**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RONÉDIA MONTEIRO BOSQUE

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

**São Paulo
2017**

RONÉDIA MONTEIRO BOSQUE

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

Versão corrigida da 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 Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

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

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
OS 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

Bosque, Ronédia Monteiro

Avaliação dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas do
estado do Amapá/ Ronédia Monteiro Bosque. São Paulo, 2017.
180p.

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

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

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de
Álcool. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Serviços de Saúde
Mental. I. Título.

Nome: Ronédia Monteiro Bosque

Título: Avaliação dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas do estado do Amapá

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem 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

A todos os usuários e familiares dos CAPSAd do Estado do Amapá, que durante as entrevistas compartilharam comigo suas histórias de vida, seus sofrimentos e alegrias. Muito obrigada pelo tempo e atenção disponibilizada e por me ensinarem o que realmente devemos valorizar nesta vida.

Aos meus pais, Aldenor (in memorian) e Conceição Bosque, por serem exemplo de pessoas guerreiras, que mesmo com todas as dificuldades conseguiram vencer e proporcionar o melhor aos filhos. Todo meu amor e gratidão a vocês, meus amados pais. Espero representar para meus filhos, pelo menos um pedaço do que vocês representam para mim.

Ao meu marido Augusto que desde o início me fez acreditar que eu seria capaz e conseguiria chegar ao final dessa jornada, que me tranquilizava nos momentos de saudade, e principalmente por ter me ajudado a construir o maior “bem” que eu possuo: nossa família!

Obrigada por me fazer feliz sempre! Amo-te

E por fim a eles, meus pequenos e amados filhos, Murilo e Antônio, que são minha fonte de energia. É por eles, e para eles que busco sempre a perfeição, a ser sempre uma pessoa melhor. Espero que eles se tornem homens “do bem”, que se sintam sempre amados e que espalhem esse amor por onde forem.

Agradecimentos

Meus agradecimentos a todos os trabalhadores, usuários e familiares que me receberam e disponibilizaram seu tempo para este estudo.

*Aos residentes **Flavia Layana, Tarine Barbosa e Renan Machado** e a amiga **Renata Kellen**, que foram a campo auxiliar na coleta de dados.*

*Ao colegiado do curso de Educação Física da UNIFAP, em nome do meu amigo **Dilson Belfort**. Obrigada por todo incentivo e momentos de discussões sobre diversas temáticas que auxiliaram na construção deste estudo.*

*Aos meus colegas do Dinter, em especial a querida amiga **Nelma Nunes da Silva**, a qual dividimos várias angústias, tristezas e alegrias durante essa jornada. Meu muito obrigada, minha amiga, por todo apoio que você me deu. “Tamo junto compa”.*

*Aos colegas que fiz em São Paulo, em especial à **Rosana Ribeiro e Heloisa Claro**, que estavam sempre disposta a responder as dúvidas que sempre surgiam durante todo o estudo.*

A todos os professores do programa que nos proporcionaram momentos de conhecimentos e trocas de experiências.

*A professora **Yara de Carvalho**, a qual me apresentou uma educação física até então desconhecida, me fazendo ter um olhar mais amplo e perceber que podemos e devemos conhecer outras áreas, sem medo e sem preconceitos.*

*E um agradecimento especial a minha querida professora e orientadora **Márcia Aparecida**. Detentora de um sorriso contagiante, que transmite uma energia positiva, e nos faz acreditar que tudo dará certo. Obrigada pelo acolhimento e por toda paciência que teve em decorrência das minhas dificuldades, principalmente nesta área da saúde mental, até então desconhecida por mim, e pela qual tornei-me completamente apaixonada. Muito obrigada professora, meus eternos agradecimentos!*

Bosque RM. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado do Amapá [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

RESUMO

Introdução: Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, por serem instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia. Por serem um serviço de saúde com pouco mais de uma década de existência, torna-se relevante a avaliação desses equipamentos com o intuito de melhorar a qualidade do tratamento ofertado. **Objetivo:** Descrever e analisar os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do estado do Amapá. **Metodologia:** Trata-se de um estudo avaliativo, que utiliza de métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios, realizados nos CAPSad do Estado do Amapá, constituídos no total, por dois serviços. A amostra do estudo constituiu-se de 32 trabalhadores, 60 usuários e 28 familiares. Para a coleta de dados foram aplicados; um questionário sócio demográfico e a Escala de Satisfação - SATIS-BR para todos os sujeitos; a Escala de Mudança Percebida - EMP para usuários e familiares e a Escala de Atitude Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista - EAFAAA para os trabalhadores. Os dados foram processados de forma descritiva pelo Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20,0 para Windows. **Resultados:** os CAPSad do Amapá seguem a maioria das normativas exigidas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, o CAPSad de Santana ainda precisa ajustar alguns itens, como o número mínimo de profissionais exigidos, além da oferta de alimentação para os usuários, o que acaba por influenciar na oferta de mais oficinas e grupos terapêuticos. Apesar disso, foram obtidos bons níveis de satisfação global para usuários (3,98) e familiares (4,0) e nível de satisfação intermediário para os trabalhadores (3,55) em relação aos aspectos avaliados do serviço. Em relação à mudança percebida após o início do tratamento, tanto os usuários quanto familiares obtiveram índices elevados na EMP, sendo as médias de 2,68 e 2,63 respectivamente. Os resultados obtidos a partir da EAFAAA sugerem que os profissionais dos CAPSad apresentam atitudes positivas frente ao usuário de AOD, com o escore médio de 3,38. **Conclusão:** os resultados indicam que apesar das fragilidades encontradas nos CAPSad do Estado do Amapá, os mesmos conseguem cumprir com o seu papel acolhedor, capaz de fornecer acompanhamento clínico na busca pela reinserção social dos usuários. Entretanto, necessita-se de mais investimentos para esses serviços de saúde, o que trará mais qualidade ao serviço ofertado.

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

Bosque RM. Evaluation of the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs of the state of Amapá [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017

ABSTRACT

Introduction: The CAPS represent the main strategy in the process of psychiatric reformation, since they are institutions destined to receive patients with mental disorders, to stimulate their social and family integration, and to support them in their initiatives towards autonomy. Because they are a health service with a little more than a decade of existence, it becomes relevant to evaluate this equipment in order to improve the quality of the offered treatment. **Objective:** to describe and to analyze the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS) of the state of Amapá. **Methodology:** This is an evaluative study, that utilizes cross-sectional quantitative, descriptive, and exploratory methods, performed at the CAPSad of the state of Amapá, constituted by two services in total. The sample of the study was composed by 32 workers, 60 users and 28 relatives. For data collection, the following were applied; a sociodemographic questionnaire and the Satisfaction Scale - SATIS-BR for all the subjects; the Perceived Change Scale - EMP for users and relatives, and the Scale of Attitude Towards Alcohol, Alcoholism and Alcoholic - EAFAAA for the workers. The data were processed in a descriptive manner by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program, version 20,0 for Windows. **Results:** The CAPSad of Amapá follow most of the regulations demanded by the Ministry of Health. However, the CAPSad of Santana still needs to adjust some items, such as the minimum number of professionals required, besides the food supply for the users, what ends up influencing the offer of more workshops and therapeutic groups. Despite that, the research obtained good levels of global satisfaction for users (3,98) and relatives (4,0), and intermediate level of satisfaction for the workers (3,55) related to the evaluated aspects of the service. Regarding the perceived change after the treatment start, both users and relatives obtained high indexes on the EMP, where the averages were 2,68 and 2,63 respectively. The results obtained from the EAFAAA suggest that the CAPSad professionals present positive attitudes towards the user of AOD, with average score of 3,38. **Conclusion:** The results indicate that despite the weaknesses found in the CAPSad of the state of Amapá, they can fulfill their hospitable role, being capable of offering clinical monitoring in the pursuance of the social reintegration of the users. However, more investments for these health services are needed, which will bring more quality to the offered service.

Descriptors: Evaluation of the Health Services. Disorders Related to the Use of Alcohol, Disorders Related to the Use of Substances, Mental Health Services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos Trabalhadores.....	42
Tabela 2: Satisfação com o ambiente.....	44
Tabela 3: Atendimentos individuais, grupais e atividades comunitárias.....	45
Tabela 4: Condições de Trabalho.....	46
Tabela 5: Modalidades de Atendimento.....	47
Tabela 6: Modalidades de Atendimento Individual.....	48
Tabela 7: Retaguardas.....	49
Tabela 8: Satisfação do Trabalhador (n=32)	51
Tabela 9: Escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista (n=32)	51
Tabela 10: Supervisão, apoio e avaliação global do atendimento prestado.....	52
Tabela 11: Caracterização usuários.....	53
Tabela 12: Com quem mora.....	55
Tabela 13: Satisfação dos usuários (n=60)	56
Tabela 14: Escala de mudança percebida dos usuários.....	57
Tabela 15: Caracterização dos familiares.....	58
Tabela 16: Satisfação dos familiares (n=28)	60
Tabela 17: Escala de mudança percebida na perspectiva dos familiares.....	61

LISTA DE SIGLAS

AOD	Álcool e outras Drogas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio Padrão
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EAFAAA	Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista
EMP	Escala de Avaliação da Percepção de Mudança
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PT	Portaria
PTI	Plano Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico do Serviço
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SATIS-BR	Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
SPAS	Substâncias psicoativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Terapeuta de referencia
UAs	Unidade de Acolhimento
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
UNODOC	<i>Nations Office On Drugs and Crime</i>
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	30
3 OBJETIVO GERAL	32
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4 MÉTODOS	33
4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	33
4.4 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES.....	34
4.5 COLETA DE DADOS.....	35
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	36
5 RESULTADOS	39
6 DISCUSSÃO	62
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	79
8 CONCLUSÃO.....	80
REFERENCIAS.....	82
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE 1 – Pedido de autorização institucional	93
APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido – Coordenador e técnicos do CAPSad.....	94
APÊNDICE 3 – Carta convite do responsável legal dos participantes da pesquisa.	96
APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido – Do participante ou do representante legal do participante.....	98
ANEXOS	100
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	100
ANEXO 3 – Instrumento para os trabalhadores do serviço.	118
ANEXO 4 – Instrumento para os usuários do serviço.....	134
ANEXO 5 – Instrumento para os familiares dos usuários do serviço.....	151
ANEXO 6 – Autorização para utilização dos instrumentos.	163

1 INTRODUÇÃO

1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Apesar da relação entre substâncias psicoativas (SPAS) e o homem ser antiga, nas últimas décadas o consumo abusivo e a dependência têm se configurado como uma demanda de saúde pública, diante de um cenário marcado pela acelerada transição socioeconômica que vem ocorrendo em vários países (UNODC, 2016).

O uso indiscriminado tanto de drogas lícitas quando de drogas ilícitas, pode trazer danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, étnico-legais e morais. Apesar disto, estima-se que 1 em cada 20 adultos, cerca de 247 milhões de pessoas com idade entre 15 e 64 anos, consumiram pelo menos uma droga ilícita em 2014. Estima-se ainda, que aproximadamente 29 milhões de pessoas são consideradas usuários problemáticos, ou seja, que sofrem de transtornos relacionados ao uso (UNODC, 2016).

Ao compararmos esses dados com os do ano de 2012, percebemos que houve um aumento de 4 milhões de usuários que consumiram droga ilícita pelo menos uma vez no último ano e de 2 milhões de usuários problemáticos. Entretanto, ao relacionarmos com o crescimento populacional global, podemos considerar que o número de ambos se manteve estável (UNODOC, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde- OMS (2016), apenas 1 em cada 6 pessoas acessam serviços de tratamento a cada ano, número este ainda considerado baixo para a grande demanda que ocorre ano após ano.

Em 2014, aproximadamente 207.400 mil pessoas morreram em decorrência do uso indiscriminado de drogas. Além disso, o consumo de SPAS é considerado um importante fator de risco para a transmissão de doenças infecciosas. Entre as pessoas que injetam drogas (cerca de 12 milhões), 1 em cada 7 vive com o HIV e 1 em cada 2 com a Hepatite C (UNODOC, 2016).

A América Latina, durante muito tempo, e ainda hoje, é vista como uma das principais regiões problemáticas relacionadas ao fornecimento e consumo de drogas no mundo. O uso e o tráfico da cocaína aumentaram na América do Sul, e isto se estendeu também para a África. Em contrapartida, o uso da maconha sofreu um leve decréscimo entre os anos de 2011 e 2012, e nos últimos anos vem mantendo-se estável. Calcula-se que 162 milhões de pessoas no mundo façam uso com frequência

da maconha, e destes, cerca de 23,2% (37,6 milhões) estão localizadas na América Latina (OPS, 2009 e UNODOC, 2016).

Ao analisarmos os dados relacionados a cocaína, podemos perceber que o problema é ainda mais sério., uma vez que cerca de 14,3 milhões de pessoas da população mundial, fazem uso de cocaína, e destes mais da metade (8,6 milhões) estão na América Latina (OPS, 2009).

A respeito do álcool, considerada a substância lícita mais consumida mundialmente, a WHO (2014) estima que 3,3 milhões de pessoas morreram no mundo em 2012, em decorrência de seu uso abusivo. Este número é equivalente a 5,9% de todas as mortes, sendo maior que a proporção de óbitos por HIV/AIDS (2,8%), violência (0.9%) ou tuberculose (1,7%).

O consumo abusivo de álcool possui uma relação causal com mais de 200 tipos de doenças e lesões, cerca 5,1% da carga global, dentre elas podemos citar as doenças cardiovasculares e diabetes, câncer, doenças gastrointestinais (principalmente a cirrose) e doenças mentais e comportamentais (WHO, 2014).

No que se refere ao Brasil, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, o país apresenta dados semelhantes. Cerca de 22,8% da população pesquisada, com idades entre 12 e 65 anos, já fez uso na vida de algum tipo de droga ilícita e 12,3% são dependentes do álcool (Carlini *et al*, 2006).

O Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína (tanto na forma intranasal ou fumada), está aumentando enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo. Cerca de 3,8 % da população adulta já consumiu pelo menos uma vez na vida e 1,7% fez uso nos últimos 12 meses (Bastos; Bertoni, 2014)

Ainda sobre o Brasil, pode-se afirmar que o consumo de crack desencadeou questões desafiadoras a serem resolvidas pelo poder público em especial nos serviços de saúde, segurança pública e assistência social. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre o uso do crack, o consumo de forma regular em âmbito nacional corresponde a 0,81% da população geral de todas as capitais brasileiras e o Distrito Federal, o que equivale a aproximadamente 370 mil usuários regulares em números absolutos (Bastos; Bertoni, 2014).

Ao analisarmos os dados acima por região do país, relacionados proporcionalmente ao número populacional dos estados, encontramos uma estimativa

de 0,68% de usuários de crack e/ou similares na região norte, sendo este percentual maior que o da região sudeste (Bastos; Bertoni, 2014).

Os usuários de crack constituem um grupo com especificidades distintas, dentre os demais usuários de substâncias ilícitas, com características e necessidades individuais que requerem uma abordagem especial, por possuírem um acelerado processo de deterioração física e psíquica (Dualibi; Ribeiro; Laranjeira, 2008) e que vem crescendo progressivamente em todas as regiões do país (Vargen; Cruz; Santos, 2011).

O consumo de drogas ilícitas, muitas vezes está associado ao prejuízo de desenvolvimento econômico e social, bem como na promoção do crime, instabilidade, insegurança e propagação do HIV e hepatite (UNODOC, 2016).

1.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Para compreendermos a atual política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, traçaremos um breve histórico da política de saúde mental no país.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é considerada o marco da assistência à saúde mental no país, consequência do crescimento durante décadas, de um movimento social desigual e constante, jamais visto no Brasil e no mundo, em torno da luta por Direitos Humanos fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico (Pitta, 2011).

Anteriormente RPB, pessoas em sofrimento psíquico eram relegadas à hospitais psiquiátricos, pois acreditava-se que não havia tratamento sem a devida internação (Rodrigues, 2005). Desta forma, fica claro que o doente mental era muito mais excluído socialmente do que tratado.

No Brasil, os hospitais psiquiátricos foram inspirados nas ideias de Pinel e nos moldes europeus. No ano de 1852, por ordem do então imperador D. Pedro II, foi criado na cidade do Rio de Janeiro o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. O intitulado Hospício Dom Pedro II surgiu com a necessidade de um reordenamento urbano, onde pessoas que perturbavam a ordem pública e social deveriam ser excluídas da sociedade (Rocha, 2005; Wachs, 2008). Assim, outros hospitais psiquiátricos foram surgindo pelo país. Em geral gerenciados por pessoas e instituições religiosas.

Com o advento da República, os hospitais passaram a ser menos religiosos, tornando-se mais profissionais. Equipes médicas e de enfermagem passaram a monopolizar o gerenciamento dos hospícios e técnicas mais científicas/medicamentosas começaram a ser usadas com maior frequência (Amarantes, 1995).

Após a segunda guerra mundial, quando milhares de doentes mentais morreram de fome e maus tratos em um hospital psiquiátrico na França, começaram a se intensificar pelo mundo, os questionamentos sobre os tratamentos que estes hospitais davam aos seus pacientes. Essas inquietações também chegaram ao Brasil, e na década de 70 começaram a surgir críticas severas ao modelo assistencial que aqui era disponibilizado. Essas críticas foram intensificadas pelo modelo vigente de saúde que o Brasil estava passando. Segundo Paulin e Turato (2004) após a criação dos institutos de aposentaria e pensão, inicia-se uma privatização na assistência mental, diminuindo os leitos que atendiam a pacientes mentais nos hospitais públicos e o aumento nos hospitais privados.

A partir dessa conjuntura, nasce o Movimento da Reforma Sanitária, onde a população exigia melhores condições de assistência à saúde pública. E em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM (Bichaff, 2006), o qual foi um marco para a consolidação das mudanças em assistência mental.

Com a criação do MTSM, a luta pela dignidade e cidadania do “louco” começa a ganhar forças, influenciadas pelos ideais italianos de desinstitucionalização dos doentes mentais. Segundo Amarantes (2007, p. 81), “desinstitucionalização não é apenas um processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas”.

Em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil, onde em seu relatório final aparecem algumas recomendações como: reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, priorizando assim o sistema extra-hospitalar e multiprofissional; diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais e proibição de criação de novos leitos, bem como de novos hospitais psiquiátricos; criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou serviços inovadores alternativos à internação; implantação de recurso assistencial

alternativo aos asilares como hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalhos protegidos (Brasil, 1988).

Após essas recomendações, em 1989 surge o projeto de lei 3657/89 de autoria do então deputado Paulo Delgado, que propõe como lei as recomendações feitas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde o principal ponto foi a proibição dos hospitais psiquiátricos bem como a sua progressiva extinção, e a sua substituição por outras modalidades assistenciais. O referido projeto foi aprovado na câmara e encaminhado para o senado, o qual levou 12 anos para ser aprovado, em decorrência das frequentes modificações que segundo Rodrigues (2005) eram de interesse dos donos dos hospitais privados da época. Em 06 de abril de 2001 é aprovada a lei federal 10.216. Entretanto, outras leis estaduais que continham o mesmo teor já haviam sido aprovadas e colocadas em exercício.

No campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas (AOD), podemos observar uma enorme lacuna no decorrer da história. Tal fato remete ao aspecto que as abordagens, intervenções e políticas nesta área, foram original e predominantemente desenvolvidas no âmbito da justiça e segurança pública (Machado; Miranda, 2007).

A questão das drogas foi relegada a uma concepção mais punitiva, constituída por leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio. Os tratamentos adotados para os usuários de SPA eram baseados em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, onde reforçava-se o isolamento social (Brasil, 2007).

As orientações previstas na lei 6368/76 que reafirmava a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, favoreceram o surgimento da assistência à saúde para usuários de AOD. Como consequência, a partir da década de 80, foram criados os primeiros centros de tratamento (públicos e religiosos) no Brasil (Machado; Miranda, 2007).

A partir deste contexto de lutas, a última década foi marcada pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa”, os quais ao longo do tempo reduziram expressivamente a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos.

Dentre todos os serviços instituídos, a criação dos CAPS, a partir da portaria GM/MS 336/2002, possui especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no Brasil (Brasil, 2002). Por ser considerado um dos principais equipamentos de saúde dentro das políticas de saúde mental do país, além de ser o objeto de estudo desta pesquisa, abordaremos com mais detalhes suas principais características em um tópico subsequente.

Uma discussão mais sistemática sobre AOD no campo da saúde pública, bem como em outros setores, inicia-se a partir de 2003, surgindo assim em 2004, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PT GM/MS 2.197/2004) (Brasil, 2004).

Este documento contém diretrizes de uma política que visa estruturar e fortalecer uma rede de assistência que aborda de forma integral e articulada o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de AOD como um problema de saúde pública, ofertando tratamentos para além dos serviços de saúde, como por exemplo, os dispositivos de assistência psicossocial (Brasil, 2004).

O documento ressalta ainda a importância de se levar em consideração a singularidade dos usuários, passando a estabelecer a lógica ampliada da concepção de Redução de Danos (RD), além dos conceitos de “território” e “rede”, operacionalizando uma busca ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio sociocultural em que estão inseridos os usuários.

Adiante, no ano de 2005, diversas iniciativas foram criadas no campo de AOD, entre elas destacam-se: a) Aprovação das Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PT GM/MS 1.612/05), a qual propunha financiamento para leitos destinados aos usuários de AOD em hospitais gerais; b) incentivos financeiros para os CAPSad que desenvolvessem ações de Redução de Danos (PT GM/MS 1.059/05); c) incentivo financeiro para os municípios que desenvolvessem projetos de inclusão social pelo trabalho destinado a pessoas com transtorno mentais ou transtornos decorrentes do uso de AOD (PT GM/MS 1.169/05).

Nesta mesma direção, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras

Drogas – PEAD (PT GM/MS 1.190/2009), com a intenção de alcançar prioritariamente crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social por meio de ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de SPA (Brasil, 2009).

No ano seguinte, através do decreto 7.179/2010, o governo lança 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).

Ainda em 2010, o MS estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da portaria GM/MS 4.279/10. A RAS é 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 (Brasil, 2010b).

A implementação da RAS visa garantir uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção, destacando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e, a partir disso, o cuidado é realizado e coordenado em todos os pontos de atenção (Brasil, 2010b).

Assim, em consonância com a RAS, surge a partir da portaria GM/MS 3088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja a finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

A RAPS tem como objetivo a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como de 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 (Brasil, 2011b).

Além disso, a RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011b).

A RAPS teve impacto importante na Política de Saúde Mental, após alterações na lógica de funcionamento do SUS. Dentro dessa perspectiva, o Plano “Crack, é Possível Vencer” surge em 07 de dezembro de 2011 em complementação às ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com foco nos serviços da RAPS que fazem atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O plano tem três frentes de atuação, a prevenção, o cuidado e a autoridade, com o objetivo aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, além de enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção (Brasil, 2011c).

Destaca-se ainda dentro deste contexto político de saúde mental, a portaria 130/2012 GM/MS que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Assim, fica instituído o CAPS AD III como o ponto de atenção do componente da atenção especializada da RAPS 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 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (Brasil, 2012).

1.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD)

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, por serem instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Possui como principal característica, a busca pela integração dos usuários a um ambiente social e

cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2004b).

O principal objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Nasce com o intuito de ser um serviço substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004b).

Com a portaria GM/MS 336/2002, fica estabelecido os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, capacitadas para atender pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial em regime de tratamento intensivo, semi intensivo e não intensivo. A referida portaria define ainda as características de cada modalidade em termos de recursos humanos, atividades, horário de funcionamento, capacidade operacional, funções que desempenham e direciona a criação de serviços específicos para a área da infância e adolescência (CAPSi) além da área de álcool e outras drogas (CAPS AD) (Brasil, 2004).

Os CAPS I são os centros de menor porte indicados para populações entre 20.000 e 70.000 habitantes. Possuem equipe mínima de 9 profissionais (nível médio e superior) e possui como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana das 8h às 18h (Brasil, 2002).

Os CAPS II são os centros de médio porte, indicados para populações de 70.000 a 200.000 mil habitantes. A equipe mínima é de 12 profissionais (nível médio e superior) e possui como clientela, adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana das 8h às 18h, podendo comportar um 3º turno (18h as 21h) (Brasil, 2002).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS, indicados para os municípios com mais de 200.000 habitantes, com funcionamento 24h em todos os dias da semana, inclusive feriados. Devem possuir no máximo 5 leitos com o intuito de realizar quando necessário atendimento noturno (internações curtas, de algumas horas, no máximo 7 dias). A equipe mínima deve ser de 16 profissionais (nível médio e superior) além da equipe noturna e de final de semana (Brasil, 2002).

O CAPSi II é especializado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais em municípios com mais de 200.000 habitantes ou a depender do gestor local. A equipe mínima para atendimento deve ser de 11 profissionais (nível médio e superior). Funcionam durante os 5 dias úteis da semana, das 8h às 18h, podendo comportar um 3º turno (18h as 21h) (Brasil, 2002).

O CAPSad II é especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas em cidades com mais de 70.000 habitantes. A equipe mínima para atendimento deve ser de 13 profissionais (nível médio e superior). Funcionam durante os 5 dias úteis da semana, das 8h às 18h, podendo comportar um 3º turno (18h as 21h) (Brasil, 2002).

Os CAPS devem ser um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento, onde cada usuário deverá ter seu Plano Terapêutico Individual - PTI, ou seja, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (Brasil, 2004b).

Além disso, todo CAPS deve possuir o Projeto Terapêutico do Serviço - PTS, o qual deve levar em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (Brasil, 2004b).

Ainda de acordo com a portaria GM/MS 336/2002, o regime de tratamento poderá ser:

a) Intensivo: quando o usuário possui atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;

b) Semi Intensivo consiste no atendimento ao usuário até 12 dias no mês, quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;

c) 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, podendo ser atendido até três dias no mês.

Todos os regimes de tratamento acima podem ser domiciliares (Brasil, 2004).

Como características de atendimento, o CAPSad II deve:

- 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 1.077, 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;
- g) manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Quanto a assistência prestada ao paciente, o CAPSad II inclui 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.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde - MS (2015), até dezembro de 2014, o Brasil contava com 2209 CAPS em funcionamento, destes, 378 são CAPSad (309 CAPSad II e 69 CAPSad III). A cobertura nacional é de 0,86 CAPS/100 mil habitantes, a qual é considerada muito boa (Brasil, 2015).

Ao analisarmos a cobertura no estado do Amapá, o MS (2015) avalia como 0,47 CAPS/100mil habitantes, a qual é considerada regular/baixa. Constatam cadastrados 3 CAPS: 1 CAPSi, 1 CAPSad II e 1 CAPSad III. (Brasil, 2015)

1.4 O CAMPO DE AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

A avaliação no campo da saúde se constitui de uma prática antiga, sendo os primeiros estudos datados por volta de 1910, os quais foram direcionadas à prática médica e ao controle do exercício profissional. Entretanto, foi somente após a segunda guerra que essas avaliações se expandiram, em virtude de monitorar a eficácia dos recursos e da tecnologia investidos na área da saúde pelo Estado (Adami; Maranhão, 1995; Contandriopoulos, 2006).

Avaliar consiste em julgar valores a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões e conseqüentemente na busca pela qualidade do serviço prestado (Contandriopoulos *et al*, 1997). Assim, o conceito de qualidade nos serviços de saúde adquire características próprias, pois o produto/serviço (assistência à saúde) é consumido no ato de sua produção (Dias; Ramos; Costa, 2010).

No geral, a qualidade do produto/serviço em saúde é avaliada por meio da satisfação dos usuários, o que a torna fator essencial na sobrevivência das organizações. Nesse sentido, a criação de indicadores de desempenho institucional é extremamente importante para a avaliação da qualidade, uma vez que proporciona mensurar, monitorar e identificar oportunidades de melhoria de serviços e de

mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável (D'innocenzo; Adami; Cunha, 2006).

O campo de 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).

A incorporação dos diferentes pontos de vistas dos diferentes tipos de atores (profissionais de saúde, gestores, os planejadores, o mercado e a política), ocasionam um dos principais desafios no processo de avaliação em serviços de saúde, por não conseguirem chegar a um consenso quanto a pertinência dos resultados que a avaliação produz. Desta forma, é necessário a criação de condições para um julgamento avaliativo verdadeiramente crítico, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção (Contandriopoulos, 2006).

Nesse contexto, é necessário implantar e institucionalizar as avaliações em todos os níveis de sistema de saúde, estabelecendo assim uma verdadeira cultura de avaliação na intenção de verificações contínuas da qualidade dos serviços (Contandriopoulos, 2006).

Dentre os serviços de saúde, o campo da saúde mental, de maneira geral, não possui tradição em avaliação, em comparação com outras áreas de atenção à saúde. Avaliar a extensão de cobertura, de números de consultas, internações e procedimentos laboratoriais, por si só, não parece satisfazer critérios de boa qualidade em saúde mental (Oliveira *et al*, 2014). É necessária uma abordagem qualitativa que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade das relações entre intersubjetividade, gestão, formação profissional e clínica (Campos *et al*, 2009).

Nesse cenário, os processos avaliativos adquirem função política de servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntricos tradicional, a partir da reformulação e expansão do modelo assistencial em saúde mental (Wetzel; Kantorski, 2004).

A desinstitucionalização é um dos pilares do movimento da Reforma Psiquiátrica, que visa desconstruir todo o aparato manicomial que segrega e exclui os

sujeitos envolvidos. A reinserção social e a garantia de cidadania são os preceitos dessa reforma, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental

Logo, realizar avaliações da qualidade dos serviços de saúde mental torna-se essencial no sentido de apresentar as experiências cotidianas que envolvem tanto profissionais quanto os usuários e seus familiares, permitindo assim, retroalimentações com o objetivo de reverter e/ou minimizar entraves, bem como potencializar a assistência prestada (Costa; Colugnati; Ronzani, 2015).

Portanto, um processo avaliativo de Caps deve monitorar as 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 (Oliveira *et al*, 2014).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental está relacionada a diferentes fatores, como: estrutura física; compreensão dos profissionais acerca das necessidades do usuário; capacitação profissional; relação dos profissionais com os usuários; interação com a família; entendimento acerca da aplicabilidade de políticas públicas nos serviços e integração da rede de atenção primária à saúde, de acordo com que é preconizado pelo SUS (Oliveira *et al*, 2014).

Nos últimos anos, vem crescendo o número de estudos que avaliam os serviços de saúde mental no Brasil, tanto de forma qualitativa como quantitativa, trazendo em sua maioria, indicativos sobre a eficácia e efetividade das estratégias substitutivas.

Assim, com o intuito de descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção existentes nos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, estudos encontraram diferentes modelos de atenção psicossocial, desde a constituição de “equipamentos-síntese” dos quais os usuários não recebem alta, até serviços que encaminham e dão alta após a estabilização dos sintomas dos usuários, numa tentativa de construção de uma rede de cuidados (Nascimento; Galvanese, 2009).

Em estudo realizado nos CAPS III de Campinas, Campos *et al* (2009) identificaram pontos fortes e fragilidades no que concerne à atenção à crise, articulação com a rede básica, formulação de projetos terapêuticos, gestão e organização em equipes de referência, formação educacional e sofrimento psíquico.

Tomasi *et al* (2010), observaram reduções significativas na ocorrência de crises, uso de medicamentos e número de internações psiquiátricas entre os usuários com maior tempo de CAPS e em atendimento intensivo. Entre os não intensivos, o uso de medicamentos também diminuiu e a participação em grupos e oficinas terapêuticas aumentou.

Nos estudos de Silva *et al* (2012), os usuários relataram melhoras em relação ao humor, problemas pessoais, interesse pela vida, autoconfiança, qualidade do sono, estabilidade emocional e capacidade de suportar situações difíceis.

Jaegger *et al* (2004), ao avaliarem o grau de satisfação de usuários de residências terapêuticas, observaram a importância destes dispositivos no cuidado e inserção comunitária.

Com o objetivo de apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que eles constroem em relação à sua prática em um CAPS de Porto Alegre, Schneider *et al* (2009), pode problematizar a atenção em saúde mental nesse CAPS, além de contribuir para o processo emancipatório dos sujeitos envolvidos.

Em outro estudo, 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).

Schmidt e Figueiredo (2009) 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 balizador no cotidiano do trabalho em equipe.

Em um estudo que discutiu como se dá a avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do CAPS, constatou-se que ainda não há uma uniformidade dos modos de avaliação das atividades que envolvem a arte (Tavares; Sobral, 2005).

Em âmbito geral, a maioria das pesquisas mostrou que os usuários e familiares apresentaram níveis de satisfação elevados com os serviços substitutivos. No geral,

essa satisfação está atrelada ao cuidado integral, a forma acolhedora e humanizadora da escuta, a ruptura com o isolamento social, o estabelecimento de vínculos, melhoras nas condições clínicas e na qualidade de vida (Duarte; Kantorski, 2011; Kantorski *et al*, 2009; Surjus e Campos, 2011, Bandeira *et al*, 2011; Costa *et al*, 2011).

Neste campo de avaliação em serviços de saúde mental, ainda são escassos os trabalhos que avaliam o CAPS ad, tornando assim relevante o desenvolvimento de pesquisas que estabeleçam indicadores para a avaliação desses serviços.

2 JUSTIFICATIVA

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 tem se justificado por conta do 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.

À medida que a sobrevivência deixa de ser um desafio, e que os indivíduos reconhecendo-se como cidadãos, passam a requerer uma atenção à sua saúde de melhor qualidade, dimensões como custos, acesso, controle social e qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde, aparecem como prioridades para as políticas de saúde de países desenvolvidos.

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

Os transtornos mentais associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas vêm agravando-se, como o do uso de crack que está em ascendência nos estados brasileiros. O fenômeno acontece em um cenário em que as respostas institucionais não se adaptaram 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, além de serviços não caracterizados como sendo de saúde, como as chamadas comunidades terapêuticas, mas, que são contratados por gestões estaduais e municipais.

Sendo assim, um processo avaliativo dos CAPSad deve levar em conta que os mesmos, de forma isolada e fora de uma estrutura em rede, podem dar respostas parciais não apenas em razão de suas limitações internas, mas também por não estarem inseridos em uma proposta política mais ampla. Na revisão da literatura

brasileira, foram encontrados apenas 3 estudos avaliativos de CAPSad II e III, todos realizados na região sudeste.

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 na última década, a fim de monitorar essas ações e aferir sua validade. Os proponentes entendem que a avaliação de serviços, por si só, assim como a gestão, as políticas e a prática não são suficientes para alavancar alguma mudança.

O sentido e a intensidade da determinação são modelados pelo funcionamento de um serviço que se propõe a atender e a inserir socialmente os usuários de álcool e outras drogas, com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional, em particular do professor de educação física, e na utilização de múltiplos recursos, capazes de assegurar ou desencadear melhores condições de saúde.

3 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do estado do Amapá.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever e analisar a estrutura dos CAPSad do estado do Amapá;
2. Descrever e analisar o processo de trabalho e a organização da atenção em saúde mental oferecida pelos CAPSad do estado do Amapá
3. Descrever e analisar o resultado da atenção em saúde mental oferecida pelos CAPSad do estado do Amapá.

4 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, que utiliza de métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios.

4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esse estudo faz parte de uma pesquisa matricial de avaliação dos CAPSad em três estados brasileiros: São Paulo, Minas Gerais e Amapá. Desta forma, o projeto de Avaliação dos CAPSad dos referidos estados foi submetido e aprovado pelo CEP – EEUSP, com o nº. 1.001/2011 (Anexo I).

Inicialmente foi solicitado aos Coordenadores de saúde mental do estado do Amapá e do município de Santana autorização para execução da pesquisa no interior dos CAPSad. Em seguida, os coordenadores, membros das equipes técnicas, usuários e familiares dos CAPSad de Macapá e Santana foram informados sobre a pesquisa, sendo-lhes entregue uma carta explicativa, e posteriormente foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. (Apendice I).

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

Após a obtenção dos TCLEs dos participantes deu-se início à coleta de dados.

4.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LOCAIS ONDE FOI REALIZADO

O estudo foi realizado entre os anos de 2013 e 2016, sendo a coleta de dados realizada nos CAPSad do Estado do Amapá, totalizando assim, 2 CAPSad devidamente credenciados no Ministério da Saúde.

Os CAPSad estão localizados no município de Macapá (Espaço Acolher) e Santana (Espaço Vida Viva), sendo o período da coleta de dados entre agosto de 2014 a junho de 2016.

4.3 AMOSTRA

Os CAPSad do Amapá possuem no total 36 trabalhadores (28 no CAPSad Macapá, e 11 no CAPSad Santana), sendo entrevistados todos que estavam dentro do critério de inclusão. Foram entrevistados os trabalhadores da equipe de limpeza, manutenção e equipe clínica dos CAPS, resultando em uma amostra final de 32 trabalhadores (24 CAPSad Macapá e 8 CAPSad Santana). Considerou-se perda, os trabalhadores que se recusaram a participar da pesquisa, além dos que possuíam menos de um ano no serviço.

Com os usuários, foi utilizada uma amostra aleatória com reposição para os 2 serviços. Foram sorteados 30 usuários em cada serviço. Após 5 tentativas de contato com os usuários, caso não fosse possível o contato, foi considerada perda e realizou-se novo sorteio para reposição, chegando a uma amostra final de 60 usuários nos dois serviços.

Com os familiares, foi solicitado a cada um dos 60 usuários que indicassem um amigo ou familiar para participar da pesquisa. Nos casos onde não quisessem indicar familiar ou caso o contato não fosse possível após 5 tentativas, considerou-se perda. A amostra total de familiares foi de 28 indivíduos.

4.4 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Para participarem do estudo, coordenadores e membros da equipe técnica dos CAPSad deveriam ter no mínimo um ano de trabalho no serviço. Foram excluídos, aqueles que estavam afastados por licença-médica, maternidade, prêmio e outros no período da coleta de dados.

Para estabelecer este período de um ano de trabalho no serviço, levou-se em consideração a justificativa dada por outro estudo avaliativo realizado nos CAPS dos Estados da Região Sul entre os anos de 2006 e 2009. Para aquele estudo, os autores consideraram que um profissional era técnico-cientificamente capacitado, quando estava inserido no processo de trabalho dos CAPS, há pelo menos um ano (Kantorski, 2007).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para os usuários dos CAPSad: indivíduos com idades entre 18 e 65 anos e com capacidade cognitiva para responderem aos instrumentos; estarem cadastrados e participando das atividades dos CAPSad há no mínimo seis meses e; serem portadores de transtornos mentais

graves e persistentes, decorrentes do uso abusivo e da dependência ao álcool e outras drogas.

4.5 COLETA DE DADOS

Após a assinatura do TCLE dos Coordenadores de saúde mental, os pesquisadores entraram em contato com as coordenações de CAPSad. Com a anuência do coordenador e a assinatura do TCLE, foram agendadas as visitas em dias e horários convenientes ao funcionamento dos serviços.

A coleta de dados, como já descrita, foi realizada em três etapas, realizada pelos pesquisadores, além de residentes em saúde mental treinados previamente pelos proponentes do projeto.

Para os coordenadores e profissionais, os formulários foram aplicados pelos pesquisadores do estudo, nos locais de trabalho de cada sujeito, com agendamento prévio. Os usuários e familiares foram entrevistados pelos pesquisadores nos CAPSad e nos domicílios sorteados para a amostra dos serviços e com agendamento.

Após cinco tentativas de entrar em contato com o usuário e familiar, e caso não conseguisse agendar horário ou caso o usuário e/ou familiar não comparecesse por cinco vezes no horário agendado, foram considerados “perdas” da amostra.

Foi realizada também a coleta de alguns dados referentes ao usuário de seu respectivo prontuário.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos adaptados pelos pesquisadores após o estudo piloto foram previamente elaborados por autores de outro estudo (Kantorski, 2007). Os instrumentos foram construídos com base na Portaria nº. 336/2002 do Ministério da Saúde e por meio das Escalas de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental -SATIS-BR (Bandeira; Pitta; Mercier, 2000, Bandeira et al, 2002, Bandeira; Silva, 2012), da Escala de Avaliação da Mudança Percebida – EMP (Mercier et al, 2004) e pela Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista – EAFA (Vargas, 2011).

As Escalas de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental - 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 et al, 2002, Bandeira; Silva, 2012) 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 OMS e posteriormente foram validadas para o Brasil por Bandeira e colaboradores entre 2000 e 2002 e atualizadas em 2012.

A Escala de Avaliação de Mudança Percebida (EMP) (Mercier et al, 2004) foi elaborada no Canadá e validada para uso no Brasil (Bandeira et al, 2009).

A Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista – EAFA foi construída em sua primeira versão em 2005 (Vargas, 2005). Esta escala foi construída 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; Laranjeira; Dunn, 1998). 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).

4.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para compor a equipe de entrevistadores, os pesquisadores optaram por residentes de educação física, na área de saúde mental, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

Após esta seleção, foi realizado o treinamento com o objetivo preparar esses estudantes para o trabalho de campo quantitativo.

4.8 ESTUDO PILOTO

Como informado anteriormente, o presente estudo faz parte de uma pesquisa matricial de avaliação de CAPSad em três Estados. Assim, antes da realização da presente pesquisa, foi realizado um estudo piloto no CAPSad da Vila Madalena, no Estado de São Paulo, a fim testar o protocolo de pesquisa e eventuais modificações para o estudo principal.

O estudo piloto foi realizado com os quatro segmentos: coordenador, trabalhadores, usuários (incluindo avaliação de prontuários) e familiares, aplicando-se todos os instrumentos, que resultaram em um relatório para apresentação e discussão das dificuldades encontradas. Embora este estudo tenha optado por utilizar os instrumentos propostos pelo AVALIA CAPS da região Sul do Brasil (Kantorski, 2007), não apresentavam especificidade para serem aplicados nos CAPSad, uma vez que naquele estudo, os CAPS avaliados foram do tipo I e II.

Após o estudo piloto, os instrumentos foram adaptados de modo a atender às necessidades e contrastes dos CAPSad.

O estudo piloto serviu também para treino referente à coleta de dados para os pesquisadores envolvidos no presente projeto.

O CAPSad da Vila Madalena, onde foi desenvolvido o estudo piloto foi desconsiderado para a coleta de dados da pesquisa, uma vez que a população utilizada no pré-teste não deve ser incluída na pesquisa, para evitar interferência nos resultados.

Durante o estudo piloto, percebeu-se a dificuldade em utilizar formulários de papel para a coleta e posteriormente confeccionar de forma manual os bancos de dados. Frente a isto, decidiu-se pelo uso de formulários eletrônicos. Para isso, utilizamos da plataforma Google Drive, que possui formulários eletrônicos que importam, à medida que os dados são coletados, todas as informações para um banco de dados em planilha.

4.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os bancos de dados para os trabalhadores, usuários e familiares exportados do Google Drive, foram processados utilizando o programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20,0 para Windows®.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, testes de médias e cálculos dos intervalos de confiança para cada uma das variáveis quantitativas. Com o objetivo de testar a hipótese de que os CAPSad são bem avaliados pelos usuários e seus familiares, os autores utilizaram a escala SATIS-BR e testamos as médias de respostas para cada um dos serviços. O escore é dado por meio das médias das

respostas, e quanto mais próximo este valor de cinco, melhor é a satisfação (Bandeira *et al*, 2011).

Com o objetivo de analisar se os usuários e familiares perceberam mudanças após o tratamento no serviço, empregamos a escala de mudança percebida, e testamos as médias das respostas dos serviços. 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*, 2011b).

5 RESULTADOS

5.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1.1 CAPSad Macapá

O CAPSad de Macapá intitulado de “Espaço Acolher”, possui natureza jurídica pública com administração direta, cadastrado e funcionando como CAPSad II em regime ambulatorial. É um serviço estadual administrado pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Teve seu início em junho de 2011, funcionando apenas no turno diurno, de segunda a sexta das 8h às 18h.

O serviço contempla acolhimento diurno, acesso livre dos usuários ou com hora marcada. Toda a equipe técnica de saúde incluindo os residentes em saúde mental e com exceção dos médicos faz acolhimento no serviço, o qual funciona através de uma escala.

No período de coleta dos dados, o serviço estava sem coordenação, a mesma estava sendo exercida pela coordenadora estadual de saúde mental (cargos acumulativos), entretanto como a mesma havia assumido a menos de um ano a função, não foi possível entrevista-la. O serviço possui projeto terapêutico institucional.

A equipe é composta da seguinte forma: 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 2 médicos psiquiátricos, 2 médicos generalistas, 3 enfermeiros, 3 técnicos/auxiliar de enfermagem, 1 pedagogo, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 10 técnicos administrativos e 1 funcionário de serviços gerais.

O número de pacientes inscritos ativos no serviço no período da coleta de dados foi de 243, com idades entre 17 anos e 6 meses a 80 anos

O serviço está alocado em uma casa alugada e adaptada para o funcionamento do CAPSad. A estrutura física do CAPSad Macapá se configura numa casa de médio/porte, de apenas um piso, com aproximadamente 250m² de área construída sendo assim dividida: uma sala de recepção, uma sala para oficina, uma sala para realização de terapias de grupo, duas salas para atendimento individuais, uma sala de enfermagem, dois banheiros, uma sala de coordenação, uma sala para reunião de

equipe, uma cozinha, e uma sala para farmácia. O espaço ainda dispõe de amplo quintal e varanda. Entretanto, não dispõe de leitos e nem sala para desintoxicação.

O serviço oferece café da manhã, almoço e lanche da tarde para os usuários.

Os prontuários ficam organizados na sala de reuniões em armários, não existindo registro digital dos pacientes. Para iniciar esta pesquisa, foi necessário fazer levantamento manual, por prontuário, para identificar cada um dos usuários, bem como seus endereços e contato telefônico.

O serviço possui uma pequena farmácia no próprio local. As medicações são dispensadas conforme indicação no prontuário, exclusivamente por recomendação médica.

Os critérios de acesso aos CAPSad são: ter acima de 17 anos e meio de idade e ter grau de dependência provável. Além disso, são inseridos no serviço pessoas em vulnerabilidade social além de demanda judicial.

Há atendimento à família, sendo ofertados orientação individual e grupal. Além disso, o serviço também realiza visitas domiciliares com o objetivo de busca ativa, tanto do usuário quanto do familiar (quando solicitado pelo paciente). O serviço possui um transporte compartilhado com a coordenadoria de saúde mental, o que geralmente ocasiona um choque de horários na hora de utilização do serviço.

O serviço conta com reuniões de equipe semanais, onde é discutido o caso dos usuários que são inseridos no serviço, seguido da elaboração do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), além da avaliação dos PTS dos usuários já inscritos no serviço.

O serviço não possui projetos de geração de renda e também não possui associação de usuários.

5.1.2 CAPSad Santana

O CAPSad de Santana intitulado de “Espaço Vida Viva”, possui natureza jurídica pública com administração direta, cadastrado e funcionando como CAPSad II em regime ambulatorial. É um serviço municipal administrado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santana, através da Coordenação Municipal de Saúde Mental de Santana. Teve seu início em 15 de setembro de 2005 funcionando apenas no turno diurno, de segunda a sexta das 8h às 18h.

O serviço está alocado em uma casa alugada para o funcionamento do CAPSad e possui projeto terapêutico institucional.

O serviço contempla acolhimento diurno, acesso livre dos usuários ou com hora marcada. Toda a equipe técnica de saúde (com exceção do professor de educação física e do médico) faz acolhimento no serviço.

A equipe é composta da seguinte forma: 1 médico psiquiátrico, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 técnicos de enfermagem, 1 pedagogo e 1 educador físico, 1 técnico administrativo e 1 funcionários de serviços gerais. O número de pacientes inscritos ativos no serviço no período da coleta de dados foi de 129, com idades entre 16 a 80 anos

A estrutura física do CAPSad Santana se configura numa casa de médio porte, de apenas um piso, com aproximadamente 220m² de área construída tendo: uma sala de recepção, uma sala de coordenação/administração, uma sala para atividades coletivas, duas salas para atendimento individuais, dois banheiros, uma cozinha. O espaço ainda dispõe de amplo quintal com piscina.

O serviço não possui sala e nem leitos de desintoxicação, e também não possui farmácia no local, além disso, não é ofertado alimentação para os pacientes.

Os critérios de acesso aos CAPSad são: ter acima de 17 anos e meio de idade e ter grau de dependência provável. Além disso, são inseridos no serviço pessoas em vulnerabilidade social além de demanda judicial.

Há atendimento à família, sendo ofertada orientação individual e grupal. O serviço também realiza visitas domiciliares com o objetivo de busca ativa, tanto do usuário quanto do familiar. O serviço possui um transporte para fazer esse serviço.

O serviço não possui projetos de geração de renda e também não possui associação de usuários.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPSAD DO ESTADO DO AMAPÁ

Os resultados apresentados a seguir, referem-se aos dados sociodemográficos dos trabalhadores que compõem as equipes dos CAPSad do Estado do Amapá.

Há predominância do sexo feminino, de cor parda, solteiro e que se encontram na faixa etária de 30 a 39 anos. Quanto a escolaridade, a maioria dos trabalhadores

possuem pós-graduação completa, com 1 (um) ano no serviço, carga horaria semanal de 30h, recebendo salários de 1 (um) a 3 (três) salários mínimos.

Tabela 1: Caracterização Trabalhadores

		N	%
Sexo	Feminino	18	56,2%
	Masculino	14	43,8%
Etnia:	Branca	3	9,4%
	Indígena	1	3,1%
	Negra	6	18,8%
	Parda	22	68,8%
Faixa etária	< 30	10	31,2%
	> 50	2	6,2%
	30 a 39	13	40,6%
	40 a 50	7	21,9%
Estado civil:	casado/com companheiro	15	46,9%
	Divorciado	1	3,1%
	Solteiro	16	50,0%
Qual o seu maior grau de escolaridade?	1 - ensino médio incompleto	1	3,10%
	2 - ensino médio completo	3	9,40%
	3 - curso técnico completo	2	6,20%
	4 - ensino superior incompleto	5	15,60%
	5 - ensino superior completo	3	9,40%
	6 - pós graduação incompleta	3	9,40%
	7 - pós graduação completa	15	46,90%
(SATIS3). Há quanto tempo trabalha em	1 ano	21	65,6%
CAPS ad?	Entre 2 a 4 anos	10	31,2%
	Entre 5 a 7 anos	1	3,1%
Há quanto tempo você trabalha neste	1 ano	22	68,8%
	Entre 2 a 4 anos	9	28,1%
	Entre 5 a 7 anos	1	3,1%
Profissão	Administrativo/Manutenção	10	31,2%
	Assistente Social	2	6,2%
	Educador físico	1	3,1%
	Enfermeiro	4	12,5%
	Farmacêutico	1	3,1%
	Massoterapeuta	1	3,1%
	Médico	3	9,4%
	Pedagogo	2	6,2%
	Psicólogo	3	9,4%
	Técnico/auxiliar de enfermagem	4	12,5%
	Terapeuta Ocupacional	1	3,1%
	1 a 3 salários mínimos	19	59,4%

Qual foi o seu salário bruto no último mês,	12 a 15 salários mínimos	2	6,2%
no CAPS ad, incluindo horas extras (em	4 a 7 salários mínimos	9	28,1%
reais):	8 a 11 salários mínimos	2	6,2%
Qual a sua carga horária no CAPS ad?	20	2	6,2%
	30	18	56,2%
	40	12	37,5%
Total		32	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Entre os trabalhadores, o sexo feminino obteve uma leve predominância com 56,2% e a raça/cor autodeclarada predominante foi a parda com 68,8%, seguido de negros com 18,8%.

Em relação a faixa etária, trabalhadores com idades entre 30 a 39 anos são a maioria (40,6%), seguida dos que se encontram abaixo de 30 anos (31,2 %). Esses resultados nos mostram que os trabalhadores são adultos jovens, abaixo da meia idade. Já o estado civil obteve resultados mais equilibrados, solteiros representam 50%, seguido dos casados com 46,9%.

Quanto a escolaridade dos trabalhadores, 46,9% possui pós-graduação completa, 15,6% nível superior incompleto seguido por pós-graduação incompleta e nível superior completo (9,4% cada).

A maioria dos trabalhadores (65,6%) possuem apenas 1 ano de experiência em CAPSad, e por terem tido essa experiência no mesmo CAPSad em que estão atuando, o tempo de serviço onde foi coletado os dados também foi de um ano (68,8%).

Os dados referentes às funções exercidas pelos profissionais nos CAPSad do Amapá estão assim distribuídos: 31,2% exercem funções administrativas, seguidos de enfermeiros e técnicos/auxiliar de enfermagem (12,5% cada), psicólogos e médicos (9,4% cada), pedagogo e assistente social (6,2% cada), educador físico, farmacêutico e massoterapeuta (3,1% cada).

Observa-se que 59,4% dos trabalhadores receberam de 1 a 3 salários mínimos no último mês e 28,1% receberam de 4 a 7 salários mínimos. A carga horária nos CAPSad predominante foi de 30h semanais (56,2%) seguida por 40h semanais (37,5%).

Quanto ao vínculo empregatício, 50% são contratos emergências e os outros 50% são funcionários estatutários.

A tabela a seguir apresenta os dados referentes à satisfação dos trabalhadores com o ambiente do serviço. Os itens avaliados pelos trabalhadores foram: ventilação, iluminação, higiene e área física.

Tabela 2: Satisfação com o Ambiente

		N	%
Ventilação adequada	Não	18	56,2%
	Sim	14	43,8%
Iluminação adequada	Não	20	62,5%
	Sim	12	37,5%
Higiene adequada	Não	16	50,0%
	Sim	16	50,0%
Área física adequada	Não	21	65,6%
	Sim	11	34,4%
Total		32	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

De acordo com 56, 2% dos trabalhadores, os CAPSad não são adequados em relação à ventilação. Dentre as justificativas citadas, encontramos a falta de janela em alguns ambientes e a constante queima de aparelhos de ar condicionado, bem como a demora para consertá-los.

A iluminação também foi considerada inadequada pela maioria dos trabalhadores (62,5%). Como justificativas, destacam-se a constante queima de lâmpadas e a não reposição das mesmas, além de novamente a falta de janelas que proporcionem luz natural para o ambiente.

O item área física também foi avaliado negativamente pela maioria dos trabalhadores (65,6%), em especial os do CAPSad de Macapá que informaram a falta de espaço físico para as oficinas, bem como a estrutura física da casa inadequada, a qual segundo eles, encontra-se necessitada de inúmeros reparos.

Outro ponto bastante ressaltado pelos trabalhadores, foi a falta de manutenção no telhado da casa, o qual possui inúmeras goteiras, o que consequentemente ocasiona diversos problemas durante o período de chuva, inviabilizando o uso dos espaços.

Tabela 3: atendimentos individuais, grupais e atividades comunitárias

		N	%
Você realizou atendimentos individuais?	Não	4	12,5%
	Sim	28	87,5%
Quantos atendimentos individuais	0	4	12,5%
	De 1 a 10	8	25,0%
	De 11 a 40	13	40,6%
	De 41 a 100	4	12,5%
	Mais de 100	2	6,2%
	Não sabe	1	3,1%
Você realizou atendimentos em grupo?	Não	12	37,5%
	Sim	20	62,5%
Grupos (quantidade)	0	12	37,5%
	De 1 a 10	13	40,6%
	De 11 a 40	7	21,9%
Você participou de reuniões de equipe	Não	3	9,4%
	Sim	29	90,6%
Reuniões equipe (quantidade)	0	3	9,4%
	De 1 a 5	21	65,6%
	De 6 a 20	7	21,9%
	De 21 a 30	1	3,1%
Você participou de atividades comunitárias?	Não	24	75,0%
	Sim	8	25,0%
Atividades comunitárias (quantidade)	0.0	24	75,0%
	1.0	6	18,8%
	2.0	1	3,1%
	5.0	1	3,1%
Total		32	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

A realização de atendimentos individuais foi relatada por 87,5% dos trabalhadores, os quais realizaram em sua maioria (40,6%) entre 11 a 40 atendimentos. Já os atendimentos grupais foram relatados por 62,5%, variando de 1 a 10 atendimentos na maioria dos casos (40,6%).

Destaca-se a participação de 90,6% dos trabalhadores nas reuniões de equipe, e 65,6% informaram que as mesmas ocorreram entre 1 a 5 vezes no último mês. Salienta-se que ambos os serviços possuem reuniões semanais de equipe, onde é analisado e discutido os casos dos pacientes.

Quanto à estrutura organizacional de trabalho, 71,9% informaram que o serviço utiliza uma abordagem multiprofissional, 21,9% indicaram a abordagem interdisciplinar e 6,2% não souberam informar.

Já as atividades comunitárias foram realizadas por apenas 25% dos trabalhadores, sendo a participação em eventos da área, o mais citado.

Tabela 4: Condições de trabalho

		N	%
Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho:	Melhoraram muito	2	6,2%
	Melhoraram Pouco	12	37,5%
	Não mudaram	9	28,1%
	Pioraram	9	28,1%
Falta de ferramenta adequada para o trabalho	Não	7	21,9%
	Sim	25	78,1%
Falta de segurança	Não	5	15,6%
	Sim	27	84,4%
Risco permanente de vida	Não	13	40,6%
	Sim	19	59,4%
Outras situações que incomodam	Não	16	50,0%
	Sim	16	50,0%
Pode escolher individualmente a forma de fazer suas atividades	Não	9	28,1%
	Sim	23	71,9%
Pode escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades	Não	1	3,1%
	Sim	31	96,9%
Pode fazer reuniões	Não	4	12,5%
	Sim	28	87,5%
Pode fazer cursos	Não	4	12,5%
	Sim	28	87,5%
Outras atividades de organização	Não	6	18,8%
	Sim	26	81,2%
Pode conversar com os colegas	Sim	32	100,0%
Pode usar suas ideias	Não	1	3,1%
	Sim	31	96,9%
Pode discutir casos com os colegas	Não	2	6,2%
	Sim	30	93,8%
Total		32	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

As condições de trabalho também foram avaliadas pelos trabalhadores do serviço, desta forma, 43,7% declararam que houve melhorias (poucas melhorias

37,5% e muitas melhorias 6,2%). Entretanto, 56,2% informaram que não houve mudanças nas condições de trabalho, ou que as mesmas pioraram (28,1% cada).

A falta de ferramentas adequada para o trabalho foi informada por 78,1% dos trabalhadores, 84,4% relataram a falta de segurança e ainda 59,4% afirmam sofrer risco permanente de vida.

Dentro do item sobre outras situações que incomodam relatados por 50% dos trabalhadores, a falta de coordenador no serviço foi a mais citada. O CAPSad de Macapá sofre com a falta de uma pessoa na coordenação, bem como a alta rotatividade desde cargo, que geralmente é ocupado por indicação política.

A maioria dos trabalhadores afirma que podem escolher tanto individualmente (71,9%) como coletivamente/equipe (96,9%) a forma de fazer suas atividades. Se houver necessidade de solicitar reuniões, bem como fazer cursos, 87,5% (cada) relataram ter liberdade para isso.

Todos os trabalhadores informaram que podem conversar com os colegas durante o serviço, e 96,9% podem usar suas ideias além de discutir casos com os colegas quando necessário (93,8%).

Tabela 5: Modalidades de Atendimento (Oficinas/atividades terapêuticas oferecidas nos CAPSad)

		N	%
Grupos terapêuticos	Não	1	3,1%
	Sim	31	96,9%
Oficinas terapêuticas	Não	3	9,4%
	Sim	29	90,6%
Atendimento individual	Não	1	3,1%
	Sim	31	96,9%
Atividades na comunidade	Não	12	37,5%
	Sim	20	62,5%
Outras atividades não contempladas acima	Não	24	75,0%
	Sim	8	25,0%
Total		32	100,0%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Dentre as modalidades de atendimento, 96,9% realizam grupos terapêuticos, 90,6% oficinas terapêuticas, 96,9% atendimento individual e 62,5% atividades na comunidade.

Dentre as oficinas terapêuticas ofertadas estão: as expressivas, culturais e atividades manuais/artesanais. Quanto aos grupos terapêuticos, os mais utilizados foram: atividades esportivas, grupos de leitura e debate, confecção de jornal, grupos de orientação geral, grupo de orientação para redução de danos, grupos de família e grupos culturais (música e teatro).

Tabela 6: Modalidades de atendimento individual (abordagens terapêuticas)

		N	%
Consulta		4	12,5%
	Não	15	46,9%
	Sim	13	40,6%
Entrevista Motivacional	Não	7	21,9%
	Sim	25	78,1%
Psicoeducação	Não	17	53,1%
	Sim	15	46,9%
Psicoterapias	Não	22	68,8%
	Sim	10	31,2%
Comunicação Terapêutica	Não	10	31,2%
	Sim	22	68,8%
Aconselhamento	Não	6	18,8%
	Sim	26	81,2%
Relacionamento terapêutico	Não	10	31,2%
	Sim	22	68,8%
Outros	Não	26	81,2%
	Sim	6	18,8%
Total		32	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Em relação aos atendimentos individuais, os trabalhadores informaram que realizam as seguintes abordagens terapêuticas: consultas (40,6%), entrevista motivacional (78,1%), psicoeducação (46,9%), psicoterapias (31,2%), comunicação terapêutica (68,8%), aconselhamentos (81,2%), relacionamentos terapêuticos (68,8%), além de 18,8% fazerem atendimento familiar, farmacoterapia, e reorientação ocupacional.

Tabela 7: Retaguardas

		N	%
Total		32	100%
Há retaguarda para urgência psiquiátrica?	Não	14	43,8%
	Não sei	2	6,2%
	Sim	16	50,0%
Há retaguarda para urgência clínica?	Não	13	40,6%
	Não sei	2	6,2%
	Sim	17	53,1%
Como são indicadas as internações para a dependência química dos usuários desse serviço?	A pedido da família	2	6,2%
	A pedido do próprio usuário	2	6,2%
	Após discussão de caso em reunião de equipe	17	53,1%
	Discussão em equipe ou pelo médico	1	3,1%
	Pelo médico	8	25,0%
	Por via judicial	2	6,2%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

A existência de retaguarda para urgências psiquiátricas foi relatada por 50% dos trabalhadores. Ressalta-se que dentre os trabalhadores do CAPSad Santana, nenhum relatou retaguarda para o referido serviço. Os trabalhadores do CAPSad Macapá informaram que a retaguarda do mesmo é o Hospital de Emergência do Estado, o qual encontra-se a uma quadra do serviço.

Quanta a existência de retaguarda para urgência clínica, 53,1% dos trabalhadores informaram que a mesma existe, sendo novamente o Hospital de Emergência do Estado, o local indicado. A não existência de retaguarda para este tipo de urgência foi informado novamente por todos os trabalhadores do CAPSad Santana.

As indicações para internações dos usuários do serviço ocorrem normalmente após discussão de caso em reunião de equipe (53,1%), seguida por indicação médica (25%).

De acordo com os trabalhadores, além do consumo e dependência de AOD, bem como o impacto que isto ocasiona na vida do usuário, o critério de inclusão no serviço está relacionado também à vulnerabilidade social e demanda judicial.

Os critérios de alta do serviço mais apontados pelos trabalhadores são: a melhora nas condições globais de vida do usuário (56,25%) e a interrupção total do consumo de AOD (25%).

Segundo os trabalhadores, é considerado abandono do serviço, quando os usuários não comparecem ao CAPSad por 60 dias consecutivos (56,25%) e por 30 dias consecutivos (21,87%).

Dentre os modelos de assistências utilizada no serviço, 59,37% dos trabalhadores informaram que o serviço utiliza tanto a abstinência total quanto a redução de danos, já 31,25% disseram q a modalidade adotada pelo serviço é a redução de danos.

A realização de busca ativa pelo serviço foi constatada por 71,87%, sendo essas buscas realizadas tanto por contato telefônico como visitas domiciliares. Ao realizarem as buscas, os trabalhadores relataram que o motivo mais encontrado para o abandono do tratamento pelos usuários foi: a desistência do tratamento (71,87%), o retorno do usuário às atividades sociais (65,62%), a internação em hospitais ou comunidades terapêuticas (56,25%) e melhora do quadro segundo a percepção do usuário (46, 87%).

Apesar de o serviço ofertar a busca ativa, 68,75% dos trabalhadores relatou que no último mês não fizeram nenhuma visita domiciliar, e entre os motivos para este fato estão: a falta de veículos, a falta de demanda e por acreditar que esta não é a sua função.

Ainda segundo 62,5% dos trabalhadores, não existem ações no campo de geração de renda, e dentre os motivos elencados para justificar tal fato está a falta de parceria com outras instituições, além da falta de ferramentas para implementação de projetos nessa área.

Quanto a estrutura organizacional de trabalho, 71,87% dos trabalhadores informaram que foi adotada a abordagem multidisciplinar.

5.2.2 Satisfação do Trabalhador

Para avaliar a satisfação dos trabalhadores dos CAPSAad do Amapá, utilizou-se a escala SATIS-BR, seguindo as questões validadas no Brasil por Bandeira, Pitta e Mercier (2000). A aplicação da escala, visava identificar o quadro global de satisfação, conforme os fatores da escala global apresentados na tabela abaixo.

Tabela 8: Satisfação do trabalhador (n=32)

	Média	Desvio Padrão
Qualidade dos serviços	3,65	0,50
Participação da equipe no serviço	3,67	0,46
Condições de trabalho	3,33	0,37
Relacionamento no serviço	3,90	0,48
Satisfação Global	3,55	0,37

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

O fator 1 da escala avalia a satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos usuários, obtendo a média de 3,65 (dp 0,50), sendo esta média semelhante a obtida no fator 2 que avalia a satisfação da equipe com relação à sua participação no serviço, 3,67 (dp 0,46).

O fator 3 que avalia a satisfação da equipe com relação às condições de trabalho no serviço foi a que obteve a média mais baixa, 3,33 (dp 0,37) e o fator 4 que avalia a satisfação da equipe a respeito do seu relacionamento no serviço foi o que obteve a média mais alta, 3,90 (dp 0,48).

De uma forma global, todos os itens foram avaliados como intermediários, com a média geral de 3,55 (dp 0,37), em uma escala tipo likert de 1 a 5.

A tabela a seguir apresenta os escores obtidos na EAFAAA como um todo e cada um dos fatores da escala pelos profissionais dos CAPSad do Amapá que responderam à pesquisa (n=32).

Tabela 9: Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista. (n=32)

	Média	Desvio Padrão	Escore mínimo possível	Escore mínimo observado	Escore máximo possível	Escore Máximo observado
FATOR 1	3,72	0,58	1	1,85	5	4,65
FATOR 2	3,66	0,90	1	1,40	5	5,00
FATOR 3	2,67	0,60	1	1,73	5	4,27
FATOR 4	3,19	0,76	1	1,44	5	4,44
GLOBAL	3,38	0,49	1	2,14	5	4,12

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

O escore da atitude geral da EAFAAA teve média de 3,38 (dp 0,49), variando de 2,14 a 4,12

O escore do fator 1 que avalia a atitude do trabalhador e o relacionar-se com o alcoolista, foi a que recebeu a melhor avaliação, com uma média de 3,72 (dp 0,58), com as respostas, variando de 1,85 a 4,65.

O escore do fator 2 que avalia as atitudes frente ao alcoolista teve uma média de 3,66 (dp 0,90), sendo esta a que obteve a maior variação de resposta, com médias entre 1,4 e 5.

O escore do fator 3 que avalia as atitudes frente ao alcoolismo (etiologia) teve a pior avaliação, tendo média de 2,67 (dp 0,60), com variação de médias de 1,73 a 4,27, o que caracteriza uma tendência negativa frente às atitudes.

O escore do fator 4 que avalia as atitudes frente ao uso do álcool teve um média de 3,19 (dp 0,76), com variação de médias de 1,44 a 4,44.

Tabela 10: Supervisão, apoio e avaliação global do atendimento prestado

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Supervisão pela secretaria municipal de saúde	3	3	2	0	8
Supervisão pela coordenação municipal de saúde mental	4	4	3	0	10
Supervisão entre equipe:	6	7	3	0	10
Supervisão pela comunidade em que atua:	2	2	2	0	8
Supervisão pela Organização Social (parceira):	2	2	2	0	9
Apoio pela secretaria municipal de saúde	3	3	2	0	8
Apoio pela coordenação municipal de saúde mental	4	4	3	0	9
Apoio entre equipe	7	8	2	0	10
Apoio pela comunidade em que atua	3	3	2	0	8
De maneira global, qual a sua avaliação do atendimento prestado pelo CAPS ad?	7	7	2	4	10

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

A existência de supervisão nos CAPSad foi relatada por 75% dos trabalhadores, e a qualidade dessa supervisão foi mensurada em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a ausência de supervisão e 10 como qualificada.

A qualificação da supervisão exercida pelas Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal) foi considerada baixa, com uma média de 3, variando entre 0 e 8.

As Coordenações de Saúde Mental (Estadual e Municipal) também obtiveram nota baixa, com uma média de 4 e variação entre 0 e 10.

A supervisão entre equipes foi a que obteve a nota mais alta, com a média de 6 e variação entre 0 e 10

A supervisão pela comunidade que atua, bem como por organizações sociais obteve as piores notas, com a média de 2 pontos.

Quanto ao apoio exercido, as Secretarias de Saúde e as Coordenações de Saúde Mental também obtiveram notas baixas, com média de 3 e 4 respectivamente. Já o apoio entre as equipes recebeu a nota mais alta novamente, com a média de 7.

De maneira global, a avaliação do atendimento prestado pelo CAPSad, na visão dos trabalhadores, teve uma média de 7 (sete), e uma variação de 4 a 10 pontos.

Em relação à questão de existirem outros cuidados de que o usuário necessita, mas que não recebe no CAPSad, 81,25% dos trabalhadores referiram que com certeza há e especificaram os seguintes serviços: geração de renda, suporte profissional e social, salas para desintoxicação, funcionamento do CAPSad 24h e residência terapêutica. A oferta de alimentação também foi informada, entretanto apenas pelos trabalhadores do CAPSad Santana.

5.3 Caracterização dos Usuários dos CAPSad do Amapá

A seguir será apresentado os dados referente aos usuários dos CAPSad do Amapá. Inicialmente é apresentado os dados sociodemográficos, seguido dos dados relacionados a satisfação com o serviço e a escala de mudança percebida.

Tabela 11: Caracterização usuários

		N	%
Sexo	Feminino	10	16,7%
	Masculino	50	83,3%
Raça/cor	Branco	16	26,7%
	Negro	5	8,3%
	Pardo	39	65%
Faixa etária	20 a 30	10	16,7%
	31 a 40	23	38,3%
	41 a 50	12	20,0%

	51 a 60	11	18,3 %
	61 a 70	4	6,7%
Estado Civil	Casado ou vive com companheiro	18	30,0%
	Divorciado	15	25,0%
	Solteiro	26	43,3%
	Viúvo	1	1,7%
	Sem escolaridade	2	3,3%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	19	31,7%
	Ensino fundamental completo	8	13,3%
	Ensino médio incompleto	8	13,3%
	Ensino médio completo	14	23,3%
	Curso técnico incompleto	2	3,3%
	Ensino superior incompleto	3	5,0%
	Ensino superior completo	3	5,0%
	Pós graduação completa	1	1,7%
	Afastamento/Licença	2	3,3%
	Aluguéis	1	1,7%
Jornada de Trabalho	Aposentado	1	1,7%
	Jornada integral remunerada	11	18,3%
	Jornada parcial remunerada	4	6,7%
	LOAS	2	3,3%
	não trabalha	18	30,0%
	Pensionista	2	3,3%
	seguro-desemprego	1	1,7%
	trabalho eventual	18	30,0%
	Até 2 salários mínimos	45	75,0%
	Entre 10 a 20 salários mínimos	1	1,7%
Renda Familiar	Entre 2 a 4 salários mínimos	10	16,7%
	Entre 4 a 10 salários mínimos	4	6,7%
Total		60	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

O sexo masculino constitui 83,3% dos usuários dos CAPSad do Amapá e a raça/cor autodeclarada predominante foi a parda com 65%, seguido dos brancos com 26,7%. Os usuários que se autodeclararam negros constituíram a minoria, com 8,3%.

Usuários com idades entre 31 e 40 anos são a maioria (38,3%), seguido dos que se encontram na faixa entre 41 a 50 anos (20%). Percebe-se assim, uma população de usuários de pessoas adultas maduras, com a média de idade de 41,9 anos.

Quanto ao estado civil, constatou-se que os solteiros constituem 43,3%, seguido dos casados/companheiro (a) com 30% e divorciados com 25%.

Os usuários possuem em sua maioria baixa escolaridade, apenas 6,7% possuem curso superior, e a maioria (31,7%) possui o ensino fundamental incompleto.

A renda familiar no último mês de 75% dos usuários não ultrapassou dois salários mínimos, sendo que 60% deles não trabalham ou realizam apenas trabalho eventual (30% cada).

Tabela 12: Com quem mora

	N	%
filho(a)	1	1,7%
cônjuge/companheiro	4	6,7%
cônjuge/companheiro(a) e filhos	14	23,3%
Família que lhe acolheu	1	1,7%
Filhos	1	1,7%
mãe, pai	2	3,3%
mãe, pai, irmãos	17	28,3%
outro membro da família	11	18,3%
sozinho(a)	9	15,0%
Total	60	100,0%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

O quadro acima indica que 46,6% vivem com algum membro da família, 28,3% vivem com os pais e irmãos e 18,3% com outros membros da família e 23,3% moram com o cônjuge/companheiro (a).

Referente a ser ou não a primeira admissão no serviço, 58,3% afirmaram ser a primeira admissão;

Acerca do tempo que o usuário frequenta o serviço, 46,7% afirmaram que frequentam entre 1 a 2 anos e 21,6% frequentam entre 3 a 5 anos.

Em relação ao conhecimento do seu diagnóstico, 91,6% dos usuários afirmaram que conhecem, e dentre os mais encontrados temos o uso do álcool com 55%, uso de drogas com 51,6%, uso de tabaco com 31,6%, esquizofrenia com 13,3%, transtorno depressivo maior com 11,6% e transtorno bipolar com 3,3%

Observa-se um número elevado de usuários (43,3%) que afirmam não ter conhecimento do seu Técnico de Referência (TR) no serviço, enquanto 56,7% afirmam conhecerem o seu TR.

De acordo com os dados obtidos, 80% dos usuários não participam do processo de avaliação das atividades e 88.4% estão de acordo e totalmente de acordo em participar.

5.3.1 Satisfação do Usuário

Para avaliar a satisfação do usuário com o serviço ofertado, foi utilizado a SATIS-BR, sendo os resultados apresentados na tabela a seguir, de acordo com as questões validadas no Brasil por Bandeira e Silva (2012).

Tabela 13: Satisfação dos usuários (n = 60)

	Média	Desvio Padrão
Competência e Compreensão da Equipe	4,14	0,12
Ajuda recebida e Acolhida da equipe	4,14	0,25
Condições física e conforto do CAPSad	3,14	0,05
FATOR 4	4,09	0,11
SATISGLOBAL	3,98	0,20

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Os resultados encontrados permitem afirmar que a satisfação global recebeu uma avaliação positiva com a média 3,98 (dp 0,20), sendo a mesma repetida na maioria dos itens avaliados relacionados à satisfação, em uma escala tipo Likert de 1 a 5. Quanto maior a média, dos escores obtidos pelos pacientes, na aplicação da escala, maior é o seu grau de satisfação com o serviço.

O fator 1 da escala avaliou a satisfação dos usuários com relação à competência da equipe, além da capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos mesmos a respeito do problema apresentado por ele. Tal fator foi avaliado com nota 4,14 (dp 0,12).

O fator 2 avaliou a satisfação do usuário com a ajuda recebida no serviço, a qualidade da acolhida dos profissionais, e o respeito e dignidade da equipe ao relacionar-se com o ele. A avaliação desse fator também obteve uma nota positiva, com a média de 4,15 (dp 0,25).

O fator 3 avaliou a satisfação do paciente com as condições física do serviço, incluindo o conforto, a aparência e as condições das instalações. Apesar de esse

fator ter recebido uma nota mediana, foi o fator que obteve a nota mais baixa em relação aos outros, com a média de 3,14 (dp 0,05).

O fator 4 buscou comparar os resultados obtidos na SATIS-BR com os dados da CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), que constitui uma escala padronizada de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen (1979). Essa comparação entre as respostas das escalas visa reavaliar constantemente a validade concomitante da escala utilizada no estudo. Assim, o referido fator obteve uma nota positiva, com uma média de 4,09 (dp 0,11).

Apesar da boa avaliação do serviço pelos usuários, 88,3% deles afirmaram que o CAPSad pode ser melhorado. Os fatores indicados para a melhoria do serviço foram: estrutura física, contratação de mais profissionais, atendimento 24h, oferta de oficinas diversificadas.

Dentre os itens que os pacientes menos gostam nos CAPSad, a estrutura física foi a mais apontada, com 31,7%, e dentre os itens que mais gostam, o atendimento foi o mais apontado com 53,3%.

De acordo com os dados obtidos, 80% dos usuários não participam do processo de avaliação das atividades e 88,4% estão de acordo e totalmente de acordo em participar.

5.3.2 Escala de Mudança Percebida na perspectiva do usuário

Para avaliar a mudança percebida na perspectiva do usuário, foi utilizado a escala EMP-BR, sendo os resultados apresentados na tabela abaixo, de acordo com as questões validadas no Brasil por Bandeira *et al* (2011).

O instrumento utiliza uma escala tipo Likert de 1 a 3, onde considera-se mudanças positivas o escore 3, sem mudanças o escore 2, e mudanças negativa o escore 1.

Tabela 14: Escala de Mudança Percebida dos Usuários (n = 60)

	Média	Desvio Padrão
EMP GLOBAL	2,68	0,06
Atividade Física e Saúde	2,67	0,07
Aspectos Psicológicos e Sono	2,70	0,07
Relacionamento e Estabilidade emocional	2,66	0,04

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

De acordo com as respostas dos usuários, o escore médio para a mudança percebida obteve a média 2,68 (dp 0,06).

O fato que avalia as mudanças na dimensão “Atividade e Saúde Física”, obteve a média 2,67 (dp 0,07). Na dimensão “Aspectos Psicológicos e Sono” obteve a média 2,70 (dp 0,07), e a dimensão “Relacionamento e Estabilidade Emocional” obteve a média 2,66 (dp 0,04).

Os dados referentes às porcentagens de pacientes que perceberam melhoram após o início do tratamento também apresentam um resultado global alto. No total, 78,3% sentiram melhora na sua vida de maneira geral, desde o início do tratamento.

5.4 Caracterização dos Familiares dos usuários dos CAPSad do Amapá

A seguir será apresentado os dados referente aos familiares dos usuários dos CAPSad do Amapá. Inicialmente será apresentado os dados sociodemográficos, seguido dos dados relacionados a satisfação com o serviço e a escala de mudança percebida a partir da perspectiva do familiar do usuário.

Tabela 15: Caracterização dos Familiares

		N	%
Vínculo	Cônjuge	9	32,1%
	Filhos	3	10,7%
	Irmão	2	7,2%
	Mãe	12	42,8%
	Pai	1	3,6%
	Sogra	1	3,6%
Sexo	Feminino	24	85,7%
	Masculino	4	14,3%
Raça/ cor	Branca	3	10,7%
	Negra	5	17,9%
	Parda	20	71,4%
Faixa etária	19 a 30	3	10,7%
	31 a 40	3	10,7%
	41 a 50	3	10,7%
	51 a 60	9	32,2%
	61 a 75	10	35,7%
Qual seu atual estado civil?	Casado ou vive com companheiro	22	78,7%
	Separado/divorciado	2	7,1%
	Solteiro	2	7,1%

	Viúvo	2	7,1%
Se sim, até que série o (a) Sr. (a) estudou?	Sem escolaridade	3	10,7%
	Ensino fundamental incompleto	6	21,4%
	Ensino fundamental completo	5	17,9%
	Ensino médio incompleto	2	7,1%
	Ensino médio completo	8	28,6%
	Ensino superior completo	1	3,6%
	Pós Graduação completa	3	10,7%
O (a) senhor (a) tem trabalho remunerado?	Não	20	71,4%
	Sim	8	28,6%
Qual a renda da sua família no último mês?	Até 2 salários mínimos	16	57,1%
	Entre 2 a 4 salários mínimos	12	42,9%
	Total	28	100%

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Entre os familiares dos usuários, as mães constituíram a maioria dos entrevistados, 42,8%, seguidos dos cônjuges com 32,1%, sendo a predominância do sexo feminino com 85,7%.

De acordo com os dados encontrados, a maioria dos familiares tem acima de 50 anos, sendo 35,7% entre 61 e 75 anos e 32,2% entre 51 e 60 anos, e segundo a raça/cor, 71,4% se consideram pardos. Quanto o estado civil, os casados ou que vivem com companheiros (as) constituíram 78,7% da amostra.

Em relação ao grau de escolaridade, familiares com o ensino médio completo constituíram a maioria com 28,6%, seguidos dos que possuem o ensino fundamental incompleto com 21,4%.

Em se tratando de trabalho remunerado, 71,4% relataram não possuir. Quanto a renda familiar do último mês, 100% dos familiares não recebem mais do que 4 salários mínimos, sendo predominante (57,1%) a renda de até 2 salários mínimos.

Em relação aos cuidados com o usuário, 57,1% dos familiares entrevistados informarem serem os únicos que cuidam, e 67,6% se sentem sobrecarregados com esses cuidados. Ao serem questionados em quais situações eles se sentem mais sobrecarregados, foi relatado: quando o usuário está sob o efeito do álcool e/ou outras drogas e quando ele apresenta as crises de abstinência.

5.4.1 Satisfação dos Familiares dos Usuários

Para avaliar a satisfação dos familiares dos usuários com o serviço ofertado, foi utilizado a SATIS-BR, sendo os resultados apresentados na tabela a seguir, de acordo com as questões validadas no Brasil por Bandeira et al (2002).

Tabela 16: Satisfação dos Familiares (n=28)

	Média	Desvio Padrão
SATISGLOB	4,00	0,57
Resultados do Tratamento	4,04	0,81
Acolhida e Competência da Equipe	4,00	0,52
Privacidade e Confidencialidade do serviço	3,96	0,57

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Os dados indicam que os familiares se mostraram satisfeitos com o serviço ofertado, com uma média global de 4 (dp 0,57), em uma escala tipo Likert de 1 a 5. Quanto maior a média, dos escores obtidos pelos pacientes na aplicação da escala, maior é o seu grau de satisfação com o serviço.

O fator 1 referente a “Resultados do Tratamento” recebeu a maior média, com 4,04 (dp 0,81). Entretanto, o fator 3 referente aos “Privacidade e Confidencialidade do serviço” foi o que recebeu a menor média com 3,96 (dp 0,57). O fator 2 com a média de 4 (dp 0,52) é referente a “Acolhida e Competência da Equipe”.

Embora a avaliação global dos familiares ter sido positiva, 78,6% informaram que este serviço poderia ser melhorado e citaram alguns pontos como: ampliação e melhorias na estrutura física, qualificação profissional dos trabalhadores, atendimento 24h e oferta de atividades para a qualificação profissional dos usuários.

Dentre os itens que os familiares mais gostam nos CAPSad, o atendimento foi o mais citado (71,4%), em contrapartida, a estrutura física foi indicado como o que menos gostam nos CAPSad (50%)

5.4.2 Escala de Mudança Percebida na perspectiva dos familiares dos usuários.

Para avaliar a mudança percebida na perspectiva do familiar, foi utilizado a escala EMP-BR, sendo os resultados apresentados na tabela abaixo, de acordo com as questões validadas no Brasil por Bandeira, Felício e Cesari (2010).

O instrumento utiliza uma escala tipo Likert de 1 a 3, onde considera-se mudanças positivas o escore 3, sem mudanças o escore 2, e mudanças negativa o escore 1.

Tabela 17: Escala de mudança percebida na perspectiva dos familiares

	Média	Desvio Padrão
EMPGLOB	2,63	0,37
Ocupação	2,59	0,42
Dimensão Psicológica	2,68	0,37
Relacionamentos	2,66	0,47
Saúde Física	2,57	0,41

Fonte: CAPSad, Macapá-AP, 2017

Pode-se observar que o escore médio global de percepção de mudança foi de 2,63 (dp 0,37). Os resultados das subescalas mostraram que as médias foram positivas, variando entre 2,57 e 2,68.

O fator 4 referente a “Saúde Física” foi a dimensão que obteve o escore mais baixo com 2,57 (dp 0,41). Já o fator 2 referente aos “Aspectos Psicológicos” foi o qual obteve a nota mais alta, 2,68 (dp 0,37).

O fator 1 referente a “Ocupação” e o fator 3 referente ao “Relacionamento” obtiveram as médias 2,59 (dp 0,42) e 2,66 (dp 0,47) respectivamente.

Os dados referentes às porcentagens de melhora dos usuários sob a perspectiva dos familiares após o início do tratamento também apresentaram resultado global elevado. No total, 82,1% perceberam melhoras no aspecto geral da vida de seu familiar, desde o início de tratamento.

6 DISCUSSÃO

O Amapá possui atualmente dois CAPSad, sendo ambos cadastrados como CAPSad II, apesar do MS informar em seu relatório que o Estado possui um CAPSad III (Brasil, 2015). Desta forma, os horários de funcionamento dos CAPSad estão de acordo com o proposto na portaria GM/MS 336/2002.

A gestão dos serviços é diferente para cada CAPSad. Em Macapá, o serviço está subordinado ao Governo Estadual, enquanto o CAPSad de Santana à prefeitura do Município.

Ambos os serviços dispõem do acolhimento como atendimento inicial, sendo feito por todos os profissionais com exceção do médico (CAPSad Macapá e CAPSad Santana) e do professor de educação física (CAPSad Santana).

A Política Nacional de Humanização em suas diretrizes preconiza que o acolhimento deve ser feito por todos os profissionais do serviço, entretanto esta não é a realidade nos CAPSad do Amapá.

No geral, os médicos não fazem acolhimento por cumprirem sua carga horária apenas com atendimento individual. Isto se dá ao fato dos mesmos possuir duplo vínculo ou dividirem sua carga horaria em outros serviços de saúde. Quanto ao professor de educação física, lotado no CAPSad Santana, não foi justificado a sua não participação no acolhimento.

Ressalta-se a importância de todos os funcionários realizarem o acolhimento, pois este é um modo de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender os usuários que procuram os serviços, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (Azevedo e Barbosa, 2007).

Em relação às infraestruturas dos serviços, o MS preconiza que a estrutura dos CAPSad seja compreendida da seguinte forma: recepção como espaço de acolhimento; salas de atendimento individualizado; salas de atividades coletivas; 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 02 camas) e banheiro (suítes); quarto de plantão (previsto apenas para CAPS 24h); sala administrativa; sala de reunião; almoxarifado; sala para arquivo; refeitório; copa (cozinha); banheiro com vestiário para funcionários; depósito

de material de limpeza; rouparia; 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, 2013).

Os CAPSad do Amapá estão alocados em casas alugadas e adaptadas para o funcionamento do serviço. Entretanto, ambos possuem algumas deficiências em relação à estrutura física como: número insuficiente de salas para atender a demanda, falta de salas adequadas para realização de oficinas e realização de atividades grupais; os locais não são adaptados para pessoas com deficiência e, sobretudo, a inexistência em ambos os serviços tanto de sala como de leitos para a desintoxicação.

Em relação aos recursos humanos, a portaria GM/MS336/2002 afirma que os CAPSad II devem possuir a seguinte equipe: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio dentre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002).

Ao compararmos a relação acima com as equipes técnicas dos CAPSad do Amapá, constata-se que o CAPSad Macapá condiz com as diretrizes propostas, tendo profissionais a mais do que é preconizado pela portaria, o que vem a ser um ponto forte do serviço. Entretanto o CAPSad Santana apresenta um quadro inadequado, sem a presença dos seguintes profissionais: médico generalista, enfermeiro, além de possuírem apenas 3 profissionais de nível médio.

Outro ponto que não condiz a portaria GM/MS 336/2002 é a não oferta de alimentação aos usuários do CAPSad Santana.

Um número bastante reduzido de oficinas e grupos terapêuticos é realizado no CAPSad Santana, havendo mais oferta de atendimentos individuais (consultas) do que atividades grupais.

Atividades de reabilitação psicossocial são preconizadas pelas portarias 3088/2011 e 130/2012, 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. Além disso, atividades de geração de renda devem ser ofertadas por serem

consideradas essenciais no tratamento, em especial no que diz respeito à reinserção no mercado de trabalho.

Entretanto, nenhum dos CAPSad promove atividades de geração de renda e nem possuem parcerias com outros serviços que possuam tais atividades, o que também pode ser considerado um ponto fraco dos serviços.

TRABALHADOR

Constatou-se a prevalência de trabalhadores do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 39 anos, com nível superior e pós-graduação completa, o que nos indica uma população adulta com alto nível de escolaridade. Outros estudos nacionais que analisaram o perfil sócio demográfico dos trabalhadores de saúde mental encontraram resultados semelhantes (Kantorski *et al*, 2009b; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012; Rebouças, Legay, Abelha, 2007). Além disso, os trabalhadores em sua maioria são solteiros, resultado semelhante ao de Camilo et al (2012).

Pode-se afirmar assim, que os profissionais destes serviços apresentam formação que segue as normativas das legislações vigentes (Brasil, 2004).

Os resultados encontrados informam que a maioria dos trabalhadores possuem pouco tempo no serviço, 1 ano. Este fato pode ser explicado pelo pouco tempo de funcionamento do CAPSad Macapá, sendo este o maior detentor de trabalhadores inseridos no estudo. Além disso, este serviço ao ser inaugurado, contou com trabalhadores de contratos temporários, os quais foram substituídos após concurso público ocorrido em 2012. Assim, os atuais trabalhadores foram inseridos no serviço após 2013, o que resultou em um tempo curto no serviço.

O CAPSad Santana, por possuir um tempo maior de existência, apresentou resultados onde os trabalhadores encontram-se a mais tempo no serviço, 62,5% deles estão a mais de dois anos no serviço.

Um dado importante a ser analisado é o vínculo empregatício dos funcionários. Constatou-se que 50% deles são oriundos de contratos temporários emergenciais. Este fato nos remete a pensar na rotatividade que o serviço está suscetível a sofrer, pois a cada mudança de gestor tanto estadual quanto municipal, geralmente há mudança no quadro dos funcionários de contratos temporários.

Quanto a isso, Stancato e Zilli (2010) alertam para a importância dos serviços manterem certo equilíbrio nas taxas de rotatividade, pois uma movimentação excessiva, proveniente da intensificação de saídas de trabalhadores, provoca desequilíbrios na composição do quadro de pessoal, acarreta custos e, em última análise, impõe efeitos indesejáveis, tanto na qualidade como na quantidade dos serviços prestados.

Outros estudos também alertam sobre o problema da rotatividade, em especial em outros países como Estados Unidos, onde pesquisas demonstram que de cada cinco a sete anos muda-se toda a força de trabalho em saúde mental (Blankertz; Robinson, 1997). Além disso, segundo Rebouças, Legay, Abelha (2007), indivíduos mais velhos possuem uma tendência mais acentuada a permanecerem no serviço.

Os profissionais lotados no serviço como técnicos administrativos/manutenção, constituíram a maioria dos trabalhadores, em especial no CAPSad Macapá. Os dados encontrados divergem de outros estudos, os quais os técnicos de enfermagem e psicólogos constituíram a maioria entre os trabalhadores de serviços de saúde mental (Prates, 2016; Clementino et al, 2016; Leal, Bandeira, Azevedo, 2012). Entretanto, pode-se observar que alguns profissionais técnicos administrativos participam das oficinas ministradas pelos profissionais de saúde, auxiliando-os. Tal fato pode ser considerado como desvio de função.

Os resultados obtidos quanto ao nível satisfação com o ambiente de trabalho demonstrou-se insatisfatório em relação à ventilação, iluminação e área física. Com relação à iluminação e a ventilação, tanto a estrutura física das casas não proporcionar luz e ventilação natural, quanto a falta de manutenção nos equipamentos foram indicados como os principais fatores dados à insatisfação. Dentre todos os itens, a área física obteve o índice mais elevados relacionados a insatisfação.

De Marco *et al* (2008) aponta que o nível de satisfação profissional poderia ser maior se houvessem mais investimentos para a melhoria da infraestrutura física dos serviços em geral como ter um local mais apropriado, limpo e agradável para atendimento dos usuários, ou seja, quantidade de salas e tamanhos adequados à demanda de pacientes.

A respeito disso, Braga, Torres e Ferreira (2015), afirmam que a precarização de espaço físico bem como da ausência de manutenção preventiva de equipamentos pode acarretar estresse ocupacional, devido à insatisfação vivenciada no cotidiano.

Com relação às condições de trabalho, podemos perceber através dos resultados obtidos no estudo, que a maioria dos trabalhadores dos CAPSad (56,2%) relataram a falta de melhorias bem como a piora nas condições de trabalho e outros 37,5% informaram que o serviço teve poucas melhorias.

Melhorias constantes nas condições de trabalho devem fazer parte das políticas institucionais dos serviços de saúde, pois de acordo com Medeiros et al (2006) as precárias condições de trabalho no serviço público geram sofrimento, pois o trabalhador se vê impotente em relação a qualidade da assistência prestada ao cliente gerando insatisfação e ainda um rompimento no seu processo de trabalho.

A falta de ferramenta adequada para realização do serviço e a falta de segurança foram itens apontados pelos trabalhadores dos CAPSad do Amapá. A respeito disso, Stancato e Zilli (2010) afirmam que um serviço deve ser equilibrado em relação ao quantitativo de funcionários, entretanto situações que gere condições de trabalho deficientes além de insegurança física, social, financeira e emocional ao profissional desencadeiam um elevado nível de stress e insatisfação, e uma baixa na qualidade de prestação do serviço ofertado à população.

De acordo com a portaria GM/MS 336/2002, os CAPSad II devem prestar assistência ao paciente a partir das 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 profissionais 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 (4h) receberão uma alimentação diárias; os assistidos em dois turnos (8h) receberão duas refeições diárias (Brasil, 2004).

Ao analisarmos os resultados da pesquisa, podemos concluir que os serviços possuem a maioria das atividades elencadas na portaria citada no parágrafo acima, entretanto, alguns pontos precisam ser discutidos. O primeiro ponto seria a não oferta de alimentação aos pacientes no CAPSad Santana. O segundo ponto seria a baixa inserção dos profissionais nas atividades junto à comunidade, apenas 25% o fazem. E quanto às visitas domiciliares, foi constatado que 68,75% dos profissionais não as fizeram no último mês.

As visitas domiciliares são instrumentos para a realização de assistência no domicílio. 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, indo além do acompanhamento do usuário, pois engloba também a família neste cuidado (Carvalho, Amaral e Magalhães, 2011; Brasil, 2004).

De acordo com Antunes *et al* (2012), a visita domiciliar possibilita que o profissional crie vínculo e parceria com a família e assim possa desenvolver as potencialidades de cada um de acordo com a sua singularidade. É durante a visita domiciliar que o profissional pode se inserir no contexto familiar e prestar assistência a todos os envolvidos, constituindo assim um momento no qual se estabelece vínculo através do acolhimento e da escuta qualificada, movimentando as relações.

Quanto à estrutura organizacional de trabalho, houve o predomínio de uma abordagem multiprofissional (71,9%), em detrimento a abordagem interdisciplinar (21,9%). Entende-se por abordagem multidisciplinar a justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. Já a abordagem interdisciplinar representa o grau mais avançado de relação entre áreas de conhecimento, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas, compartilhando de uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum (Furtado, 2007).

As características organizacionais dos CAPSad no que se referem ao apoio tanto pelas Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal) quanto pelas Coordenações de Saúde Mental (Estadual e Municipal) receberam avaliações negativas, com médias de 3 e 4 respectivamente. Quanto a isso, podemos inferir um dado preocupante, pois corroboramos com Siqueira e Gomide Junior (2008) ao postularem que quanto mais o trabalhador percebe o suporte da organização, mais se compromete com ela. Desta forma, o não recebimento de apoio e suporte organizacional desfavorece o desencadeamento de compromissos afetivos com o serviço e consequentemente com a qualidade da assistência.

A portaria GM/MS 1174/2005 instituiu a supervisão clínico-institucional para os CAPS. Neste sentido, a avaliação feita pelos trabalhadores a respeito da supervisão

tanto pelas Secretarias de Saúde, quanto pelas Coordenações de Saúde Mental, obteve média baixa, 3 e 4 respectivamente. De acordo com o Art. 3 da portaria acima citada, a supervisão institucional tem o intuito de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS, além de outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (Brasil, 2005).

Em relação à supervisão, Severo, L'abbate e Campos (2014) explicam que a supervisão institucional é um dos dispositivos usados para subverter as linhas de poder instituídas nos serviços, sendo assim, uma ferramenta de educação permanente. Ela precisa ser um espaço de resolução bem como de problematização, no qual não se impõem os ideais do supervisor e nem se desprivilegia o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes. A troca de saberes entre equipe e supervisor é uma das variáveis que compõe o grau de satisfação do trabalhador com o serviço.

Um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental é o nível de satisfação dos profissionais que nele atuam (Borges *et al*, 2002). Uma avaliação positiva do profissional está relacionada a diversos aspectos do serviço como condições de trabalho, relacionamento com os colegas da equipe, qualidade do tratamento oferecido aos usuários, aspectos estruturais e organizacionais e participação e envolvimento nas decisões tomadas no serviço. Um baixo nível de satisfação pode afetar o relacionamento com os pacientes e interferir no próprio tratamento oferecido (Ishara, Bandeira e Zuardi, 2008).

A escala SATIS-BR é considerada como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde mental, pois a qualidade do atendimento prestado ao usuário está diretamente ligada a satisfação dos profissionais da equipe (Wykes *et al*, 1997, Bandeira, Ishara e 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).

Assim, o escore obtido neste estudo a partir da SATIS-BR indicou um nível de satisfação global intermediário, com média de 3,55. 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 com 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), Leal, Bandeira e Azevedo (2012), Barbosa (2013) e Pinho (2014).

A análise dos resultados obtidos com os fatores da escala SATIS-BR, permitiu identificar o fator “Relacionamento no Serviço” e como o maior escore obtido (3.90). Este fator avalia a satisfação do profissional a respeito do seu relacionamento com os colegas de trabalho e com seus superiores, além de avaliar sua satisfação quanto ao grau de autonomia em relação as outras pessoas no serviço.

O resultado encontrado neste estudo para o fator acima descrito corrobora com os achados nos estudos de Ishara (2007), Ishara, Bandeira e Zuardi (2008), Camilo *et al* (2012), Rebouças, Legay e Abelha (2007), Reid *et al* (1999) e Resende, Bandeira e Oliveira (2016) que também encontraram na relação com os colegas, e na autonomia que possuíam no serviço como a maior fonte de satisfação.

O fator “Participação da Equipe no Serviço” obteve o segundo maior escore (3,67), o qual avalia a satisfação da equipe com relação aos seguintes aspectos: participação nas decisões tomadas no serviço, na implantação dos tratamentos e na avaliação do serviço, assim como na expressão de suas opiniões sobre o serviço, participação em discussões profissionais com os colegas, expectativa de ser promovido e seu grau de responsabilidade no serviço. Acredita-se que tal resultado possa estar associado à falta de coordenação direta no CAPSad Macapá (detentor de maior número de profissionais na amostra do estudo), o que implicava em uma coordenação conjunta, entre os trabalhadores do serviço.

Em contrapartida, o fator que avaliava a satisfação com as “Condições de Trabalho” obteve o menor escore (3,33). Este fator avalia a satisfação da equipe de acordo com os seguintes aspectos: as condições gerais das instalações, os salários e benefícios recebidos, conforto e aparência do serviço, as medidas de segurança e confidencialidade em vigor no serviço, bem como o clima do ambiente no trabalho.

O resultado encontrado neste estudo para o fator acima descrito, corrobora com os achados nos estudos de Camilo *et al* (2012), De Marco *et al* (2008), Ishara, Bandeira e Zuardi (2008), Rebouças, Legay e Abelha (2007), Ishara (2007) e Resende, Bandeira e Oliveira (2016), os quais também obtiveram o menor escore para o fator “Condições de Trabalho”. Entretanto, contrasta com os estudos de Leal, Bandeira e Azevedo (2012) e Pinho (2014), os quais obtiveram os maiores escores para este fator.

A satisfação com a “Qualidade do Serviço” oferecido obteve o segundo pior escore (3,65). Este fator avalia os seguintes aspectos: o tratamento e os cuidados oferecidos aos pacientes, a maneira da equipe lidar com os pacientes, o grau de adequação dos serviços, a quantidade de informação dada ao paciente sobre sua doença e sobre o tratamento, o grau de competência profissional da equipe, a compreensão da equipe sobre os problemas e expectativas dos pacientes.

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).

A estrutura e as condições de trabalho são itens determinantes para a satisfação profissional. Quando ocorre de um trabalhador sentir-se insatisfeito, o mesmo pode afetar todo o clima organizacional do serviço, induzindo assim outros trabalhadores a adotarem uma postura semelhante, o que consequentemente ocasiona reflexos na assistência, com prejuízo na qualidade do serviço prestado.

As variáveis de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista também foram analisadas, a partir da EAFAAA. Apesar desta escala ter sido inicialmente elaborada e aplicada a estudantes e profissionais de enfermagem (Vargas, 2011b; Vargas e Luis, 2008; Vargas e Bittencourt, 2013; Vargas, Labate, 2006; Vargas, 2010), a mesma também já foi aplicada a estudantes de psicologia (Merces, 2013) e demais profissionais de saúde (Vargas, 2014).

Desta forma, constatou-se uma tendência de atitude positiva para o fator 1, o qual é atribuído à perspectiva “o trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista” que teve a maior média (3,72) entre os outros fatores. De acordo com Vargas (2005), este fator verifica a percepção, opiniões e sentimentos frente ao indivíduo alcoolista, bem como o trabalhar e o relacionar-se com o paciente. Estes dados contrapõem-se aos de Vargas (2011b) e Vargas e Bittencourt (2013), os quais encontraram atitudes negativas em seus estudos para este fator e corroboram com os de Barbosa (2013) e Prantes (2016) que encontraram atitudes positivas em seus estudos.

O fator 2 também obteve tendência de atitude positiva, sendo atribuído “as atitudes frente ao alcoolista”, descrito por Vargas (2005), 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. Os dados encontrados

em estudo realizado com estudante de enfermagem divergem dos achados deste, pois se constatou que os estudantes tinham atitudes negativas ao se relacionar com alcoolistas, além de relatarem medo do comportamento agressivo e o não saber conduzir o atendimento a um usuário de álcool (Vargas, 2011b). Já os estudos de Barbosa (2013) e Prantes (2016) obtiveram os mesmo resultados, com tendências positivas para este fator.

Atitude positiva frente ao fator acima descrito pode contribuir para que profissional que presta assistência em serviços de saúde reconheça no alcoolista alguém que está doente e precisa de ajuda e na internação em hospital geral um momento de crise e passível da intervenção, o que pode favorecer o estabelecimento do relacionamento entre profissional e paciente alcoolista (Vargas; Luiz 2008).

O fator 3 teve o pior escore no resultado desta pesquisa, com média de 2,67, tendendo a atitude negativa frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo. Este fator refere-se à “atitude frente ao alcoolismo e a etiologia” (Vargas, 2005). As atitudes negativas quanto a etiologia pode comprometer o manejo com esses usuários, e isto pode estar associado a falta de preparo, reforçando o que os pesquisadores têm criticado quanto a ausência de qualificação e capacitação, tanto para os estudantes quanto para os profissionais da área da saúde (Vargas, 2011b; Mercês, 2013; Vargas e Bittencourt, 2013). Os dados encontrados neste estudo foram semelhantes aos encontrados nos estudos de Mercês (2013), Barbosa (2013) e Prantes (2016), que também obtiveram o menor escore para este fator.

O fator 4, “atitudes frente ao uso do 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 o trabalho, amigos e outros obteve uma média intermediária, com tendência positiva, sendo o escore médio de 3,19.

Entretanto, o estudo de Vargas e Labarte (2006) revelou que enfermeiros de um hospital geral consideram o álcool como perigoso e nocivo, mesmo que usado socialmente. Além disso, concluíram que os profissionais veem o seu uso como moralmente incorreto, e isto pode atribuir ao indivíduo às causas e consequências de sua doença, uma vez que podem conceber que o paciente conhece os riscos oferecidos pelo uso do álcool.

De uma forma global, os dados deste estudo tiveram como resultado um escore intermediário com uma média de 3,38, o que caracteriza uma tendência positiva em relação às atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista, resultados semelhantes aos encontrados por Prantes (2016) e Barbosa (2013). Esta tendência positiva pode estar relacionada ao fato dos profissionais trabalharem em serviços especializados no cuidado de pessoas que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas.

Resultados semelhantes foram encontrados por Pinikahana, Happell e Carta (2002), que revelaram atitudes positivas dos profissionais de saúde mental da cidade de Victória (Austrália), frente aos pacientes adictos. Os profissionais demonstraram reconhecer que a dependência de drogas e álcool são doenças tratáveis. Uma atitude positiva e mais otimista em relação às intervenções terapêuticas permite que os profissionais de saúde, prestem os cuidados necessários às pessoas que necessitam desse tipo de assistência.

Assim, de acordo com Soares, Vargas e Oliveira (2011), profissionais que possuem contato com pacientes alcoolistas, tendem, conseqüentemente, a apresentar mais habilidades do que aqueles que tiveram pouco ou nenhum contato com esse tipo de paciente, além de mostrarem atitudes mais positivas e melhor conhecimento sobre a temática.

USUÁRIOS

Os usuários dos CAPSad são predominantemente homens (83,3%), pardos (65%), solteiros (43,3%) e com idades entre 31 a 40 anos (38,3%).

Essa predominância de homens, solteiros e adultos (acima de 30 anos) foi encontrada em outros estudos que descreveram o perfil sociodemográfico de usuários de AOD (Ferreira Filho et al, 2003; Passos e Camacho, 1998; Faria e Schneider, 2009; Monteiro et al, 2011; Capistrano et al, 2013; Oliveira, 2012; Peixoto et al, 2010, Guimarães et al, 2008, Barbosa et al, 2015). Entretanto, os dados deste estudo contrastaram com outros que evidenciaram a maioria de indivíduos brancos (Passos e Camacho, 1998; Ferreira Filho et al, 2003, Guimarães et al, 2008).

O predomínio do sexo masculino pode estar relacionado ao fato de que os homens são os mais atingidos pelo problema da dependência de AOD, o que conseqüentemente, os leva a procura por tratamento. Além disso, questões culturais,

baseadas em preconceitos, fazem com que as mulheres procurem menos os serviços de atendimento a usuários de AOD, por razões como o estigma social em relação ao seu papel na sociedade e por conta do próprio perfil de usuário da mulher ser diferente do homem (Faria e Schneider, 2009; Elbreder *et al*, 2008; Oliveira, 2013).

Entretanto, em outros serviços de saúde mental, há a predominância do sexo feminino, uma vez que as mulheres sentem vergonha da doença, o que resulta no seu afastamento do tratamento (Peliosi e Moreira, 2005; Kantorski *et al* 2009, Monteiro *et al*, 2011).

Os adultos maduros na faixa etária de 31 a 40 anos, e média de idade de 41,9 anos, constituíram a maioria deste estudo, resultados semelhantes ao de Pereira *et al* (2012), Oliveira (2013) e Barbosa *et al* (2015). Este resultado demonstra que apesar de a tendência do uso de drogas ser cada vez mais precoce, a procura por tratamento para a reabilitação é característica de indivíduos com idades mais avançadas. Tal fato é consequência do intenso sofrimento que eles passam por utilizarem drogas há muito tempo (Capistrano *et al*, 2013; Guimarães *et al*, 2008; Peixoto *et al*, 2010).

A baixa escolaridade e a falta de renda fixa foram questões encontradas na maioria dos usuários. O ensino médio não foi concluído por 60% deles, e 31,7% não possuem nem o ensino fundamental completo. Além disso, 60% não possuem renda fixa, por não trabalharem (30%) ou por trabalharem eventualmente (30%), resultados semelhantes aos encontrados por Ferreira Filho *et al* (2003), Capistrano *et al* (2013), Oliveira (2013) e Peixoto *et al* (2010).

Os dados sobre adesão ao tratamento mostram que 58,3% estão pela primeira vez no serviço. Percebe-se ainda que 68,3% estão frequentando a mais de um ano, destes, 46,7% estão entre 1 a 2 anos e 21,6% entre 3 a 5 anos.

Adesão ou aderência 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 (Monteiro *et al*, 2011).

Com o propósito de ofertar um novo cuidado que será articulado pelo referente, garantindo a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivo, social, familiar e laboral, o MS indica que cada usuário possua um técnico de referência no serviço. Este é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e

a avaliação das metas traçadas no projeto (Brasil, 2004b). Estudos mostram a importância desse profissional como um importante dispositivo do arranjo organizacional da saúde mental (Silva e Costa, 2010).

Entretanto, 43,3% dos usuários dos CAPSad do Amapá, desconhecem esse profissional que deveria estar atuando conjuntamente com ele durante seu tratamento. Este dado deve ser levado em consideração, uma vez que o técnico de referência constitui uma aproximação entre o profissional ou equipe a certo número de usuários, ocasionando uma assistência de modo singular por meio de um projeto terapêutico individual (Furtado; Miranda, 2006).

Observa-se que 80% dos usuários não participam do processo de avaliação das atividades ofertada pelos serviços, apesar de estarem de acordo com a importância de sua participação. A respeito disso, Wetzel e Kantorski (2004) afirmam que esse processo de avaliação das atividades proporciona a identificação de como eles percebem o serviço, bem como o compromisso que eles têm com a proposta do tratamento, o que é fator fundamental para a boa qualidade da assistência prestada e consequentemente a satisfação com o serviço.

Além disso, outros fatores estão relacionados com a satisfação dos pacientes como: adesão ao tratamento, características do atendimento, variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes, tipos de intervenção, redução da sintomatologia, competência da equipe, qualidade da relação entre terapeuta e cliente, acessibilidade aos serviços, qualidade das instalações, continuidade dos cuidados e também a informação recebida (Silva *et al*, 2012).

De acordo com os dados obtidos, os usuários dos CAPSad do Amapá possuem um bom grau de satisfação global, com escore médio de 3,98 (dv 0,20). Estudos obtiveram resultados semelhantes com relação ao nível de satisfação, entretanto os escores globais foram acima de 4 (Heckert; Teixeira; Trindade, 2006; Kantorski *et al*, 2009; Jaegger *et al*, 2009; Camilo *et al*, 2012; Silva *et al*, 2012; Camilo *et al*, Barbosa *et al*, 2015; Pinho, 2014).

Os fatores relacionados a “competência e compreensão da equipe” e “apoio recebido e acolhida da equipe” receberam as melhores avaliações, com escore médio de 4,14 cada, e o fator relacionado à “condição física e conforto” dos CAPSAad, obteve o pior escore, 3,14, corroborando com os estudos de Kantorski *et al* (2009),

Resende, Bandeira e Oliveira, (2016) e Pinho (2014), apesar desses ainda receberem nota acima de 4.

Embora o serviço tenha recebido boa avaliação, 88,3% dos usuários relataram que os CAPSad podem ser melhorados, e entre as melhoras indicadas por eles, a estrutura física foi a mais apontada. Este fato justifica a satisfação com o serviço relacionado a “condição física e conforto” ter recebido o menor escore.

O resultado desta boa avaliação do serviço recebida pelos usuários pode ser expresso pelo receio em perder o direito ao serviço, mesmo que este seja de baixa qualidade, fazendo do usuário do sistema público uma espécie de usuário cativo. Além disso, pode ocorrer uma relutância em expressar opiniões negativas, conhecido como viés de gratidão (Esperidiao; Trad, 2005).

Apesar da satisfação do paciente ser um dos pontos mais utilizados, outro fator tem tido destaque na avaliação dos serviços na perspectiva do usuário: a percepção de mudanças em função do tratamento recebido.

A Escala de Mudança Percebida visa avaliar quais foram as mudanças percebidas pelos próprios pacientes como resultado do tratamento por eles em serviços de saúde mental, sendo dividida em 3 subescalas que avaliam a “atividade física e saúde”, “aspectos psicológicos e sono” e o “relacionamento e estabilidade emocional”.

Nessa perspectiva, o escore global da EMP (média de 2,68), indica que no geral os usuários dos CAPSad do Amapá se consideram melhores do que antes de iniciar o tratamento. Ao compararmos com outros estudos que também avaliaram a mudança percebida em serviços de saúde mental, podemos perceber similaridades nos resultados (Perreault et al, 2010; Lima, 2013, Costa et al, 2011; Barbosa, 2013, Pinho, 2014).

O maior índice de melhora percebida foi encontrado na subescala relacionada aos “aspectos psicológicos e sono” (2,70) que avalia as mudanças percebidas em relação à sua confiança em si própria, seu humor, seus problemas pessoais, seu sentimento de interesse pela vida, sua capacidade de suportar situações difíceis e a qualidade do seu sono.

O menor índice de melhora percebida foi encontrado na subescala “relacionamento e estabilidade emocional” (2,66) que avalia as mudanças percebidas pelo paciente em relação a sua convivência com os amigos, a estabilidade

de suas emoções, a sua convivência com a família e a convivência com outras pessoas.

De forma geral, 78,3% dos usuários sentiram melhora na sua vida desde o início do tratamento. Essa melhora pode estar relacionada ao fato do usuário se sentir acolhido no serviço, além de encontrar apoio tanto dos profissionais como de outros usuários que estão passando pelos mesmos problemas.

FAMILIARES

Os familiares dos usuários dos CAPSad caracterizam-se por ser em sua maioria do sexo feminino (85,7%), sendo as mães o vínculo mais encontrado (42,8%), seguido dos cônjuges (32,1%).

Em relação a idade, houve o predomínio de pessoas acima dos 50 anos (67,9%), com a raça/cor autodeclarados de pardos (71,45%), casados ou com companheiros (78,7%), com o ensino médio completo (28,6%).

Estes resultados corroboram com outros que avaliaram o perfil dos cuidadores de pacientes em sofrimento mental (Costa *et al*, 2011; Bandeira *et al*, 2011; Barbosa, 2013; Pinho, 2014; Miranda; Souza; Ferreira, 2014; Iseselo, Kajula e Yahya-Malima, 2016; Jardim *et al*, 2013) ao apresentarem que as mães constituem na maioria dos casos os principais cuidadores. Estudos demonstram que o cuidar ainda se constitui culturalmente como função do sexo feminino, em especial das mães, sendo elas as que mais sentem a sobrecarga comparada aos demais familiares (Barroso; Bandeira; Nascimento, 2007).

Em relação aos cuidados dispensados ao usuário do serviço, 57,1% dos familiares afirmam serem os únicos que cuidam do seu familiar, o que demonstra que geralmente nas situações de uso e abuso de AOD, a família faz-se representar por um único membro da família que assume a condição de cuidador, ocasionando desta forma, uma sobrecarga advinda do processo de cuidar (Miranda *et al*, 2006).

Neste sentido, deve-se ressaltar que os cuidadores de dependentes de AOD possuem características diferenciadas, uma vez que no geral, o cuidado com esses pacientes não interfere diretamente nas atividades de vida diária do cuidador, por demandar menos cuidados físicos, comparadas a outros problemas como demência, doenças renais, deficiências motoras, entre outras. Além disso, muitos desses

usuários nem chegam a ser considerados por si mesmos e nem pelos familiares como doentes, apesar de causarem problemas (Santos; Martin, 2009).

A respeito da sobrecarga que este cuidador vem a sofrer em decorrência do problema que seu familiar enfrenta, constatou-se neste estudo que 67.6% dos familiares se sentem sobrecarregados com os cuidados demandados. Dentre as situações que eles sentem mais a questão da sobrecarga, foi apontado o momento em que o usuário está sob efeito do álcool e/ ou droga.

Nos últimos anos, o papel de cuidador tem sido tema de estudos, por este ser considerado indispensável no processo de reabilitação do paciente em sofrimento psíquico (Bandeira; Barroso, 2005; Saunders, 2003).

Entretanto, observa-se que a doença mental atinge não só o paciente, mas toda a sua família, que parece não estar superando as exigências e as dificuldades resultantes do papel de cuidador. Essa situação, além de poder ter reflexos negativos no cuidado prestado ao próprio paciente, tem o potencial, para criar um novo cliente para os serviços de saúde mental: o próprio familiar cuidador (Albuquerque; Cintra; Bandeira, 2010).

A satisfação de familiares dos usuários vem ganhando a cada ano mais relevância para a avaliação de serviços de saúde mental, pois são eles que acompanham a rotina do paciente de forma mais próxima, podendo avaliar as mudanças que ocorrem (Bandeira et al, 2011).

O grau de satisfação global dos familiares deste estudo, obteve um escore médio de 4,0 (dp 0,57) o que demonstra um alto nível de satisfação com o serviço.

O fator que apresentou maior escore de satisfação foi o fator 1, referente aos “resultados do tratamento” com a média de 4,04 (dp 0,81). Este fator avalia se, na opinião do familiar, o paciente se beneficiou do tratamento recebido no serviço, se este tratamento foi efetivo em ajudá-lo a lidar com os seus problemas e se o paciente recebeu o tratamento que o familiar achava que ele necessitava.

O fator 2, referente a “acolhida e competência da equipe” avalia o grau de satisfação do familiar com relação à competência e a capacidade da equipe de compreender o problema do paciente e o tipo de ajuda que ele necessitava. Este fator obteve o escore médio de 4,0 (dp 0,52).

O fator 3 referente a “privacidade e confidencialidade”, recebeu a pior avaliação, com escore médio de 3,96 (dp 0,57). Este fator avalia a satisfação do

familiar em relação às medidas tomadas no serviço para garantir a privacidade e confidencialidade sobre o problema do paciente, no decorrer do tratamento.

Apesar de estes dados informarem um bom nível de satisfação com relação aos serviços, outros estudos (Bandeira et al, 2011; Barbosa, 2013; Pinho, 2014; Miranda; Souza; Ferreira, 2014; Camilo, 2011) que também foram avaliados positivamente pelos familiares, obtiveram escores mais altos dos que foram encontrados neste estudo.

A percepção do familiar quanto às mudanças nos diversos aspectos da vida do usuário é outro fator levado em consideração durante a avaliação de serviços de saúde mental, e para avaliar essa percepção, este estudo utilizou a Escala de Mudança Percebida – Familiares.

O escore global encontrado neste estudo identificou uma melhora na vida do usuário, segundo a percepção do familiar, com a média de 2,63, resultado semelhante a outros estudos (Costa, 2009; Cesari, 2010, Barbosa, 2013; Pinho, 2014), sendo a sub-escala “dimensão psicológica” a que recebeu a maior média (2,68), fato igualmente encontrados nos estudos citados.

Importante ressaltar que a dimensão relacionada aos aspectos psicológicos e sono foi a que obteve o melhor resultado, tanto dos usuários, quanto dos familiares.

A sub-escala que obteve a pior nota foi a dimensão “Saúde Física” com a média de 2,57, resultado este diferente aos encontrados nos estudos de Costa (2009); Cesari (2010), Barbosa (2013); Pinho (2014), que encontraram na dimensão “Ocupação” o pior escore.

Uma possível explicação para a dimensão “saúde física” ter recebido o pior resultado, seria a presença de efeitos colaterais dos psicofármacos, que podem afetar estas áreas da vida do paciente (Costa *et al*, 2011).

De forma geral, foram percebidas melhorias na vida dos usuários por 82,1% dos familiares. Este resultado demonstra que os CAPSad estão ajudando de alguma forma na reabilitação dos usuários, na perspectiva dos familiares.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado nos CAPSad do Estado do Amapá, compreendendo os dois únicos serviços ofertados, um no município de Macapá e outro no município de Santana. Seus resultados podem, portanto, ser generalizados apenas para o contexto do cuidado de usuários de álcool e outras drogas do Estado.

Uma limitação encontrada no presente estudo, diz respeito ao contato com os usuários, tanto no serviço, quanto telefônico e visitas domiciliares. Alguns dos usuários sorteados inicialmente já haviam abandonado o tratamento, e seus prontuários não possuíam informações de contato, ou estas estavam desatualizadas. Desta forma, muitos deles não puderam ser contatados, o que nos obrigou a fazer novos sorteios para a obtenção de uma amostra considerável. É de se esperar que indivíduos com menos contatos nos registros dos prontuários, bem como aqueles que estavam afastados das atividades, encontrem-se em uma situação mais vulnerável, com maiores agravos à sua saúde mental e física, o que modificaria os resultados da pesquisa, caso tivesse sido possível contatar a todos.

Outra limitação encontrada, diz respeito às perdas de trabalhadores e principalmente dos familiares. Houve uma perda de 4 trabalhadores (11,1%), por motivos de recusa, sendo as mesmas justificadas por falta de disponibilidade de horários para responder as perguntas. Quanto aos familiares, houve uma perda maior, de 53,3%, sendo estas justificadas pelo fato de muitos usuários não indicarem um familiar e/ou amigos para participarem do estudo, além do fato de não conseguirmos contato com este grupo, após cinco tentativas, tanto por via telefônica, quanto por visita domiciliar. A visão do familiar frente aos resultados do tratamento ofertado nos serviços é considerada uma importante ferramenta a ser analisada, e com essa perda considerável, pode atestar que alguns resultados poderiam ser diferentes caso pudessemos ter acesso a totalidade deste grupo.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever e analisar os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do estado do Amapá a partir da visão dos trabalhadores, usuários e familiares. Entender a relação existente entre os sujeitos do estudo e o serviço torna-se relevante para a melhoria do serviço prestado, e conseqüentemente, melhorias na vida do usuário.

Pode-se constatar que os CAPSad do Amapá seguem a maioria das normativas exigidas pelo MS. Entretanto, o CAPSad de Santana ainda precisa ajustar alguns itens, como o número mínimo de profissionais exigidos, além da oferta de alimentação para os usuários, o que acaba por influenciar na oferta de mais oficinas e grupos terapêuticos.

Apesar disso, os CAPSad do Amapá foram avaliados positivamente por todos os sujeitos envolvidos no estudo, sendo os trabalhadores, o grupo que teve o menor índice de satisfação global com o serviço. Para os trabalhadores, as condições de trabalho foram apontadas como o principal fator que necessita de melhorias, sendo a falta de ferramentas adequadas e a estrutura física dos prédios os principais itens apontados como desfavoráveis para realização de atividades terapêuticas com os usuários.

Ainda na visão dos trabalhadores, as características organizacionais no que se refere ao apoio e a supervisão por parte das Secretarias de Saúde e Coordenações de Saúde Mental, foram avaliadas negativamente. Este é um dado preocupante, uma vez que o trabalhador precisa ter suporte destas instancias, além do que, são eles que estabelecem diretrizes políticas na área de álcool e outras drogas, e isto pode dificultar a obtenção de qualidade no serviço ofertado aos usuários.

A maioria das atividades dos CAPSad são realizadas em grupo, o que pode ser considerada favorável, pois este tipo de atividade preparam o indivíduo para a sua ressocialização, além de trabalhar o altruísmo, a compreensão de si mesmo e a importância da família e da sociedade no tratamento. No entanto, foi constatado que o CAPSad de Santana necessita de melhorias urgentes, pois o mesmo vem ofertando cada vez menos oficinas e grupos terapêuticos, servindo apenas para psicoterapias individuais e atendimentos ambulatoriais.

Além disso, pode-se perceber a carência de atividades comunitárias, bem como de geração de renda, resultado da falta de parcerias com outras instituições que propiciem esta relação. Ressalta-se que a inexistência dessas ações dificulta a reinserção do usuário na sociedade.

Deve-se considerar a importância dos profissionais do CAPSad como articuladores para a reinserção dos usuários na sociedade. Para isto, conhecer o território bem como toda a estrutura da RAPS é essencial para efetivar essa articulação. Investimentos em cursos de atualização por parte do governo, além de melhorar a estruturação da RAPS no Estado, são necessários para construir e desenvolver a verdadeira Rede de Atenção Psicossocial.

A satisfação dos usuários com o serviço foi considerada boa, em especial ao fato relacionado a competência e compreensão da equipe, além da ajuda recebida no serviço. Entretanto, novamente o item relacionado à estrutura física foi considerado como o pior item do serviço. Essa satisfação corrobora com os achados da mudança percebida relatada pelos usuários, que afirmam estarem melhores do que antes de iniciar o tratamento.

Os familiares também avaliaram positivamente os CAPSad, apesar de termos constatados que poucos frequentam o serviço, conseqüentemente, poucos o conhecem. Desta forma, a satisfação positiva esta pode estar relacionada as mudanças percebidas em seus familiares, além de poderem dividir a sobrecarga do cuidado com os profissionais do serviço.

Esses resultados podem indicar que os CAPSad apesar de algumas fragilidades, cumprem com o seu papel, através do estabelecimento de vínculos, da construção de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo de situações ligadas ao problema do álcool e de outras drogas.

Além disso, fortalecer a política de educação e do cuidado em saúde e em detrimento à política da repreensão de quem faz o consumo de álcool e outras drogas poderá trazer melhores resultados ao tratamento, uma vez que a comunidade precisa ser informada e conscientizada sobre o assunto, com o intuito de diminuir o preconceito existente sobre essa temática e conseqüentemente ser sujeito participativo no tratamento dos usuários.

REFERENCIAS

Adami, NP, Maranhão, AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. Rev. Acta Paulista Enfermagem. 1995; 8, (4): 47-55.

Albuquerque EPT, Cintra AMO, Bandeira M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(4):308-316

Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. Saúde Debate 2001; 25(58):35-47.

Amarantes, P (org). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de janeiro: Fiocruz, 2007

Antunes B, et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiencia. Cien Cuid Saude. 2012, jul/set; 11(3): 600-604.

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

Bandeira M, et al. Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares com Serviços de Saúde Mental: SATIS-Br. J Bras Psiquiatr. 2002;51(3):153-66

Bandeira M, et al. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. J Bras Psiquiatr. 2011; 60(4):284-93.

Bandeira M, et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2011b;24(2):236-44.

Bandeira M, Felicio CM, Cesari L. Validation of the Perception of Change Scale - Family Version (EMP-F) as a treatment outcome measure in mental health services. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010;32(3):283-7.

Bandeira M, Ishara S, Zuairi 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, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação de satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2000; 49(4):105-15. Disponível em <http://www.ufsj.edu.br/portal2->

[repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20\(SATIS-BR\)%20e%20da%20sobrecarga%20\(IMPACTO-BR\)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF](#)

Bandeira, M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J Bras Psiquiatria. 2005; 54(1): 34-46.

Barbosa G, et al. Satisfação de usuários num centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2015; 14.

Barbosa GC. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas do Município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013

Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Rev. Psiq. Clin. 2007; 34(6):270-277.

Bastos, FI, Bertoni N (org.) Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

Bichaff, RO. Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006

Blankertz LE, Robinson SE. Turnover intentions of community mental health workers in psychosocial rehabilitation services. Community Ment Health J. 1997;33(6):517-29.

Borges LO, et al. A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(1): p.189-200.

Braga LM, Torres LM, Ferreira VM. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. Rev. Enf-UFJF-Juiz de Fora. 2015; 1(1): 55-63

Brasil MS. Decreto 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. [legislação da internet]. Brasília; 2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm

Brasil, MS, SVS/CN-DST/AIDS SdAàs. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. In: Saúde Md, editor. 2ª ed. Brasília, 2004.

Brasil, MS. Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros [legislação da internet] Brasília, 2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

Brasil, MS. Portaria 3088 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 da internet]. Brasília; 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil, MS. Portaria 4279 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 da internet]. Brasília; 2010b. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

Brasil, MS. Programa “Crack, é possível vencer”. Brasília, 2011c. disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/27_12_2012_14.21.49.508c1d19b257034560dd1ae6320731c8.pdf. Acessado em 29/12/2016 às 11:10. Brasília, 2011c.

Brasil, MS. Redes de Atenção Psicossocial. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>. Acessado em 29/12/2016 às 10:33. Brasília, 2011b

Brasil, MS. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

Brasil, MS. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados -12. Ano 10, n.12. Brasília, 2015.

Brasil, MS. Portaria n.º 1.190/GM, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e define as suas diretrizes gerais. Brasília, 2009.

Brasil, MS. Portaria n.º 1174/GM, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Brasília, 2005. In: _____ Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Brasília, 20. 257p.

Brasil, MS. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. 2002.

Brasil, MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004b

Brasil, MS. 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 de atenção psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

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

Camilo CA, et al . Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. Cien. Saúde Colet. 2012; 20 (1): 82-92

Camilo CA. Avaliação de um serviço de saúde mental: perspectivas dos pacientes, familiares e profissionais. [Dissertação]. Universidade Federal de São João Del Rei. 2011

Campos RTO, et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica 2009; 43(Supl. 1):16-22.

Capistrano FC, et al. Perfil sociodemografico e clinico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuário. Esc Anna Nery (impr). 2013; 17(2):234-241

Carlini ES, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2006. Available from: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>.

Carvalho CG, Amaral RMS, Magalhães SR. Assistencia de enfermagem ao portador de transtorno psiquico: visita domiciliar. E-scientia, Belo Horizonte. 2011; 4(1): 31-38

Cesari L. Percepção de mudança e qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia. [Dissertação]. Universidade Federal de São João Del Rei. 2010

Clementino FS, et al. Avaliação da estrutura organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Municipio de Campina Grande, Paraíba. Rev bras ci saúde. 2016; 20(4):261-268.

Contandriopoulos AP, et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 132p. ISBN 85-8567636-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Contrandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. Saúde coletiva, 2006; 11(3): 705-711.

Costa CS, et al. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. Cad Saude Publica 2011; 27(5):995-1007.

Costa CS. Percepção de mudança em função do tratamento recebido nos serviços de saúde mental: comparação entre pacientes e familiares. [Dissertação]. Universidade Federal de São João Del Rei. 2009.

Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços de saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Ciência e Saúde Coletiva. 2015; 20(10): 3243-3253

D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006, 59(1):84-8.

De Marco PF, et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(3): 178-83.

Dias OV, Ramos LH, Costa SM. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. Revista Pró-univerSUS. 2010; 1(1): 11-26.

Dualibi LB, Ribeiro R, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (Sup 4):S545-S557, 2008

Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. Rev. bras. enferm. 2011; 64(1):47-52.

Elbreder MF, et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(1):9-15.

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuário. Ciencia e Saúde Coletiva. 2005; 10(supl):303-312.

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, et al. Perfil sócio-demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev. Saúde Pública. 2003; 37(6): 751-9.

Furtado JP, Miranda L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo. 2006; IX (3), 508-524.

Furtado, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007; 11(22):239-5.

Guimarães CF, et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev Psiquiatr RS. 2008; 30(2):101-108.

Heckert, U., Teixeira, L.S. & Trindade, A.S. 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):15-19.

Iseleso MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental health illness and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. BMC psychiatric. 2016; 16:146

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

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.

Jaegger, RC. et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. Cadernos de Saúde Coletiva. 2004; 12(1): 27-39.

Jardim VMR. et al. Perfil do familiar de pacientes crônicos em sofrimento psíquico. Ciencia, Cuidado e Saúde. 2013; 7. ISSN 1984-7513

Kantorski LP, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. Rev Saude Publica. 2009b; 43(Supl. 1):29-35

Kantorski LP, Machado AT, Oliveira CA. Centro de Atenção Psicossocial – reinventando o cuidado em saúde mental. Texto & Contexto enferm, 2000; 9(1): 233-243

Kantorski LP. CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório. Pelotas: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ministério da Saúde, 2007.

Kantorski LP. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. Cad. Bras. Saúde Mental. 2009; 1(1)

Kantorski, LP, et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. Cienc saúde coletiva. 2011; 16(4):2059-66

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

Lima FC. Avaliação da mudança percebida e satisfação de usuários de CAPS-AD. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013

Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça a saúde pública. *História, Ciência e Saúde* 2007; 14(13):801-821.

Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia da redução de danos. *Psicol.cienc.prof.* v.33.n.3.Brasilia, 2013.

Medeiros SM, et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2006; 8(2):233-40. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a08.htm. Acesso em janeiro de 2017.

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

Mercier L. et al. Measuring clients perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KRE (ed). *Evidence-based practice manual: Research an outcome measures in health and human services*. New York: Oxford University Press, 2004. P.904-909.

Miranda F. et al. The negative impact of the disturb of the use and abuse of the alcohol in the Family coexistence. *Rev. Eletr Enf.* 2006; 8(2): 222-32

Miranda POM, Souza OF, Ferreira TF. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco-AC. *J Bras Psiquiatr.* 2014; 63(4):332-40.

Monteiro CFS, et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes em álcool em CAPSad do Piauí. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(1):90-5

Nascimento ADF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública.* 2009; 43: 493-504.

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

Oliveira MAF, et al. Processo de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2014; 38(101): 368-378.

Oliveira VC. Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial -álcool e outras drogas da região metropolitana de Curitiba. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2012

Organización Panamericana de la Salud. Epidemiologia del uso de drogas em América Latina y el Caribe: um enfoque de la salud pública. Washington, D.C.: 2009

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

Paulin, LF, Turato, ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde– Manguinhos. 2004; 11(2):241-258.

Peixoto C, et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas (CAPSad). J Bras Psiquiatr. 2010; 59(4): 317-321.

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

Pereira MO, et al. Perfil dos usuários dos serviços de saúde mental do município de Lorena- São Paulo. Acta Paul Enferm, 2012; 25(1): 48-54.

Perreault M. et al. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. Evaluation and program planning. 2010; 33(4): 410-417

Pillon, S, Laranjeira R, Dunn, J. Nurse's attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. São Paulo Medical Journal. 1998; 116(2):1661-1666

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

Pinikahana J, Happell B, Carta B. Mental Health professionals' attitudes to drug and substance abuse. Nursing & health sciences. 2002; 4(3):57-62

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

Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica no Brasil: instituições, atores e políticas. Ciencia e Saúde Coletivo. 2011; 16(12): 4589-4589.

Prates, JG. Avaliação das atitudes dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016

Rebouças D, et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação. Cad. Saúde Publica, 2008; 24(3): 624-632

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

Reid Y, et al. Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatry epidemiology*, v.34, n.6, p.301- 308, 1999. ISSN 0933-7954.

Resende KIDS, Bandeira, Oliveira DCR. Assessment of Patient, Family and Staff Satisfaction in a Mental Health Service. *Paideia*. 2016; 26(64): 245-253

Rocha, RM. *Enfermagem em saúde mental*. 2.ed.atual. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005

Rodrigues, LR. *Saúde Mental e Profissionais do Programa Saúde da Família: uma proposta de educação permanente*. [Tese].

Santos AFO. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: sobrecarga e satisfação com o serviço. [Dissertação]. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2010.

Santos AM, 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

Santos ECV, Martin D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):194-9.

Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2003; 24:175-198

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

Schneider JF. et al. Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS). 2009;30(1):131-5.

Severo AKS, L'abbate S, Campos RTO. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, n.50, pp.545-556.

Silva EA, Costa II. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. 2010; 13(4):635-647.

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

Siqueira MM, Gomide Junior S. Suporte no trabalho. In: _____(Org.) *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.283-294.

Soares J, Vargas D, Oliveira MAF. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. SMDA Revista eletrônica saúde mental, álcool e drogas. 2011; 7(1):45-52.

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

Surjus LTLS, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2011; 14(1):122-133.

Tavares CMDM, Sobral VRS, Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Revista Mineira de Enfermagem. 2005; 9(2): 121-125

Tomasi E, et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad Saude Publica 2010; 26(4):807-815.

United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

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

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

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

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

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

Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. Rev. Bras Enferm. 2010b. 63(6): 1028-34.

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 e alcoolista. Acta Paul Enferm 2011b; 24(5):638-44

Vargas D. Construct validation of the scale of attitudes toward alcohol, alcoholism and individuals with alcohol use disorders. *Rev psiquiatr. clin.* 2014; 41(4):105-10

Vargens RW, Cruz MS, Santos MAd. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2011;19(spe):804-12.

Wachs, F. Educação Física e saúde mental: uma prática de cuidados emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação dos serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13 (4):593-8.

World Health Organization. Global status Report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014. XII, 286 p.p

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Pedido de autorização institucional

Macapá, de de 2014.

Prezado(a) Sr.(a),

Venho por meio desta, solicitar autorização para que eu Ronédia Monteiro Bosque, doutoranda do programa de Pós – Graduação em Cuidado da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo possa realizar a pesquisa intitulada: **“Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado do Amapá”**, sob a Coordenação da Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Na oportunidade, esclareço que a pesquisa será realizada nos CAPSad do Estado do Amapá, com os coordenadores, membros das equipes técnicas, usuários e familiares. A pesquisa tem por finalidade avaliar a qualidade de atenção em saúde oferecida nos CAPSad.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a qualidade das práticas assistenciais por meio da estrutura, processo e resultado da atenção aos usuários de álcool e outras drogas desenvolvidas pelos CAPSad do Estado do Amapá junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares destes serviços.

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

Ronédia Monteiro Bosque

Doutoranda do Programa de Pós – Graduação em Cuidado da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,

Fone: 55(96) 81115494

APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido – Coordenador e técnicos do CAPSad
(RESOLUÇÃO 466/12 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Nome do entrevistado _____

Pesquisadora: Ronédia Monteiro Bosque – doutoranda fone: 55 (96) 81115494 e-mail ronedia@usp.br 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 e-mail: marciaap@usp.br

Estamos apresentando o Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada “**Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado do Amapá**”, autorizando a minha observação durante o seu trabalho no CAPSad, a aplicação de formulários referentes às etapas de coleta de dados do estudo e a consulta aos prontuários.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar a qualidade das práticas assistenciais por meio da estrutura, processo e o resultado da atenção aos usuários de álcool e outras drogas desenvolvida pelos CAPSad do Estado do Amapá, junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares destes serviços.

Garantimos o sigilo e o 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 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 dúvida ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por meio do telefone: 55 (11) 30617548 ou e-mail edipesq@usp.br. Endereço: Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000-São Paulo – SP.

APÊNDICE 3 – Carta convite do responsável legal dos participantes da pesquisa.

MACAPÁ de de 2014.

Prezado(a) Sr.(a).

O convidamos a participar, bem como autorizar a participação de seu familiar, usuário do CAPSad, de uma pesquisa que Eu Ronédia Monteiro Bosque – doutoranda, vinculada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), intitulada como: **“Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado do Amapá”, sob coordenação da Prof.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira”**.

A pesquisa tem por finalidade: Avaliar a qualidade das práticas assistenciais por meio de estrutura, o processo e o resultado da atenção aos usuários de álcool e outras drogas desenvolvida pelo CAPSad da Grande São Paulo junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares destes serviços.

Você e seu familiar, que é usuário do CAPSad, são livres para expressarem suas ideias e poderão fazer questionamentos sobre o 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 serviço 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 lhe 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 CAPSad, não oferece a vocês nenhum risco e o benefício que a pesquisa trará a você, ao seu familiar e aos trabalhadores do serviço está relacionado às melhorias do atendimento e tratamento do CAPSad, uma vez que os resultados do estudo ajudarão a melhorar o trabalho que é realizado no serviço, 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 nomes não serão constarem 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 a disposição para quaisquer esclarecimentos que fizerem necessários.

Ronédia Monteiro Bosque

Doutoranda do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da (EEUSP)

Em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por meio do Tel.: 55 (11) 30617548 ou e-mail: edpesq@usp.br, end. Rua Enéias de Carvalho de Aguiar, nº 419 – CEP 05403-000 – São Paulo – SP.

APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido – Do participante ou do representante legal do participante
(RESOLUÇÃO 466/12 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Nome do entrevistado _____

Pesquisadora: Ronédia Monteiro Bosque – doutoranda fone: 55 (96) 81115494 e-mail ronedia@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 e-mail: 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 dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas do Estado do Amapá**”, autorizando a minha observação durante a sua permanência no CAPSad, a realização de uma entrevista por meio da aplicação de formulários às etapas de coleta de dados do estudo e a consulta aos prontuários. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar a qualidade das práticas assistenciais por meio da estrutura, o processo e o resultado da atenção aos usuários de álcool e outras drogas desenvolvida pelos CAPSad do Estado do Amapá junto aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares destes serviços.

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 desse 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 dos 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 isso 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 a minha participação.

Enfim, fui 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 da Universidade de São Paulo por meio do Tel.: 55 (11) 3061-7548 ou e-mail: edpesq@usp.br, end.: Rua Enéias de Carvalho de Aguiar, nº 419 – CEP 05403-000 – São Paulo – SP..

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).

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

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

Atenciosamente,

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

ANEXO 2 – Instrumento para o coordenador do serviço.

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

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
Se sim, qual?	_____	
Mestrado: 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
C 8. 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 (m²) 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

<p>C15. Supervisão realizada pela secretaria municipal de saúde</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>0 = ausência</p> <p>10 = existência</p> </div> </div>								
<p>C16. Supervisão realizada pela coordenação municipal de saúde mental</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>0 = ausência</p> <p>10 = existência</p> </div> </div>								
<p>C17. Você se sente apoiado pela secretaria municipal de saúde</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>0 = ausência</p> <p>10 = existência</p> </div> </div>								
<p>C18. Você se sente apoiado pela coordenação municipal de saúde mental</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>0 = ausência</p> <p>10 = existência</p> </div> </div>								
<p>C19. Você se sente apoiado pela equipe</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>0 = ausência</p> <p>10 = existência</p> </div> </div>								
<p>C20. Pela comunidade em que atua</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <p>0 = ausência</p> <p>10 = existência</p> </div> </div>								
<p>P1. Existe articulação com recursos do território? (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim, quais? _____</p>								
<p>P2. Existe articulação com rede básica? (0) Não (1) Sim</p>								
<p>P3. Existe outras instâncias de articulação (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim, quais? _____</p>								
<p>P4. Esse serviço esta inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>								
<p>P5. Possui avaliação do usuário?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Clínica</td> <td style="width: 33%;">() Não () Sim</td> <td style="width: 33%;">Social</td> <td style="width: 33%;">() Não () Sim</td> </tr> <tr> <td>Psicológica</td> <td>() Não () Sim</td> <td>Outras</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Clínica	() Não () Sim	Social	() Não () Sim	Psicológica	() Não () Sim	Outras	_____
Clínica	() Não () Sim	Social	() Não () Sim					
Psicológica	() Não () Sim	Outras	_____					
<p>P6. Oferecem atendimento individualizado no serviço? () Não () Sim</p>								
<p>P7. Oferecem atendimento individualizado no domicílio? () Não () Sim</p>								
<p>P8. Possui atendimento de orientação à família? () Não () Sim</p>								
<p>Se Não, passe para a questão 9 Se sim, orientação sobre:</p> <p>() Transtorno () Não () Sim</p> <p>() Medicação () Não () Sim</p> <p>() Sintomas () Não () Sim</p> <p>() Outros, quais? _____</p>								

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? _____

Se Não, passe para a questão 12

Estimulantes: Dextro-anfetamina (0) Não (1) Sim

Antiparkinsonianos ou medicamentos extrapiramidais:

Antidepressivos	Amoroso	Amoroso
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

Carbonato de lítio (carbolitium)	(0) Não	(1) Sim
Ácido valpróico	(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 critérios para internação em AOD neste caps?

() A voluntariedade do usuário

() O esgotamento de 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): _____

<p>P42. Abordam questões técnicas (discussões de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) discussões de casos, discussões sobre medicações)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (997) NSA</p> <p>Se Não, passe para a questão 44</p>
<p>P43. Com qual frequência?</p> <p>(1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal</p> <p>(4) Bimestral (999) Outro _____ (997) NSA</p>
<p>P44. Possui sistema de referência para outros serviços?</p> <p>Atendimento especializado () Não () Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Emergência Psiquiátrica (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Hospital Geral (internação psiquiátrica) (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Hospital Psiquiátrico (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Unidade Básica de Saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p>
<p>P45. Possui sistema de contra referência?</p> <p>Atendimento especializado (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Emergência Psiquiátrica (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Hospital Geral (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Hospital Psiquiátrico (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p> <p>Unidade Básica de Saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim: (2) Formal (3) Informal</p>
<p>P46. Na sua opinião, o fluxo de referência e contra referência é organizado (0) Não (1) Sim</p>
<p>P47. O serviço referencia internação psiquiátrica. () Não () Sim Se Não, passe para a questão 49</p>
<p>P48. Se sim, onde os pacientes são internados?</p> <p>Hospital geral (0) Não (1) Sim</p> <p>Se Sim: qual o local/ cidade? _____</p> <p>Hospital psiquiátrico (0) Não (1) Sim</p> <p>Se Sim: qual o local/ cidade? _____</p>
<p>P49. Conta com associação de usuários? (0) Não (1) Sim</p>
<p>P50. Possui projeto terapêutico institucional? (0) Não (1) Sim</p>
<p>P51. Os usuários possuem plano terapêutico singular? (0) Não (1) Sim</p>
<p>P52. O serviço conta com Conselho Gestor Local? () Não () Sim Se Não, passe para a questão 54</p>
<p>P53. Se Sim, qual a periodicidade das reuniões?</p> <p>(1) Quinzenal (2) Mensal (3) Anual (999) Outros _____</p>

<p>P54. O usuário possui algum técnico de referência? () Não () Sim Se Não, passe para a questão 55</p> <p>Se sim, qual categoria profissional entra como técnico de referência?</p> <p>Médico: (0) Não (1) Sim</p> <p>Psicólogo: (0) Não (1) Sim</p> <p>Enfermeiro: (0) Não (1) Sim</p> <p>Assistente Social: (0) Não (1) Sim</p> <p>Terapeuta ocupacional: (0) Não (1) Sim</p> <p>Técnico ou Auxiliar de Enfermagem: (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro Profissional: () Não () Sim Se sim, qual? _____</p>	
<p>P55. Existem programas de estágios / extensão? () Não () Sim Se Não, passe para questão 56</p> <p>Se sim, qual o caráter dos estágios?</p> <p>(1) Voluntário (0) Não (1) Sim</p> <p>(2) Curricular (0) Não (1) Sim</p> <p>(3) Curso técnico (0) Não (1) Sim</p> <p>() Outro Qual? _____</p> <p>Quais áreas realizou estágios?</p> <p>Medicina () Não () Sim</p> <p>Enfermagem () Não () Sim</p> <p>Psicologia () Não () Sim</p> <p>Serviço Social () Não () Sim</p> <p>Terapia Ocupacional () Não () Sim</p> <p>Artes () Não () Sim</p> <p>() Outra. Qual? _____</p>	
<p>O CAPS contempla:</p> <p>P56. Acolhimento diurno? (0) Não (1) Sim</p> <p>P57. Acolhimento noturno? (0) Não (1) Sim</p> <p>P58. Acesso livre dos usuários? (0) Não (1) Sim</p> <p>P59. Acesso com hora marcada dos usuários? (0) Não (1) Sim</p>	
<p>P60. Que profissional realiza o acolhimento?</p> <p>Técnico de Enfermagem (0) Não (1) Sim</p> <p>Enfermeiro (0) Não (1) Sim</p> <p>Técnico Administrativo (0) Não (1) Sim</p> <p>Psicólogo (0) Não (1) Sim</p> <p>Médico Psiquiatra (0) Não (1) Sim</p> <p>Assistente Social (0) Não (1) Sim</p> <p>Artista Plástico (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro Profissional (0) Não (1) Sim, qual? _____</p>	
<p>P61. É realizada triagem no serviço? (0) Não (1) Sim</p>	
<p>P62. O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo?</p> <p>() Não () Sim</p>	
<p>P63. O serviço atende pessoas com risco de suicídio? () Não () Sim</p>	
<p>P64. O serviço tem estrutura para atender pessoas em risco de suicídio () Não () Sim</p>	

Outros (Conselho Municipal de Saúde, controle social, Conselho gestor) () Não () Sim Quais? _____
<p>P74. A equipe recebe:</p> <p><u>Supervisão Técnica</u> () Não () Mensalmente () Raramente () Outro Qual? _____</p> <p><u>Supervisão Administrativa</u> () Não () Mensalmente () Raramente () Outro Qual? _____</p> <p><u>Consultoria</u> () Não () Mensalmente () Raramente () Outro Qual? _____</p> <p><u>Orientação Técnica</u> () Não (1) Mensalmente () Raramente () Outro Qual? _____</p> <p><u>Orientação Administrativa</u> () Não () Mensalmente () Raramente () Outro Qual? _____</p>
<p>P75. O serviço conta com algum mecanismo de avaliação sistemática. () Não () Sim Se sim, quais mecanismos são utilizados. _____ _____</p>
<p>P76. Há vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos ou Casa de Acolhimento Transitória? () Não () Sim</p>
<p>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. _____ _____ _____</p>
<p>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 _____ _____</p>
<p>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 (0) Não (1) Sim Hipertenso (0) Não (1) Sim Outro (0) Não (1) Sim Qual? _____</p>
<p>P80. Registra-se em prontuário único? () Não () Sim</p>

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: _____																										
25. Este turno de trabalho traz problemas para você? (0) Não (1) Sim Se sim, quais problemas? <table style="width: 100%;"> <tr> <td>(1) fadiga</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(2) choque de horário</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(3) organização de vida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(4) estresse</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(5) Sinais e sintomas físicos</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(999) outros</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> Outros, se sim, quais? _____			(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						
(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																								
ESTRUTURA E PROCESSO DAS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS																										
E1. Você considera que o CAPSad é adequado em relação: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>a) Ventilação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> Justifique _____ <table style="width: 100%;"> <tr> <td>b) Iluminação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> Justifique _____ <table style="width: 100%;"> <tr> <td>c) Higiene</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> Justifique _____ <table style="width: 100%;"> <tr> <td>d) Área física</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> Justifique _____			a) Ventilação	(0) Não	(1) Sim	b) Iluminação	(0) Não	(1) Sim	c) Higiene	(0) Não	(1) Sim	d) Área física	(0) Não	(1) Sim												
a) Ventilação	(0) Não	(1) Sim																								
b) Iluminação	(0) Não	(1) Sim																								
c) Higiene	(0) Não	(1) Sim																								
d) Área física	(0) Não	(1) Sim																								
E2. Você considera que os equipamentos de proteção coletiva estão instalados e funcionando em seu local de trabalho: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>(1) exaustores para ventilação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(2) saída de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(3) mangueira p/ incêndio</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(4) proteção nas máquinas</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(5) extintor de incêndio</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(6) ar condicionado</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(7) ventilador</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(999) outros _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			(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 _____		
(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

<p>E12. Nos últimos 6 (seis) meses você sofreu algum acidente de trabalho? (0) Não (1) Sim</p> <p>Quais? _____</p>																	
<p>E13. Você faltou ao trabalho nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim</p> <p>Se Não, passe para a questão 14</p> <p>Se sim quantos dias? ____ dias ausentes</p> <p>Quais os Motivos:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">(1) doença</td> <td style="width: 33%;">(0) Não</td> <td style="width: 33%;">(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(2) acidente</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(3) problema familiar</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(4) problema administrativo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(999) outros</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> <p>Justifique: _____</p>			(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
(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															
<p>E14. Qual o principal critério de inclusão no tratamento CAPSad para as pessoas que procuram este serviço?</p> <p>(1) O consumo de álcool e outras drogas</p> <p>(2) A gravidade do consumo de álcool e outras drogas</p> <p>(3) O impacto global na vida relacionado ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas</p> <p>(4) Outros _____</p>																	
<p>E15. Qual o modelo de assistência utilizada neste serviço?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">() Redução de Danos</td> <td style="width: 33%;">() Abstinência total</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>() As duas modalidades</td> <td>() Não sei</td> <td>() Outros _____</td> </tr> </table>			() Redução de Danos	() Abstinência total		() As duas modalidades	() Não sei	() Outros _____									
() Redução de Danos	() Abstinência total																
() As duas modalidades	() Não sei	() Outros _____															
<p>E16. O que é considerado “abandono de tratamento” nesse serviço?</p> <p>(1) Não comparecimento ao serviço por 30 dias consecutivos, sem justificativa</p> <p>(2) Não comparecimento ao serviço por 60 dias consecutivos, sem justificativa</p> <p>(3) Não sei</p> <p>(4) Outros _____</p>																	
<p>E17. É realizada busca ativa nesse serviço? (0) Não (1) Sim</p> <p>Se não, porque? _____</p>																	
<p>E18. Se sim, como é realizada: (1) Contato Telefônico (2) Visita Domiciliária</p> <p>(3) Outros _____</p>																	

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 Confecção 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		

<p>E34. Qual o principal critério de alta do CAPSad?</p> <p>(1) A interrupção total do consumo de álcool e outras drogas</p> <p>(2) A inserção e/ ou reinserção no trabalho formal e informal</p> <p>(3) A retomada dos laços sociais e familiares</p> <p>(4) A melhora das condições globais de vida do usuário</p> <p>Outros, quais? _____</p>
<p>E35. Que tipo de transporte você usa preferencialmente para chegar a este serviço?</p> <p>(1) Condução própria (4) Condução de familiares</p> <p>(2) Condução de amigos (5) Transporte público</p> <p>(3) Caminhada (999) Outro _____</p>
<p>E36. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao CAPSad?</p> <p>(1) 0-15minutos</p> <p>(2) 16-30 minutos (4) 46-60 minutos</p> <p>(3) 31-45 minutos (5) mais que 60 minutos</p>
<p>E37. Você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos usuários?</p> <p>(1) De forma alguma</p> <p>(2) Não muito (4) Bem</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Muito bem</p>
<p>E38. Você acha que os profissionais deste serviço compreendem o tipo de ajuda de que os usuários necessitam?</p> <p>(1) Não compreendem</p> <p>(2) Não compreendem muito (4) Bem</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Muito bem</p>
<p>E39. Considerando as necessidades globais dos usuários que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?</p> <p>(1) muito inapropriado</p> <p>(2) inapropriado (4) apropriado</p> <p>(3) mais ou menos (5) muito apropriado</p>
<p>E40. Você acha que existem outros cuidados de que o usuário necessita, mas que não recebe aqui?</p> <p>(1) Com certeza há (4) Acho que não há</p> <p>(2) Acho que há (5) Não, certamente que não (3) Talvez</p> <p>Se você respondeu 1 ou 2, especifique quais são estes serviços</p> <p>_____</p>

E53 Se um amigo / familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria este CAPSad?

(1) Não, com certeza que não (4) Sim, acho que sim

(2) Não, acho que não (5) Sim, com certeza

(3) Talvez

Se você **respondeu 1 ou 2 (não)**, por quê? _____

Se você **respondeu 4 ou 5 (sim)**, por quê? . _____

(1) O CAPSad tem um bom atendimento (0) Não (1) Sim

(2) Obtém-se bons resultados no CAPSad (0) Não (1) Sim

(3) Outros motivos (0) Não (1) **Sim, quais?**

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 círculo em torno do número 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 reuniões?	1	2	3	4	5
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
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
E91. Supervisão entre equipe:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
E92. Supervisão pela comunidade em que atua:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
E93. Supervisão pela Organização Social (parceira):
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
E94. Apoio pela secretaria municipal de saúde
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
E95. Apoio pela coordenação municipal de saúde mental
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
E96. Apoio entre equipe
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					

E.97. **Apoio** pela comunidade em que atua

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E98. De maneira global, qual a sua avaliação do atendimento prestado pelo CAPSad?

Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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.

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E PSIQUIÁTRICA</p>	
<p>Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do Estado de São Paulo</p>	
<p style="text-align: center;">Questionário para o Usuário do CAPSad</p>	
<p>Número de identificação: _ _ _ _ _</p>	
<p>1a. Cidade: _____ 1b. Estado: _____</p>	
<p>2. Entrevistador: _____ Data da entrevista: __/__/____ horário de início: __: __</p>	
<p>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 _____</p>	
<p>4. Tipo: (1) CAPS II ad (2) CAPS II ad horário estendido (3) CAPS III ad</p>	
<p>5. Qual sua data de nascimento? __/__/____ Qual sua idade? ____ anos</p>	
<p>6.a Naturalidade: _____ 6 b. Cidade onde reside: _____ -</p>	
<p>7. Sexo: (1) feminino (2) masculino</p>	
<p>8. Etnia: (1) branca (2) mulato (3) negra (4) pardo (5) outra, qual? _ _ _ _ _</p>	
<p>9. Qual é o seu peso (aproximadamente)? ____ kg</p>	
<p>10. Qual é a sua altura? (aproximadamente)? __m ____ cm</p>	
<p>11. Qual seu atual estado civil? (1) solteiro (2) casado ou vive com companheiro (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (999) outro, qual? _ _ _ _ _</p>	
<p>12. O(a) Sr. (a) sabe ler? (0) não (1) sim</p>	
<p>Se “Não”, passar para questão 14</p>	
<p>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</p>	

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? _ _ _ _ _

<p>21. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente?</p> <p>(1) casa / apartamento próprio (2) casa / apartamento alugado</p> <p>(3) casa de amigos (4) hospital ou instituição</p> <p>(5) rua (6) abrigo de emergência</p> <p>(7) pensão (alimentação e moradia) (999) outro, qual? _____</p>
<p>22. Dentre os itens abaixo, quais os que o(a) Sr. (a) possui e em que quantidade?</p> <p>Automóvel __ __</p> <p>Televisor em cores __ __</p> <p>Banheiro __ __</p> <p>Empregada doméstica __ __</p> <p>Rádio (excluindo do carro) __ __</p> <p>Máquina de lavar roupa __ __</p> <p>DVD __ __</p> <p>Aspirador de pó __ __</p> <p>Geladeira comum ou c/ freezer __ __</p> <p>Computador __ __</p>
<p>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPSad</p>
<p>C1. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço? (0) Não (1) Sim</p>
<p>C2. Há quanto tempo o(a) Sr. (a) frequenta este serviço?</p> <p>(1) 6 meses (3) de 1 a 2 anos</p> <p>(2) de 7 a 12 meses (4) de 3 a 5 anos (5) mais de 5 anos</p>
<p>C3. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico? (0) não (1) sim</p>
<p>C4. Se Sim, qual é o diagnóstico?</p> <p>() Transtorno Bipolar do humor () Transtorno Depressivo maior</p> <p>() Esquizofrenia () Uso de tabaco () Uso de álcool () Uso de drogas</p> <p>() Transtorno de ansiedade () outro, qual? _____</p>
<p>C4a1. Se uso de drogas, qual(is)?</p> <p>Maconha () Sim () Não Cocaína () Sim () Não Crack () Sim () Não</p> <p>Solventes () Sim () Não Heroína () Sim () Não Anfetamina () Sim () Não</p> <p>LSD () Sim () Não Ecstasy () Sim () Não Hipnóticos () Sim () Não</p> <p>Sedativos () Sim () Não Alucinógenos () Sim () Não Opióides () Sim () Não</p> <p>Outros: _____</p>
<p>C5. Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando percebeu o uso abusivo/dependência da substância que usa? __ __ anos</p>

<p>C6. O(a) Sr.(a) já teve alguma internação psiquiátrica ANTES do tratamento no CAPSad? (0) não (1) sim</p> <p>Se não, passe para a questão 8</p>	
<p>C7. Se sim, quantas e em que local?</p> <p>Hospital Geral () não () sim Quantas? _____</p> <p>Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias</p> <p>Hospital psiquiátrico () não () sim Quantas? _____</p> <p>Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias</p> <p>Comunidade Terap. () não () sim Quantas? _____</p> <p>Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias</p> <p>Clínica de reabilitação () não () sim Quantas? _____</p> <p>Tempo que durou a ultima internação __ meses __ dias</p>	
<p>C8. DURANTE o seu tratamento no CAPSad houve necessidade de você ser internado alguma vez? () não () sim</p> <p>Onde você foi internado?</p> <p>(1) Hospital Geral (3) Hospital psiquiátrico</p> <p>(2) Comunidade Terap. (4) CAPSad III</p> <p>(5) Outro _____</p> <p>Quantas vezes? ___ Data da última internação ___</p> <p>Tempo de duração da ultima internação ___</p>	
<p>C9. Você já apresentou desmaios, hipertensão, hiper/hipoglicemia, convulsão, etc, que houve necessidade de urgência nesse CAPSad? () não () sim</p> <p>Se sim, para onde foi encaminhado? _____</p>	
<p>C10. O(a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim (998) Não sei</p>	
<p>Se “NÃO”passar para questão 18</p>	
<p>C11. Se Sim, qual?</p> <p>Hipertensão arterial (0) Não (1) Sim</p> <p>Diabetes (0) Não (1) Sim</p> <p>Obesidade (0) Não (1) Sim</p> <p>Problemas oncológicos (0) Não (1) Sim</p> <p>DST/ AIDS (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro: _____</p>	
<p>C12. Atualmente, o(a) Sr. (a) usa medicação para este problema?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	
<p>Se “NÃO”passar para questão 14</p>	

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		

<p>C24. O(a) Sr. (a) segue a prescrição médica?</p> <p>(1) Nunca (2) Sempre (3) Às vezes</p> <p>(4) De forma irregular (5) Frequentemente</p>
<p>C25. O(a) Sr. (a) fuma? (0) Não (1) Sim</p>
<p>C26. Se Sim, há quanto tempo? __ anos</p>
<p>C27. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma por dia? _ _ _</p>
<p>C28. O(a) Sr. (a) consumiu bebida alcoólica nas 4 últimas semanas?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>
<p>Se “NÃO” passar para questão 34</p>
<p>C29. Com que frequência durante o último ano o(a) Sr. (a) sentiu culpa ou remorso por beber?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos que 1 vez ao mês (3) Uma vez por semana</p> <p>(2) Uma vez ao mês (4) Todos os dias ou quase todos</p>
<p>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?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos que 1 vez ao mês (3) Uma vez por semana</p> <p>(2) Uma vez ao mês (4) Todos os dias ou quase todos</p>
<p>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?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não no último ano</p> <p>(2) Sim, durante o último ano</p>
<p>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?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não no último ano</p> <p>(2) Sim, durante o último ano</p>
<p>C33. O que o(a) Sr. (a) acha do seu consumo de bebida alcoólica?</p> <p>(1) É um grande problema (4) Ajuda-lhe um pouco</p> <p>(2) É um problema pequeno (5) Ajuda-lhe muito</p> <p>(3) Não é problema (6) Ajuda-lhe, mas é um problema</p>
<p>C34. O(a) Sr. (a) fez uso de alguma droga ilegal nas últimas 4 semanas?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>
<p>Se “NÃO” passar para questão 36</p>

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 Confecção 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

<p>C45. Em outras necessidades, como moradia, educação, lazer, etc, esse serviço lhe ajuda?</p> <p>(1) Sim (2) Não Se sim, como? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>C46. Quem encaminhou o(a) Sr. (a) ao CAPSad?</p> <p>(1) Minha própria decisão (5) Um médico/ terapeuta/técnico</p> <p>(2) Uma pessoa da família (6) Um serviço de referência</p> <p>(3) Um amigo (7) A polícia</p> <p>(4) Ordem judicial _____</p> <p>(999) outro _____</p> <p>* Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu</p>	
<p>47. Que tipo de transporte o(a) Sr. (a) usa para chegar a este serviço?</p> <p>(1) Transporte próprio (4) Transporte público</p> <p>(2) Transporte da família (5) Caminhada</p> <p>(3) Transporte de amigos (999) Outro _____</p>	
<p>48. Quanto tempo o(a) Sr. (a) gasta para vir de sua casa até o CAPSad?</p> <p>(1) 0-15 min (3) 31-45 min</p> <p>(2) 16-30 min (4) 46-60 min (5) mais que 60 min</p>	
<p>C49.Como é para o(a) Sr. (a) chegar ao CAPSad?</p> <p>(1) Muito difícil (2) Difícil (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Fácil (5) Muito fácil</p>	
<p>C50. Qual a sua opinião sobre a maneira como o(a) Sr. (a) é tratado, em termos de respeito no CAPSad?</p> <p>(1) Nunca me senti respeitado (2) Geralmente não me senti respeitado</p> <p>(3) Mais ou menos (4) Geralmente me senti respeitado</p> <p>(5) Sempre me senti respeitado</p>	
<p>C51. Quando o (a) Sr. (a) falou com a pessoa que lhe admitiu/acolheu no CAPSad, ela lhe ouviu?</p> <p>(1) Não ouviu de forma alguma</p> <p>(2) Não ouviu (4) Ouviu</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Ouviu muito</p>	
<p>C52. O que o (a) Sr(a) pensava ser o seu problema quando foi admitido/acolhido no CAPSad?</p> <p>(1) Um problema físico de saúde (5) Um problema financeiro</p> <p>(2) Um problema psicológico (6) Um problema no trabalho</p> <p>(3) Um problema familiar (998) Não sei</p> <p>(4) Um problema social (999) Outro _____</p>	

<p>C53. A pessoa que admitiu/acolheu o (a) Sr. (a) no CAPSad pareceu compreender o seu problema?</p> <p>(1) Não me compreendeu de forma alguma</p> <p>(2) Não me compreendeu muito (4) Compreendeu bem</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Compreendeu muito bem</p>
<p>C54. Em geral, como o(a) Sr. (a) acha que a equipe do CAPSad compreendeu a sua necessidade?</p> <p>(1) Não me compreendeu de forma alguma</p> <p>(2) Não me compreendeu muito (4) Compreendeu bem</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Compreendeu muito bem</p>
<p>C55. A assistência que o(a) Sr. (a) recebe no CAPSad satisfaz suas necessidades?</p> <p>(1) Muito insatisfatória (2) Insatisfatória (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Satisfatórias (5) Muito satisfatória</p>
<p>C56. Qual a sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPSad?</p> <p>(1) Parece que eles pioraram as coisas</p> <p>(2) Não obtive nenhuma ajuda (3) Não obtive muita ajuda</p> <p>(4) Senti que obtive alguma ajuda (5) Senti que obtive muita ajuda</p>
<p>C57. A assistência que o (a) Sr. (a) recebeu o ajuda a lidar mais eficazmente com seus problemas?</p> <p>(1) Não, eles parecem piorar as coisas (4) Sim, eles me ajudam um pouco</p> <p>(2) Não, eles não ajudam muito (5) Sim, eles me ajudam muito</p> <p>(3) Mais ou menos</p>
<p>C58. O(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPSad quando pediu por elas?</p> <p>(1) Muito frequentemente (3) Mais ou menos (5) Nunca</p> <p>(2) Frequentemente (4) Raramente (6) Eu nunca pedi</p>
<p>C59. Se o(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe, de que tipo foi?</p> <p>() Falta de disponibilidade da equipe/profissional () Descaso dos profissionais</p> <p>() Não sabiam fornecer informações () Outros (especificar)_____</p>
<p>C60. O(a) Sr. (a) está satisfeito com a discussão feita com o(a) Sr. (a) sobre o seu tratamento no CAPSad?</p> <p>(1) Muito insatisfeito</p> <p>(2) Insatisfeito (4) Satisfeito</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Muito satisfeito</p>
<p>C61. O(a) Sr. (a) obteve no CAPSad o tratamento que o(a) Sr. (a) achava que precisava?</p> <p>(1) De forma alguma</p> <p>(2) Não muito (4) Em geral, sim</p> <p>(3) Mais ou menos (5) Sim, com certeza</p>

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:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

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	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Para o entrevistador preencher: Total de anos de estudo</div>	
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
Assembleia	() 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	

() 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 (5) Nunca
(2) Frequentemente	(4) Raramente (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 (4) Informações claras	
(2) Não eram muito 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 (4) Satisfeito	
(2) Insatisfeito (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 (4) Informações claras	
(2) Não eram muito 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 (4) Satisfeito	
(2) Insatisfeito (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)	

<p>C32. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as discussões a respeito do tratamento de seu familiar no CAPSad?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (3) Mais ou menos (4) Satisfeito</p> <p>(2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito</p>
<p>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?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (3) Mais ou menos (4) Satisfeito</p> <p>(2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito</p>
<p>C34. Quando o senhor e/ou seu familiar procuraram o CAPSad, qual o profissional que os recebeu?</p> <p>() Terapeuta Ocupacional () Médico () Enfermeiro</p> <p>() Assistente social () Psicólogo () Não lembro () Outro _____</p>
<p>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?</p> <p>() Não escutou nada () Mais ou menos () Escutou bastante</p> <p>() Não escutou muito () Escutou o tempo todo</p>
<p>C36. Em geral, como o (a) senhor (a) acha que a equipe do CAPS ad compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava?</p> <p>() Não compreendeu de forma alguma () Mais ou menos () Compreendeu bem</p> <p>() Não compreendeu muito () Compreendeu muito bem</p>
<p>C37. Você considera os serviços oferecidos pelo CAPSad apropriados?</p> <p>() Muito inapropriados () Mais ou menos () Apropriados</p> <p>() Inapropriados () Muito apropriados</p>
<p>C38. Os cuidados que seu familiar recebeu, o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema (situação) dele (a)?</p> <p>() Não, eles pioraram as coisas () Mais ou menos () Sim, eles ajudaram um pouco</p> <p>() Não, eles não ajudaram muito () Sim, eles ajudaram muito</p>
<p>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?</p> <p>() Não, de forma alguma () Mais ou menos () Em geral, sim</p> <p>() Não, não muito () Sim, com certeza</p>
<p>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.)</p> <p>() Muito insatisfeito () Mais ou menos () Satisfeito</p> <p>() Insatisfeito () Muito satisfeito</p>

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	

<p>55. Como o (a) sr (a) se sente em relação a maneira como dedica seu tempo com seu familiar?</p> <p>(1) muito insatisfeito</p> <p>(2) moderadamente insatisfeito (5) um pouco satisfeito</p> <p>(3) um pouco insatisfeito (6) moderadamente satisfeito</p> <p>(4) nem satisfeito nem insatisfeito (7) muito satisfeito</p>
<p>56. Quanto o (a) sr (a) está satisfeito ou insatisfeito com o seu relacionamento com o seu familiar?</p> <p>(1) muito insatisfeito</p> <p>(2) moderadamente insatisfeito (5) um pouco satisfeito</p> <p>(3) um pouco insatisfeito (6) moderadamente satisfeito</p> <p>(4) nem satisfeito nem insatisfeito (7) muito satisfeito</p>
<p>57. O (a) senhor (a) se sente sobrecarregado com os cuidados ao seu familiar?</p> <p>(0) Não (se não, passe para 60) (1) Sim</p>
<p>58. Se sim, quanto: (1) Muito sobrecarregado (3) Às vezes sobrecarregado</p> <p>(2) Pouco sobrecarregado</p> <p>Em que situações o senhor se sente sobrecarregado? _____</p> <p>_____</p>
<p>59. Quando o (a) senhor (a) se sente sobrecarregado, os profissionais do CAPSad escutam suas dificuldades e lhe oferecem suporte? (0) Não (1) Sim</p>
<p>60. O (a) senhor (a) procura apoio em outros locais?</p> <p>Líder religioso (0) Não (1) Sim</p> <p>Grupos de ajuda fora CAPSad? (0) Não (1) Sim</p> <p>Outros: (0) Não (1) Sim</p> <p>Qual? _____</p>
<p>61. O senhor (a) está satisfeito com a quantidade de ajuda que seu familiar recebeu no CAPSad?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (3) Mais ou menos (4) Satisfeito</p> <p>(2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito</p>
<p>62. O senhor (a) esta satisfeito com o conforto e a aparência do CAPSad?</p> <p>(1) Muito insatisfeito (3) Mais ou meno (4) Satisfeito</p> <p>(2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito</p>
<p>63. Como o (a) senhor (a) classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeitório, o prédio em si, etc.)?</p> <p>() Péssimas () Regulares () Boas</p> <p>() Ruins () Excelentes</p>

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 aquidele(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 (GEADEEUSP), composto por alunos de graduação e pós-graduação, professores e profissionais da área de Saúde, a utilizar os instrumentos de coleta de dados aplicados aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares com o objetivo de adaptação e aplicação nessa mesma população do referido projeto. Solicito que nas publicações derivadas do referido projeto quando os resultados forem obtidos a partir dos questionários do CAPSUL (em versão original ou adaptada) seja feita explícita referência a utilização dos instrumentos.

Luciane Prado Kantorski

Coordenadora do Projeto de

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II