- Realizar atividades de “referência terapêutica”;

Recepcionista – CAPSAD II

- Atender ao público em geral com presteza, por telefone ou pessoalmente, ouvindo, orientando e encaminhando ao atendimento, por tipo de solicitação;
- Registrar e dar encaminhamento às reclamações;
- Agendar consultas;
- Localizar prontuários e fichas de atendimento atualmente sendo realizado por auxiliares de enfermagem.

Técnico Administrativo – CAPSAD II

- Orientar os serviços quanto às normas disciplinares e as rotinas de funcionamento da Unidade;
- Executar atividades pertinentes à área de Pessoal (controle de frequência, férias, folgas e faltas);
- Zelar pela manutenção e conservação e uso adequado dos materiais e equipamentos da secretaria de que faz uso;
- Participar de reuniões de trabalho, alimentar o sistema de informações de saúde;
- Receber e enviar correspondência e documentos;
- Realizar atividades de referência terapêutica;
- Contribuir nas atividades de recepção e agendamento quando necessário;
- Verificar o conteúdo e a finalidade de documentos em geral a fim de organizar informações, protocolar, cadastrar, arquivar, elaborar e digitar textos, correspondências, relatórios e outros documentos;
- Tirar cópias, receber e passar fax;
- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade associadas a sua especialidade;
- Realizar todas as tarefas relacionadas ao faturamento.

- Receber todos os materiais (permanentes ou de consumo) conferir e testar quando for equipamento eletrônico;

Terapeuta Ocupacional – CAPSAD II

- Acolher o paciente, identificando-o, apresentando-se e explicando os procedimentos a serem realizados;
- Elaborar com a equipe multiprofissional, ações que visem atender integralmente as necessidades dos pacientes;
- Discutir com a equipe casos e projetos terapêuticos;
- Visitas Domiciliares;
- Estimular e auxiliar na criação de espaços de convivência para pacientes e familiares;
- Facilitar o acesso e participação dos pacientes e seus familiares no processo de tratamento, incentivando o auto cuidado e as práticas de educação em saúde;
- Planejar, organizar, coordenar e avaliar oficinas terapêuticas;
- Realizar avaliação terapêutica ocupacional dos pacientes, sempre que necessário;
- Realizar acompanhamento terapêutico, programar, estruturar e direcionar atividades de acordo com o interesse e demanda dos pacientes;
- Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias.
- Participar de grupos terapêuticos;
- Realizar atendimento de referência terapêutica;
- Realizar assistência com base no conceito da clínica ampliada (equipes de referência e apoio matricial) discutindo com a equipe casos e projetos e auxiliando na elaboração de projetos terapêuticos singulares;
- Contribuir para a integração com a rede de Serviços de Saúde local e regional;
- Contribuir nas atividades de recepção e agendamento de consultas quando necessários.