UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOSÉ GILBERTO PRATES

AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SÃO PAULO
2016

JOSÉ GILBERTO PRATES

AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

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

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

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

VERSÃO CORRIGIDA

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

SÃO PAULO
2016

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

Assinatura: _____

Data:___/____/___

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

Prates, José Gilberto.
Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo. São Paulo, 2016.
93 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Atitudes. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

Nome: José Gilberto Prates

Título: Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da 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: _____

“O amor é eterno – sua manifestação pode modificar-se, mas nunca a sua essência. Por meio do amor vemos as coisas com mais tranquilidade, e somente com essa tranquilidade um trabalho pode ser bem-sucedido.”

Vincent Van Gogh

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos usuários dos Serviços de Saúde Mental/Álcool e Outras Drogas que em determinado momento emergencial de sua vida perderam o controle

À minha mãe **Honorina** (*in memoriam*), o começo de tudo, pelo carinho com que me educou e por suas exigências, as quais fundamentaram o que sou.
Às minhas irmãs, **Gilka e Gizelda (***in memoriam*), com quem compartilhei minha sobrevivência.

À **Roseli,** minha companheira, amiga e amante, a qual me possibilitou ser pai da **Dani** e do **Du,** meus amores incondicionais.

Agradecimentos

“A Deus, pelas oportunidades, por ser meu refúgio, minha fortaleza nas horas difíceis e pela fonte inesgotável de luz.”

“Agradeço especialmente a minha querida orientadora **Prof.ª Dra.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, a qual nesses anos de convivência acolheu a todos sem distinção. Sua dedicação, serenidade e disponibilidade têm me ajudado a superar os desafios deste percurso. Você é especial para todos nós em razão de seu jeito amigo. Alma iluminada.”

“Gosto muito de você e não há palavras para agradecer todo o incentivo, compreensão e carinho que tem por mim. Sua solicitude tem propiciado a concretização de uma etapa da minha vida. Muito obrigado.”

“Agradecimento especial também à **Dr.ª Eloisa Garcia Claro** pela atenção, carinho, disponibilidade e co-orientação, os quais foram preciosos para esta construção de saberes. Muito obrigado.”

“Agradecimento especial também à minha amiga **Dr.ª Paula Hayasi Pinho,** que acompanhou esta minha caminhada lado a lado. Sou-lhe grato pela atenção, carinho, disponibilidade e co-orientação, os quais foram preciosos durante esta construção de saberes. Muito obrigado.”

“Ao **Prof. Dr. Divane de Vargas,** pela construção da (**EAFAAA)** Escala de Atitudes frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista, pelo

carinho que tem manifestado por todos os alunos da EEUSP que o procuram, bem como por sua sabedoria, apoio e incentivo, os quais me ajudaram muito neste caminhar e me propiciaram aprender com suas experiências desde o início desta trajetória, durante a qualificação e até o presente momento. Seu jeito feliz acolhe a todos. Muito obrigado."

"Ao Prof. Dr. Ivan Fernandes por participar desta pesquisa e sobretudo pelo acolhimento e amizade. Muito obrigado."

"**À Prof.ª Dr.ª Sônia Barros** pelo apoio à minha carreira como enfermeiro."

"**À Prof.ª Dr.ª Ana Luísa Aranha e Silva** pelo apoio no início de minha carreira como enfermeiro, por sempre me orientar na contextualização das práticas de assistência ao outro e no entendimento da teia da reforma e das políticas de saúde mental."

"**À Prof.ª Dr.ª Marina Borges Teixeira** pela sabedoria, apoio e incentivo desde os meus primeiros passos como enfermeiro. Sou muito grato pela oportunidade de aprender com suas experiências no decorrer dos anos de convivência."

"**À Prof.ª Dr.ª Maguida Costa Stefanelli** pela sabedoria, apoio e incentivo. Sou muito grato pela oportunidade de aprender com suas experiências ao longo dos anos de convivência."

"**À Prof.ª M.ª Zélia Nunes Hupsel** pelos primeiros ensinamentos do significado de ser um enfermeiro psiquiátrico."

"**À Prof.ª Dr. Maria Júlia Paes da Silva**. como esquecer que comunicação tem remédio."

"**À eterna Pr.ª Hideko Takeuchi Forcella (*in memoriam*)**. Como disse o amigo Mafú, "você se eternizou em nossos corações." Um abraço e muito obrigado."

“Aos professores da EEUSP, em especial àqueles do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP), que com afinco se dedicam a fim de formar novos profissionais e possibilitam a contínua construção de novos saberes.”

À **Prof.ª Dr.ª Ana Lucia Machado, à Prof.ª Dr.ª Luciana de Almeida Couvero e à Prof.ª Dr.ª Maria do Perpétuo Socorro** pela oportunidade da convivência, pelo apoio, pelas conversas e pelo carinho nesses anos de travessia na Saúde Mental.

“A todos os colegas do **GEAD**: Prof.ª Dr.ª Maria Odete, Prof. Dr. Guilherme, Prof.ª Dr.ª Sonia Paiva, Dr.ª Regiane, Ricardo, Thaís, Rosana, Fúlvia e todos os demais.

“Ao Prof. **Dr. Francisco Lotufo Neto** pelo apoio ao meu trabalho frente à Residência de Enfermagem e Aprimoramento IPQ – HCFMUSP.”

Ao Prof**. Dr. Arthur Gerra de Andrade** e toda a equipe do GREA pelo acolhimento tanto na disciplina como no grupo de atendimento do Ambulatório.

Ao **Prof. Dr. André Malbergier** pelas orientações no exame de qualificação desta pesquisa. Suas considerações propiciaram-me a reflexão sobre como escrever essa construção.

Ao Prof. **Dr. Homero Pinto Vallada Filho** pelo acolhimento e ensino na sua disciplina de pós da FMUSP.

“À **Prof.ª Dr.ª Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro** pelas orientações e incentivo, e por sempre acreditar no meu trabalho. Muito obrigado.”

“À Diretoria Executiva do Instituto de Psiquiatria do HC – FMUSP, representada pelo **Dr Luciano Eduardo Maluf Patah.**”

“À Divisão de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria do HC – FMUSP, representada pela Diretora de enfermagem **Solange Regina Giglioli Fusco.”**

“À Unidade de Educação Permanente do IPQ – HC – FMUSP, em especial à **Dr.ª Edna Rodrigues (*in memoriam*),** pelas orientações ao longo de minha trajetória profissional, sobretudo na Educação Permanente. **Tânia Regina, Lacy Marques e Gizele de Oliveira**, muito obrigado.”

“Ao escritório de projetos do IPQ – HCFMUSP, representado pela **Aline Fernanda Pedrazzi**. Agradeço a oportunidade de participar dos diversos projetos de ensino.”

“À Coordenação de Ensino e da Residência Multiprofissional do GREA representada pelo **Dr. Ricardo Abrantes do Amaral** e pela **Prof.ª Dr.ª Elisabete Ferreira Mângia.** Agradeço a **Prof.ª M.ª Aniara Correa** pela oportunidade de participar dos diversos projetos acadêmicos.”

“A todos os colegas do Instituto de Psiquiatria do HC – FMUSP, em especial os enfermeiros, técnicos, auxiliares e escriturários da Divisão de enfermagem, com os quais compartilho minhas vivências no trabalho. A vocês o meu muito obrigado.”

“Aos meus amigos especiais: **Alexandre C. Zolnner, Cristina Emiko Igue, Jouce Gabriela de Almeida, Varlene, Iara, Dinah, Rafaela, Márcia, Conceição, Sandra, Lilian, Itamar** entre outros.

À minha enfermeira espiritual, **“Norma”.** Você nasceu para cuidar das pessoas, muito obrigado por ser minha amiga.

“Ao meu amigo espiritual, **Daniel.** Você me faz feliz.”

“A todos os pacientes dos quais tive a oportunidade de cuidar, razão do meu crescimento como profissional e como pessoa. Muito obrigado.”

“A todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para esta conquista. Muito obrigado.”

Epígrafe

Atitude:

É uma norma de procedimento que leva a um determinado comportamento.

É a concretização de uma intenção ou propósito.

De acordo com a psicologia, a atitude é comportamento habitual que se verifica em circunstâncias diferentes.

As atitudes determinam a vida anímica de cada indivíduo.

As atitudes são patenteadas por meio das reações repetidas de uma pessoa.

Este termo tem particular aplicação no estudo do caráter, como indicação inata ou adquirida, relativamente estável, para sentir e atuar de uma forma determinada.

Nesta pesquisa retrataremos especificamente as atitudes de profissionais da saúde mental que trabalham com dependentes de substâncias psicoativas em CAPSad, os quais que podem apresentar uma esfera tanto positiva como negativa,

As determinantes para as atitudes dos profissionais da saúde são construções que não dependem apenas do caráter do homem profissional, mas também de como este olha o mundo e da representação e significância dadas ao trabalho no decorrer de sua vida profissional.

Este trabalho intenciona sobretudo contribuir com novas reflexões acerca de atitudes positivas na educação permanente dos trabalhadores da saúde mental, em especial daqueles que assistem dependentes de substâncias psicoativas.

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; 2015.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar, em uma amostra de 12 CAPSad da cidade de São Paulo, as atitudes dos profissionais desses serviços frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Trata-se de uma pesquisa que utiliza métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios. De um total de 349 trabalhadores cadastrados, 288 foram localizados e entrevistados (perda de 17,4%). Para o presente estudo foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, as Escalas de Satisfação SATIS-BR e a Escala de Atitudes frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista – EAFAAA. Foram realizados a análise descritiva dos dados, testes para a média e o cálculo dos intervalos de confiança para cada uma das variáveis quantitativas. Para verificar as associações entre as variáveis foram realizados modelos de regressão de mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares* - OLS) univariados e múltiplos. No presente estudo foi definida como variável dependente o escore de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista, medida pelo escore da EAFAAA (varia de forma contínua de 1 a 5). Os resultados sugerem que profissionais mais críticos em relação ao seu cotidiano de trabalho apresentam tendência a atitudes positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista, o que pode estar relacionado ao fato de esses profissionais se apropriarem da dinâmica existente nos CAPSad, questionando as incoerências técnicas, a gestão e a organização do serviço, bem como o seu processo de trabalho. Profissionais mais críticos e reflexivos que tiveram acesso ao conteúdo sobre uso de álcool e outras drogas em seus cursos de formação profissional, e que possuem mais experiência de trabalho, apresentam atitudes mais positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Esses resultados apontam para a necessidade de investimentos em educação tanto nos cursos básicos técnicos e de graduação como nos serviços em si.

DESCRITORES: Avaliação de Serviços de Saúde, Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool, Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias, Serviços de Saúde Mental.

Prates, JG. Evaluation of Attitudes of Mental Health Services Professionals on Alcohol and Other Drugs in the Municipality of São Paulo [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

This study aims to evaluate, by means of a sample composed by 12 CAPSad of the municipality of São Paulo, the attitudes of the professionals who perform such services towards alcohol, alcoholism, and alcohol addicts. The research at issue applies cross-sectional, descriptive and exploratory quantitative methods. Out of a population of 349 registered workers, 288 were spotted and interviewed (loss of 17,4%).

For the present study, a questionnaire for socio demographic data, entitled Satisfaction Scales SATIS – BR and an Attitude Scale towards alcohol, alcoholism and alcohol addicts – EAFAAA, was utilized. It was performed a descriptive analysis of the data, test of means and the calculation of confidence intervals for each of the quantitative variables. In order to verify the associations among variables, a series of ordinary least squares regression models (OLS) for both univariate and multiple analysis was carried out. The score Attitudes towards alcohol, alcoholism and alcohol addicts, measured by the EAFAAA score (raging continuously from 1 to 5), was defined as the dependent variable. The results suggest that the professionals who demonstrate the most critical posture towards their daily work tend to display positive attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. Such behavior might be related to the fact that these professionals employ the existing dynamics in CAPSad, by questioning not only eventual technical inconsistencies, but also its management, organization and process. Critical and thoughtful practitioners who had access to alcohol and other drugs related content over their training courses, and also those who are more experienced present more positive attitudes towards alcohol, alcoholism and alcohol addicts. Such results suggest the need for investment in education, comprising basic and technical courses, graduation and in continuing services *per se*.

DESCRIPTORS: Health Services Evaluation, Alcohol – Related Disorders, Substance – Related Disorders, Mental Health Services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Natureza dos Sujeitos da pesquisa por CAPSad. São Paulo/SP (n=288) 47
Tabela 2: Apresentação das informações sociodemográficas segundo os profissionais de saúde dos CAPSad, São Paulo-SP (n=288) 50
Tabela 3: Escores obtidos na EAFAAA, global e em seus fatores (n=229). 52
Tabela 4: Condições e incômodos enfrentados no trabalho pelos profissionais dos CAPSad, São Paulo/SP (n=288). 53
Tabela 5: Visão do trabalhador acerca de sua autonomia no trabalho – Possibilidades de trabalho no CAPSad, São Paulo/SP (n=288). 54
Tabela 6: Médias e desvios padrão do Escore Global e de cada fator da escala SATIS-BR, segundo os profissionais dos CAPSad, São Paulo/SP (n=288). 55
Tabela 7: Visão dos trabalhadores sobre a razão principal para o tratamento e abordagem utilizada no CAPSad. 56
Tabela 8: Modelos univariados para atitudes dos profissionais. 57
Tabela 9: Modelo múltiplo para atitudes dos profissionais. 58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da participação dos sujeitos de pesquisa . 40
Figura 2: Estimativa de densidade de kernel para atitudes – trabalhadores 48

LISTA DE SIGLAS

AOD	Álcool e Outras Drogas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CMSM	Coordenação Municipal de Saúde Mental
EAFAAA	Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMP	Escala de Mudança Percebida
GEADEEUSP	Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OLS	*Ordinary Least Squares*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PT	Portaria
PTI	Projeto Terapêutico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos

SATIS-BR	Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPAS	Substâncias Psicoativas
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	*World Health Organization*
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21
1.1 Dados epidemiológicos 21
1.2 Políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas 24
1.3 Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad) 28
1.4 As Atitudes 31
1.5 Atitudes frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista 33
2. OBJETIVOS 38
2.1 OBJETIVO GERAL 38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 38
3. MÉTODOS 39
3.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 39
3.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LOCAIS ONDE FOI REALIZADO 39
3.3 AMOSTRA 40
3.4 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES 41
3.5 COLETA DE DADOS 41
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 41
3.7 ESTUDO PILOTO 42
3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 44
4. RESULTADOS 47
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA – PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA 47
4.1.1 Caracterização dos Profissionais dos CAPSad de São Paulo/SP 49
4.1.2 Caracterização das Atitudes dos Profissionais dos CAPSad de São Paulo 52
4.2 ANÁLISE DESCRITIVA 53
4.2.1.1 O CAPSad na Perspectiva dos Profissionais dos CAPSad de São Paulo/SP 53
4.3 ANÁLISE INFERENCIAL 56

5. DISCUSSÃO 60
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO 71
7. CONCLUSÕES 72
REFERÊNCIAS 74
ANEXOS 85
APÊNDICES 91

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dados epidemiológicos

O uso abusivo e a dependência de Substâncias Psicoativas (spas) constitui um problema grave que atinge a saúde pública no Brasil e no mundo. O círculo vicioso tanto das drogas lícitas como das ilícitas envolve danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais.

Segundo a WHO (2014), a prevalência do uso de drogas no mundo tem se mantido estável: cerca de 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade consumiram drogas ilícitas em 2012. Os usuários de SPAS dependentes constituem aproximadamente 27 milhões, o que corresponde a cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou uma em cada 200 pessoas.[1]

Ainda em relação às drogas ilícitas, entre 2003 e 2012 observou-se que na África, Oceania e Américas ocorreu maior consumo de substâncias derivadas da *Cannabis*. A proporção de internações para o tratamento dessa substância aumentou na Europa, América Latina, Caribe e Oceania.[1]

A maior demanda para o tratamento da dependência de opioides ocorre no sudeste da Europa Oriental e da Ásia, enquanto nas Américas, sobretudo na América Latina e Caribe, a maior procura por tratamento decorre do uso de cocaína e derivados, como o *crack*.[1]

No que se refere ao álcool, o qual constitui a substância legal mais consumida mundialmente, a WHO (2014) estima que cerca de 3,3 milhões de pessoas morreram no ano de 2012 em todo o mundo em decorrência de seu consumo nocivo. Os números equivalem a 5,9% de todas as mortes, sendo superior à mortalidade associada ao HIV (2,8%), à violência (0,99%) e à tuberculose (1,7%).

Mais de 200 tipos de doenças e lesões guardam relação causal com o consumo abusivo do álcool. A cirrose, o câncer e as

desordens mentais e comportamentais costumam estar associadas ao uso do álcool.[2]

Grande parte das lesões fatais decorrentes do uso nocivo do álcool ocorre em grupos etários relativamente jovens, o que se traduz como perda de pessoas economicamente ativas, as quais encontram-se na faixa etária de 20 a 39 anos.[2]

O consumo mundial total de álcool é de aproximadamente 46% de bebidas destiladas, 36% de cerveja, 9% de vinho e 10% de outras bebidas. Entretanto, há diferenças geográficas que influenciam a predominância, em cada país, do consumo de determinados tipos de bebida alcoólica. O vinho, por exemplo, é a bebida mais consumida em países do norte europeu, na Suécia e nos países sul-americanos (Argentina e Chile), ao passo que na África Subsaariana predominam o vinho, a cerveja e os destilados. No norte europeu e no restante do mundo consome-se mais cerveja.[2]

Em relação aos dados epidemiológicos nacionais, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou duas pesquisas domiciliares de caráter nacional em 107 cidades brasileiras cuja população é superior a 200 mil habitantes. Indivíduos entre 12 e 65 anos de idade foram entrevistados nos anos de 2001 e 2005.[3]

A comparação entre as pesquisas demonstrou um agravamento nos indicadores do uso de álcool. No I Levantamento Domiciliar a prevalência da dependência de álcool foi de 11,2% na população geral, enquanto no II Levantamento foi de 12,3 %.

O aumento do consumo de álcool cada vez mais precoce também foi evidenciado pelos dados. Em 2001, o número de dependentes na faixa de 12 a 17 anos de idade foi de 5,2% em contraposição a 7% em 2005.

Corroborando os dados acima, uma pesquisa realizada entre os escolares nas capitais brasileiras e Distrito Federal indicou que cerca de três quartos dos adolescentes de 13 a 15 anos de idade já

haviam experimentado álcool; cerca de um quarto havia bebido regularmente nos últimos 30 dias, com episódios de embriaguez, e 9% deles havia apresentado problemas associados ao álcool. Quanto às drogas, 8,7% relatou já tê-las experimentado em algum momento, o que evidencia um contato precoce com as substâncias em questão.

Entre os dependentes de bebidas alcoólicas continua a predominar o sexo masculino da faixa etária entre 18 e 24 anos, considerando-se que o percentual foi de 23,7% (2001) e 27,4% (2005).

Segundo dados do Relatório da OMS (2014), o Brasil está acima da média mundial no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, tendo seus usuários consumido uma média de 8,7 litros de álcool por ano entre 2008 e 2010. A média mundial no mesmo período foi de 6,2 litros.[2]

Estudos e inquéritos que valeram-se de dados secundários de mortalidade, sobretudo em países desenvolvidos, indicam que há maiores oportunidades para consumo e mais consumidores com padrões de consumo de baixo risco nos grupos socioeconômicos mais elevados, sendo a abstenção maior entre indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos favorecidos. Entretanto, a população de nível socioeconômico menos favorecido demonstra ser mais vulnerável às consequências do consumo abusivo do álcool e aos problemas a ele relacionados.

Apesar de os dados epidemiológicos evidenciarem o aumento da quantidade e do consumo de álcool entre indivíduos cada vez mais jovens, concordamos com a WHO quanto ao fato de que o tema do álcool dispõe de prioridade relativamente baixa nas políticas públicas, incluindo as de saúde, embora sejam elevadas a carga social, sanitária e econômica associadas ao seu consumo nocivo.[2]

São evidentes os resultados positivos decorrentes dos importantes avanços das políticas de controle ao tabagismo

ocorridos no Brasil. Entretanto, observamos pouca evolução nas políticas voltadas à redução do consumo nocivo do álcool.

Reconhece-se, não obstante, que as políticas públicas constituem a estratégia mais bem-sucedida para o enfrentamento do problema relacionado ao álcool.[5] A autora exemplifica a “Lei Seca” (Lei no 11.705/2008)[8], como uma estratégia de sucesso, a qual resultou na diminuição de mortes por acidentes de trânsito um ano após a aplicação da lei.

Com o interesse de alcançar uma mudança política e maior conscientização sobre a necessidade do combate, em âmbito global, ao consumo nocivo do álcool, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em 2012, uma meta de redução de 25% na mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre os anos de 2015 e 2025, com propósitos específicos e de alcance global relacionados aos quatro principais fatores de risco para as DCNT: tabagismo, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física.[5]

Na mesma direção, o Brasil inclui entre as metas do seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2011-2022, a "Redução da prevalência de consumo nocivo de álcool de 18% em 2011 para 12% em 2022."[5]

Considerando os dados acima e os diversos prejuízos advindos do uso abusivo de spas, estudos nacionais e internacionais têm se debruçado sobre a complexa temática do uso abusivo de álcool e outras drogas, seja na área da prevenção, do tratamento ou das políticas públicas de saúde.

.

1.2 Políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas

Apesar do cenário epidemiológico descrito, no que concerne às estratégias de atenção voltadas para o uso abusivo de spas,

podemos observar que houve uma importante lacuna na história da saúde pública brasileira.

A questão das drogas foi relegada às instituições da justiça, da segurança pública, da pedagogia, da benemerência e das associações religiosas em que predominavam as “alternativas de atenção” de caráter asilar, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma.[9]

Entretanto, as consequências do uso abusivo de álcool e outras drogas como poderosos determinantes para a morbimortalidade trouxeram, no final do séc XX, a discussão do tema para o campo da saúde pública.

Entretanto, foi somente a partir de 2003 que deu-se início a uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores e, desse modo, o MS concebeu um documento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.[10]

O documento em questão contém as diretrizes para uma política e para a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos usuários, tendo por base o território.

Ademais, os cuidados oferecidos à população que apresenta problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem ser baseados em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos demais equipamentos de saúde integrantes da rede.

Estes serviços devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada da concepção da Redução de Danos (RD), operacionalizando uma busca ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de

forma integrada ao meio sociocultural em que estão inseridos os usuários a fim de convergir necessariamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.[10]

O ano de 2005 foi marcado por múltiplas iniciativas, tendo sido criados: mecanismos de financiamento para os leitos destinados aos usuários de álcool e outras drogas nos hospitais gerais (PT MS/GM nº 1.612/05), incentivos financeiros para os CAPSad que desenvolvessem ações de Redução de Danos (PT MS/GM n.º 1.059/05) e, ademais, os CAPS I foram autorizados a receber do SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PT MS/SAS n.º 384/05).[13]

Outras iniciativas fora da área da saúde ocorreram, tais como o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool e o avanço na área jurídica que aproxima o uso pessoal de drogas a uma questão de saúde pública, afastando-o do âmbito policial.[14]

O propósito de tais iniciativas é garantir a integralidade do cuidado - cujo objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada -, incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e promover a eficiência econômica. Em 2010, o MS criou a Rede de Atenção à Saúde (RAS).[15]

A RAS pode ser compreendida a partir de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, os quais integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir o acesso e a integralidade do cuidado.[15]

A RAS fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) 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.

Convergindo com a RAS, especificamente na área da saúde mental, a Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.[16]

A RAPS objetiva ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial, promover a vinculação tanto das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas como de suas famílias aos pontos de atenção do sistema, e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde tendo por base o território, a fim de qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.[16]

Cabe destacar que são integrantes da RAPS: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Equipes de Consultório na Rua e Reabilitação Psicossocial.

1.3 Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad)

Neste item apresenta-se o CAPSad que constitui a principal instituição pública de atenção especializada aos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de drogas, substituinte do hospital psiquiátrico.

Os CAPS e os CAPSad foram implementados seguindo uma lógica alternativa não manicomial para oferecer assistência na área da saúde mental, respeitando e valorizando a perspectiva dos direitos humanos.[17]

Esse serviço surgiu em decorrência da necessidade de se oferecer um cuidado singular ao usuário de AOD. Os CAPS constituem serviços de atenção psicossocial que se caracterizam pelo cuidado e atenção diária aos seus usuários, e, além disso, funcionam como um articulador de toda a rede de atenção, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Por possibilitar que seus usuários voltem para casa todos os dias, os CAPS evitam a quebra dos laços familiares e sociais, a qual constitui um fator muito comum em internações de longa duração.[18]

Os CAPS devem trabalhar conjuntamente à rede de serviços da região em que estão inseridos, uma vez que têm a função de dar suporte e supervisão à rede básica, a qual é responsável pelos transtornos mentais considerados leves. Ademais, devem estabelecer parcerias intersetoriais com as áreas de educação, trabalho, esporte, cultura, lazer etc., a fim de promover a reinserção dos usuários em todas as áreas da vida cotidiana.

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

comunitárias enfocando a integração na comunidade e inserção familiar e social. [10]

Ainda com o interesse de redefinir o papel do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPSAD III), a Portaria Nº 130 GM/MS de 26 de janeiro de 2012 estabelece o CAPSAD III como o ponto da RAPS destinado a proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, com funcionamento durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive aos finais de semana e feriados. [19]

Nesses serviços as equipes são multidisciplinares e uma de suas metas é promover a reabilitação psicossocial dos usuários. Ainda nessa perspectiva, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado; deve-se trabalhar com a estratégia da Redução de Danos (RD), a qual somente pode ser realizada por meio do reconhecimento das singularidades de cada usuário, traçando estratégias mútuas voltadas para a defesa da vida e o aumento do grau de liberdade e de corresponsabilidade.

Os desafios impostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pelo SUS no tocante à superação do antigo modelo de tratamento e a consequente reestruturação da assistência para a Saúde Mental, a partir da organização dos serviços substituintes da rede, geraram a necessidade de criar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual constitui uma das estratégias de ação no atendimento direcionado aos usuários do serviço.

A essência do PTS é a discussão das estratégias a serem utilizadas com o usuário durante o seu tratamento. Acreditamos que esse momento seja fundamental para que os profissionais entendam os aspectos biológicos, subjetivos e comportamentais do indivíduo

assistido, além de propiciar uma compreensão de sua rede social, familiar, cultural, funcional (trabalho) e socioeconômica, de forma a estruturar um ambiente voltado para os objetivos, expectativas e demandas do tratamento do usuário.

A proposta do PTS tem o objetivo de proporcionar uma atuação integrada da equipe, em que os diferentes saberes dos profissionais se entrelacem e possam auxiliar na definição de propostas de ações voltadas para um sujeito individual dentro da coletividade da instituição, trazendo com isso uma eficácia maior ao atendimento singular das necessidades de cada usuário.

Nesse sentido, por meio do estabelecimento do vínculo terapêutico os profissionais passam também a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pelo usuário e pelas muitas vidas que a ele se ligam e que nele se expressam. [20]

Segundo os dados do MS (2015),[1] até dezembro de 2014 contamos com aproximadamente 2.209 CAPS funcionando no Brasil. Atualmente a cobertura nacional é de 0,86 CAPS/100 mil habitantes, o que corresponde a uma cobertura muito boa. [21]

De acordo com os dados do Estado de São Paulo[1] contamos com um total de 353 CAPS, o que sugere uma cobertura muito boa (0,77). No tocante aos CAPSad, o Estado possui 76 CAPSad II e 14 CAPSad III. O município de São Paulo, por sua vez, conta com 17 CAPSad II e nove CAPSad III.[2] Trata-se de uma rede importante, embora ainda seja insuficiente para atender à demanda a cada dia mais crescente.

---

[1] Disponível em: file:///C:/Users/Paula/Downloads/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2015.
[2] Disponível em: https://correio.usp.br/service/home/~/capsenderecosite.jpg?auth=co&loc=pt_BR&id=35461&part=2. . Acesso em 20 de dezembro de 2015.

1.4 As Atitudes

O conceito de atitude na área da psicologia, comportamento e cognição é apresentado e trabalhado pela literatura internacional há aproximadamente 80 anos. [22-24]

O comportamento humano é frequentemente analisado e justificado por meio de traços de personalidade, tanto pelos estudiosos do comportamento como pela população leiga. Um exemplo disso é o fato de que, se uma pessoa mente ou trai, ela é considerada desonesta. Se apresenta um mau desempenho em alguma atividade, diz-se que lhe falta motivação para tal. De forma semelhante, o conceito de atitude é o foco para a explicação de alguns comportamentos humanos e sociais. São avaliadas as atitudes das pessoas em relação à religião, a doenças, ao tabagismo e, com destaque, ao hábito de consumir bebidas alcoólicas.[25]

Uma vez que as atitudes estão intrinsecamente ligadas a sentimentos e pensamentos e que esse fator não pode ser acessado de maneira direta, a ciência vem desenvolvendo, ao longo dos anos, ferramentas que objetivam mensurar de modo subjetivo as atitudes em relação a determinado conceito. Comportamentos, ações, linguagem verbal e não verbal podem ser observados e medidos com o auxílio de escalas de avaliação.[25]

“Uma atitude é uma disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento”. Apesar de haver uma variação no modo como são avaliadas as atitudes, as avaliações costumam ser dicotômicas (prazerosa-desagradável, positiva-negativa, a favor-contra etc). As escalas utilizadas para avaliar atitudes, por exemplo, consideram o indivíduo dentro de um espectro (em geral por meio de um escore) da atitude que se propõe a medir. [25]

Dentro deste conceito seria possível medir, por exemplo, se um indivíduo ou um grupo possui atitudes, de forma geral, a favor ou

contra a legalização do aborto, a liberdade de religião, descriminalização das drogas etc. As atitudes normalmente são afetadas pela subjetividade do indivíduo: sua formação, suas crenças, seu contexto cultural entre outros.[25]

Os descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde definem atitude como “Predisposição adquirida e duradoura que age sempre do mesmo modo diante de uma determinada classe de objetos”[26]. Desse modo, atitude constitui uma inclinação que o indivíduo possui para praticar seus atos, ou planejar ações, de acordo com concepções anteriores formadas pela complexidade de sua personalidade e comportamento.

A avaliação das atitudes de profissionais da saúde tem sido um tópico frequente em pesquisas.[27-31] Com o objetivo final de tentar promover melhores práticas de cuidado ao ser humano, a avaliação das atitudes por meio de pesquisas é justificada como uma forma de buscar recursos educativos, formativos, quebra de estigmas e outras importantes estratégias de enfrentamento para que o cuidado seja cada vez mais humanizado.[27-31]

Desse modo, a busca por melhores práticas de cuidado em saúde justifica a avaliação das atitudes dos profissionais.

1.5 Atitudes frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista

O tema das atitudes e conhecimentos dos profissionais da saúde acerca do álcool e outras drogas tem despertado pouco interesse entre os pesquisadores. No Brasil, a temática em questão começou a ser explorada a partir da segunda metade da década de 1990, o que causou uma lacuna nessa área do conhecimento.[32]

Os mesmos autores realizaram uma revisão da literatura dos últimos 50 anos acerca da temática das atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista, identificando apenas 16 publicações. Os autores observaram que a maior concentração (37,5%) de publicações deu-se no período de 2000 a 2009.[32]

O grupo que tem despertado maior interesse dos pesquisadores em relação a este tema é o dos enfermeiros. A origem dessas publicações, segundo a amostra analisada pelos autores, é predominantemente da Inglaterra (56,25%), seguida pelos EUA (18,75%).[32]

Os autores também realizaram uma análise qualitativa das publicações e as categorizaram em três temáticas: a 1º se refere a pesquisas que examinam as atitudes dos profissionais de saúde, tendo sido composta por seis publicações. A 2º temática diz respeito aos estudos relacionados ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista, tendo sido composta por quatro artigos. A 3ª temática, compota por eis artigos, abrange os estudos cuja abordagem constitui especificamente a relação entre atitudes e conhecimentos de profissionais da saúde dos diversos espaços de atuação diante de questões relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas, ao beber social, ao alcoolista, aos tratamentos e à etiologia do alcoolismo.[32]

Além desses estudos, outra pesquisa realizada na Escócia avaliou as atitudes de 82 enfermeiros de um hospital geral em

relação ao uso abusivo de spas. Os resultados sugerem que os profissionais apresentam atitudes de julgamento e punitivas em relação aos toxicodependentes.[33]

Um estudo realizado com profissionais de saúde que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis (DI) indicou que os trabalhadores que acreditavam que o uso de drogas poderia ser controlado pelos usuários exibiram mais atitudes negativas em relação aos pacientes.[27]

Estudos realizados em 2003 ressaltaram que as atitudes de enfermeiros em relação ao abuso de SPAS em doentes mentais costumam não ser ideais e geram impacto negativo sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

As atitudes dos enfermeiros em relação aos pacientes alcoolistas de um serviço de emergência em Hong Kong tenderam a ser negativas.[35]

Em Londres, ao pesquisar 63 enfermeiros psiquiátricos forenses, os autores concluíram que suas atitudes em relação ao abuso de substâncias em clientes forenses são melhores do que aquelas de outros grupos de agentes comunitários de saúde mental.[34] Em uma pesquisa acerca das atitudes dos enfermeiros de um hospital geral na Austrália, constatou-se que, de modo geral, os profissionais apresentaram atitudes neutras ou positivas em relação aos problemas decorrentes do alcoolismo. Evidenciou-se também que os enfermeiros inseridos em uma faixa etária mais avançada concordavam quanto ao fato de o alcoolismo ser uma doença e apresentavam atitudes menos pessimistas em relação ao alcoolista.[36]

Na literatura nacional, a maior parte dos enfermeiros não se sentia satisfeitos em trabalhar com pacientes alcoolistas. Os autores sugerem que a insatisfação decorre de questões referentes ao

conhecimento e, consequentemente, do despreparo profissional para a abordagem do problema.[37]

Quanto às atitudes de enfermeiros de hospital geral acerca do álcool e de seu consumo, evidenciou-se que: as bebidas alcoólicas são prejudiciais (54,4%), beber com moderação não é inofensivo (57,1%) e é errado (47,4%). Foi revelada, ainda, a dificuldade desses profissionais em aceitar o ato de beber como um direito de cada indivíduo.[38]

Outro estudo que objetivou conhecer as concepções e as tendências das atitudes dos enfermeiros de Unidades de Atenção Básica de Saúde acerca do álcool, do alcoolismo e do alcoolista, revelou que os profissionais são permissivos quanto ao uso moderado do álcool; entretanto, rejeitam o alcoolismo, concebendo-o como uma doença que pode ser fatal, e tendem a associá-lo à vontade do indivíduo, o que denota a influência do conceito moral em suas concepções e atitudes.[39]

Uma pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital universitário do Estado de São Paulo evidenciou uma tendência a atitudes positivas, fato demonstrado quando os enfermeiros sentem-se capazes de ajudar pacientes alcoolistas a alcançarem a recuperação. No entanto, foi identificado um conflito nas atitudes relativas à vontade e ao querer do alcoolista, o que denota influência do modelo moral de explicação para o alcoolismo.[40]

O mesmo autor realizou pesquisas com estudantes de enfermagem. No estudo, estudantes de duas escolas do setor privado de uma cidade do interior de São Paulo foram avaliados quanto às suas atitudes em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Os resultados demonstraram que as atitudes frente aos alcoolistas foram negativas, visto que a maioria dos participantes considerou essa população culpada por seus problemas de saúde e preferiu não trabalhar com pacientes adictos.[41, 42]

De modo geral, os estudos sobre as atitudes de profissionais de saúde frente ao uso de SPAS evidenciam que os profissionais tendem a apresentar atitudes negativas quando em contato com o paciente alcoolista, independente do contexto de atenção.

Outro fato preocupante é a tendência a atitudes negativas apresentada pelos estudantes de enfermagem antes mesmo do contato com a população usuária de spas, cuja demanda por atendimento nos serviços de saúde públicos tem aumentado, sobretudo na urgência e na emergência.

Considerando as constatações dos dados epidemiológicos e da necessidade de profissionais capacitados para atender à demanda gerada pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, acreditamos que investigar a atitude dos profissionais que atuam no CAPSad, principal equipamento de saúde territorial especializado na área de AOD, possa fazer com que reflitam, uma vez que as atitudes e conhecimentos influenciam diretamente na qualidade da atenção prestada pelos profissionais de saúde.

A fim de realizar essa investigação, os autores elegeram a escala de atitudes frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista – EAFAAA, a qual objetiva identificar traços positivos e negativos dessas atitudes por parte de profissionais da saúde.

A EAFAAA apresenta bons índices de confiabilidade e consistência interna, podendo ser utilizada em estudos brasileiros para a avaliação das atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.[43]

Diversos estudos de validação dessa escala foram realizados no idioma português e, recentemente, também em espanhol. A referida escala é citada com frequência na literatura e utilizada em diversos estudos na área de saúde mental e adições.[37-39, 43-48]

A versão da EAFAAA utilizada no presente estudo possui 50 itens, os quais avaliam as atitudes dos profissionais em uma escala de Likert de 1 a 5. Pontuações finais mais elevadas no escore da escala predizem profissionais com atitudes mais positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Alguns itens possuem lógica invertida e, desse modo, precisam ter os seus valores considerados como opostos para que seja efetuado o cálculo adequado das atitudes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar, em uma amostra de 12 CAPSad da cidade de São Paulo pertencentes ao projeto "Avaliação de CAPSad dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá",[3] as atitudes dos profissionais desses serviços em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Realizar análise descritiva das variáveis socioeconômicas (caracterização) dos profissionais dos CAPSad onde os dados foram coletados;
2) Mensurar as atitudes dos profissionais dos CAPSad por meio da utilização da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista (EAFAAA)[41].
3) Verificar se existe associação entre as atitudes dos profissionais frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista, mensurada por meio da EAFAAA (variável dependente), e variáveis sociodemográficas e relacionadas à atuação dos trabalhadores no CAPSad (variáveis independentes), buscando fatores associados a melhores atitudes por parte dos profissionais.

[3] Projeto de Pesquisa em andamento. Oliveira MAF et al. "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá". Escola de Enfermagem da USP, Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas – GEAD. 2010 – 2016.

3. MÉTODOS

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

3.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de Avaliação dos CAPSad do Estado de São Paulo foi submetido e aprovado pelo CEP – EEUSP, com o nº. 1.001/2011(Anexo I) e registrado na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com o parecer CAEE de número 0145.0.196.162-11 (Anexo II).

Em seguida, os coordenadores, membros das equipes técnicas, usuários e familiares dos CAPSad foram informados sobre a realização da pesquisa, sendo-lhes entregue uma carta explicativa.

Após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes (Apêndices I e II), deu-se início à coleta de dados.

3.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LOCAIS ONDE FOI REALIZADO

O estudo foi desenvolvido na EEUSP entre os anos de 2010 e 2014, considerando que as coletas de dados foram realizadas em 12 CAPSad da cidade de São Paulo, credenciados ao Ministério da Saúde, com no mínimo um ano de funcionamento. Como parte de um projeto maior do GEADEEUSP, a presente tese constitui uma avaliação preliminar dos CAPSad da cidade de São Paulo. Foram incluídos no presente estudo os CAPSad em que as coletas foram realizadas entre o mês de maio de 2013 e o mês de abril de 2014, e compreendem: CAPSad II Cachoeirinha, CAPSad III Centro, CAPSad II Ermelino Matarazzo, CAPSad II Ipiranga/Arapuá, CAPSad II Jabaquara, CAPSad II Pinheiros, CAPSad II Pirituba,

CAPSad II Sacomã, CAPSad III Santana, CAPSad II Santo Amaro, CAPSad III São Miguel, CAPSad II Vila Mariana.

3.3 AMOSTRA

Participaram do estudo todos os trabalhadores dos 12 CAPSad supramencionados.

De um total de 349 trabalhadores cadastrados, 288 foram localizados e entrevistados (perda de 17,4%). Dois trabalhadores foram excluídos do banco de dados pois a entrevista não foi devidamente finalizada (os coletores não preencheram completamente o instrumento de coleta de dados).

Os motivos para perdas de sujeitos (61 perdas) trabalhadores incluem: trabalhadores em licença, em férias ou afastados durante o período de coleta de dados, recusa em participar da pesquisa, e trabalhadores alocados em outros serviços.

Figura 1: Fluxograma da participação dos sujeitos de pesquisa

3.4 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Para participar do estudo, os profissionais deveriam ter no mínimo um ano (12 meses) de atuação no serviço. Foram excluídos aqueles que estavam afastados por licença médica, licença-maternidade, licença-prêmio e outros durante o período da coleta de dados (contabilizados acima como perdas).

Para estabelecer este período de um ano de trabalho no serviço, os autores levaram em consideração a justificativa dada por um estudo avaliativo realizado no CAPS dos Estados da Região Sul entre os anos de 2006 e 2009.[47]

3.5 COLETA DE DADOS

Após a assinatura do TCLE do Secretário da Saúde/Coordenador de saúde mental, os pesquisadores entraram em contato com as coordenações dos CAPSad. Com a anuência dos coordenadores e as respectivas assinaturas do TCLE, foram agendadas as visitas em dias e horários convenientes ao funcionamento dos serviços.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o presente estudo foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, a Escala de Satisfação SATIS-BR[50-52] e a Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista – EAFAAA.[53]

As Escalas de Satisfação SATIS – BR[50-52] integram um conjunto de três escalas para a avaliação de Serviços de Saúde Mental (Escalas de Avaliação da Satisfação dos usuários e familiares com os Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR)[52, 54] e a Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR.[50]

De acordo com a descrição de escore do instrumento validado, quanto mais próxima de 5 é a média das respostas dos participantes (usuários, familiares e profissionais), maior é a satisfação com o serviço.[55]

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

A Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista (EAFAAA), foi construída em sua primeira versão no ano de 2005.[56]

Essa escala foi construída com o objetivo de se avaliar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde em relação ao álcool, o alcoolismo e ao alcoolista (fator moral, fator doença, fator etiológico, fator profissional e fator humano).[57] Diversos estudos de validação da escala mostraram valores elevados de consistência interna e validade, permitindo afirmar que o instrumento apresenta bons parâmetros psicométricos.[53]

3.7 ESTUDO PILOTO

Como mencionado acima, os dados do presente estudo fazem parte de uma pesquisa matricial de avaliação dos CAPSad em três Estados brasileiros. Antes da realização da presente pesquisa, com uma amostra de 12 CAPSad na cidade de São Paulo, dois CAPSad no interior de São Paulo, 13 CAPSad no Estado de Minas Gerais, e dois CAPSad no Estado do Amapá, foi realizado um estudo piloto no CAPSad da Vila Madalena, em São Paulo, a fim de testar o protocolo de pesquisa e eventuais modificações para o estudo principal.

O estudo piloto foi realizado com os quatro segmentos: coordenador, trabalhadores, usuários e familiares, incluindo a avaliação de prontuários e aplicando-se todos os instrumentos, o

que resultou em um relatório para a apresentação e discussão das dificuldades encontradas.

Embora neste estudo tenha-se optado pela utilização dos instrumentos propostos pelo AVALIA CAPS da região Sul do Brasil[47], estes não apresentavam especificidade para a aplicação nos CAPSad, uma vez que naquele estudo os CAPS avaliados foram do tipo I e II, especializados em saúde mental.

Após o estudo piloto, os instrumentos foram adaptados pelos pesquisadores de modo a atender às necessidades e contrastes dos CAPSad. O estudo piloto também foi útil para a realização de um treino referente à coleta de dados para os pesquisadores envolvidos na investigação.

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 investigação a fim de que sejam evitadas interferências nos resultados.[58]

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. Em razão disso, optou-se pelo uso de formulários eletrônicos e, para tanto, lançou-se mão da plataforma Google Drive, a qual possui formulários eletrônicos que importam as informações coletadas para um banco de dados em forma de planilhas.[2]

3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os bancos de dados para os trabalhadores, usuários e familiares exportados do Google Drive foram analisados utilizando-se o Programa IBM SPSS Statistics 20 para Windows®.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, testes de médias e cálculos dos intervalos de confiança para cada uma das variáveis quantitativas.

A fim de verificar as associações entre as variáveis foram realizados modelos de regressão de mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*) univariados e múltiplos.

O objetivo de uma regressão *OLS* é traçar uma linha que tem como objetivo prever uma variável de resposta (variável dependente) a partir de uma ou mais variáveis explicativas (variáveis independentes) que minimize a soma do quadrado dos erros.

Uma das condições necessárias para uma análise de regressão *OLS* é a existência de uma relação linear representada por $y_i = \alpha + \beta \boldsymbol{x_i} + e_i$, que mostra como uma resposta média (variável dependente y_i) varia de acordo com um vetor de variáveis independentes $\boldsymbol{x_i}$ com um intercepto α, uma inclinação (*slope*) β e um termo de erro e_i .[59]

No presente estudo definimos como variável dependente o escore de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista, cuja medida foi realizada por meio do escore da EAFAAA (varia de forma contínua de 1 a 5).

As variáveis independentes usadas nos modelos univariados e múltiplos são descritas na medida em que apresentamos os modelos nos resultados, uma vez que o número de variáveis é extenso para facilitar o entendimento de cada um dos modelos.

Como pressuposto básico para o uso da *OLS* temos a distribuição aproximadamente normal da variável dependente,[59]

Esse pressuposto foi verificado por meio da proximidade das médias e medianas para as variáveis, bem como por meio de gráfico de estimativa de densidade de *kernel*. A variável dependente permitiu assumir uma distribuição aproximadamente normal.

Na primeira etapa das análises inferenciais fizemos a análise univariada de cada variável e incluímos no modelo múltiplo de cada classe as variáveis cujo valor de $p \leq 0,3$. Em seguida, essas variáveis foram incluídas em um modelo múltiplo final, e foram consideradas estatisticamente significativas as variáveis com valor de $p \leq 0,05$. Os erros-padrão são robustos à heterocedasticidade de acordo com o método proposto por White.[60]

As seguintes variáveis foram incluídas nos modelos:

Gênero foi mensurado em 0 - masculino e 1 - feminino;

Cor/raça por meio da autodeclaração do trabalhador e dividida em duas categorias: 0 - branco e 1 - não branco.

Idade foi mensurada em número de anos.

Tempo de trabalho no CAPSad nas seguintes categorias: 0 – 1 ano, 1 – 2 a 4 anos, 2 – de 5 a 7 anos, 3 – de 8 a 10 anos, 4 – mais de 10 anos.

Renda total: 0 – 1 a 3 salários mínimos; 1 – 4 a 7 salários mínimos; 2 – 8 a 11 salários mínimos e 3 – acima de 12 salários mínimos;

Profissão: 0 – técnico administrativo; 1 – técnico da área de saúde (técnico de enfermagem ou farmácia); 2 – oficineiro; 3 – nível superior de saúde.

Estado civil: 0 – sem companheiro e 1 – com companheiro;

Pós-graduação – se o profissional fez pós-graduação 0 – Não ou 1 – Sim.

Mudança nas condições de trabalho desde que tenha vínculo com o CAPSad: 0 – pioraram; 1 – não mudaram; 2 – melhoraram pouco; e 3 – melhoraram muito.

Incômodos: corresponde ao somatório das respostas de quatro perguntas a respeito de situações incômodas que os trabalhadores enfrentam no campo de trabalho, variando de 0 a 4.

Possibilidades de trabalho: índice construído a partir de somatório de respostas a oito itens referentes à autonomia do trabalhador no desenvolvimento de atividades profissionais cotidianas, variando de 0 a 8.

Modalidade de tratamento: a modalidade de tratamento que o trabalhador considera que é utilizada no CAPSad, sendo 0 – Redução de Danos, 1 – Abstinência total, 2 – As duas modalidades, 3 – Não sei.

Satisfação Global com o serviço – escore de satisfação calculado por meio da escala SATIS. Variável numérica contínua, de 1 a 5.

Inclusão no tratamento, medida em 0 – Não e 1 – Sim para os seguintes critérios: o consumo de álcool e outras drogas; a gravidade do consumo de álcool e outras drogas; o impacto global na vida do usuário de álcool e outras drogas.

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA – PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Na Tabela 1 apresentamos o número de trabalhadores em cada CAPSad.

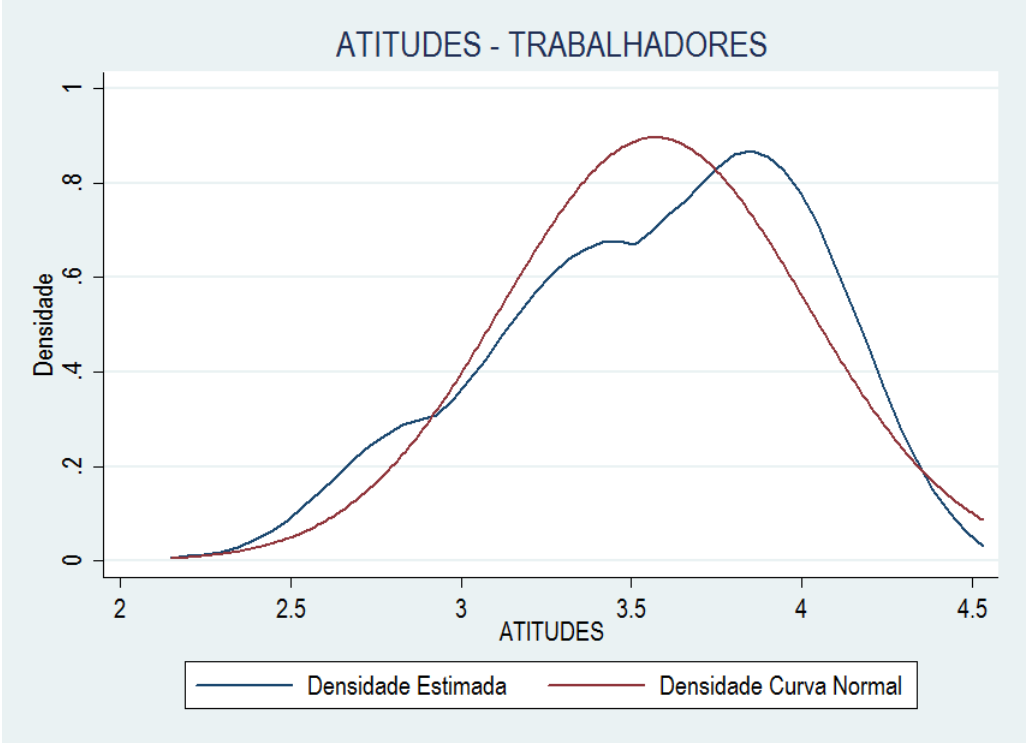
Tabela 1: Natureza dos Sujeitos da pesquisa por CAPSad. São Paulo/SP (n=288)

CAPSad	Trabalhadores	
	Nº	%
Cachoeirinha	16	5,6%
Centro	51	17,7%
Ermelino	20	6,9%
Ipiranga	22	7,6%
Jabaquara	8	2,8%
Pinheiros	16	5,6%
Pirituba	13	4,5%
Sacomã	24	8,3%
Santana	40	13,9%
Santo Amaro	16	5,6%
São Miguel	49	17,0%
Vila Mariana	13	4,5%
Total	288	100,0%

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

A fim de garantir o atendimento ao pressuposto de normalidade das variáveis dependentes, realizamos a estimativa de Densidade de Kernel. Os gráficos obtidos foram ilustrados com uma curva normal para mostrar a aproximação da normalidade dos dados, e estão apresentados nas figuras 3 a 8, como se segue:

Figura 2: Estimativa de densidade de Kernel para atitudes – trabalhadores



Como observado nas figuras acima, as variáveis dependentes respeitam o pressuposto da normalidade, o que permite o uso da regressão *OLS*.

4.1.1 Caracterização dos Profissionais dos CAPSad de São Paulo/SP

Os resultados descritos a seguir referem-se aos dados sociodemográficos dos trabalhadores que compõem as equipes dos CAPSad. Há predominância de profissionais do sexo feminino, de cor branca, casadas ou com companheiros, com idade média de 40 anos.

Em relação à escolaridade, a maior parte dos profissionais (35,4%) possui pós-graduação, seguidos por aqueles (17,7%) com ensino superior completo.

Os dados referentes às funções exercidas pelos profissionais nos CAPSad do município de São Paulo-SP estão assim distribuídos: 20,8% da amostra exercem atividades de nível médio e fundamental de enfermagem, técnico e auxiliar de enfermagem; 12,8% desempenham atividades administrativas; 11,5% são psicólogos; 8% são médicos; 7,6% são enfermeiros; 7,3% são assistentes sociais; 7,3% são terapeutas ocupacionais, seguidos pelos oficineiros (5,9%) e técnicos de farmácia (4,2%). As funções com menor porcentagem nos CAPSad analisados no município de SP são: educador físico (3,1%), farmacêutico (3,5%) e fonoaudiólogo (0,3%).

Observa-se que 43,4% dos profissionais trabalham em CAPSad de dois a quatro anos, considerando que 47,9% desses profissionais atuam no serviço cujos dados foram coletados entre dois e quatro anos.

A maioria dos trabalhadores (71,9%) não possuem outro vínculo empregatício e recebem de quatro a sete salários mínimos (39,2%), de um a três salários mínimos (22,9%), de oito a 11 salários mínimos (13,2%), e apenas 12,8% dos profissionais recebem mais de 16 salários mínimos.

Tabela 2: Apresentação das informações sociodemográficas segundo os profissionais de saúde dos CAPSad, São Paulo-SP (n=288)

Variáveis		Média	Mediana
Idade		40	38
Carga horária		35	40
Variáveis		**Nº**	**%**
Sexo	Masculino	88	30.6%
	Feminino	200	69.4%
	Total	288	100%
Etnia	Branca	165	57.3%
	Negra	38	13.2%
	Mulata/Parda	83	28.8%
	Amarelo	2	0.7%
	Total	288	100%
Estado Civil	Solteiro	109	37.8%
	Casado/Com companheiro	138	47.9%
	Separado/Divorciado	35	12.2%
	Viúvo	6	2.1%
	Total	288	100%
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	5	1.7%
	Ensino Médio Completo	26	9.0%
	Ensino Médio Incompleto	7	2.4%
	Curso Técnico Completo	33	11.5%
	Ensino Superior Completo	51	17.7%
	Ensino Superior Incompleto	53	18.4%
	Pós-Graduação Completa	102	35.4%
	Pós-Graduação Incompleta	11	3.8%
	Total	288	100%
Tempo de trabalho em CAPSad	1 ano	76	26.4%
	Entre 2 e 4 anos	125	43.4%
	Entre 5 e 7 anos	32	11.1%
	Entre 8 e 10 anos	18	6.2%
	Mais de 10 anos	37	12.8%
	Total	288	100%
Tempo de trabalho nesse	1 ano	92	31.9%

CAPSad	Entre 2 e 4 anos	138	47.9%
	Entre 5 e 7 anos	16	5.6%
	Entre 8 e 10 anos	13	4.5%
	Mais de 10 anos	29	10.1%
	Total	288	100%
Outro vínculo trabalhista	Não	207	71.9%
	Sim	81	28.1%
	Total	288	100%
Renda mensal bruta do total de vínculos empregatícios	1 a 3 Salários Mínimos	84	22.9%
	4 a 7 Salários Mínimos	129	39.2%
	8 a 11 Salários Mínimos	39	13.2%
	12 a 15 Salários Mínimos	22	7.3%
	Acima de 16 Salários Mínimos	14	4.5%
	Total	288	100%
Profissão	Administrativo	37	12.8%
	Assistente Social	21	7.3%
	Educador Físico	9	3.1%
	Enfermeiro	22	7.6%
	Farmacêutico	10	3.5%
	Fonoaudiólogo	1	0.3%
	Manutenção	22	7.6%
	Médico	23	8.0%
	Oficineiro	17	5.9%
	Psicólogo	33	11.5%
	Técnico de Farmácia	12	4.2%
	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	60	20.8%
	Terapeuta Ocupacional	21	7.3%
	Total	288	100.0%

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

4.1.2 Caracterização das Atitudes dos Profissionais dos CAPSad de São Paulo

A Tabela 3 apresenta os escores obtidos na Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista (EAFAAA) como um todo e em cada um dos fatores da escala pelos profissionais dos CAPSad que responderam à pesquisa (n=288).

A média do escore obtido na EAFAAA foi de 3,56, com tendência de os profissionais apresentarem atitudes positivas frente ao álcool, o alcoolista e o alcoolismo. Ao verificar fator por fator, nota-se que a média para os fatores 1, 2 e 3 apresenta tendência sugestiva de atitudes positivas quando comparada à média observada. Já para o fator 4, a tendência apresentada é sugestiva de atitudes negativas se comparada com a média observada.

Tabela 3: Escores obtidos na EAFAAA global e em seus fatores (n=229).

EAFAAA				Erro Padrão
Fator 1. O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista	Média		3,8382	,03068
	IC 95%	Limite Inferior	3,7778	
		Limite Superior	3,8986	
	Mediana		3,9000	
	Desvio Padrão		,52070	
Fator 2. Atitudes frente ao alcoolista	Média		3,9698	,04452
	IC 95%	Limite Inferior	3,8822	
		Limite Superior	4,0574	
	Mediana		4,1000	
	Desvio Padrão		,75558	
Fator 3. Atitudes frente ao alcoolismo (etiologia)	Média		2,9700	,02597
	IC 95%	Limite Inferior	2,9189	
		Limite Superior	3,0211	
	Mediana		3,0000	
	Desvio Padrão		,44067	
Fator 4. Atitudes frente ao uso do álcool	Média		3,2562	,04611
	IC 95%	Limite Inferior	3,1654	
		Limite Superior	3,3469	
	Mediana		3,3333	

	Desvio Padrão		,78258	
Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista	Média		3,5688	,02625
	IC 95%	Limite Inferior	3,5171	
		Limite Superior	3,6204	
	Mediana		3,6300	
	Desvio Padrão		,44541	

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA

4.2.1.1 O CAPSad na Perspectiva dos Profissionais dos CAPSad de São Paulo/SP

No que se refere às condições de trabalho, desde o momento da entrada do profissional no serviço, 37,5% mencionaram ter melhorado pouco e 30,2% afirmaram ter melhorado muito, o que demonstra uma melhora nas condições de trabalho. 92,4% dos entrevistados não sofreram acidentes de trabalho, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4: Condições e incômodos enfrentados no trabalho pelos profissionais dos CAPSad, São Paulo/SP (n=288).

Variáveis		Nº	%
Condições de Trabalho	Pioraram	29	10.1%
	Não mudaram	64	22.2%
	Melhoraram pouco	108	37.5%
	Melhoraram muito	87	30.2%
	Total	288	100.0%
Falta de ferramenta adequada para o trabalho	Não	154	53.5%
	Sim	134	46.5%
	Total	288	100.0%
Falta de Segurança	Não	149	51.7%
	Sim	139	48.3%
	Total	288	100.0%
Risco Permanente de Vida	Não	205	71.2%
	Sim	83	28.8%
	Total	288	100.0%

Outras situações que incomodam	Não	178	61.8%
	Sim	110	38.2%
	Total	288	100.0%
Acidente de trabalho nos últimos 6 meses	Não	266	92.4%
	Sim	22	7.6%
	Total	288	100.0%

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

Os itens que avaliam se os trabalhadores podem se atualizar, discutir casos e realizar outras atividades que visam à melhoria da assistência prestada apresentam uma avaliação positiva por parte dos trabalhadores. No que concerne à autonomia do trabalhador para escolher individualmente a forma de exercer o seu trabalho, 35,8% referiram não ter essa autonomia, como pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5: Visão do trabalhador acerca de sua autonomia no trabalho – Possibilidades de trabalho no CAPSad, São Paulo/SP (n=288).

Em seu Trabalho Você Pode		Nº	%
Escolher Individualmente a Forma de Fazer Suas Atividades	Não	103	35.8%
	Sim	185	64.2%
	Total	288	100.0%
Escolher de Forma Coletiva/Em Equipe a Forma de Fazer Suas Atividades	Não	20	6.9%
	Sim	268	93.1%
	Total	288	100.0%
Fazer Cursos	Não	67	23.3%
	Sim	221	76.7%
	Total	288	100.0%
Realizar Outras Atividades de Organização	Não	66	22.9%
	Sim	222	77.1%
	Total	288	100.0%
Conversar com os Colegas	Não	5	1.7%
	Sim	283	98.3%
	Total	288	100.0%
Usar Suas Ideias	Não	17	5.9%
	Sim	271	94.1%
	Total	288	100.0%
Discutir Casos com os Colegas	Não	15	5.2%
	Sim	273	94.8%
	Total	288	100.0%

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

No que diz respeito à satisfação da equipe com o seu trabalho, qualidade do serviço oferecido, participação no serviço, condições de trabalho, relacionamento com o serviço e satisfação global com o serviço, todas os escores médios medidos pela escala SATIS foram superiores a 3. Esses escores, os quais variam de 1 a 5, indicam que os trabalhadores avaliam positivamente a sua satisfação, como pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6: Médias e desvios-padrão do Escore Global e de cada fator da escala SATIS-BR, segundo os profissionais dos CAPSad, São Paulo/SP (n=288).

Variável	Mensuração		
Satisfação da Equipe com Relação à Qualidade dos Serviços Oferecidos aos Usuários	Média		3,98
	IC 95%	Limite Inferior	3,92
		Limite Superior	4,03
	Mediana		4,00
	Desvio Padrão		0,48
Satisfação da Equipe com Relação à sua Participação no serviço.	Média		3,63
	IC 95%	Limite Inferior	3,56
		Limite Superior	3,71
	Mediana		3,71
	Desvio Padrão		0,65
Satisfação da Equipe com Relação às Condições de Trabalho no Serviço.	Média		3,98
	IC 95%	Limite Inferior	3,90
		Limite Superior	4,06
	Mediana		4,00
	Desvio-Padrão		0,67
Satisfação da Equipe a Respeito do seu Relacionamento no Serviço.	Média		3,88
	IC 95%	Limite Inferior	3,80
		Limite Superior	3,96
	Mediana		4,00
	Desvio-Padrão		0,70
Grau de Satisfação Global da Equipe com o Serviço de Saúde Mental	Média		3,77
	IC 95%	Limite Inferior	3,71

	Limite Superior	3,83
	Mediana	3,81
	Desvio-Padrão	0,48

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

Quanto à abordagem utilizada, metade dos trabalhadores afirma utilizar tanto a Redução de Danos como a abstinência total em sua prática no CAPSad. Quando questionados sobre o principal motivo pelo qual o tratamento no CAPSad é procurado, 91% dos trabalhadores afirma ser em razão do impacto global na vida relacionado ao consumo prejudicial de álcool e/ou outras drogas.

Tabela 7: Visão dos trabalhadores sobre a razão principal para o tratamento e abordagem utilizada no CAPSad.

Variável		n	%
Principal motivo para procura por tratamento			
O consumo de álcool e outras drogas	Não	50	17,4%
	Sim	238	82,6%
	Total	288	100,0%
A gravidade do consumo de álcool e outras drogas	Não	54	18,8%
	Sim	234	81,2%
	Total	288	100,0%
O impacto global na vida relacionado ao consumo prejudicial de álcool ou outras drogas	Não	25	8,7%
	Sim	263	91,3%
	Total	288	100,0%
Modalidade de tratamento			
Redução de Danos	Não	161	55,9%
	Sim	127	44,1%
	Total	288	100,0%
Abstinência total	Não	283	98,3%
	Sim	5	1,7%
	Total	288	100,0%
As duas modalidades	Não	144	50,0%
	Sim	144	50,0%
	Total	288	100,0%
Não Sabe	Não	276	95,8%
	Sim	12	4,2%
	Total	288	100,0%

4.3 ANÁLISE INFERENCIAL

Para a análise dos determinantes das atitudes dos trabalhadores na Escala de Atitudes Frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista (EAFAAA), optamos por uma metodologia semelhante àquela utilizada na seção anterior para definir a inclusão das

variáveis nos modelos de regressão. Em primeiro lugar dividimos as variáveis em três classes: descrição sociodemográfica do trabalhador, perfil do trabalhador e processo de trabalho.

Na primeira etapa da pesquisa, incluímos cada uma das variáveis independentes em modelos univariados OLS. Incluímos no modelo OLS múltiplo final as variáveis com valor de p ≤ 0,3. A Tabela 8 apresenta os resultados dos modelos lineares univariados. A Tabela 9, por sua vez, apresenta os resultados do modelo múltiplo.

Tabela 8: Modelos univariados para atitudes dos profissionais.

VARIÁVEL	B	VALOR DE P	R QUADRADO
Sexo	,131	,021	,018
Raça/cor	,162	,002	,032
Idade	,001	,742	,000
Trabalha em capsad há 1 ano (categoria de referência)			
Trabalha em capsad entre 2 e 4 anos	,042	,507	,040
Trabalha em capsad entre 5 e 7 anos	,142	,127	
Trabalha em capsad entre 8 e 10 anos	,249	,031	
Trabalha em capsad há mais de 10 anos	,244	,006	
Profissionais de nível superior (categoria de referência)			
Administrativo/manutenção	-,577	,000	,290
Profissionais de nível técnico em saúde	-,394	,000	
Oficineiros	-,169	,083	
Até 3 salários mínimos (categoria de referência)			
De 4 a 7 salários mínimos	,225	,000	,155
De 8 a 11 salários mínimos	,416	,000	
De 12 a 15 salários mínimos	,536	,000	
Mais de 16 salários mínimos	,390	,001	
Condições de trabalho	-,054	,051	,013
Estado civil	-,053	,314	,004
Incômodos evidenciados no trabalho	,073	,001	,039
Possibilidades de seu trabalho	,111	,000	,133
Redução de danos (categoria de referência)			
Abstinência total	-,376	,054	,091
As duas modalidades	-,043	,409	
Não sabe	-,652	,000	
Satisfação global	-,057	,287	,004

Razões pelas quais acreditam que os usuários buscam o serviço			
O consumo de álcool e outras drogas	-,156	,056	,067
A gravidade do consumo de álcool e outras drogas	-,066	,661	
O impacto global na vida do uso de álcool e outras drogas	,001	,873	
Possui pós-graduação	,369	,000	,169

Como pode ser observado na Tabela 8, apenas as variáveis idade e estado civil não obtiveram valor de p ≤ 0,3 e foram excluídas do modelo múltiplo.

Após regressão múltipla, evidenciou-se que os profissionais que trabalham no CAPSad durante o período de 8 a 10 anos, bem como aqueles que expõem uma análise de que o seu trabalho traz mais incômodos, apresentam atitudes mais positivas. Os profissionais do administrativo, da manutenção e técnicos em saúde possuem atitudes mais negativas, considerando-se como estatisticamente significativos os valores de p ≤ 0,05. Esses resultados podem ser evidenciados na Tabela 9, abaixo.

Tabela 9: Modelo múltiplo para atitudes dos profissionais.

Variável	B	Valor de p.
Constante	3,232	p≤0,001
Sexo	0,054	0,29
Raça/cor	0,011	0,82
Trabalha em CAPSad há 1 ano (categoria de referência)		
Trabalha em CAPSad entre 2 e 4 anos	0,008	0,89
Trabalha em CAPSad entre 5 e 7 anos	0,111	0,17
Trabalha em CAPSad entre 8 e 10 anos	0,224	0,03
Trabalha em CAPSad há mais de 10 anos	0,104	0,22
Profissionais de nível superior (categoria de referência)		
Administrativo/Manutenção	-0,39	p≤0,001

Profissionais de nível técnico em saúde	-0,29	p≤0,001
Oficineiros	-0,07	0,54
de 1 a 3 salários mínimos	-0,08	0,31
de 4 a 7 salários mínimos	-0,03	0,73
de 8 a 11 salários mínimos	0,009	0,93
de 12 a 15 salários mínimos	0,046	0,69
mais de 16 salários mínimos	-0,02	0,88
Condições de trabalho	-0,02	0,38
Incômodos evidenciados no trabalho	0,045	0,05*
Possibilidades de seu trabalho	0,028	0,15
Redução de Danos (categoria de referência)		
Abstinência total	-0,31	0,08
As duas modalidades	-0,04	0,46
Não Sabe	-0,25	0,06
Satisfação Global	0,09	0,13
Razões pelas quais acreditam que os usuários buscam o serviço		
O consumo de álcool e outras drogas	-0,06	0,36
A gravidade do consumo de álcool e outras drogas	0,034	0,61
O impacto global na vida do uso de álcool e outras drogas	-0,09	0,31
Possui pós-graduação	0,023	0,75

*p-valor ≤ 0,05

R quadrado ajustado do modelo: 33,1%

5. DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos profissionais que trabalham em CAPSad constatou-se a prevalência das seguintes características: mulheres, casadas, adultas jovens e com nível de educação superior. Outros estudos nacionais que analisaram o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de saúde mental encontraram percentuais semelhantes.[61-63]

No que se refere ao tempo de atuação, observou-se que quase a metade dos profissionais trabalham em CAPSad há pouco tempo (entre dois e quatro anos), informação que foi corroborada em outro estudo.[64]

Quanto ao número de vínculos trabalhistas, a maior parte dos trabalhadores apontou vínculo apenas com o CAPSad, o que difere de outros estudos, no quais a maioria dos participantes que atuam na área de saúde mental relataram ter outro emprego.[61-63]

A análise da atitude dos profissionais dos CAPSad permitiu-nos observar que, de modo geral, eles apresentaram tendência a atitudes positivas em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Analisando cada fator separadamente, averiguamos uma atitude positiva dos profissionais em relação aos fatores 1 (trabalhar e relacionar-se com o alcoolista), 2 (atitudes em relação ao alcoolista) e 4 (atitudes em relação ao uso do álcool), ao passo que mostraram-se menos positivas as atitudes em relação ao fator 3 (etiologia do alcoolismo).

A tendência positiva no fator 1 pode estar relacionada ao fato de tais profissionais trabalharem em serviços especializados no cuidado ao adicto de álcool e outras drogas, uma vez que estudos com enfermeiros demonstram que aqueles que lidavam diretamente com alcoolistas exibiam atitudes positivas em relação ao usuário. [65]

Resultado semelhante no que diz respeito ao fator 2 foi encontrado por Vargas[40] ao identificar que os enfermeiros de

hospitais gerais percebem os alcoolistas como pessoas sensíveis, solitárias e com graves dificuldades emocionais. Essa percepção pode auxiliar o enfermeiro no reconhecimento de que o alcoolista é um indivíduo doente e que precisa de ajuda. Essa visão auxilia no estabelecimento do relacionamento interpessoal.[40]

O fato de esses profissionais apresentarem atitudes menos positivas em relação à etiologia do alcoolismo (fator 3) pode estar relacionado à sua formação acadêmica, visto que um estudo verificou que a maior parte dos enfermeiros que atuam em CAPSad no município de São Paulo carece de formação específica na área das SPAS e não recebeu preparo adequado para lidar com esses usuários durante a graduação em enfermagem.[45,66]

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo que investigou a atitude de estudantes de psicologia em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.[67]

Uma pesquisa realizada no Brasil evidenciou que os estudantes apresentavam uma atitude positiva em relação ao dependente de substâncias psicoativas, visto que a maioria rejeitou o estereótipo de que trabalhar com esses usuários é desagradável. Entretanto, o alcoolismo esteve relacionado à fraqueza de caráter.[68]

Por sua vez, outro estudo realizado com estudantes de enfermagem encontrou o resultado oposto, isto é, evidenciou-se tendência a atitudes negativas em relação ao alcoolismo, o alcoolista e a bebida alcoólica, e não somente no fator 3.[42]

Os resultados relativos aos estudantes constituem um fator preocupante, uma vez que eles correspondem aos futuros profissionais da área e que a predominância da tendência a atitudes negativas em relação ao problema poderá determinar um cuidado sem qualidade e carregado de preconceito.

Um estudo correlacionou a tendência a atitudes negativas com a pouca atenção dada à temática durante a formação,

constatando-se a necessidade de que maior importância seja concedida a essa problemática.[42]

Muitas condições de saúde, sobretudo a saúde mental e a dependência de spas, são estigmatizadas pela população e até mesmo pelos profissionais de saúde. Pesquisas internacionais realizadas com profissionais de saúde na área da saúde mental também têm verificado atitudes negativas por parte dos profissionais.

Um estudo examinou as atitudes de médicos e enfermeiros e seu impacto sobre pessoas do Butão que apresentam deficiência. Os escores médios de ambas as profissões obtidos na pesquisa foram menores do que os de outros estudos. Médicos e enfermeiros butaneses parecem manter atitudes menos positivas em relação às pessoas com deficiência do que os profissionais que atuam nos países ocidentais.[69]

Um estudo sueco que buscou avaliar as atitudes de profissionais atuantes em serviços de saúde mental, bem como aquelas de seus pacientes, identificou que as atitudes negativas foram prevalentes tanto entre os profissionais como entre os pacientes. Funcionários que trabalhavam com pacientes psicóticos ou em regime de internamento apresentaram as atitudes mais negativas.[70]

Outro estudo comparou as atitudes do público em geral dos EUA com aquelas de profissionais de saúde mental no tocante à competência e a periculosidade percebida por portadores de transtorno mental. Embora os profissionais tenham apresentado atitudes mais positivas do que o público em geral, os estereótipos associados ao transtorno mental manifestaram-se no discurso de ambos os grupos.[71]

Conforme visto, apesar dos avanços obtidos com a Reforma Psiquiátrica em diversos Países, ainda hoje é possível identificar

atitudes negativas dos profissionais que trabalham na área da saúde mental e de álcool e outras drogas. Entendemos que a estigmatização desses indivíduos ocorre quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos.

Esse cenário influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, o que pode levar a diversas consequências, inclusive ao agravamento da situação. Isso ocorre porque o estigma estende-se para além do indivíduo, passando para as pessoas que se relacionam diretamente com eles, seus familiares, amigos e, indiretamente, profissionais da área da saúde, levando a sociedade a considerá-los diferentes.

O estereótipo negativo que cerca o paciente alcoolista e o alcoolismo exerce forte influência nas atitudes dos profissionais, contribuindo para que se tornem ainda mais negativas.[32]

Estudos experimentais sobre as atitudes dos enfermeiros evidenciaram o predomínio de concepções morais e condenatórias por parte desses profissionais, os quais tendem a culpar o alcoolista pela sua doença.[32]

Atribuir o alcoolismo à falta de vontade do indivíduo constitui uma visão reducionista, embora ainda haja muitos enfermeiros que concebem o alcoolista um sujeito imoral, fraco e com baixa possibilidade de recuperação.[37, 56]

Os resultados nos permitem inferir que a pessoa do alcoolista é mais aceita pelos profissionais dos CAPSad do que sua doença, o que pode estar relacionado ao preconceito que envolve o alcoolismo e suas complicações, muitas vezes concebidos das como uma fraqueza moral e não como uma doença crônica que, quando tratada, pode ser controlada como qualquer outra.

Esse resultado leva-nos a refletir sobre uma contradição, pois, ao mesmo tempo em que consideram o uso abusivo de SPAS uma

doença que precisa ser tratada, os profissionais culpam o alcoolista pelo uso e pelas consequências dele advindas.

Entendemos que a etiologia do alcoolismo pode estar relacionada à ideia transmitida culturalmente e socialmente de que o bebedor é um homem fraco e sem caráter, conforme ocorria no início do século XX e se perpetua até os dias atuais, como um resquício do modelo moral.

As atitudes negativas em relação a determinado comportamento social são formadas pelas normas sociais, as quais variam de acordo com o grupo em que os indivíduos estão inseridos e com o contexto social, cultural e histórico.

Entretanto, as atitudes de enfermeiros em relação ao abuso de substâncias parecem ser mais positivas na atualidade do que há três décadas, corroborando os resultados desse estudo.[32]

Analisamos, por meio de regressão múltipla, a influência relativa de diversas variáveis na determinação das atitudes dos profissionais do CAPSad. Dentre as variáveis estudadas, observou-se que os profissionais que trabalham entre 8 e 10 anos apresentam atitudes mais positivas em relação a profissionais com menos tempo de atuação.

Esse resultado pode estar relacionado à experiência que os profissionais adquirem no decorrer do tempo de atuação na assistência direta ao paciente, bem como ao compartilhamento do conhecimento e das vivências interdisciplinares da equipe de saúde.

Estudos verificaram que uma das fontes de conhecimento é a troca de experiências que ocorre entre os membros da equipe, dentro do próprio serviço.[45, 66]

Outro estudo realizado com enfermeiros indicou que fatores pessoais e experiência de trabalho útil são considerados significativos dentre os fatores que influenciam na aquisição da competência clínica.[72]

A prática constante do cuidado permite adquirir cada vez mais habilidades, além de propiciar atitudes mais positivas em relação ao usuário de álcool e melhor conhecimento da temática.[73, 74]

Podemos, portanto, inferir que quanto maior é o tempo de experiência profissional na área de álcool e outras drogas, possivelmente maiores são o conhecimento e a competência para o manejo clínico dessa problemática, o que possibilita atitudes mais positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

Outro determinante importante na atitude dos profissionais foi a reação aos incômodos, isto é, os profissionais que atribuem mais incômodos ao seu trabalho apresentam atitudes mais positivas em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

A percepção do profissional acerca do equipamento de saúde no qual atua permite-lhe diagnosticar as características do serviço, segundo a ótica dos próprios funcionários em relação aos seus aspectos administrativos e no que diz respeito à relação profissional-usuário.[75, 76]

Não foram encontrados estudos que explorassem essa correlação. Estudos nacionais têm discutido a percepção do profissional quanto à qualidade do serviço oferecido.

Sousa e Coleta (2012) identificaram as percepções de psicólogos, que trabalham em serviços públicos de saúde, sobre os fatores que contribuem e os que prejudicam seu bem-estar no trabalho (BET). Dentre os fatores que contribuem para o BET foram citados: a qualidade e o relacionamento com a equipe (30,5%), a satisfação e a realização no trabalho (22,9%) e o contato com o paciente (21,7%). Já os fatores que prejudicam o BET foram: os problemas de gestão/instituição (28,3%), os problemas com a equipe (24,2%) e a falta de condições de trabalho (19,4%).

Um estudo em 10 municípios do Estado do Ceará, buscando identificar um conjunto de aspectos referentes à estrutura e ao

processo do serviço, que deveria qualificar o PSF. Foram entrevistados médicos e enfermeiros das equipes, coordenadores do PSF, secretários de saúde e usuários. Os profissionais citaram quatro elementos definidores da qualidade: a relação profissional-paciente, onde se faz necessário estabelecer um vínculo de confiança entre usuário e profissional que favoreça a inserção da equipe no ambiente de vida do paciente; a estrutura física que nem sempre é adequada às necessidades do serviço e nem sempre dotada de um equipamento mínimo; a questão da educação em saúde que exige uma melhor implementação; o nível de capacitação dos profissionais que compõem a equipe do Programa e a necessidade de um maior número de profissionais frente à demanda bem superior, ao que preconiza o MS, que cada Unidade Básica de Saúde tem.[77]

Um estudo verificou, por meio de pesquisa, que os profissionais relacionam a função da qualidade nas unidades de saúde da família à educação continuada, à motivação profissional, ao incentivo financeiro e à rotatividade profissional.[75]

Estudo que objetivou verificar como os enfermeiros de uma instituição pública de saúde, com referência em traumatologia, procedem à avaliação do processo de trabalho a partir das demandas dos usuários registradas no setor de ouvidoria, evidenciou a necessidade de rever o processo de trabalho da equipe, bem como de mais diálogo entre os membros da equipe.[78]

Os resultados desta pesquisa sugerem que profissionais mais críticos quanto ao seu cotidiano de trabalho apresentam tendência a atitudes positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista, o que pode estar relacionado ao fato de se apropriarem da dinâmica existente nos CAPSad, questionando incoerências técnicas, a gestão e a organização do serviço, bem como o seu processo de trabalho.

É muito possível que esses profissionais tenham tido acesso ao conteúdo relacionado ao uso de álcool e outras drogas em seus cursos de formação profissional, além de possuírem mais experiência de trabalho e, consequentemente, apresentarem atitudes mais positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

Nesse sentido, as expectativas colocadas pelo novo modo de produção exige uma formação crítica-reflexiva de profissionais da área da saúde. Essa formação deve objetivar formar um profissional orientado para a indagação e reflexão na ação, capaz de problematizar e, portanto, não alienado; capaz de evitar o verbalismo, o congelamento do real, a adaptação às estruturas, a compartimentalização do saber que contribui para a falta de domínio do processo, do produto e do sentido do próprio trabalho.[79]

Acreditamos que profissionais que questionam o funcionamento do serviço, a estrutura física para realizar atendimentos, as condições de trabalho oferecidas e o processo de trabalho da própria equipe são indivíduos mais críticos e que se incomodam com algumas situações, realizando movimentos na instituição com o propósito de diminuir esses incômodos.

Outro resultado obtido refere que profissionais administrativos, de manutenção e técnicos em saúde possuem atitudes mais negativas do que os profissionais de nível superior.

O fato de ter-se observado que os profissionais com nível fundamental e médio apresentam uma tendência a atitudes mais negativas do que aqueles que possuem pós-graduação denota a necessidade da inclusão do tema álcool e outras drogas na formação dos profissionais de nível médio, em especial ao profissional da equipe de enfermagem, o qual representa a maioria nos CAPSad.

Há evidências na literatura de que enfermeiros com pós-graduação e que tiveram acesso à discussão do tema relacionado

ao AOD durante a formação tendem a apresentar atitudes mais positivas em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.[42]

O impacto positivo da formação e do conhecimento global sobre questões relativas ao uso de álcool e outras drogas nas atitudes dos profissionais que lidam com essa população também foi ressaltado em outra pesquisa.[80]

Quanto à formação, já em 1998 Sodis e Bagnato alertavam sobre a separação entre as dimensões técnica e política na operacionalização das propostas pensadas pelos educadores da área da saúde. As autoras falam sobre a cisão existente entre a teoria e a prática, enfatizando que trabalhar a teoria permite elucubrações e a reflexão política; entretanto, ao se trabalhar a prática, congela-se a política e passa a importar apenas o exercício da prática profissional nos moldes do ensino tradicional, porém competente para os fins a que, dissimuladamente, se propõe.[79]

Em 2013 sinalizou-se a carência de preparo educacional durante a graduação em relação à temática do álcool, ou a falta de abordagem apropriada do conteúdo nas universidades em razão da deficiência do conteúdo nos currículos.[42]

Sobre as dificuldades verificadas na proposição de currículos de enfermagem que contemplam de forma adequada a temática das substâncias psicoativas no Brasil, um estudo ressaltou a iniciativa de possibilitar a experiência clínica em serviço especializado de álcool e drogas, mesmo que limitada pelo tempo e pela não sistematização do tema no currículo da graduação, uma vez que essa inclusão mostrou ser de extrema importância para a consolidação do conteúdo e das mudanças de paradigma, levando o estudante a uma reflexão sobre seus valores e crenças durante a graduação, o que em última análise repercute na minimização das atitudes negativas, preconceitos e estereótipos atribuídos a essas pessoas.[81]

Outro estudo sugere que o programa educativo sobre álcool e drogas exerceu impacto nas atitudes dos estudantes de

enfermagem, uma vez que no pós-teste a maioria dos participantes demonstrou atitudes mais positivas em relação ao dependente químico e estava mais otimista, interpretando a dependência de álcool e drogas como uma doença tratável.[68, 82]

O preparo e o conhecimento estão diretamente relacionados às atitudes positivas em relação ao paciente alcoolista, entretanto, Amaral-Sabadini et al. (2010) sugerem que o nível de aproveitamento do conhecimento deve ser maior do que 50% para que a formação ofertada tenha impacto nas atitudes de enfermeiros acerca de problemas relacionados ao uso e abuso de álcool.[83]

No caso de profissionais de saúde que já se encontram na assistência voltada a essa população, sugerimos como principal estratégia de aprimoramento a Educação Permanente (EP), a qual possui a incumbência de corrigir os pontos considerados negativos na atuação dos novos profissionais, além de auxiliar a equipe na problematização do processo de trabalho, considerando as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, de forma que sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

A EP constitui a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das pessoas, das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, visto que a EP é planejada a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e experiências de que já dispõem os profissionais envolvidos.[84]

Campos e Teixeira (2001) mencionam a importância de capacitação técnica dos profissionais envolvidos, tanto no que diz respeito ao conhecimento sobre as substâncias psicoativas – seus efeitos, dosagens, danos, formas de utilização – como às propostas teóricas que pretendem compreender o porquê do uso, terapêuticas, fatores de risco e de proteção, populações vulneráveis e políticas

públicas, dentre outros aspectos, indispensáveis a todos os profissionais que lidam com essa população especifica.[85]

Há, ainda, a necessidade de o profissional de saúde que trabalha com usuários de SPAS olhar para si mesmo: suas crenças, valores, preconceitos, escolha do enfoque teórico sobre a questão, engajamento e condições da prática, considerando que a concepção que os trabalhadores apresentam acerca do usuário de substâncias psicoativas influenciará na atitude positiva ou negativa, por meio da qual serão estabelecidos o relacionamento e a qualidade e efetividade da assistência prestada.[86]

Neste sentido, afirmamos que o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas é provavelmente aquele que gera maior mobilização por parte dos profissionais de saúde, independente da categoria profissional. Sobretudo quando consideramos que o atendimento a essa situação é influenciado pela ambiguidade de valores, concepções e representações sociais predominantemente estigmatizadas do senso-comum, o qual interpreta tal questão como um problema moral relacionado à instabilidade emocional e à falta de força de vontade dos usuários.

Portanto, é fundamental que o profissional de saúde reflita sobre suas atitudes em relação ao usuário de SPAS e ofereça cuidados sem julgamento ao indivíduo. Para tanto, faz-se necessário o reconhecimento das fontes de suas atitudes e a compreensão de como suas atitudes afetam os cuidados prestados ao paciente, complementando com autoconsciência e mudança de certas atitudes comprovadas como negativas.[38]

Assim, entendemos que os conhecimentos compartilhados entre graduandos, docentes, profissionais da saúde e comunidade devam ser revistos e trabalhados durante todo o processo de formação acadêmica, a fim de que sejam formados profissionais comprometidos com a população, com a transformação da realidade e com a mudança da representação que a sociedade tem acerca desses usuários.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de São Paulo com profissionais de 12 CAPSad do município, compreendendo todas as regiões da cidade. Seus resultados podem, portanto, ser generalizados apenas para o contexto do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas na cidade de São Paulo. Sugerimos que estudos em CAPSad de outras localidades avaliem as atitudes dos profissionais em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

Apesar de não ter ocorrido recusa por parte dos profissionais abordados para entrevista, houve 61 perdas, as quais totalizam 17% das entrevistas realizadas. Profissionais em licença, em férias ou afastados não foram entrevistados. Preocupamos-nos, sobretudo, com o fato de não possuirmos dados sobre os afastamentos, o que pode constituir interesse ao objeto de estudo da presente tese. Sugerimos a realização de estudos posteriores que avaliem os afastamentos e licenças dos trabalhadores de CAPSad.

7. CONCLUSÕES

Os profissionais dos CAPSad que se sentem mais incomodados com os problemas no trabalho são aqueles que possuem atitudes mais positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Eles realizam uma avaliação mais crítica do serviço, buscando melhorias para a assistência no CAPSad e políticas implementadas nos serviços.

Profissionais de nível superior também apresentam atitudes mais positivas quando comparados aos profissionais dos campos administrativo, de manutenção e de nível técnico de saúde dos serviços. As universidades, ainda que com uma variação muito grande de investimento financeiro e de horas de estudos relacionados ao álcool e outras drogas, abordam esse conteúdo e o discutem com os estudantes, propiciando, desse modo, uma bagagem intelectual importante para a atuação no CAPSad.

A mesma formação não é dada em cursos básicos para a formação de profissionais de nível administrativo, de manutenção e, o que é ainda mais alarmante, de técnicos da área de saúde. A formação de base desses cursos deveria incluir em seu currículo a temática do uso de álcool e outras drogas. Os cursos de técnicos de saúde também devem integrar ao seu currículo os conteúdos obrigatórios relacionados ao cuidado dessa população. Entretanto, cabe ainda aos serviços exercer um papel educativo, por meio da educação permanente, a fim de preparar as pessoas selecionadas para trabalhar em CAPSad, visando melhores atitudes desses profissionais em relação à população atendida.

Profissionais que atuam de oito a 10 anos nos CAPSad apresentam atitudes mais satisfatórias. Ao longo do período de atuação no CAPSad os profissionais buscam especializar-se e criam vínculos com os usuários, além de conviverem com os demais

profissionais da equipe multidisciplinar e, desse modo, acabam por desenvolver um pensamento mais crítico que possivelmente impacta de maneira positiva o seu processo de trabalho. Esses fatores combatem o estigma relacionado ao usuário de álcool, propiciando atitudes mais satisfatórias em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

Profissionais mais críticos, reflexivos, e que tiveram acesso ao conteúdo relacionado ao uso de álcool e outras drogas em seus cursos de formação profissional, bem como aqueles que possuem mais experiência de trabalho, apresentam atitudes mais positivas em relação ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Esses resultados evidenciam a necessidade de se investir em educação tanto nos cursos básicos, técnicos e de graduação como em educação permanente nos serviços.

REFERÊNCIAS

1. UNODC. World Drug Report 2014. Naciones Unidas Nueva York; 2014.

2. WHO WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011. xii, 286 p. p.

3. Carlini E, Galduróz J, Noto A, Carlini C, Oliveira L, Nappo A. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília - Distrito Federal: Centro Brasileiro de Informação sobre drogas – CEBRID; 2005.

4. Carlini E, Galduróz J, Silva A, Noto A, Fonseca A, Carlini C, 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.

5. Malta DC, Silva Jr JBd. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2013;22(1):151-64.

6. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. Alcohol and alcoholism. 2012;47(5):597-605.

7. Godoy I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. J bras pneumol. 2010;36(1):4-5.

8. BRASIL. Lei 11.705/2008. Published at Diário Oficial da União on June 20th. 2008.

9. Bertolote J. Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, Governo Federal, Brasil. 2004.

10. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. In: Ministério da Saúde SdAàSSC-DA, editor. 2ª ed. Brasília2004.

11. PORTARIA Nº 1.612/GM DE 9 DE STEMBRO DE 2005, (2005).

12. PORTARIA Nº 1.028/GM DE 1º DE JULHO DE 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria., (2005).

13. PORTARIA Nº 384 DE 05 DE JULHO DE 2005, (2005).

14. Organização Mundial da Saúde OOP-AdS, OPAS. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra2001.

15. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, (2010).

16. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (2011).

17. Brasil, dMinistério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental ÁeOD. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde Brasília^ eMS MS; 2011.

18. Barros S, Oliveira MAFd, Silva ALAe. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007;41:815-9.

19. PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros., (2012).

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

21. Saúde BMd. Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde do Brasil Brasília; 2015.

22. Allport GW. Attitudes. 1935.

23. Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1993.

24. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. 1980.

25. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior: McGraw-Hill Education (UK); 2005.

26. Biblioteca Virtual em Saúde B. Descritores em Ciências da Saúde. 2015.

27. Brener L, Von Hippel W, Kippax S, Preacher KJ. Attitudes: Health Professionals. Substance Use & Misuse. 2010;45:1007-18.

28. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? International journal of obesity. 2001.

29. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophrenia bulletin. 2006;32(4):709-14.

30. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1999;33(1):77-83.

31. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Archives of General Psychiatry. 2005;62(7):717-24.

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

33. Carroll J. The negative attitudes of some general nurses towards drug misusers. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 1994;9(34):36-8.

34. Foster J, Onyeukwu C. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2003;10(5):578-84.

35. Chung J, Chan J, Yeung R, Wan R, Ho S. Nurses' attitude toward alcoholic patients in accident and emergency department in Hong Kong. Hong Kong College of Emergency Medicine. 2003;10(2):104-12.

36. Crothers CE, Dorrian J. Determinants of nurses' attitudes toward the care of patients with alcohol problems. ISRN nursing. 2011;2011.

37. Vargas Dd, Labate RC. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2005;26(2):252.

38. Vargas D, Labate RC. Clinical nurses' attitudes toward the use of alcohol and alcoholism. Revista brasileira de enfermagem. 2006;59(1):47-51.

39. Vargas Dd, Luis MAV. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. Revista latino-americana de enfermagem. 2008;16(SPE):543-50.

40. Vargas Dd. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. Rev bras enferm. 2010;63(6):1028-34.

41. Vargas Dd. Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. Acta paul enferm. 2011;24(5):638-44.

42. Vargas D, Bittencourt MN. Alcohol and alcoholism: attitudes of nursing students. Revista brasileira de enfermagem. 2013;66(1):84-9.

43. Vargas Dd. Reduced version of the scale of attitudes towards alcohol, alcoholism, and alcoholics: primary results. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45(4):918-25.

44. Vargas Dd. Construct validation of the scale of attitudes toward alcohol, alcoholism and individuals with alcohol use disorders. Revista de Psiquiatria Clínica. 2014;41(4):106-11.

45. Vargas D, Oliveira MA, Duarte FA. Psychosocial care Center for Alcohol and Drugs (CAPS ad): nursing insertion and practices in São Paulo City, Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2011 2011 Jan-Feb;19(1):115-22. PubMed PMID: 21412637. eng.

46. Vargas D, Oliveira MA, Araújo EC. [Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, São Paulo State, Brazil]. Cad Saude Publica. 2009 Aug;25(8):1711-20. PubMed PMID: 19649412. por.

47. Vargas Dd, Luis MAV. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. Revista latino-americana de enfermagem. 2008;16(5):895-902.

48. Vargas Dd, Labate RC, Costa Júnior MLd. Alcoolistas-tratar ou punir: disposição de enfermeiros de hospital geral. Rev enferm UERJ. 2003;11(2):188-92.

49. 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.

50. 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 [Internet]. 2000 11 maio 2013]; 49(4):[105-15 pp.]. Available from: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=275816&indexSearch=ID.

51. 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.

52. Bandeira M, Mercier C, Perreault M, Libério MMA, Pitta AMF. Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Internet]. 2002; 51(1):[31-8 pp.]. Available from: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/servicomental/satisfacao_familia/5-ESCALA%20satis-familia-completa.pdf.

53. Vargas Dd. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45(4):918-25.

54. Bandeira MdB, Andrade MCR, Costa CS, Silva MAd. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2011;24(2):236-44.

55. Bandeira M, Silva MAd. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2012;61(3):124-32.

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

57. Pillon S, Laranjeira R, Dunn J. Nurses' attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. Sao Paulo Medical Journal. 1998;116(2):1661-6.

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

59. Baldi B, Moore DS. The practice of statistics in the life sciences: WH Freeman; 2014.

60. White H. A heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator and a direct test for heteroskedasticity. Econometrica: Journal of the Econometric Society. 1980:817-38.

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

62. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMdR, Bielemann VdLM, Schneider JF. Avalia\ccão de quarta gera\ccão: contribui\ccões metodológicas para avalia\ccão de servi\ccos de saúde mental= Fourth-generation evaluation %U http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27379. Interface: comunica\ccão, saúde, educa\ccão Botucatu Vol 13, n 31 (out/dez 2009), p 343-355. 2009.

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

64. dos Santos Silva N, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, da Silva KKC. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Texto & Contexto Enfermagem. 2013;22(4):1142-51.

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

66. Vargas Dd, Duarte FAB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. Texto & Contexto - Enfermagem. 2011;20:119-26.

67. Merces NPd. Atitudes de estudantes de psicologia acerca do álcool, do alcoolismo e do alcoolista: Universidade de São Paulo; 2013.

68. Rassool GH, VILLAR-LUIS M, Carraro T, Lopes G. Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2006;13(1):85-9.

69. Dorji S, Solomon P. Attitudes of health professionals toward persons with disabilities in Bhutan. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 2009;20(2):32-42.

70. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? International journal of social psychiatry. 2013;59(1):48-54.

71. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. Psychiatric Services. 2014.

72. Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing. Nursing Ethics. 2007;14(2):203-14.

73. Johansson K, Bendtsen P, Åkerlind I. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. Alcohol and Alcoholism. 2002;37(1):38-42.

74. Aalto M, Aalto M, Pekuri P, Aalto M, Pekuri P, Seppä K, et al. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? Drug and alcohol review. 2005;24(6):555-8.

75. Volpato LF, de Castro Meneghim M, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD) Quality planning of Family Health Units using Quality Function Deployment (QFD). Cad Saúde Pública. 2010;26(8):1561-72.

76. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):929-34.

77. Serapioni M, da Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional Evaluation of the quality of Family Healthcare Program in municipalities of Ceará. A multidimensional approach. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(11):4315-26.

78. Souza RCRd, Soares E. Perspectivas dos Enfermeiros no prisma das demandas dos usuários em ouvidoria. Rev enferm UERJ. 2010;18(3):411-6.

79. Sordi D, Lemes MR, Bagnato MHS. Subsídios para uma formaçäo profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Rev latinoam enferm. 1998;6(2):83-8.

80. Munro A, Watson H, McFadyen A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2007;44(8):1430-8.

81. Rocha FM, de Vargas D, de Oliveira MAF, Bittencourt MN. Cuidar de dependentes de substancias psicoativas: percepcoes dos estudantes de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013;47(3):671-7.

82. Rassool GH, Rawaf S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. Nurse Education Today. 2008;28(6):691-701.

83. AMARAL-SABADINI MB, Saitz R, SOUZA-FORMIGONI MLO. Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD-related preventive care? Drug and alcohol review. 2010;29(6):655-61.

84. PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). (2014).

85. Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):141-9.

86. Spricigo JS, Alencastre MB. The nurse from health unit and the drug user: one analysis in Biguaçu/SC. Revista latino-americana de enfermagem. 2004;12(SPE):427-32.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP

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

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Odete Pereira

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

Prezada Senhora,

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

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

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

Atenciosamente,

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

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS-SP

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

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

Ilma. Sra.
Maria Odete Pereira

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

1 - Sumário Geral do Protocolo

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

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

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

Objetivo específico deste sub-projeto.

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

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

Metodologia:

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

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas.

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

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

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

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

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

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

da condição de autonomia, inserção, cidadania, e satisfação e os familiares, com 20 a 30% dos usuários e familiares, partindo da satisfação e sobrecarga como cuidador.

A avaliação qualitativa será junto aos profissionais da equipe técnica, usuários e familiares dos CAPS ad participantes.

Serão empregadas como estratégias metodológicas as técnicas de grupo focal e observação participativa.

Para a avaliação qualitativa serão empregados marcadores abstraídos a partir dos dados empíricos do projeto CAPSUL (2009) que tiveram a capacidade explicativa de indicar determinado parâmetro de avaliação. Assim, os marcadores internos a serem utilizados são:

Marcadores internos	Marcadores externos
Estrutura: - Ambiência	- Políticas públicas, gestão e articulação da rede de saúde. - Relação da sociedade com o fenômeno da loucura
Processo de Trabalho: - Atividades como suporte terapêutico - Equipe, característica do trabalho - Plasticidade do Serviço Inserção da família	
Resultado: - Resultado da atenção psicossocial	

Estratégias metodológicas: **Grupo Focal e Observação Participante.**

- Referência sucinta aos critérios de seleção *(recrutamento, abordagem dos sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão).*

Os coordenadores e membros da equipe técnica dos CAPS participantes deverão ter no mínimo seis meses de trabalho.

Para os usuários dos CAPS os critérios de inclusão serão os seguintes:

A. Indivíduos com idades entre 18 e 65 anos;

B. Estarem cadastrados e participando das atividades dos CAPS há no mínimo seis meses;

Serão incluídos no estudo os coordenadores, membros das equipes técnicas e usuários dos CAPS que preencherem os requisitos acima e concordarem em participar.

2 – Considerações.

Trata-se de projeto de pesquisa para exame de qualificação para obtenção do título de Doutor onde a pesquisadora pretende realizar avaliação quantitativa e qualitativa dos CAPS Ad do Estado de São Paulo.

O projeto é de grande relevância tendo em vista os escassos trabalhos sobre avaliação na área de Saúde Mental.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas:

Avaliação da área física, recursos humanos e materiais do CAPS, através de planilhas; avaliação dos processos de atenção à saúde através de consulta aos prontuários dos usuários; avaliação da satisfação e sobrecarga dos trabalhadores através do questionário "A evaluation of the user's satisfaction scale brief – SATIS-BR"; avaliação dos resultados da atenção em saúde mental e satisfação e sobrecarga dos familiares através do questionário SATIS-OMS.

A avaliação qualitativa será realizada através de grupo focal e observação participativa em 15 CAPS Ad, um em cada região administrativa do Estado de São Paulo. Tal avaliação terá como sujeitos os profissionais, os usuários e seus familiares e o critério de escolha dos CAPS obedecerão aos seguintes itens: tempo de funcionamento do serviço, adequação do serviço à Portaria 336/2002, disponibilidade dos sujeitos de pesquisa para participar do estudo.

- **Local de Realização**
  - O projeto não é multicêntrico. Realizado em vários municípios do Estado de São Paulo pela mesma equipe de pesquisadores. Não informa se em todos os municípios a pesquisadora responsável pela coleta dos dados será a mesma.

Apresentação do Protocolo

- A Folha de Rosto não está corretamente preenchida. As seguintes informações parecem ser incongruentes: número de sujeitos de pesquisa informado, número de CAPS AD (todos=21) e variedade de sujeitos de pesquisa (trabalhadores, usuários e familiares).
- O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.
- Orçamento – o projeto tem financiamento CAPES e o orçamento está descrito na pagina 2 do Anexo III – Termo de solicitação e concessão de apoio financeiro a projeto.
- Cronograma da pesquisa – necessita retificações
- Há tratamento adequado dos dados/informações

- **Avaliação dos riscos e benefícios**
  - Objetivos específicos
  - Não estão suficientemente esclarecidos
  - Metodologia – não está suficientemente clara.
  - A metodologia impõe alguma condição de desconforto ao sujeito da pesquisa, porém devidamente justificada.
  - Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa não estão garantidos, pois a linguagem utilizada no TCLE pode tornar seu conteúdo inacessível. Há também a necessidade de informar no TCLE em que consiste exatamente a participação: tempo de participação necessário, acesso aos prontuários.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**
  - É conciso e objetivo.
  - Está redigido na forma de convite à participação no estudo.
  - A linguagem não é adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa.
  - Não há descrição suficiente dos procedimentos.
  - Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
  - Não permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
  - Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados, porém apenas utiliza a palavra prejuízo e não fala prejuízo em que!
  - Há vícios a serem repelidos. Não está explicitado no TCLE que se pretende consultar os prontuários.
  - Não são descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE
  - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – necessitam de retificações, pois não há explicação completa e pormenorizada sobre os métodos que serão utilizados no estudo tais como grupo focal, observação participativa e consulta dos prontuários.

3 - Situação do Protocolo - pendente quanto:

1) Explicar a incongruência entre as informações relativas ao número de participantes (25 entre funcionários, usuários e familiares de usuários dos CAPS- ad), o número de CAPS –ad (todos os do município =21) e a metodologia de coleta de dados (grupo focal).
2) Explicar a frase: ....com 20 a 30% dos usuários e familiares, partindo da satisfação e sobrecarga como cuidador.
3) Quanto aos objetivos específicos: Esclarecer no objetivo específico descrito abaixo o que significa "...construção dos sujeitos envolvidos"
4) Quanto ao cronograma, informar mês e ano de cada etapa do projeto.
5) Adequações dos TCLEs:
   a) Adequar a linguagem.
   b) Informar em que consiste efetivamente a participação: grupo focal, resposta de questionário, observação durante o serviço. Quanto tempo deverá ser disponibilizado pelas diferentes categorias de sujeitos da pesquisa.
   c) Informar a pretensão de consulta aos prontuários.
   d) Inserir as palavras "de seu atendimento" após a palavra prejuízo.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

e) Informar que em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, o sujeito de pesquisa deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através do telefone 33972464 ou do email smscep@gmail.com, endereço Rua General Jardim 36, 1 andar.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

4 - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amauby Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

* Rua General Jardim, 36 – 1° andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TRABALHADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

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

Pesquisadora: Maria Odete Pereira – Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – SP e Paula Hayasi Pinho – Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Fone: (11) 98080-4722 email: mariaodete@usp.brmailto:mariaodete@usp.br

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

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Este estudo tem como objetivos: avaliar quantitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad do Estado de São Paulo; avaliar qualitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad – CAPS ad do Estado de São Paulo; estabelecer os indicadores gerais para avaliação dos CAPS ad do estado de São Paulo; elaborar instrumento de avaliação da qualidade da assistência que os CAPS ad do estado de São Paulo proporcionam aos usuários.

Você é livre para expressar suas ideias e poderá fazer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado (a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

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

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Salvaguardar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Não sofrerá qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

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

São Paulo, _____de _____ de 2014

_____

Assinatura do colaborador da Pesquisa

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP

edipesq@usp.br