UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NAIARA GAJO SILVA

A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de
Atenção Psicossocial: validação da versão brasileira do instrumento *Quality in*
Psychiatric Care –Outpatients (QPC-OP)

São Paulo
2017

NAIARA GAJO SILVA

A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial: validação da versão brasileira do instrumento *Quality in Psychiatric Care – Outpatients* (QPC-OP)

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem
Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde

Orientadora: Profª Drª Sônia Barros

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível nas bibliotecas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e na Biblioteca digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

São Paulo

2017

Nome: SILVA, Naiara Gajo

Título: A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial: validação da versão brasileira do instrumento *Quality in Psychiatric Care – Outpatients* (QPC-OP)

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Comissão Julgadora

Prof.^a Dr.^a: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof.^a Dr.^a: _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a: _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me ajudaram a ser quem sou, que sempre me apoiam e acreditaram em mim.

Às minhas irmãs, que fazem que eu nunca me sinta só.

À minha tia Sandra, sempre presente e motivadora.

Aos usuários de CAPS, que deram sentido a essa tese.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me dá forças para enfrentar as adversidades da vida.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Sônia Barros, pela oportunidade de realizar este doutorado, pelas orientações realizadas e pela paciência.

Ao meu supervisor no estágio de doutorado sanduíche, Prof. Dr. Lars-Olov Lundqvist, pelo tempo dedicado a este projeto e pelo apoio para me ajudar a entender a psicometria.

À Prof.^a Dr.^a Agneta Schröder, por me receber de forma tão carinhosa e acolhedora e por me permitir adaptar e validar o QPC-OP para o contexto brasileiro.

Às professoras Dr.^a Rosana Onocko Campos e Dr.^a Marta Melleiro, pelas valorosas contribuições no exame de qualificação.

Ao estatístico Me. Bernardo dos Santos, pela enorme paciência, pelos esclarecimentos, pelas muitas análises estatísticas e pela indispensável ajuda com o Software R.

Aos juízes do comitê de especialistas, pelas contribuições à versão brasileira do QPC-OP.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa “Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental”, em especial ao Dr. Luís Eduardo Batista e à Prof.^a Perpétua, pelo carinho, trocas e palavras de apoio.

Às queridas amigas Thaís Rojas, Patrícia de Freitas e Priscila Costa, pelo acolhimento e conversas revigorantes.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação, especialmente à Mara e ao Edvan, pelos esclarecimentos ao longo do doutorado.

Aos funcionários da secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e psiquiátrica, pelo acolhimento e suporte ao longo desses quatro anos.

Ao Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem, pela oportunidade de aprendizado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de doutorado e taxa de bancada que viabilizaram a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa do Programa de doutorado sanduíche no exterior, que me permitiu discutir os dados desta pesquisa com os autores da versão original do QPC-OP.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela autorização institucional para coleta de dados.

Aos usuários, trabalhadores e gestores dos CAPS participantes, por tornar esta pesquisa possível.

RESUMO

SILVA, N. G. **A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial**: validação da versão brasileira do instrumento *Quality in Psychiatric Care – Outpatients (QPC-OP)*. 2017. 144 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

A finalidade da pesquisa foi produzir uma versão confiável do instrumento *Quality in Psychiatric Care – Outpatients (QPC-OP)* na língua portuguesa, adaptada para o contexto brasileiro, e contribuir com a política de saúde mental identificando a qualidade da assistência a partir da perspectiva de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de São Paulo. O QPC-OP é um instrumento composto por oito dimensões da qualidade, desenvolvido na Suécia, que se propõe a mensurar a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência em serviços extra-hospitalares de saúde mental. Esta investigação pressupõe que o QPC-OP é um instrumento válido para compor uma avaliação para a gestão no contexto brasileiro e que a qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de CAPS da cidade de São Paulo seria boa, mas com aspectos a ser melhorados. Trata-se de um estudo metodológico de abordagem mista, desenvolvido em três etapas: a primeira foi o processo de adaptação do QPC-OP, que envolveu a tradução e retrotradução por profissionais da área independentes, a avaliação da primeira versão do QPC-OP por um comitê de sete especialistas e um pré-teste com 31 usuários de CAPS; a segunda foi a avaliação das propriedades psicométricas do QPC-OP, que testou a confiabilidade e validade do instrumento em uma amostra de 253 usuários. Para testar a confiabilidade da escala, foi avaliada a consistência interna do instrumento; para a validade, foi utilizada a Análise Fatorial Confirmatória (CFA). Já na terceira etapa, foram realizadas análises descritivas dos dados obtidos pela aplicação do QPC-OP e testes de associação dos dados produzidos pelo QPC-OP com informações sociodemográficas e de atendimento, utilizando-se os coeficientes de correlação de Pearson, de Kendall e o de Bisserial, com intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas utilizando o Software R. Sobre o processo de adaptação transcultural, a equivalência conceitual do QPC-OP foi comprovada com a revisão narrativa da literatura, a avaliação do comitê de especialistas e a avaliação de usuários de CAPS. A equivalência semântica dos itens foi mantida, mas alguns sofreram modificações na versão brasileira em relação à extensão das questões e ao tempo verbal, de modo a apresentar linguagem mais coloquial. Três novos itens específicos do contexto brasileiro foram acrescentados na dimensão “*Direitos dos usuários*”, o que limitou a equivalência técnica, mas aumentou a significância prática. A CFA revelou que a versão brasileira do QPC-OP foi aceita com base nos resultados dos testes de adequação e possui estrutura de fatores correspondente à versão original, com exceção do “fator alta”. A consistência interna da escala completa foi avaliada como boa, porém a consistência interna de alguns fatores foi baixa, provavelmente devido ao número reduzido de itens por fator. Avançamos ao apresentar um instrumento validado, útil para monitoramento, avaliação e potencial qualificação dos CAPS na perspectiva do usuário, de atenção psicossocial, o que não existia até o momento.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde. Serviços de saúde mental. Estudos de Validação.

ABSTRACT

SILVA, N.G. Quality of mental health care perceived by users of Community Psychosocial Centers: Validation of the Brazilian version of the instrument Quality in Psychiatric Care – Outpatients (QPC-OP). 2017. 144 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

The purpose of the research was to produce a reliable version of the instrument Quality in Psychiatric Care - Outpatients (QPC-OP) in the Portuguese language, adapted to the Brazilian context, and to contribute to the mental health policy by identifying the quality of care from the perspective of users of Psychosocial Care Centers (CAPS) in the city of São Paulo. The QPC-OP is an eight-dimensional quality instrument, developed in Sweden, which aims to measure the quality of care in outpatient mental health services from user's perspective. The assumption of the research is that the QPC-OP is a valid instrument to compose an evaluation for the management in the Brazilian context and that the quality of the mental health care perceived by users of CAPS of the city of São Paulo would be good, but with aspects that need to be improved. It is a methodological study, with mixed approach, developed in three stages: the first was the cross-cultural adaptation of the QPC-OP, which involved translation and back-translation by independent professionals, the evaluation of the first version of QPC-OP by A committee of seven experts and a pre-test with 31 CAPS's users; The second was the evaluation of the psychometric properties of QPC-OP, which tested the reliability and validity of the instrument in a sample of 253 users. To test the reliability of the scale, the internal consistency of the instrument was evaluated; For validity, the Factorial Confirmatory Analysis (CFA) was used. In the third stage, descriptive analyzes of the data obtained by the application of QPC-OP and tests of association of the data produced by QPC-OP with sociodemographic and care information were carried out, the Pearson correlation coefficients of Kendall and the Of Bisserial were used, with a 95% confidence interval. The analyzes were carried out using Software R. On the cross-cultural adaptation process, the conceptual equivalence of the QPC-OP was verified with the literature review, the evaluation of the expert committee and the evaluation of CAPS's users. The semantic equivalence of the items was maintained, but some items were modified in the Brazilian version in relation to the extension of the questions and the verbal time, in order to present more colloquial language. Three new items specific to the Brazilian context were added in the "User's Rights" dimension, which limited the technical equivalence, but increased the practical significance. The CFA revealed that the Brazilian version of the QPC-OP was accepted based on the results of the adequacy tests and has a factor structure corresponding to the original version, with the exception of factor "Discharge". The internal consistency of the full scale was evaluated as good, but the internal consistency of some factors was low, probably due to the reduced number of items per factor. We proceeded by presenting a validated tool, useful for monitoring, evaluation and potential qualification of the CAPS from the perspective of the user, of psychosocial attention, which did not exist until the moment.

Keywords: Quality of Health Care. Community Mental Health Services. Validation Studies.

RESUMEN

SILVA, N.G. La calidad de la asistencia en salud mental percibida por usuarios de Centros de Atención Psicosocial: Validación de la versión brasileña del instrumento Quality in Psychiatric Care-Outpatients (QPC-OP). 2017. 144 f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

La finalidad de la investigación fue producir una versión confiable del instrumento Quality in Psychiatric Care - Outpatients (QPC-OP) en la lengua portuguesa, adaptada al contexto brasileño y contribuir con la política de salud mental, identificando la calidad de la asistencia en salud, desde la perspectiva de los Usuarios del CAPS de la ciudad de São Paulo. El instrumento es compuesto por ocho dimensiones de calidad, desarrollado en Suecia, y propone medir la percepción del usuario sobre la calidad de la asistencia de los servicios extrahospitalarios de salud mental. Esta investigación presupone que el QPC-OP es válido para componer una evaluación para la gestión en el contexto brasileño y que la calidad de la asistencia en salud mental percibida por los usuarios del CAPS de la ciudad de São Paulo será buena, pero con aspectos que deben ser mejorados. Se trata de un estudio metodológico de enfoque mixto, desarrollado en tres etapas. La primera etapa fue el proceso de adaptación, que involucró la traducción del QPC-OP por traductores independientes, la evaluación del QPC-OP por un Comité de siete expertos y un pre-test con 31 usuarios de CAPS. La segunda etapa fue la evaluación de las propiedades psicométricas del QPC-OP, que probó la confiabilidad y la validez del instrumento, con una muestra de 253 usuarios. Para probar la confiabilidad de la escala se evaluó la consistencia interna del instrumento, para la validez se utilizó el análisis factorial confirmatorio (CFA). En la tercera etapa se realizaron análisis descriptivos de los datos obtenidos por la aplicación del QPC-OP y pruebas de asociaciones de los datos producidos por el QPC-OP con los datos sociodemográficos y de atención, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, el Coeficiente de correlación Kendall y el Coeficiente de Bisserial, con un intervalo de confianza del 95%. Las análisis se realizaron utilizando el software R. En cuanto al proceso de adaptación transcultural, la equivalencia conceptual del QPC-OP fue comprobada con la revisión narrativa de la literatura, la evaluación del comité de expertos y la evaluación de usuarios de CAPS. Se mantuvo la equivalencia semántica de los ítems. Algunos elementos sufrieron modificaciones en la versión brasileña en relación a la extensión de las preguntas y al tiempo verbal, utilizando un lenguaje más coloquial. Tres nuevos elementos específicos del contexto brasileño fueron añadidos, en la dimensión "Derechos de los usuarios", lo que limitó la equivalencia técnica, pero aumentó la significancia práctica. La CFA reveló que la versión brasileña del QPC-OP fue aceptada con base a los resultados de las pruebas de adecuación y posee una estructura de factores correspondiente a la versión original, con excepción del factor "Alta". La consistencia interna de la escala completa fue evaluada como buena, pero la consistencia interna de algunos factores fue baja, probablemente debido al número reducido de ítems por factor. Avanzamos a presentar un instrumento validado, útil para el monitoreo, evaluación y potencial calificación de los CAPS en la perspectiva del usuario, de la atención psicosocial, lo que no existía hasta el momento.

Palabras clave: Calidad de la Atención de Salud. Servicios de Salud Mental. Estudios de Validación

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A saúde mental no Brasil	12
1.2 A avaliação da qualidade da assistência	16
1.3 Avaliações em saúde mental	23
2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	26
3 APORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	31
3.1 Reabilitação psicossocial	31
3.2 Qualidade da assistência em saúde mental: o construto	33
4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	37
4.1 Natureza do estudo	37
4.2 O instrumento QPC-OP	37
4.3 Autorização da autora	39
4.4 Processo de Adaptação transcultural	39
4.4.1 Estágio I – Tradução e retrotradução	41
4.4.2 Estágio II – Síntese das traduções	41
4.4.3 Estágio III – Retrotradução	41
4.4.4 Estágio IV – Revisão do comitê de especialistas	42
4.4.5 Estágio V – Pré-teste da versão pré-final do instrumento	43
4.5 Validação da escala	44
4.6 Seleção da amostra	48
4.7. Imputação Múltipla	51
4.8 Análise dos dados	52
4.8.1 Propriedades psicométricas do instrumento	52
4.8.2 Descrição da qualidade da assistência	53
4.9 Aspectos éticos	54
4.10 Estágio de doutorado sanduíche no exterior	54
5 RESULTADOS	55
5.1 Adaptação transcultural	55
5.1.1 Equivalência conceitual: revisão narrativa do conceito de qualidade	55
5.1.2 Avaliação das equivalências	61
5.2 As propriedades psicométricas do QPC-OP	73
5.2.1 CFA da versão brasileira do QPC-OP	73
5.3 Descrição da qualidade da assistência	76

6 DISCUSSÃO	84
6.1 Adaptação Transcultural	84
6.2 As propriedades psicométricas do QPC-OP	90
6.3 Descrição da qualidade da assistência	94
7 LIMITAÇÃO	100
8 CONCLUSÕES	101
9 REFERÊNCIAS	104
10 ANEXOS	116
ANEXO 1 – Autorização da autora	116
ANEXO 2 – Síntese das Traduções	118
11 APÊNDICES	130
APÊNDICE A – Instrumento para avaliação dos juízes especialistas	130
APÊNDICE C – TCLE	140
APÊNDICE D – Relatório de Estágio de Doutorado Sanduíche	143

1 INTRODUÇÃO

1.1 A saúde mental no Brasil

Diversos movimentos de reforma psiquiátrica ocorreram no mundo. No Brasil, esse movimento teve início no final da década de 1970, com um processo de desconstrução crítica dos manicômios, rupturas conceituais e novas propostas assistenciais. A reforma psiquiátrica brasileira ganhou força com a Declaração de Caracas, em 1990, que indicou a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, incluindo, entre outros, o desenvolvimento de cuidados psiquiátricos estreitamente vinculados à atenção primária de saúde e ao contexto dos sistemas de saúde locais, com o desenvolvimento de modelos alternativos ao manicomial, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais (AMARANTE, 2007). A reforma psiquiátrica brasileira é um processo político e social complexo, que envolve um permanente movimento em suas dimensões jurídico-política, teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural; é caracterizada pela articulação e inter-relação destas dimensões, no sentido de construir um novo modelo assistencial antagônico ao manicomial, o Modelo de Atenção Psicossocial (MAP) (AMARANTE, 2007).

O MAP segue as indicações da Declaração de Caracas, sustenta-se em dispositivos de atenção comunitária articulados aos recursos territoriais, culturais, sociais e demais serviços de saúde da rede, e tem como objeto de cuidado a pessoa em sofrimento psíquico e sua família. Não se trata de um processo restrito à reorganização de serviços, que vincula a reforma psiquiátrica à reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, mas a constituição de um saber/fazer que atenda as demandas não incorporadas anteriormente (LUCHESE et al., 2009). O novo saber/fazer em saúde mental considera o modelo de redes de cuidado à saúde, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, assim como os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e da reforma psiquiátrica. Esse modelo se apresentou em resposta a um sistema fragmentado que se organizava em pontos isolados de atenção à saúde, sem comunicação entre si e que, por consequência, eram incapazes de promover o cuidado contínuo à população.

Nesse sentido, no âmbito da saúde geral, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). Mais especificamente no campo da saúde mental, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011,

instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental, que envolvem dispositivos de atenção – básica, psicossocial, de urgências e emergências –, unidades de acolhimento, na atenção hospitalar e nas estratégias de desinstitucionalização (BRASIL, 2011a).

Entre os serviços de saúde da Raps, no ponto de atenção psicossocial, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos estratégicos da política brasileira de saúde mental e constituem o núcleo organizador da rede assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004). Estes dispositivos têm como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtorno mental severo e persistente, residentes em sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico, e da reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Considerando a pluralidade das necessidades de saúde mental, existem diferentes tipos de CAPS, classificados em seis diferentes modalidades, que consideram a população de abrangência do município ou região de saúde onde estão localizados, complexidade do atendimento, especificidade da demanda e composição da equipe: CAPS I (até 70.000 habitantes), CAPS II (70.000 até 150.000 habitantes), CAPS III (acima de 150.000 habitantes e funcionamento 24 horas), CAPS i (infância e adolescência), CAPS AD (álcool e drogas) e CAPS AD III (álcool e drogas 24 horas) (BRASIL, 2002; 2012).

O primeiro CAPS do Brasil foi criado na cidade de São Paulo, em 1986, mas só teve reconhecimento “oficial” no ano de 1992, com a publicação da Portaria GM/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que apresentava os CAPS como serviços que ofereceriam cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. No entanto, a implantação deste serviço com a configuração política e organizacional atual, ganhou forças a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos o SUS vem investindo na expansão numérica desses serviços; o índice de cobertura de CAPS (CAPS/100.000 habitantes) no Brasil subiu de 0,21 em 2002 para 0,86 em 2014, no estado de São Paulo o índice de cobertura no ano de 2014 era 0,77 – ainda abaixo do índice nacional, mas avaliado como “muito bom” pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b).

Considerando as dimensões propostas por Amarante (2007), pode se avaliar que a expansão no número de CAPS no Brasil é consequente principalmente do avanço jurídico e

normativo da reforma psiquiátrica. Na dimensão jurídico-política é importante salientar que as portarias do Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e o pacto pela gestão permitiram a operacionalização do sistema e a relação entre os administradores no âmbito do SUS; e que o processo de reforma Psiquiátrica no Brasil avança na medida em que mecanismos de gestão são criados e implementados para expandir e fortalecer a rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora de reintegração social e cidadania (BARROS; SALLES, 2011).

Dentre as portarias ministeriais, considera-se fundamental para o aumento do número de CAPS, a Portaria GM/MS nº 336/2002 (BRASIL, 2002) que, como mencionado anteriormente, estabelece as modalidades, define uma equipe mínima para cada tipo de CAPS, e a remuneração pelo sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade/custo. Atualmente o financiamento dos CAPS é regido pela Portaria GM/MS nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, que institui recurso financeiro fixo para CAPS, que varia de acordo com o tipo de serviço (BRASIL, 2011b). Outra portaria ministerial que trata de financiamento CAPS é a Portaria GM/MS nº 615, de 15 de abril de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para criação de novos CAPS nas suas diferentes modalidades (BRASIL, 2013c).

Segundo Barros e Salles (2011), no âmbito federal em 2002, 24,85% dos recursos do SUS destinados à atenção à saúde mental eram aplicados nos serviços e programas extra-hospitalares, já em 2005 esse investimento chegou a 44,53%, mas foi só a partir do ano de 2010 que o repasse financeiro para o componente extra-hospitalar superou o hospitalar.

Outros documentos sobre funcionamento e estrutura física do CAPS também foram produzidos em forma de “manuais” pelo Ministério da Saúde, e facilitaram a compreensão dos trabalhadores e gestores, principalmente no que diz respeito à estrutura dos CAPS. A exemplo, *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* e *O manual de estrutura física dos CAPS e unidades de acolhimento* (BRASIL, 2013b). Essas normativas sinalizam que a política nacional de saúde mental tem possibilitado a expansão e estruturação dos CAPS no Brasil, sendo efetivamente o serviço de referência para o cuidado em saúde mental no SUS, substituindo os hospitais psiquiátricos.

No entanto, a atenção psicossocial vai além da estruturação e expansão de CAPS. Não basta aprovar leis e decretos para que as pessoas com transtorno mental conquistem seus direitos e sejam reconhecidas como cidadãs, a construção da cidadania, instrumento e finalidade da

atenção psicossocial, é um processo social (OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Para que pessoas com transtorno mental sejam reconhecidas como cidadãs, é preciso que isso se torne uma representação coletiva, o que só acontece com mudanças na dimensão sociocultural. Nessa perspectiva, reafirma-se o escrito por Bezerra Jr. (2007, p. 246): “o desafio é fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial [...] trazendo para o debate público do tema atores de diversos segmentos sociais”.

Essa dimensão pode ser modificada com o envolvimento da sociedade nas discussões sobre loucura e em sua sensibilização cultural com o tema. Iniciativas nesse sentido têm ocorrido tanto dentro dos próprios serviços de saúde (usuários dos CAPS participam em escolas de samba, fazem apresentações artísticas em eventos, grupos de economia solidária, entre outros) quanto fora deles; alguns filmes como *Bicho de sete cabeças* e *Estamira*, também têm contribuído nisso. Além disso, associações de familiares e de usuários, cooperativas e eventos para sensibilizar a sociedade em relação ao estigma do transtorno mental, à discriminação e ao direito à cidadania têm se multiplicado.

As mudanças na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica estão diretamente relacionadas às modificações na dimensão teórico-conceitual. Diversos atores sociais têm trabalhado na desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria, criticando e rompendo com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre transtorno mental; vêm construindo e fortalecendo um novo paradigma científico, ético e político que orienta as políticas e ações em saúde no campo psicossocial, centrado no cidadão. Mudar a dimensão teórico-conceitual não é feito apenas por pesquisadores e professores universitários, nesse sentido as conferências de saúde mental são espaços de discussão de situações de saúde e proposições de diretrizes para formulação de políticas, na qual diferentes atores, entre eles usuários, familiares e trabalhadores, empenham-se na construção dos conceitos da atenção psicossocial.

Todas essas mudanças apresentadas refletem na dimensão técnico-assistencial – que abrange a práxis – promotora de cuidado, sociabilidade, geração de renda e produção de subjetividades no campo psicossocial, questões que vão muito além do uso da medicação e de técnicas de cuidado somáticos. No entanto, a limitação na formação ainda é apontada como barreira para o desenvolvimento dessa práxis por diversos segmentos profissionais em saúde (BARROS; SALLES, 2011; PATRIOTA et al., 2010).

As normativas acerca da equipe mínima de CAPS II e III exigem que os médicos e

enfermeiros que os compõem tenham alguma formação em saúde mental, no CAPS I a exigência é restrita aos médicos (BRASIL, 2002). Segundo pesquisa que caracterizou os trabalhadores de CAPS I e II da região Sul do Brasil, 71,4% dos trabalhadores tinham recebido algum curso de atualização em saúde mental. No entanto, apenas 39,7% da amostra tinham curso de pós-graduação, esse número aumenta para 44,5% quando se restringe a amostra a trabalhadores do CAPS II; entre as classes profissionais, 66,7% dos médicos e 30% dos enfermeiros de CAPS possuem especialização em saúde mental (SILVEIRA et al., 2014).

Fica clara a interdependência das quatro dimensões apresentadas por Amarante (2007), ou seja, na medida em que avanços acontecem na dimensão teórico-conceitual e na dimensão jurídico-política, há progresso na técnico-assistencial, que por sua vez influencia a sociocultural e vice-versa.

Apesar de a substituição total dos hospitais psiquiátricos no país ainda não ter ocorrido, e das inúmeras limitações ainda existentes, os CAPS se consolidaram como serviços capazes de servir de referência institucional para o cuidado em saúde mental (PITTA, 2011), e o MAP é uma alternativa concreta ao modelo manicomial (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Considerando o momento histórico atual da assistência em saúde mental, passadas mais de três décadas do início do processo de reforma psiquiátrica brasileira, o desenvolvimento de políticas públicas, as mudanças na formação dos profissionais, os investimentos realizados em pesquisas acerca da implantação e estruturação dos CAPS, a própria política brasileira de saúde mental, apoiada na Lei nº 10.216/2001, que tem entre seus objetivos qualificar a rede extra-hospitalar, entre outros fatores (BARROS; SALLES, 2011; SCANDOLARA et al., 2009; NASCIMENTO; GALVANENSE, 2009), se reconhece a necessidade de discussão acerca da qualidade da assistência nos CAPS, considerando a perspectiva da atenção psicossocial.

A qualidade da assistência em diversas áreas da saúde tem sido objeto de estudo de pesquisas avaliativas. Na saúde mental, a avaliação da qualidade da assistência recebida pelo usuário dos é um indicador da Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua monitorização é necessária para determinar a eficácia de programas de prevenção e do tratamento de saúde mental, além de fortalecer a argumentação a favor de recursos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

1.2 A avaliação da qualidade da assistência

Existem diversas concepções para “avaliação”, mas é um consenso que avaliar implica

verificar, medir e julgar a partir de um parâmetro (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Além disso, acarreta contribuir para a tomada de decisão dos responsáveis pelo serviço, pelo programa ou pela tecnologia em saúde avaliado, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida dos usuários e a qualidade do serviço, do programa ou da tecnologia (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Uma cultura avaliativa pode manter ou transformar qualidade, acesso, acolhimento, linhas de cuidado, gestão, financiamento, entre outros, sendo necessários investimentos no desenvolvimento dessa cultura no SUS (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2011), que permitiriam o monitoramento e aperfeiçoamento da qualidade da assistência nos diferentes campos de cuidado.

Existem diferentes classificações dos estudos na área de avaliação. Novaes (2000) propõe duas formas complementares de classificação, a primeira é a partir do objeto de estudo da investigação – programas, serviços e tecnologias em saúde –, já a segunda foi proposta em resposta ao processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica dos estudos de avaliação. A autora elaborou, a partir de revisão de literatura, uma síntese das principais modalidades de avaliação, dividindo-as didaticamente em três grandes tipos, de acordo com a finalidade, como apresentado a seguir.

As pesquisas de avaliação têm como objetivo a produção de conhecimento que servirá como orientadora para a decisão, são norteadas por questões que buscam a identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas, ou seja, têm como característica a identificação de relações de causalidade. Para isso a metodologia utilizada é predominantemente quantitativa, do tipo experimental ou quase experimental.

Já as avaliações para decisão têm o objetivo de constituir um elemento capaz de participar do processo de tomada de decisão, ou seja, são capazes de produzir respostas para questões elaboradas por aqueles que vivenciam o objeto de estudo. Neste caso o enfoque é o reconhecimento do objeto para sua compreensão, identificação de problemas e alternativas de equacionamento possíveis. Devido à natureza complexa dos objetos deste tipo de avaliação, a metodologia é de natureza quantitativa e qualitativa, com desenhos relativamente abertos e específicos para cada questão.

O último tipo de avaliação apresentado por Novaes (2000) é a avaliação para gestão cujo objetivo é a produção de informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. O enfoque é a caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas, ou seja, a informação produzida é voltada principalmente

para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores. A metodologia quantitativa é predominante, mas instrumentos de abordagem qualitativa, passíveis de padronização, também podem ser utilizados. No campo da avaliação de programas e serviços de saúde a qualidade é avaliada majoritariamente por meio da abordagem quantitativa (UCHIMIURA; BOSI, 2002) e pode ser tanto uma pesquisa de avaliação, quanto uma avaliação para decisão ou uma avaliação para a gestão, dependendo da questão de interesse. Este estudo será orientado pelo referencial de avaliação para a gestão apresentado por Novaes (2000). Segundo a autora, também é possível delimitar investigações na área da avaliação mais reconhecíveis na literatura internacional em três grandes grupos: a avaliação tecnológica; de programas; e de qualidade – focada em serviços assistenciais de saúde, especialmente médicos. Qualidade é um termo polissêmico, dessa forma é possível identificar inúmeras compreensões do que seria, no entanto, Ware Junior et al. (1983) já afirmavam na década de 1980 que a qualidade de serviços de saúde não deve ser avaliada em condições gerais, mas preferencialmente em relação a dimensões específicas que podem ser consideradas em conjunto ou separadamente (WARE JUNIOR et al., 1983). Nesse sentido, os teóricos da área propõem conceitos de qualidade a partir de dimensões da qualidade.

Donabedian (1978) propôs no final da década de 1970 que qualidade é composta por duas dimensões: o desempenho técnico, que envolve a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, maximizando benefícios e minimizando riscos de acordo com as preferências de cada paciente; e o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes; além das “amenidades” (conforto e estética das instalações e equipamentos).

Posteriormente, Avedis Donabedian (1990) apresentou a qualidade como um fenômeno complexo, composto por sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Atualmente, é aceito que contemplar esses pilares na assistência é uma utopia, mas a busca por alcançá-los orienta uma prática de melhor qualidade. Em 1992, Donabedian inovou ao incluir o “consumidor dos serviços de saúde” no processo avaliativo, o médico apresentou os três papéis maiores do consumidor nas pesquisas de avaliação de qualidade da assistência: contribuidor (*contributors*), alvo/objeto da avaliação (*targets*) e reformadores (*reformers*). O primeiro, mais frequente em estudos de avaliação, diz respeito à contribuição do consumidor para a avaliação, definindo e avaliando qualidade e fornecendo informações para que outros avaliem a qualidade da assistência. O segundo papel trata dos consumidores como coprodutores e/ou veículos de controle da qualidade da

assistência. Já o papel de reformadores diz respeito à capacidade de os consumidores de poder modificar o sistema de saúde por participação direta, por meio de apoio administrativo, por *market* e/ou por ações políticas (DONABEDIAN, 1992).

Na década de 1990 a experiência do paciente foi apresentada como uma terceira dimensão para avaliação da qualidade, junto com a dimensão técnica e a dimensão organizacional. Isso se deu com a influência dos sistemas de “qualidade total” e “melhoramento contínuo da qualidade” advindos de empresas americanas e japonesas que se concentravam na gestão de processos orientada às expectativas do cliente (SERAPIONI, 2009). Apesar de proposta em 1966, a tríade donabediana de estrutura, processo e resultado, modelo de operacionalização da avaliação da qualidade, ainda é um dos principais referenciais na avaliação de serviços. Nesse modelo teórico, “estrutura” refere-se à estrutura organizacional, aos recursos humanos e materiais; “processo” diz respeito às atividades que envolvem ofertar e receber a assistência, como por exemplo, exames, tratamento e reabilitação, entre outros, ou seja, é o que é feito pelo/para o paciente; e “resultado” é o efeito da assistência sobre o estado de saúde do usuário e população, incluindo a satisfação destes (DONABEDIAN, 1966).

Existem diversas dimensões da qualidade apresentadas na literatura, mas a experiência do paciente com a assistência recebida tem sido valorizada por programas de avaliação da qualidade dos serviços e dos próprios sistemas de saúde de diversos países, que realizam periodicamente levantamentos nacionais sobre a experiência do paciente com a assistência em saúde. A coleta e a análise da informação sobre a experiência do paciente é importante para orientar a melhoria da qualidade de cuidados de saúde, além de ser usada para monitoramento, por meio de relatórios de desempenho de saúde (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2014).

A mensuração da experiência do paciente é um importante componente da avaliação de serviços e do próprio sistema de saúde realizada na Noruega, Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Irlanda, Suécia, Alemanha, Áustria, Bélgica, Finlândia, França, Grécia, Itália, Japão, México, Nova Zelândia e Reino Unido (GARRATT; SOLHEIM; DANIELSEN, 2008). No Brasil não temos notícia da existência de uma proposta de levantamento nacional da perspectiva dos usuários sobre serviços, ou do próprio sistema, de saúde. Segundo Berwick (1994) o objetivo central das estratégias em busca da qualidade de assistência é satisfazer as necessidades dos usuários que, para isso, devem fazer parte do processo de avaliação. Nesse sentido, o atendimento das necessidades e expectativas dos usuários de serviços de saúde, de maneira eficiente e eficaz, tem sido apontado como questão norteadora dos pressupostos

filosóficos e das bases metodológicas que têm orientado as ações nos serviços de saúde (NOGUEIRA, 1994; TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

É importante salientar sobre a participação dos usuários na avaliação da qualidade de serviços de saúde, que satisfação e percepção do paciente sobre a qualidade da assistência têm sido apresentadas como conceitos-chave na avaliação da qualidade desde a década de 1980. Sendo que a satisfação do paciente pode ser definida como avaliação pessoal dos serviços de saúde e não pode ser avaliada por observação direta. Já a opinião do paciente sobre sua experiência pode ser considerada indicador multidimensional da qualidade do serviço de saúde (WARE JUNIOR et al., 1983).

Críticas aos estudos de avaliação com a finalidade de avaliação da satisfação são apontadas na literatura. Entre elas a de Serapioni (2009), que afirma que a crítica aos estudos de satisfação se dá porque seriam insuficientes para avaliar a qualidade de serviços e programas. Segundo o autor, esse tipo de estudo não estaria contemplando as percepções da experiência e expectativas dos usuários, considerando que a riqueza e complexidade do tema não pode ser reduzida a expressões de satisfação; outra crítica relevante diz respeito a uma parte dos instrumentos apresentar vieses metodológicos e conceituais responsáveis por altos índices de satisfação (SERAPIONI, 2009; UCHIMURA; BOSI, 2002). Uchimura e Bosi (2002) apontam que o início da produção de estudos de satisfação dos usuários foi relacionado ao Relatório Griffith, publicado em 1983 pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, que recomendou a análise das percepções e expectativas dos pacientes e da comunidade na avaliação de serviços públicos de saúde, no entanto, houve uma interpretação distorcida, e a partir de então houve uma grande produção de estudos baseados na satisfação do usuário, medida em inquéritos através de questionários estruturados.

Dessa forma, a qualidade percebida de serviços de saúde vai além da satisfação do consumidor, sendo essencial para o alcance de dois objetivos considerados como principais nos serviços: “atrair e reter os consumidores, disputando-os em um Ambiente competitivo, e indicar aos gestores do negócio uma mistura de serviços otimizados, minimizando assim os custos operacionais” (LOPES; HERNANDEZ; NOHARA, 2009, p. 402).

Nesse sentido, no Brasil, a cultura avaliativa e a preocupação com a qualidade é mais forte em serviços hospitalares da rede suplementar, por vezes por meio de certificações proferidas por organizações avaliativas internacionais, como apresentado anteriormente. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), embora muitas iniciativas e experiências estejam

em curso, processos sistêmicos e periódicos de avaliação e monitoramento da qualidade ainda estão pouco desenvolvidos (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

No ano de 2013 foi instituído, por meio da Portaria GM nº 1.517, de 24 julho de 2013, o “grupo de trabalho para a elaboração da política de monitoramento e avaliação do Sistema Único de Saúde”, que elaboraria a proposta de política de monitoramento e avaliação do SUS e auxiliaria a construção do método de avaliação para qualificação do sistema (BRASIL, 2013d). No entanto, até este momento não se têm notícias da publicação dessa política. O sistema de avaliação para qualificação do SUS teria como componentes o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), pesquisas nacionais de acesso e satisfação dos usuários, e o Programa Nacional Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

O IDSUS visa avaliar o desempenho do SUS no que diz respeito ao cumprimento de suas diretrizes e princípios, a partir de indicadores calculados com dados dos sistemas de informações nacionais; as pesquisas nacionais de acesso e satisfação dos usuários ocorrem por meio de entrevista direta com cidadãos brasileiros, são realizadas a cada cinco anos pela Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – Suplemento Saúde (PNAD – Saúde), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já o PMAQ busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na atenção básica com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). O PNASS tem como objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde. O programa surgiu no ano de 2003, quando a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde optou por reformular o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Esta reformulação tinha como objetivo tornar o programa mais amplo, para que pudesse ser aplicado às diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004, o PNASH foi substituído pelo PNASS.

Este programa surgiu privilegiando a avaliação hospitalar. Com isso houve a necessidade de compreender a lógica dos serviços extra-hospitalares e de atenção psicossocial para que se pudesse definir as especificidades necessárias para a avaliação dos CAPS, o que possibilitaria a incorporação desse serviço ao PNASS. Assim, decidiu-se pela criação de um projeto específico de avaliação, o “Projeto Nacional de Avaliação e Monitoramento de Centros

de Atenção Psicossocial” – Avaliar-CAPS (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2006).

O Avaliar-CAPS objetivou o levantamento de informação sobre serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e o desenvolvimento de indicadores. Os últimos resultados disponíveis ao público são da avaliação realizada em 2008, com coleta em janeiro de 2009. O relatório final descreve que o questionário utilizado lança mão do esquema de questões fechadas de estrutura, processo e resultado, proposto por Donabedian, com espaços para comentários. Apesar dessa descrição, as variáveis consideradas não foram apresentadas. As conclusões do relatório apontaram falhas na estrutura dos CAPS e avanços na dimensão do processo. Sobre o resultado, parte dos achados não foi conclusiva devido a disparidades das respostas, possivelmente por falhas metodológicas do instrumento (BRASIL, 2009).

No contexto da política de saúde mental no SUS, anteriormente ao Avaliar-CAPS, outra avaliação foi realizada: O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que também sofreu propostas de incorporação ao PNASS. Como citado anteriormente, a partir de 2004, o PNASH geral foi incorporado ao PNASS (BRASIL, 2015a), no entanto o PNASH/Psiquiatria, por sua especificidade, manteve-se independente. O PNASH/Psiquiatria tem realizado processos avaliativos nos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS e tem sido efetivo na indicação do fechamento de serviços que não se enquadram nas recomendações ministeriais.

Concorda-se com Dantas e Oda (2014) sobre o reconhecimento da necessidade de avaliar sistemática e amplamente os resultados advindos do processo de reforma psiquiátrica brasileira, no sentido de reforçar acertos e corrigir deficiências, bem como subsidiar novos processos decisórios na política de saúde mental. No que diz respeito às avaliações realizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil nota-se negligência dos programas de avaliação oficiais em saúde em relação ao campo da saúde mental. Tal afirmação se justifica considerando que nas avaliações oficiais (PNASS e PMAQ-AB) existem poucos indicadores relacionados à avaliação desse campo, e que na avaliação específica do campo da saúde mental, o Avaliar-CAPS, os últimos dados divulgados foram coletados em 2008/2009 e seu relatório apresenta falhas metodológicas. Apesar do campo da avaliação ter ganhado força no Brasil, inclusive no que diz respeito às avaliações oficiais (PMAQ e PNASS), e de existir mundialmente um aumento na produção de estudos sobre avaliação, com destaque à participação de diversos atores nos processos avaliativos, o processo brasileiro precisa ganhar corpo. As avaliações realizadas pelo

Ministério da Saúde têm apresentado limitações para orientar as tomadas de decisão, assim como qualificar serviços (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Com isso, há no SUS a necessidade de produção das informações estratégicas para a gestão.

1.3 Avaliações em saúde mental

Dantas e Oda (2014) afirmam que no campo da saúde mental brasileiro algumas questões ainda estão em aberto como “o que” e “como avaliar”, que indicadores privilegiar, que tipo de evidências produzir e como usá-las adequadamente, considerando a complexidade do objeto de pesquisa.

A prática de avaliação em saúde é relativamente recente no Brasil, Furtado e Vieira-Silva (2014) apontam que as características do Estado autoritário, ainda vigente no início dos anos 1980, e a sociedade brasileira da época que não reivindicava responsabilidade e transparência nas políticas públicas de seus programas e serviços fizeram que o estímulo à utilização de práticas avaliativas pela OMS, a partir da Declaração de Alma-Ata, ecoasse tardiamente no Brasil. Apenas no início da década de 1990, com as políticas de valorização do planejamento em saúde e outras voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, a temática da avaliação ingressou na agenda sanitária brasileira.

Esse início tardio da prática de pesquisas de avaliação no Brasil reflete na produção de avaliações no campo da saúde mental. As pesquisas avaliativas sobre a política de saúde mental no país ainda são escassas e de alcance limitado, e a contribuição acadêmica brasileira para a literatura internacional em saúde mental ainda é modesta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; DANTAS; ODA, 2014). Apesar disso, nos últimos anos houve crescimento no número de avaliações no campo da saúde mental.

Nesse sentido, nos últimos dez anos há um movimento dos pesquisadores e gestores do campo da saúde mental na tentativa de desenvolver uma sistematização da avaliação dos dispositivos que compõem o MAP, como os CAPS, os serviços residenciais terapêuticos, os serviços de atenção primária à saúde e os hospitais gerais (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; FURTADO, 2006; ONOCKO-CAMPOS et al., 2008; ONOCKO-CAMPOS et al., 2009; TANAKA; RIBEIRO, 2009; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012). Furtado et al. (2013) alertam que a avaliação em saúde mental pode encontrar dificuldades que vão além dos obstáculos e questionamentos que iniciativas similares têm encontrado nos outros campos da saúde. Dentre essas dificuldades os autores destacam a restrita tradição de indicadores em saúde mental, o

caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica, e a dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos entre atores sociais inseridos em polos distintos.

Outro argumento apresentado para explicar a menor permeabilidade seria decorrente do próprio objeto de trabalho da saúde mental, constituído em grande parte por questões subjetivas. Os trabalhadores da saúde mental estão tão envolvidos com os esforços de relativização e compreensão do particular e do singular que podem apresentar dificuldades de diversas ordens às tentativas de objetivação e sistematização requeridas por um processo avaliativo, seja baseado em referencial qualitativo ou quantitativo (FURTADO et al., 2013).

Furtado e Vieira-Silva (2014) fazem críticas às avaliações de quarta geração, frequentemente utilizadas pelos pesquisadores brasileiros que, segundo eles, pressupõem homogeneidade em cada uma das fases ou gerações e desconsidera o papel das instituições e agentes individuais. Também apontam que outras abordagens da avaliação apresentam limitações ao utilizar como eixo de análise polarizações restritas a aspectos metodológicos, equivalendo o percurso histórico a estágios de desenvolvimento teórico e seus respectivos autores ou se atendo aos aspectos factuais de desenvolvimento. Por fim, destacam que no Brasil são frequentes as caracterizações da avaliação com base em distintas tipologias e modelos, agrupando autores, práticas e referenciais, porém desarticulados de referencial teórico explicativo. Apesar das dificuldades apresentadas, grupos de pesquisadores ligados às universidades públicas do Sul e Sudeste do Brasil têm se destacado no desenvolvimento de avaliações em saúde mental bem-sucedidas, utilizando tanto a abordagem qualitativa quanto a quantitativa, entretanto, principalmente a primeira. Consequentemente, no contexto da avaliação de Centros de Atenção Psicossocial, os resultados priorizam aspectos singulares e contextuais dos dispositivos avaliados (DANTAS; ODA, 2014).

Por isso é um desafio articular resultados produzidos em diferentes regiões, o que se reflete nas discussões dos resultados construídas pelos pesquisadores brasileiros nos artigos de avaliação de serviços de saúde mental, em que o diálogo se dá, na maioria das vezes, com referências teóricas e documentais ao invés de considerar outros trabalhos empíricos de avaliação de serviços de saúde mental (DANTAS; ODA, 2014).

O uso de instrumentos de medida padronizados possibilita um grau de generalização que permite considerar aspectos em comum de diferentes serviços, podendo oferecer possibilidade de comparações, identificação de limitações e pontos fortes dos diferentes

serviços. Alguns instrumentos de medida padronizados têm sido utilizados em estudos de avaliação de serviços de saúde mental, mesmo uma parte deles não sendo específica para o campo da saúde mental, como o as versões em português dos instrumentos WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref que têm sido utilizados tanto na avaliação da qualidade de vida do usuário, quanto do trabalhador (FLECK, 2000). Entre os instrumentos específicos do campo da saúde mental destacam-se:

I) a família de escalas de Satisfação SATIS-BR – a primeira versão foi a “escala de avaliação de satisfação do usuário em serviços de saúde mental” (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 1999). Posteriormente foi publicada a versão da SATIS-BR para a equipe de serviços de saúde mental (BANDEIRA et al., 2002). Após dois anos as mesmas autoras, com a participação de Perreault e Libério, apresentaram a escala de avaliação de satisfação de familiares em serviços de saúde mental (BANDEIRA et al., 2002).

II) Família de Escalas de Mudança Percebida (EMP) – o instrumento canadense *Questionnaire of Perceived Changes*, foi adaptado para o Brasil e validado em duas versões: a dos pacientes e a dos familiares. Tem por finalidade avaliar a percepção de pacientes psiquiátricos sobre os resultados do tratamento recebido em serviços de saúde mental (BANDEIRA et al., 2009; 2011).

Além disso, instrumentos que mensuram padrão de uso ou gravidade de sintomas também podem ser utilizados para avaliar o resultado da assistência em saúde mental.

Nota-se que todas as escalas apresentadas têm como recorte a avaliação dos resultados. Esse tipo de enfoque pode produzir dados que refletem a realidade de forma bastante limitada. Um sistema de indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de produção da saúde envolvendo a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o paciente, entre outras, pode oferecer um panorama mais completo (SERAPIONI, 2009).

No que diz respeito ao campo da saúde mental, não foi localizado um instrumento de medida, que considere tanto o processo quanto o resultado, útil para a avaliação da qualidade em serviços de saúde mental no Brasil.

2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos devido ao aumento na oferta e demanda por serviços, à incorporação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, e principalmente à concepção da saúde como direito de todos e ao aumento das expectativas dos usuários que buscam por serviços de “boa qualidade” (FRIAS et al., 2010).

Associada às pressões da sociedade pela qualidade dos serviços prestados, aos altos custos da assistência e à necessidade de promover equidade de acesso aos recursos, fez com que a busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixasse de ser atitude isolada e se tornasse imperativo técnico e social, o que resultou no direcionamento dos esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços estão sendo fornecidos de maneira eficiente enquanto mantêm e melhoram a qualidade do cuidado aos usuários de serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Com isso, foi fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial pelo Ministério da Saúde (MS); no entanto, os aspectos recomendados pelo MS para avaliação não contemplam a perspectiva do usuário, com exceção da avaliação da satisfação, mesmo a mensuração da experiência do paciente sendo reconhecida internacionalmente como importante para a avaliação da qualidade da assistência.

Pesquisadores brasileiros também têm trabalhado na criação de parâmetros para avaliação dos serviços de saúde mental e da política de saúde mental brasileira. Em uma cartografia sobre as pesquisas de avaliação em saúde mental realizadas no Brasil, Dantas e Oda (2014) sintetizam os parâmetros sugeridos pelos estudos brasileiros, particularmente para avaliação dos CAPS que, segundo elas, são essencialmente voltados para os processos de trabalho:

- a) Para os CAPS que possuem “leito-noite” (caso dos CAPS III): “verificação periódica da taxa de ocupação e permanência nos leitos, bem como percentagens referentes à: atendimentos a pacientes em crise sem ocupação de leitos, usuários encaminhados para uso de leitos em outros serviços, e usuários com diagnósticos de comorbidade que demandam acompanhamento intensivo”.
- b) Para a avaliação do projeto terapêutico individual (PTI) e equipes/ profissionais de referência: “verificação periódica da percentagem de usuários que utilizam outros

recursos da rede, tiveram seu PTI discutido no último ano, foram atendidos por outros profissionais além do seu técnico de referência”. Adicionalmente, quantas das discussões de PTI incluíram o usuário e sua família; e se a equipe de referência discute pelo menos dois casos por semana.

c) Para avaliação das práticas grupais: “planejamento de recursos e competências necessárias para o desenvolvimento das práticas grupais, a existência de grupos para familiares e critérios de participação, bem como a inclusão de usuários na construção e avaliação dos grupos oferecidos; mapeamento dos grupos existentes dentro e fora do território do CAPS; e o estabelecimento de parcerias com outros serviços da rede para a realização grupos”.

d) Para a gestão dos CAPS: “participação regular dos gestores dos CAPS nos fóruns intersetoriais, nas intervenções do CAPS no território, nas atividades que incluem familiares e a existência de conselho gestor e outros arranjos participativos da gestão, como as assembleias”. E ainda: “participação dos gestores nas decisões clínicas e na construção dos PTI, sobre a existência de supervisão clínico-institucional, de formação continuada, de atenção interdisciplinar na atenção à crise durante a noite e nos fins de semana e de participação da equipe noturna na discussão dos PTI”. [Os dois últimos aplicam-se somente aos CAPS III]. Para a articulação com a rede de ABS: “número de serviços que compartilham projetos com o CAPS”.

e) Educação profissional: “percentagem de trabalhadores envolvidos com algum tipo de formação profissional, bem como daqueles que recebem subsídios da instituição para tal”. (DANTAS; ODA, 2014, p. 1146-1147)

Nota-se que os parâmetros apresentados pouco exigem da participação direta dos usuários na sua avaliação. Por décadas a qualidade da assistência à saúde foi determinada pelo julgamento individual dos profissionais e gestores envolvidos (BRASIL, 2007). Apesar disso, nos últimos anos tem crescido o apoio dos pesquisadores da área de saúde mental ao aumento do envolvimento de usuários de serviços de saúde mental no desenvolvimento de medidas de resultados que avaliam a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde mental (OADES; LAW; MARSHALL, 2011; SIMPSON; HOUSE, 2002), bem como na participação nos processos avaliativos (MALINS et al., 2006; SIMPSON; HOUSE, 2002; KANTORSKI et al., 2009c).

Considera-se que a experiência do paciente sobre qualidade da assistência é um

resultado genuíno, independente da sua relação com as dimensões técnica e/ou organizacional, visto que é prioridade da maioria dos sistemas de saúde fornecer uma boa experiência ao usuário (LLANWARNE et al., 2013).

Diante do apresentado surgiram algumas questões de pesquisa: Qual é a qualidade da assistência percebida por usuários de CAPS? Quais os indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade da assistência? Quais indicadores precisam ser melhorados?

Assim buscou-se na literatura instrumentos de medida que pudessem ser usados para responder a essa pergunta. Encontramos que, no cenário internacional, existem instrumentos específicos do campo da saúde mental/psiquiatria tanto para serviços extra-hospitalares (BECKER et al., 2002) quanto hospitalares (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2010) úteis na avaliação da qualidade da assistência; no que diz respeito à avaliação da qualidade da assistência em serviços de saúde mental na perspectiva do paciente, foram encontrados diversos instrumentos aplicáveis a cenários de internação (GIGANTESCO; MOROSONI; BAZZONI; 2003; SCHRÖDER et al., 2010) e um específico ao cenário extra-hospitalar, o *Quality in Psychiatric Care – outpatients* (QPC-OP) (SCHRÖDER et al., 2011). No entanto, não foram encontrados instrumentos de medida brasileiros que mensuram a qualidade da assistência experimentada por usuários de CAPS.

Quando o pesquisador não encontra na literatura nacional instrumentos que mensuram as informações específicas que deseja, tem duas opções: desenvolver um instrumento ou traduzir, adaptar transculturalmente e validar um instrumento já utilizado em outra cultura (LAGE; LEVY; CICONELLI, 2006).

A literatura apresenta que sempre que possível, é preferível usar uma escala desenvolvida em outro idioma e com confiabilidade já testada, a criar um novo instrumento, pois o processo de adaptação transcultural tem a possibilidade de ser executado de maneira mais rápida (BEATON et al., 2000).

Com isso, faz-se necessário investir no desenvolvimento ou validação de questionários estruturados para a avaliação da qualidade da assistência dos serviços públicos de saúde mental brasileiros nas suas diferentes dimensões, considerando a participação dos usuários no desenvolvimento desses questionários e na sua aplicação.

O QPC-OP é um instrumento que pode compor a avaliação da qualidade da assistência em saúde mental no Brasil, útil para avaliação da gestão. As propriedades psicométricas do instrumento original são adequadas e há similaridades na organização do contexto de saúde

mental no Brasil e Suécia que permitem o uso do instrumento, a partir de uma adaptação. As políticas dos dois países priorizam serviços de saúde mental de base comunitária, com integração com serviços de atenção primária que oferecem possibilidade de reinserção na comunidade.

A adaptação para o contexto brasileiro é necessária, considerando que a versão original do QPC-OP foi elaborada a partir da experiência de trabalhadores, usuários de serviços de psiquiatria e dos seus familiares na Suécia, bem como da experiência da autora sueca, das políticas públicas para saúde mental/psiquiatria desse país e de pesquisas prévias realizadas em contexto diferente do cenário dos serviços de saúde mental brasileiros. Com isso, o instrumento em sua versão original pode não ser adequado para capturar a realidade brasileira, sendo necessária a adaptação da escala para o Brasil e a submissão dessa versão adaptada a testes psicométricos rigorosos.

Diante disso, antes de responder às questões apresentadas anteriormente fez-se necessário responder as questões relacionadas ao uso do QPC-OP no Brasil: os itens de avaliação de experiência do QPC-OP atendem às expectativas dos usuários de CAPS em relação à assistência recebida? A confiabilidade e a validade do instrumento serão mantidas após a adaptação do QPC-OP para o contexto brasileiro? É possível mensurar a qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de CAPS por meio do QPC-OP?

Esta investigação tem como pressuposto que o QPC-OP é um instrumento válido para compor uma avaliação para a gestão no contexto brasileiro e que a qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de CAPS da cidade de São Paulo será boa, mas com aspectos a serem melhorados.

No Brasil, pesquisadores e gestores reconhecem que os CAPS, enquanto serviços de saúde do SUS devem ser submetidos a processos avaliativos periódicos, de modo a verificar a qualidade da atenção à saúde oferecida (KANTORSKI et al., 2009c; MORAIS et al., 2009). Avaliar e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência prestada tem sido objetivo de diversos serviços e sistemas de saúde no mundo todo, para conduzir um estudo de avaliação da qualidade da assistência em saúde precisa-se compreender o conceito de qualidade, ou melhor, o conceito de qualidade adotado.

É importante lembrar que “qualidade” é um termo polissêmico e por isso estudos de avaliação de qualidade têm sido desenvolvidos em todo o mundo com diferentes referenciais teóricos e metodológicos. As definições de qualidade da assistência podem ser baseadas nos

valores culturais e costumes de cada país (SCHRÖDER, 2006). Indo além, podemos considerar que o conceito de qualidade da assistência também pode variar de acordo com as características do serviço de saúde e da população assistida.

O QPC-OP foi construído a partir do construto de alta qualidade que engloba as dimensões de *Encontro*, *Participação-informação*, *Participação-Empoderamento*, *Alta*, *Apoio*, *Pessoas mais próximas* (Next of kin), *Acessibilidade e Ambiente*, que serão abordadas de forma mais detalhada no item “Aporte teórico”.

O uso do QPC-OP para descrever a qualidade da assistência em saúde mental percebida pelos usuários na Suécia obteve como resultado uma alta qualidade, mas com algumas dimensões que ainda podem ser melhoradas. As taxas mais altas foram as das dimensões do *Encontro* (Interação equipe-usuários), da *Participação-empoderamento*, *Apoio*, *Ambiente e Pessoas mais próximas*, já a mais baixa foi a dimensão da *alta*. A qualidade do atendimento foi classificada como mais alta por mulheres, idosos, pessoas com um parceiro, com menor escolaridade ou que exercem atividade assalariada. Em relação aos aspectos clínicos, a maior qualidade do atendimento foi associada com o menor tempo de espera e melhor informação (LUNDQVIST et al., 2012).

Assim, esta pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de produzir uma versão confiável da escala *Quality in Psychiatric Care – outpatients* na língua portuguesa, adaptada para o contexto cultural brasileiro (QPC-OP/BR) e contribuir com a política de saúde mental, identificando a qualidade da assistência em saúde mental a partir da experiência de usuários de CAPS da cidade de São Paulo; para tanto, consideraram-se os seguintes objetivos específicos:

- adaptar transculturalmente o QPC-OP para o contexto brasileiro;
- avaliar o desempenho psicométrico da versão brasileira do QPC-OP no contexto de um estudo aplicado aos usuários de CAPS II e III, por meio do uso de diferentes técnicas na avaliação da confiabilidade e validade;
- descrever a qualidade percebida pelos usuários de serviços de saúde mental;

3 APORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Reabilitação psicossocial

Antes de partir para os “procedimentos e métodos”, é importante apresentar quais balizas teóricas nortearam a condução desse projeto. Como ponto de partida é importante situar que o QPC-OP pertence ao campo da saúde mental. Amarante (2007) assinala que poucos campos de conhecimento são tão complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. No campo da saúde mental, tal qual está posto no Brasil, ampliou-se o espectro de conhecimentos envolvidos de modo que é arriscado delimitá-lo.

O campo da saúde mental no Brasil é fortemente vinculado ao campo da saúde coletiva e inclui diferentes tipos de conhecimento que vão além da psiquiatria, e abrange psicologia, psicanálise, filosofia, sociologia, antropologia, geografia, entre outras, bem como agrega o saber não científico e do usuário (AMARANTE, 2011).

Ambos os campos de saber e práticas têm, como um dos aspectos essenciais, a saúde como fenômeno social e de interesse público. Estruturaram-se a partir de abordagem interdisciplinar que envolve diferentes disciplinas e tipos de conhecimento e buscam romper com o paradigma biomédico e as tendências “patologizantes” e normalizadoras que favorecem o olhar sobre a doença em detrimento da saúde como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sociodinâmicos e institucionais (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

No campo da saúde mental, o modelo de atenção vigente é o Modelo de Atenção Psicossocial, proposto a partir da reforma psiquiátrica brasileira, que se orienta pelo conceito de reabilitação psicossocial e cidadania, baseado no aporte teórico sistematizado por Saraceno (2001).

Reabilitação é um processo que implica abertura de espaços de negociação para o paciente e para sua família, entre outros atores, ou seja, a reabilitação psicossocial visa a recuperação da contratualidade da pessoa com transtorno mental (SARACENO, 2001), ou seja, que essas pessoas possam recuperar ou construir recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social.

Rotelli (2012, p. 303) afirma que existem possibilidades nas pessoas de dar, trocar, ser e produzir, mesmo que residuais, apesar disso, o juízo de improdutividade “que está na base de ser assistido é, comumente, um direito que nega às pessoas, que as invalida definitivamente” destrói as potencialidades dos sujeitos e os remete à ordem do improdutivo.

Nesse sentido, o CAPS precisa ser promotor das potencialidades dos sujeitos e estimulador da produtividade das pessoas com transtorno mental. Isso ocorre, por exemplo, quando o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação, ou seja, quando um sujeito “fraco” pode entrar na dinâmica da negociação, com trocas permanentes de competências e de interesses (SARACENO, 2001). Isso aplicado ao contexto do serviço do CAPS é percebido por meio da participação do usuário no que diz respeito a conhecer as informações relacionadas ao seu diagnóstico e tratamento, bem como da participação do usuário e da sua família na elaboração e avaliação periódica do projeto terapêutico singular, na inserção em projetos de geração de renda e/ou outro tipo de trabalho com valor social.

O “trabalho com valor social” se apresenta como eixo da reabilitação psicossocial, nesse contexto, é considerado função de produção de sentido econômico, social e psicológico (SARACENO, 2001). Diante disso, uma assistência de qualidade em CAPS envolve o auxílio aos usuários na busca e obtenção de trabalho com valor social.

Outro aspecto apresentado por Saraceno (2001) é que a qualidade do serviço de saúde mental interage com a dimensão qualitativa das relações e dos processos interativos. A qualidade desses processos se configura na sua capacidade de produzir empoderamento dos usuários que, entre outras coisas, deixam de ser destinatários passivos de assistência. Desse modo, a qualidade de um CAPS é diretamente relacionada com as relações entre usuários e destes com os profissionais e pela capacidade do CAPS de produzir empoderamento dos usuários.

O autor também chama atenção para a importância de o serviço trabalhar o desenvolvimento da rede social, o “trocar as identidades”. A compreensão de rede social parte do pressuposto que a desabilidade é também empobrecimento, tanto quantitativo, quanto qualitativo (SARACENO, 2001). Sendo assim necessário para construção e ampliação da rede social dos usuários que o CAPS incentive o uso dos recursos territoriais e trabalhe para a remissão ou amenização dos problemas clínicos e sociais que prejudiquem as interações. É por meio da rede social que a pessoa com transtorno mental vai conseguir se inserir na comunidade, nesse sentido, o uso de recursos de lazer como estratégia para promoção da rede social aumenta a circulação da pessoa com transtorno mental no território e o trabalho com a família, no sentido de promover o aumento do nível de interação e empatia (COIMBRA et al., 2005). Destaca-se que a rede social familiar é mais concreta e definida para a equipe terapêutica, para o paciente e para própria família, o que a faz objeto em potencial de abordagens reabilitativas

(SARACENO, 2001).

Diante disso, compreende-se que reabilitação psicossocial está ligada a práticas voltadas para a desinstitucionalização e o resgate a cidadania da pessoa com transtorno mental. Oferecer uma assistência de qualidade considerando o referencial da reabilitação psicossocial maximiza o funcionamento das pessoas com transtorno mental na comunidade e aumenta sua autonomia. Assim, entendemos que para que a assistência prestada por serviços de saúde mental no Brasil seja considerada de qualidade é imprescindível que seja reflexo da teoria da reabilitação psicossocial. Isso precisa ser considerado nos processos de avaliação da qualidade da assistência em CAPS e nos instrumentos de medida utilizados para essa finalidade.

3.2 Qualidade da assistência em saúde mental: o construto

A definição de qualidade da assistência mais utilizada tanto no Brasil quanto na Suécia é de Avedis Donabedian (1978), que considera o desempenho técnico, o relacionamento com o paciente e as amenidades como dimensões da qualidade. No entanto, a autora do QPC-OP foi além dessa definição, considerando a necessidade de apresentar de forma clara como a qualidade da assistência em saúde mental é conceituada e operacionalizada. Ela propôs uma definição de qualidade da assistência em saúde mental a partir da perspectiva dos pacientes (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006), familiares (SCHRÖDER; LARSSON; AHLSTRÖM, 2007), e profissionais de saúde (SCHRÖDER; AHLSTRÖM, 2004), operacionalizada em um instrumento de trinta itens (SCHRÖDER et al., 2011). Nos parágrafos seguintes será apresentada uma síntese dos aspectos centrais que levaram ao construto de alta qualidade da assistência em saúde mental, pilar conceitual do QPC-OP.

Os dados que embasaram a construção do QPC-OP, relacionados à compreensão do conceito de qualidade da assistência, foram obtidos a partir de entrevistas com vinte pacientes (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006), doze familiares (SCHRÖDER; LARSSON; AHLSTRÖM, 2007) e vinte profissionais de saúde (SCHRÖDER; AHLSTRÖM, 2004).

Para a descrição da percepção dos usuários e da percepção dos familiares sobre a qualidade da assistência, os dados foram agrupados e apresentados em cinco categorias: respeito à dignidade do paciente; senso de segurança do paciente em relação à assistência; participação do paciente no tratamento; recuperação a partir do tratamento; e ambiente onde ocorre o tratamento (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006; SCHRÖDER; LARSSON; AHLSTRÖM, 2007). Já no estudo sobre a perspectiva dos trabalhadores foram

apresentadas quatro categorias: respeito à dignidade do paciente; participação do paciente no tratamento; recuperação a partir do tratamento; e ambiente onde ocorre o tratamento (SCHRÖDER; AHLSTRÖM, 2004); uma apresentação dos pontos centrais das categorias será apresentada a seguir.

A primeira categoria diz respeito às expectativas dos usuários e familiares em encontrar uma equipe profissional empenhada e competente, isto é, uma equipe que seja apta para usar de empatia, autoconhecimento, bom humor, habilidades sociais e atitude positiva; que tenha disponibilidade para ouvir os pacientes tratando-os com respeito e os levando a sério, o que é reforçado pelos profissionais como parte importante de uma assistência de qualidade (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006; 2007; SCHRÖDER; AHLSTRÖM, 2004). Os pacientes e familiares ouvidos pelos autores ainda consideraram fundamentais as atitudes de não julgamento e de compreensão, o que possibilitava que se sentissem mais relaxados e à vontade para “ser eles mesmos”. Essas atitudes por parte da equipe faziam com que os pacientes se sentissem menos envergonhados por ter um transtorno mental ou por uma ação que tivessem realizado em decorrência do transtorno (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006).

A categoria “senso de segurança do paciente em relação à assistência” envolve acessibilidade, confiança e continuidade. A acessibilidade compreende a facilidade de entrar em contato com serviço e profissionais de saúde, seja pessoalmente ou por telefone. Saber o quão fácil é acessar o profissional de saúde para tirar dúvidas ou reportar um problema dá a sensação de segurança para as pessoas em tratamento (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006). Já a confiança tem a ver com a possibilidade de dizer o que se sente sem medo ou desconfiança. E por último a continuidade de tratamento, que inclui questões como ser atendido pelos mesmos profissionais, seguindo uma mesma terapêutica (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006).

Outro aspecto da qualidade é a participação dos usuários e da família no tratamento. Esta categoria envolve a cooperação na elaboração do plano de tratamento, o conhecimento do paciente sobre sua própria saúde e a autonomia (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006; SCHRÖDER; LARSSON; AHLSTRÖM, 2007).

O estabelecimento de objetivos comuns entre equipe, usuários e família e a elaboração de um plano de cuidados com a participação de todos os envolvidos também é uma prática preconizada no contexto brasileiro e é essencial para a qualidade da assistência em saúde mental, apesar de ainda ser um desafio (VASCONCELLOS et al., 2016). Do mesmo modo, o

usuário conhecer informações sobre sua saúde e seu tratamento, de modo que o instrumentalize para a tomada de decisões sobre sua terapêutica assim como os familiares serem informados de forma clara sobre a saúde do usuário e estratégias para melhorar a interação entre eles e a condição do paciente, faz parte de ambos os contextos (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006; SCHRÖDER; LARSSON; AHLSTRÖM, 2007). Assim como no Brasil, a autonomia do paciente no próprio tratamento é um ponto delicado na Suécia. Os pacientes relatam sentir-se pequenos diante do poder de equipe e que por vezes têm dificuldade em enfrentar essa posição de inferioridade e acabam não decidindo por si mesmo os rumos de seus tratamentos (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006). Na perspectiva dos profissionais, a concepção de que o usuário tem direito de recusar algum tipo de terapêutica que não lhe pareça adequada ou a qual não se adapte ou/e de solicitar que outro profissional de saúde seja seu profissional de referência faz parte da percepção sobre qualidade da assistência (SCHRÖDER; AHLSTRÖM, 2004).

A quarta categoria da percepção da qualidade pelos usuários foi a “recuperação dos pacientes”, composta por quatro concepções. A primeira delas é a comunicação terapêutica e de apoio, que envolve basear a conversa nas necessidades do paciente, dando a oportunidade de colocar os sentimentos em palavras e receber orientações de *coping* e palavras de apoio; a segunda está relacionada ao acompanhamento após alta, que implica acompanhamento do usuário por telefone ou visita domiciliar, mantendo sempre uma relação de parceria com o serviço em que a pessoa seguirá em acompanhamento terapêutico; a terceira concepção é ter uma ocupação significativa, seja um emprego ou uma atividade de estudo; e por último o tratamento médico recebido, que envolve receber diagnóstico correto, receber uma lista com diferentes possibilidades terapêuticas adequadas para a necessidade de cada paciente (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006). Na percepção dos trabalhadores foi acrescida a essa categoria a concepção “a importância da rede social” que é essencial para o sucesso do tratamento (SCHRÖDER; AHLSTRÖM, 2004).

A última categoria é “o ambiente onde ocorre o tratamento”, operacionalizada em quatro conceitos: atmosfera calma, em que não haja nenhum sinal de violência; segurança do Ambiente, espaços seguros que assegurem a segurança física dos pacientes; espaço pessoal, relacionado a ter um espaço “próprio” para guardar seus pertences e que seja respeitado pelos demais usuários; e estética, considerada uma aparência atrativa, na qual as pessoas se sintam confortáveis e acolhidas (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006).

Na estrutura do QPC-OP essa compreensão de qualidade foi ainda mais detalhada. Questões relacionadas à participação do paciente no tratamento foram divididas em duas dimensões: “*Participação-informação*” e “*Participação-empoderamento*”, considerando que receber informações sobre o tratamento não implica necessariamente tomar decisões sobre o tratamento, uma dimensão específica foi acrescida para responder às necessidades de inclusão de itens sobre a participação da família no tratamento. A recuperação do paciente também foi redefinida em duas dimensões: Apoio e Alta.

4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

4.1 Natureza do estudo

Estudo com método misto (POLIT; BECK, 2011), executado em três etapas, a primeira de abordagem qualitativa para adaptação transcultural da versão original do QPC-OP para o Brasil, a segunda, quantitativa para validação do instrumento, por meio de testes das propriedades psicométricas da versão brasileira do QPC-OP, e a terceira para descrever a qualidade da assistência em saúde mental na perspectiva da experiência dos usuários de CAPS.

As duas primeiras etapas compõem uma pesquisa metodológica que trata da adaptação transcultural e validação de métodos e ferramentas de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Já na terceira etapa foi desenvolvido um estudo transversal, caracterizado como epidemiológico, no qual a causa e o efeito são observados em um mesmo momento histórico (ROUQUAYROL, 1994). Esse tipo de estudo se aplica às investigações dos efeitos por causas, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, como efeito do sexo ou cor da pele, nesse caso sobre a percepção da qualidade da assistência (CAMPANA, 2001).

4.2 O instrumento QPC-OP

A família de questionários “*Quality in Psychiatric Care*” é baseada na definição de alta qualidade da assistência em psiquiatria/saúde mental e visa mensurar a percepção sobre a qualidade da assistência recebida (SCHRÖDER et al., 2007). A definição foi desenvolvida a partir de um estudo fenomenográfico de entrevista (SCHRÖDER; LARSSON; AHLSTRÖM, 2006), com posterior elaboração e validação do *Quality in Psychiatric Care – inpatients* (QPC-IP) (SCHRÖDER et al., 2010).

Atualmente a família QPC abrange três áreas da assistência em saúde mental: serviços hospitalares (QPC-IP) (SCHRÖDER et al., 2010), serviços extra-hospitalares (QPC-OP) (SCHRÖDER et al., 2011), e serviços forenses de internação (QPC-FIP), além de serviço residencial (QPC-H). Todas as versões possuem adaptações para trabalhadores, familiares e usuários.

Essa família de instrumentos se destaca por ter sido construída a partir da perspectiva do usuário sobre assistência de alta qualidade (SCHRÖDER; AHLSTRÖM; LARSSON, 2006). No estudo de criação do QPC, o conceito de alta qualidade da assistência foi constituído por

dimensões que representavam expectativas a serem contempladas na assistência em saúde mental e experiências dos usuários, familiares e profissionais com a assistência em saúde mental, a fim de que a percepção do usuário do serviço de saúde acerca da assistência de alta qualidade possa ser mensurada.

O QPC-OP (trinta itens) é uma adaptação do instrumento QPC-IP (32 itens). A partir de entrevistas prévias com usuários de serviços ambulatoriais, oito novas questões específicas foram geradas. Alguns itens do QPC-IP foram excluídos, a redação de outros itens foi modificada para a adequação ao contexto ambulatorial. A versão original do QPC-OP possui excelentes propriedades psicométricas, confirmando a alta qualidade do instrumento, como pode ser visto em Schröder et al. (2011).

O QPC-OP é um instrumento de mensuração da qualidade da assistência percebida pelo paciente, constituído por trinta itens divididos nas oito dimensões apresentadas abaixo. A escala é do tipo Likert de quatro pontos com opções de resposta que variam entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”, além da opção “não se aplica”. Abaixo as dimensões que compõem o QPC-OP (SCHRÖDER et al., 2011):

1. Encontro: a dignidade do usuário é respeitada, implica um bom relacionamento entre usuários e equipe; o profissional demonstra respeito, carinho e atenção pelo usuário.
2. Participação-empoderamento: participação do usuário na tomada de decisões, suas colocações e vontades serem consideradas no tratamento.
3. Participação-informação: recebimento e oferta de informações relevantes ao seu tratamento, participação conjunta de usuários e trabalhadores.
4. Alta (*discharge*): restabelecimento do paciente; considera desde questões sobre melhor escolha de tratamento até a ajuda a conseguir um emprego.
5. Apoio (*Support*): apoio relacionado à superação de sentimentos de vergonha e culpa.
6. Ambiente (*Environment*): relacionada a como o usuário se sente no Ambiente e na presença de outros usuários, a sentir-se seguro para estar com outros sem se incomodar.
7. Pessoas mais próximas (*Next of kin*): relacionada à participação da família com consentimento do usuário.
8. Acessibilidade: relacionada à facilidade de conseguir contato com os profissionais do serviço ou profissional de referência, por telefone e pessoalmente.

Com isso, quanto mais coerente for a ação assistencial operada nos serviços com essas dimensões, e mais contextualizada à atenção psicossocial, melhor será sua qualidade.

4.3 Autorização da autora

Foi realizado o contato por e-mail com Agneta Schröder, autora do QPC-OP, no mês de abril de 2014, comunicando o interesse no uso do instrumento no Brasil. A autora autorizou de imediato o desenvolvimento de uma adaptação do QPCO-OP para o contexto brasileiro (Anexo 1) e desde então se iniciaram as tratativas sobre a operacionalização do processo de tradução e retrotradução, testes psicométricos e aplicação da escala.

4.4 Processo de Adaptação transcultural

A adaptação do QPC-OP seguiu as recomendações dos estudos publicados por Beaton e colaboradores (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007; GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993) e nos conceitos de equivalência apresentados por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997). Essa primeira etapa teve início no mês de dezembro de 2014 e término em dezembro de 2015. O quadro 1 mostra o processo de adaptação transcultural seguido.

Quadro 1 – Processo de adaptação transcultural do QPC-OP. São Paulo -SP, 2016.

Etapas	Descrição
Investigação da equivalência conceitual	Revisão de literatura; consulta aos especialistas da área e membros da população alvo.
Tradução da versão original do QPC-OP	Tradutora 1, nativa da língua portuguesa do Brasil e com domínio do idioma sueco, foi informada sobre o objetivo da pesquisa e os conceitos presentes no instrumento. Recebeu suporte no que diz respeito aos termos técnicos e questões conceituais em saúde e saúde mental ao longo do processo de tradução.
	Tradutora 2, nativa do idioma sueco, com domínio da língua portuguesa, não recebeu nenhum tipo de informação dos pesquisadores durante o processo de tradução.
Síntese das traduções	Feita pelos pesquisadores envolvidos em parceria com a tradutora 1.
Retrotradução	Retrotradutora 1, nativa da língua portuguesa do Brasil e com domínio do idioma sueco. Não recebeu nenhum tipo de informação dos pesquisadores durante o processo de tradução.
	Retrotradutora 2, nativa do idioma sueco, com domínio da língua portuguesa. Não recebeu nenhum tipo de informação dos pesquisadores durante o processo de tradução.
	Sua produção foi excluída do processo devido a falhas na retrotradução.

	Retrotradutora 3, nativa do idioma sueco, com domínio da língua portuguesa. Não recebeu nenhum tipo de informação dos pesquisadores durante o processo de tradução.
--	---

Continua...

Continuação...

Avaliação da retrotradução	Grupo de pesquisa responsável pela produção da versão original do QPC-OP, comparou as retrotraduções com a versão original.
Comitê de especialistas	Os juízes responderam se cada item era adequadamente coberto pela dimensão que representava e se refletiam o construto de alta qualidade. Eles também avaliaram a clareza e o grau de compreensão de cada questão e as instruções de preenchimento da escala, bem como a adequação dos termos da escala ao contexto brasileiro.
Construção da primeira versão do QPC-OP Brasil	As modificações sugeridas pelos juízes foram avaliadas pelos pesquisadores envolvidos e pequenas modificações foram feitas nos itens do QPC-OP com o intuito de tornar a linguagem mais simples e adequar o conteúdo à realidade brasileira.
Pré-teste do instrumento	Usuários de CAPS responderam ao QPC-OP e em seguida a um questionário sobre a clareza e adequação da linguagem, a validade do item para avaliação da qualidade da assistência e sobre o tempo utilizado para responder ao questionário.
Revisão do instrumento	Novas alterações foram feitas no sentido de tornar a linguagem mais assertiva e de fácil compreensão.
Versão do QPC-OP adaptada para o contexto brasileiro	

Como se observa, algumas etapas do processo se sobrepõem. A primeira tratou do processo que verificou se o construto de qualidade da assistência é compreendido da mesma forma no Brasil e na Suécia, com a finalidade de investigar a equivalência conceitual.

Foi conduzida uma revisão narrativa (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014) em setembro de 2016, na biblioteca virtual em saúde, combinando o descritor “Qualidade da Assistência à Saúde” com o descritor “Formação de conceito”. A busca foi realizada com a intenção de levantar o estado da arte sobre a temática da qualidade da assistência e conhecer as principais concepções teóricas utilizadas pelos pesquisadores no Brasil.

Não foram encontrados estudos sobre a qualidade da assistência à saúde, publicados nos últimos vinte anos, que tivessem como descritor “formação de conceito”. Podemos inferir a partir disso que existe pouco investimento na investigação conceitual da qualidade da assistência à saúde no Brasil. Diante disso, optamos por realizar uma busca apenas com o descritor “Qualidade da Assistência à Saúde” com o refinamento por país (Brasil), o que resultou em 1.781 artigos. Os textos foram selecionados a partir de leitura, sendo considerados aqueles com a palavra “qualidade” no título, exceto os que se referiam a “qualidade de vida”, resultando em 152 analisados.

Foi realizada uma busca na base Google Scholar combinando os descritores “Qualidade

da Assistência à Saúde“ com “Saúde Mental” OU “Psiquiatria”, com a finalidade de se aproximar do conceito de qualidade da atenção em serviços de saúde mental na perspectiva dos usuários. Foram recuperados 617 textos, os textos foram selecionados a partir da leitura do título. As demais etapas do processo de adaptação transcultural serão descritas no item a seguir.

4.4.1 Estágio I – Tradução e retrotradução

A tradução conceitual foi realizada a partir da tradução da versão original do QPC-OP, do sueco para o português, por dois tradutores bilíngues independentes. Isso permitiu a detecção de erros e divergências de interpretação em itens que pudessem ser ambíguos na versão original.

Participaram do processo uma tradutora que é falante nativa da língua portuguesa com domínio do idioma sueco e uma tradutora cujo idioma materno é o sueco, com domínio da língua portuguesa. Apenas a brasileira foi informada sobre o objetivo da pesquisa e os conceitos presentes no instrumento, ela também recebeu suporte no que diz respeito aos termos técnicos e questões conceituais em saúde e saúde mental ao longo do processo de tradução.

A segunda tradutora não recebeu informações sobre o instrumento e nem obteve qualquer suporte por parte da pesquisadora ao longo da tradução. Um pesquisador “ingênuo” é menos influenciado por um objetivo acadêmico, com isso tende a produzir uma tradução mais próxima da linguagem utilizada pela população, destacando significados ambíguos no instrumento original (BEATON et al., 2000).

4.4.2 Estágio II – Síntese das traduções

Trabalhando com ambas as traduções, foi elaborada uma síntese registrando as divergências ocorridas. Para isso, as tradutoras foram solicitadas a fornecer uma descrição conceitual sobre as palavras divergentes, bem como outras opções de tradução. Nos casos em que a dúvida sobre a tradução persistia, os autores da versão original do QPC-OP foram consultados. Ao final desse passo obteve-se a primeira versão traduzida do QPC-OP (Anexo 2).

4.4.3 Estágio III – Retrotradução

Após a obtenção da primeira versão do QPC-OP em português, esta foi encaminhada para dois outros tradutores bilíngues, fluentes nos idiomas português e sueco, que dominam a forma coloquial das duas línguas para a retrotradução. Eles não foram informados sobre a finalidade da tradução e nem tiveram acesso ao instrumento original. Segundo Francis

Guillemin et al. (1993), dessa forma o retrotradutor que não conhece a priori a intenção do instrumento original, está livre de vieses e expectativas e o produto da retrotradução pode revelar significados inesperados ou interpretações equivocadas da tradução do instrumento. Essa etapa incluiu a participação da autora do instrumento original e seu grupo de pesquisa, que auxiliou na comparação das duas traduções reversas com a escala original, e na identificação de itens que não refletem o sentido conceitual ou o construto utilizado pela autora. A retrotradução 2 foi considerada inadequada e um novo tradutor foi acionado. A retrotradução 3 foi considerada adequada, sendo levadas em conta as retrotraduções 1 e 3. Ao final dessa etapa, obteve-se a versão traduzida final do QPC-OP.

4.4.4 Estágio IV – Revisão do comitê de especialistas

Na busca pela equivalência cultural, o instrumento traduzido foi avaliado por um comitê de especialistas, constituído por um grupo multidisciplinar composto por: dois especialistas da área de avaliação de serviços de saúde – pesquisadores que estudaram e publicaram sobre avaliação de serviços de saúde, utilizando o construto da qualidade –, dois especialistas da área de saúde mental – pesquisadores que estudaram e publicaram sobre a área de saúde mental e o modelo de atenção psicossocial, com experiência na assistência em saúde mental em CAPS –, dois trabalhadores de CAPS – profissionais de saúde de nível superior com vínculo formal de trabalho com um CAPS da cidade de São Paulo, que conheçam a proposta da atenção psicossocial –, dois representantes dos usuários de CAPS – pessoas que utilizam algum CAPS na cidade de São Paulo, com domínio da língua portuguesa, sendo que um deles seja, preferencialmente, representante de alguma associação de usuários e, pelo menos um dos tradutores envolvidos no processo de tradução – tradutor profissional com conhecimento sobre o contexto cultural e o estilo de vida do Brasil.

Responderam ao questionário: dois profissionais do CAPS, dois pesquisadores do campo da saúde mental, dois usuários, um profissional da área da avaliação. Os demais juízes não enviaram o instrumento de avaliação respondido.

Não existe um consenso na literatura sobre a qualificação e número de juízes que compõem o comitê. O número mínimo varia de cinco a seis pessoas e o máximo de dez a vinte; enquanto que a qualificação dos juízes considera a experiência, a disponibilidade dos sujeitos, a qualificação acadêmica, bem como as características do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os prováveis membros receberam uma carta-convite com o motivo da escolha como juiz e uma breve apresentação da proposta de trabalho. Após resposta ao convite, o grupo recebeu as versões brasileiras do instrumento, as instruções de uso do instrumento, a apresentação do construto de alta qualidade e a descrição de cada domínio. Os juízes foram solicitados a avaliar a abrangência da escala, isto é, se cada dimensão foi adequadamente coberta pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas. Eles também avaliaram a clareza e o grau de compreensão de cada questão e as instruções de preenchimento da escala, assim como a adequação dos termos da escala ao contexto brasileiro. Eles receberam um questionário desenvolvido especificamente para a avaliação do QPC-OP que norteou essa avaliação (Apêndice A). Caso o especialista não compreendesse a questão ou a linguagem e/ou os termos da escala não lhe parecessem adequados, foi solicitado que sugerissem alterações, justificando os motivos. Esse processo se deu por encontros individuais.

Nessa fase pode-se considerar a exclusão e inclusão de itens, e com o resultado foi construída a segunda versão do instrumento, com a preocupação em manter as equivalências semântica, conceitual e técnica. A literatura recomenda que o grupo seja constituído por membros bilíngues (português e sueco) (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007), no entanto, naquele momento não havia a possibilidade de atender a recomendação.

4.4.5 Estágio V – Pré-teste da versão pré-final do instrumento

Foi necessário verificar a equivalência das informações, a compreensão dos sujeitos acerca dos itens e a relevância do questionário para os usuários e o tempo de preenchimento, com as incorporações das recomendações dos especialistas. Para isso, foi realizado um pré-teste com uma amostra da população de 31 usuários de seis CAPS da cidade de São Paulo (Lapa, Brasilândia, Parelheiros, M'Boi Mirim, Ermelino Matarazzo e São Miguel), escolhidos por conveniência. Os participantes responderam ao questionário e depois avaliaram a compreensão e a relevância de cada item da versão brasileira do QPC-OP por meio de um formulário semiestruturado (Apêndice B). Os usuários de CAPS que concordaram em participar foram orientados sobre a pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Para o preenchimento do questionário, os participantes foram orientados a assinalar as questões de difícil compreensão e ao final foram requisitados a explicar com suas palavras a compreensão que tiveram dos itens que, na opinião deles, eram de difícil compreensão, sugerir

mudanças no intuito de melhorar a compreensão do instrumento, avaliar o quanto o instrumento lhe pareceu pertinente para avaliação da percepção do usuário com a qualidade da assistência em saúde mental, apontar questões relevantes da percepção do usuário sobre a qualidade da assistência em CAPS que possam não ter sido contempladas no instrumento, incluindo suas expectativas atendidas ou não.

Todo o processo busca produzir um instrumento confiável e válido, similar ao original, que possa ser usado como referência em pesquisas nas quais participam diversos países, tornando-se assim uma ferramenta de comparação de resultados obtidos em diferentes culturas (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010).

4.5 Validação da escala

Os métodos qualitativos são indispensáveis para garantir a adequação do processo de adaptação, no entanto por meio deles não se pode produzir informações sobre as propriedades psicométricas da versão brasileira do QPC-OP. Para avaliar em que medida o instrumento pode ser considerado válido para o contexto brasileiro, foram realizadas análises estatísticas para avaliar as propriedades psicométricas da escala (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A psicometria surgiu através da estatística, mas atualmente é considerada uma área da psicologia com uma concepção que explica comportamentos e aptidões por meio de testes cuja mensuração é feita por respostas que os indivíduos fornecem aos itens. Para tal fim existem duas principais vertentes: a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI) (PASQUALI, 2013).

A TCT está preocupada em explicar o resultado final obtido pela soma das respostas dadas e tem como finalidade testar a qualidade do instrumento avaliado em sua totalidade, já a TRI se preocupa em testar os itens que compõem o instrumento e sua finalidade é avaliar a qualidade deles (VARGAS, 2011).

Sartes e Souza-Formigoni (2013) ressaltam que o emprego da TCT deve continuar a ser utilizado na avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos, apesar das limitações já conhecidas na literatura. As autoras ainda enfatizam que a TRI não deve ser entendida como método que visa substituir a teoria clássica, mas complementar suas análises. Desta maneira, a primeira etapa para escolher o método mais adequado para avaliação de um instrumento é definir qual o objetivo da pesquisa, o tamanho da amostra, se seu construto pode ser unidimensional, qual método gostaria de usar, qual a natureza dos itens, enfim, o pesquisador precisa assegurar-se que seu estudo apresenta as condições necessárias para aplicação de um

método ou outro.

Se o pesquisador deseja simplesmente classificar seu grupo de entrevistados e não visa generalizar dados para além da amostra utilizada, ou quando apresenta uma amostra pequena, a TCT pode ser bem empregada. Já no caso de o pesquisador perceber que a análise com a TCT não responde a todas as perguntas do estudo, pode-se pensar na aplicação da TRI, que poderá fornecer uma série de outras respostas e informações sobre o instrumento considerando cada item. No caso da opção pela TRI, o pesquisador deve ter conhecimento dos vários modelos propostos, e identificar aquele que melhor se adeque a sua proposta de estudo (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Considerando o objetivo desta pesquisa e a necessidade de trabalhar com as dimensões do QPC-OP, definiu-se o uso do TCT.

A primeira coisa feita para construir um instrumento de medida é definir o que e como deve ser medido (MARTINS, 2006). Na validação de instrumentos para outro contexto é necessário verificar se o que deve ser medido e a forma como isso é realizado, proposta na versão original, se mantiveram na versão adaptada e validada. Para verificar isso dois critérios são essenciais: a validade e a confiabilidade (MARTINS, 2006). Porém, não existe uma definição de quantos e quais testes estatísticos precisam ser realizados para assegurar a validade e a confiabilidade de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Um critério importante para avaliação de instrumento quantitativo é a validade, grau em que o instrumento mede o que se propõe a medir. Aqui trataremos de dois aspectos da validade que são de suma importância na investigação: validade do conteúdo e validade do construto (POLIT; BECK, 2011).

A validade de conteúdo é um passo essencial no processo de produção de uma escala, visto que consiste em julgar em que proporção os itens que constituem o instrumento representam bem as facetas importantes do conceito a ser medido (ALEXANDRE; COLUCI 2011), ou seja, avalia se os itens que compõem o instrumento são representativos dentro do universo de todas as questões que poderiam ser elaboradas sobre esse tópico. Nessa pesquisa, um comitê de especialistas avaliou o grau em que cada elemento do QPC-OP é relevante e representativo do construto de qualidade da assistência. Foram considerados elementos do instrumento, instruções, itens e opções de respostas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Após a adequação do instrumento às indicações do comitê de especialistas, os itens foram avaliados considerando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus

itens. Esse método permite analisar inicialmente cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. O escore do índice é calculado pela soma de concordância dos itens do instrumento de avaliação do comitê de especialistas (Apêndice A), ou seja, os itens que obtiveram respostas “3” ou “4”, dividido pelo número total de resposta. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Os itens que obtiverem índice $< 0,8$ serão adequados e novamente avaliados, e se necessário, excluídos.

A validade de construto ou de conceito é tida como “a forma mais fundamental de validade de instrumentos”, constitui o modo de verificar a hipótese de legitimidade da representação e adequada do construto (PASQUALI, 2013, p. 164), que pode ser representado por um número indefinido de itens. A construção de um instrumento implica extrair uma amostra de itens para constituir o modelo, e a avaliação da validade de construto nos dirá se os itens dessa amostra se referem a um construto comum (PASQUALI, 2013), ou seja, se a validade responder a seguinte questão “Qual o construto que o instrumento realmente está medindo?”.

A validade de construto pode ser trabalhada a partir de diferentes perspectivas. Pasquali (2013) recomenda que inicialmente seja realizada a avaliação da validade aparente, procedimento simples, no qual o grupo de interesse avalia se a medida utilizada parece de fato ser uma variável operacional da variável teórica utilizada (MARTINS, 2006). Outras duas formas de demonstrar a adequação da representação do construto são a análise fatorial e a análise da consistência interna (PASQUALI, 2013).

O principal conjunto de testes realizados na TCT é a Análise Fatorial (AF), considerada imprescindível no contexto da psicometria (PASQUALI, 2013). Genericamente falando, a AF fornece ferramentas para a análise da estrutura das inter-relações em um grande número de variáveis definindo conjuntos que são fortemente inter-relacionadas, os chamados fatores. Esses fatores são representantes das dimensões (HAIR; BLACK; BABIN, 2009).

As dimensões, amparadas por uma base conceitual, podem corresponder a um conceito que não pode ser adequadamente descrito a partir de uma única medida (HAIR et al, 2009), como o conceito de qualidade. Por vezes, a partir de um suporte teórico o pesquisador tem ideias preconcebidas sobre a estrutura dos dados e pode inferir quais são as variáveis que se relacionam mais fortemente, ou ainda o número de fatores que compõem um conceito. Nesses casos, a AF desempenha um papel confirmatório, isto é, verifica em que medida os dados satisfazem a estrutura proposta (HAIR et al, 2009), ou seja, se os dados obtidos a partir da

versão brasileira do QPC-OP validam o modelo original do QPC-OP.

A confiabilidade de uma medida é a confiança que inspira, refere-se ao grau em que sua repetida aplicação com o mesmo sujeito ou objeto produz resultados iguais (MARTINS, 2006). A validade reflete o grau em que um instrumento mede a variável que pretende medir (MARTINS, 2006). A confiabilidade de uma medida quantitativa é principal critério para a investigação de qualidade do instrumento, refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo, um dos aspectos da confiabilidade, de interesse para os pesquisadores que coletam dados quantitativos em geral, é a consistência interna (POLIT; BECK, 2011).

A precisão de uma medida diz respeito à capacidade de ser consistente, ou seja, quando um instrumento de medida obtém os mesmos dados se aplicado a alvos estruturalmente iguais, pode-se dizer com maior ou menor grau de certeza que a medida é fiável. Assim, é importante ressaltar que a fiabilidade observada nos dados é uma estimativa. Termo fundamental para definir fiabilidade ou precisão é a consistência, que nada mais é que a ausência de erro, enquanto “erro” é a variabilidade obtida no processo de mensuração de um único objeto (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

A consistência interna é definida como medida em que todos os itens de um teste medem o mesmo construto, isso é, a mesma saturação geral do fator. A análise da consistência interna é feita a partir do cálculo da correlação existente entre cada item da escala e os demais (TANG; CUI; BABENKO, 2014).

O coeficiente α de Cronbach é o estimador de confiabilidade mais utilizado na avaliação da consistência interna de escalas. Ele estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. No entanto, quando comparado com outros índices, é considerado medida conservadora de confiabilidade, subestimando o verdadeiro grau de confiabilidade da escala ou teste, na maioria das vezes. Como alternativa tem sido sugerido o uso do ômega de McDonald, que fornece uma estimativa mais próxima da verdadeira confiabilidade da medida do que o alfa (REVELLE; ZINBARG, 2009), os parâmetros utilizados estão descritos no subitem “Análise dos dados”.

A análise fatorial é um teste estatístico multivariado que tem como propósito decifrar a estrutura fatorial subjacente a um conjunto de dados correlacionados. Trata-se de uma forma de mensurar variáveis que não sejam empiricamente observáveis, por meio da redução de um conjunto de variáveis a poucas dimensões (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2010).

4.6 Seleção da amostra

As informações apresentadas nesse item dizem respeito ao planejamento relacionado à coleta de dados das etapas II e III.

A população de interesse para a validação da versão brasileira do QPC-OP consiste em usuários de CAPS II e III no Brasil. O número de sujeitos que constitui essa população é desconhecido, no entanto, sabe-se que existiam, em agosto de 2014, 3.894 CAPS no país, distribuídos da seguinte forma: 1.487 CAPS na região Sudeste, 1.245 CAPS na região Nordeste, 656 CAPS na Sul, 255 CAPS na região Norte e 251 CAPS na região Centro-Oeste (DATASUS, 2014).

A cidade de São Paulo tem o maior número absoluto de CAPS no país. Segundo dados do DataSUS, em abril de 2015, entre as diferentes modalidades, existiam 83 CAPS na cidade. Por esse motivo, na impossibilidade de desenvolvimento de um estudo multicêntrico, São Paulo foi escolhida pela pesquisadora para o desenvolvimento desta pesquisa. Assume-se como possível limitação deste estudo a restrição a uma única cidade para validação dos dados.

Para seleção dos serviços foi considerada como estrutura de amostragem a lista de Centros de Atenção Psicossocial adulto, tipos II e III da cidade de São Paulo, disponível no site da prefeitura municipal, conforme apresentado no quadro 2. As unidades foram numeradas aleatoriamente e foi realizada uma estratificação por regional de saúde e por tipo de CAPS. Os CAPS do tipo I foram excluídos da amostra por conta da baixa representatividade numérica deste tipo de serviço na cidade de São Paulo, assim como os CAPS AD e CAPS i pela especificidade dos serviços.

Foram considerados todos os CAPS III e dois CAPS II por cada regional de saúde. A seleção dos oito CAPS II foi feita por meio de sorteio aleatório realizado no programa Excel, sendo os CAPS sorteados: CAPS São Miguel (Regional Leste), CAPS Ermelino Matarazzo (Regional Leste), CAPS Brasilândia (Regional Norte), CAPS Jaçanã (Regional Norte), CAPS Aricanduva (Regional Sudeste), CAPS Jabaquara (Regional Sudeste), CAPS M'Boi Mirim (Regional Sul), Cidade Ademar (Regional Sul). O sorteio foi dispensado na regional oeste, na qual foram considerados os CAPS Lapa e Perdizes, por se tratar da regional em que a USP está presente por meio de termos de cooperação técnica, didática e científica, que incluem o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão. O CAPS Jabaquara não participou da pesquisa por recusa da gerência, um novo CAPS II da regional Sudeste foi sorteado e incluído na pesquisa, o CAPS Vila Matilde.

Quadro 2 – Distribuição dos CAPS Adulto* por grau de complexidade do serviço e por regional de saúde. São Paulo- SP. 2015

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	Total
Centro-oeste	1-CAPS Adulto I Butantã	1-CAPS adulto II Itapeva 2-CAPS adulto II Lapa 3-CAPS adulto II Perdizes 4-CAPS adulto II Sé	1-CAPS adulto III Itaim Bibi (2009)	1 CAPS I 4 CAPS II 1 CAPS III
Leste	1-CAPS Adulto I São Mateus	5-CAPS adulto II Cidade Tiradentes 6-CAPS adulto II Ermelino Matarazzo 7-CAPS adulto II Guaianases 8-CAPS adulto II Itaim Paulista 9-CAPS adulto II Itaquera 10-CAPS adulto II São Miguel	-	1 CAPS I 6 CAPS II
Norte	-	11- CAPS adulto II Casa Verde 12-CAPS adulto II Brasilândia 13-CAPS adulto II Pirituba 14-CAPS adulto II Jaçanã	2- CAPS adulto III Mandaqui (2010)	5 CAPS II 1 CAPS III
Sudeste	-	15-CAPS adulto II Vila Monumento 16-CAPS adulto II Aricanduva 17-CAPS adulto II Vila Matilde 18-CAPS adulto II Jabaquara 19-CAPS adulto II Vila Prudente	3-CAPS adulto III Sapopemba (2009)	5 CAPS II 1 CAPS III
Sul	-	20-CAPS Adulto II Jardim Lidia 21-CAPS Adulto II Capela do Socorro 22- CAPS Adulto II M'Boi Mirim 23-CAPS Adulto II Cidade Ademar	4-CAPS adulto III Paraisópolis (2011) 5-CAPS adulto III Parelheiros (2009) 6- CAPS III Largo Treze (2015)	4-CAPS II 3-CAPS III
Total	2	23	6	31

*Excluídos os CAPS AD

Para o cálculo da amostra foi considerada a recomendação de Pasquali (2013) de haver no mínimo cinco sujeitos para cada item ($05 \times 30 = 150$). Considerando que o número de pessoas atendidas nos CAPS tipo III é duas vezes maior que as pessoas atendidas em CAPS

tipo II, a amostra de usuários por cada CAPS III foi de vinte usuários por CAPScentro e a amostra de usuários para cada CAPS II foi de dez usuários por CAPS. Tal parâmetro foi estabelecido considerando o critério populacional para implantação de CAPS II, de 70.000 a 150.000 habitantes, ou CAPS III, maior que 150.000 habitantes (BRASIL, 2002), e as informações das gerências dos CAPS que apontou que a abrangência populacional de um CAPS III na cidade de São Paulo é em torno de 400.000 habitantes.

Após o processo de adaptação, a versão brasileira do QPC-OP foi aplicada em uma amostra de 253 usuários, incluindo os 31 participantes do pré-teste, para testar se as propriedades psicométricas da versão original do QPC-OP foram mantidas e para mensurar a qualidade da assistência percebida por eles.

Foram incluídos usuários de CAPS II e CAPS III que tivessem dezoito anos ou mais; alfabetizados e não alfabetizados; capazes de compreender a língua portuguesa na sua forma falada; que estejam em tratamento no CAPS há pelo menos três meses; e que não apresentavam prejuízos de comunicação percebidos pelo pesquisador como incompatíveis com o desenvolvimento da entrevista e/ou aplicação do questionário.

Os participantes foram convidados a fazer parte do estudo por abordagem direta dos pesquisadores, no serviço ou por telefone, após autorização prévia dos gestores responsáveis e foi considerada a amostragem aleatória simples com reposição. Para a seleção dos usuários foi realizado um sorteio a partir da lista fornecida por cada CAPS, por meio do programa Excel. Considerando as dificuldades encontradas para contatá-los, foram sorteados um número três vezes maior do que o considerado por serviço.

Com isso, foram sorteados 791 usuários, sendo 31 participantes do pré-teste; 481 deles foram contatados, 381 aceitaram participar e 253 responderam ao questionário, conforme Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da composição da amostra. São Paulo. 2017.

Os usuários responderam um questionário padronizado desenvolvido pela equipe de pesquisa com dados: sociodemográficos – sexo, idade, raça/cor, nacionalidade, escolaridade, ocupação, renda, número de pessoas com quem coabita; de encaminhamento e tratamento – data do início do acompanhamento, diagnóstico, frequência de acompanhamento, profissão do profissional de referência e; de satisfação – desejo de voltar a ser atendido no CAPS. Além disso, os entrevistados responderam também a versão brasileira do QPC-OP.

Os questionários foram autoaplicáveis para as pessoas alfabetizadas, já para as não alfabetizadas ou alfabetizadas que apresentavam dificuldade de compreensão da língua escrita, os questionários foram aplicados por meio de entrevistas pessoais realizadas pela pesquisadora principal ou por uma discente da graduação da Escola de Enfermagem da USP. A coleta de dados desta etapa ocorreu de março a outubro de 2016.

Os dados foram tabulados no programa Excel, dados ausentes e respostas do tipo “não se aplica” foram classificados por meio da abordagem de Imputação Multivariada por Equações Encadeadas (Mice), utilizada para solucionar problemas complexos de dados ausentes em mais de uma variável, o que ocorreu nesta pesquisa, principalmente nas questões 21 e 26.

4.7. Imputação Múltipla

As respostas assinaladas como “não se aplica” e as não preenchidas foram imputadas

através do pacote Mice do software R 3.3.2 (R Development Core Team, 2011).

A falta de dados em pesquisas é um problema comum na área da saúde e pode representar a redução da precisão e um viés na estimativa de parâmetros. Como resposta a essa problemática, técnicas de imputação foram e têm sido desenvolvidas (MORRIS; WHITE; ROYSTON, 2014).

Entende-se por imputação a técnica de preencher os dados faltantes com valores plausíveis (NUNES; KLUCK; FACHEL, 2010). Os métodos de imputação podem ser divididos em dois grandes grupos: o de imputação múltipla, que envolve um conjunto de dados, e o simples, que opera um valor único considerando a média ou a mediana. Os métodos do segundo grupo são limitados, tendo em conta a impossibilidade de considerar a variabilidade que possa existir entre diferentes imputações, sendo mais recomendado o uso de métodos de imputação múltipla (NUNES; KLUCK; FACHEL, 2010).

Na imputação múltipla cada dado ausente é imputado “N” vezes, gerando “N” bancos de dados completos. Esses, por sua vez, são analisados separadamente. Em seguida, os parâmetros obtidos são combinados por meio de um processo estatístico que articula estimativas (*rubin's rules*), gerando um banco final (NUNES; KLÜCK; FACHEL, 2010; MORRIS; WHITE; ROYSTON, 2014).

Atualmente a imputação múltipla pode ser feita nos principais softwares estatísticos (SPSS, STATA, SAS, SOLAS, R). No software R a imputação múltipla é feita utilizando o método *Predictive mean matching* (PMM), por meio de diferentes pacotes, dentre eles o algoritmo Multivariate Imputation by Chained Equations (Mice), que oferece maior flexibilidade quanto à distribuição dos dados (GANDOLFI, 2016).

4.8 Análise dos dados

Todas as análises foram feitas no software R 3.3.2 (R Development Core Team, 2011).

4.8.1 Propriedades psicométricas do instrumento

Operacionalizar conceitos abstratos, como alta qualidade, em variáveis empíricas observáveis não é uma tarefa simples, visto que o conceito pode ser tratado de diferentes formas. Para saber se as variáveis que constituem a versão brasileira do QPC-OP possuem a mesma estrutura subjacente da versão original, foram realizados testes que compõem a Análise

Fatorial Confirmatória (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

As designações mais comuns em análise fatorial são: construto latente (ξ); variáveis medidas (χ); relações entre os construtos latentes e as respectivas variáveis medidas, ou seja, a carga fatorial (λ); e erro (δ).

A CFA foi conduzida utilizando o pacote “lavaan”, com o estimador Diagonally Weighted Least Squares (DWLS), performado em matriz de covariância assintótica.

Os seguintes índices foram utilizados para verificar a grau de ajuste dos modelos: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Tucker Lewis Index (TLI). Consideramos os limiares mínimos de aceitabilidade para o modelo de $p < 0,05$, RMSEA $< 0,080$, um CFI $> 0,90$ e um TLI $> 0,90$ (HAIR et al., 2009;). Para SRMR, uma pontuação ideal é $< 0,08$, mas o valor tão alto como 0,08 a 0,1 é considerado aceitável (HU; BENTLER, 1999).

Apesar de ser o estimador mais utilizado, o Alpha de Cronbach apresenta uma série de limitações (PETERS, 2014). Optamos por mantê-lo para comparar os resultados obtidos na versão brasileira com a versão original e com outras versões validadas do QPC-OP. No entanto, também usaremos o Ômega (MCDONALD, 1999) como estimador alternativo, que fornece uma aproximação mais precisa da confiabilidade de uma escala (REVELLE; ZIMBARG, 2009). O critério considerado para uma homogeneidade adequada foi de 0,60 (HAIR et al., 2009).

Para a análise de consistência interna serão considerados o coeficiente α de Cronbach, que varia de 0 a 1, e Ômega de McDonald. Adotamos neste estudo o valor de 0,60 como limite inferior de aceitabilidade para o α de Cronbach e para o Ômega de McDonald (HAIR; BLACK, BABIN, 2009).

4.8.2 Descrição da qualidade da assistência

As informações relacionadas a população, serviços, amostra e coleta de dados foram apresentadas anteriormente e correspondem à etapa 2 e a esta.

Os dados foram tabulados e os procedimentos analíticos descritivos (tendência central, variabilidade e propriedades da distribuição) foram computados para cada item e para a escala total.

As associações dos dados obtidos por meio do QPC-OP com os dados sociodemográficos e de atendimento foram testadas por meio da comparação entre proporções,

utilizando o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis categóricas, o coeficiente de correlação de Kendall para as ordinais e o coeficiente de bisserial para as dicotômicas. O intervalo de confiança de 95% foi considerado.

Discutimos os achados tendo em vista os indicadores que afetam positiva e negativamente a perspectiva dos usuários de CAPS sobre a qualidade da assistência.

4.9 Aspectos éticos

A participação dos usuários de CAPS e de membros do comitê de especialistas na pesquisa foi voluntária, condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Para elaboração deste projeto e desenvolvimento da pesquisa consideramos a Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde, sendo aprovado conforme pareceres 1.235.315 e 1.244.469, respectivamente. Os gestores responsáveis pelos serviços autorizaram a coleta de dados.

A pesquisa foi custeada com recursos provenientes da taxa de bancada da bolsa de doutorado CNPq-GD e com recursos próprios da pesquisadora.

4.10 Estágio de doutorado sanduíche no exterior

Como parte do desenvolvimento desta tese foi realizado o estágio de doutorado sanduíche no exterior, com bolsa Capes-PDSE, na Universidade de Örebro, onde está alocado o grupo de pesquisa responsável pelo QPC-OP.

O estágio, desempenhado entre os meses de abril e julho de 2017, fez parte do acordo de cooperação em pesquisa firmado entre a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a Faculdade de Medicina da Örebro Universitet.

Durante o estágio discutimos as modificações realizadas no QPC-OP quando do processo de adaptação para o contexto brasileiro, bem como os aspectos culturais, políticos e estruturais que poderiam influenciar no desempenho do QPC-OP no Brasil e na Suécia.

Além disso, foi possível refinar as análises correspondentes à etapa 2, analisar os dados relativos à etapa 3 e elaborar dois artigos em parceria com o grupo de pesquisa sueco.

As principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio estão descritas no relatório (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados em três itens: 1) Adaptação transcultural; 2) As propriedades psicométricas do QPC-OP; e 3) Descrição da qualidade percebida por usuários de CAPS.

No primeiro item temos inicialmente a revisão do conceito de qualidade da assistência no Brasil, para avaliar a equivalência conceitual. Na sequência, apresentamos um complemento da descrição feita na metodologia sobre o processo de adaptação e a avaliação da equivalência semântica e técnica das versões brasileira e sueca do QPC-OP.

No segundo item, apresentamos os resultados da análise fatorial confirmatória, a correlação entre as dimensões do QPC-OP e a avaliação da consistência interna da escala.

No terceiro item, descrevemos os resultados da percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência em CAPS.

5.1 Adaptação transcultural

5.1.1 Equivalência conceitual: revisão narrativa do conceito de qualidade

Para embasar a avaliação da equivalência entre o conceito de qualidade da assistência apresentado no QPC-OP e a compreensão de qualidade da assistência no Brasil, conduzimos uma revisão narrativa da literatura (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014). É importante sinalizar que a maioria dos artigos analisados não apresenta o conceito de qualidade da assistência que se está considerando. A noção de qualidade está presente no dia a dia do brasileiro e já faz parte do senso comum. Talvez por esse motivo os pesquisadores não sentiram a necessidade de defini-la, o que pode ser um risco diante da polissemia do termo.

A partir da análise dos artigos da primeira estratégia de busca, podemos indicar que a temática é mais presente nos estudos de saúde da mulher, de atenção básica e de doenças infectocontagiosas, como HIV/Aids e tuberculose, sendo o principal assunto a percepção da qualidade da assistência pelos atores envolvidos, usuários de serviços, trabalhadores e gestores.

Em relação aos parâmetros considerados, alguns estudos utilizam critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil como parâmetros de qualidade; outros lançam mão de instrumentos de medida com nota de corte, e outros se propõem a apresentar o que é percebido como qualidade por diversos atores, mas sem esboçar de forma clara um conceito ou

ideia de síntese (NUNES et al., 2016; XIMENES NETO et al., 2008; BREDEMEIER, et al., 2014). Dito isso, vamos focar nos artigos que apresentaram alguma definição de qualidade, de modo a nos aproximarmos da compreensão dessa concepção no contexto brasileiro.

As definições de qualidade recuperadas vão ao encontro do apresentado por Maia et al. (2011), que chamam a atenção para a multidimensionalidade do termo, mas afirmam que existem pontos em comum entre as diferentes facetas. A seguir, um compilado das definições de qualidade encontradas nos artigos:

o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias. São apresentadas seis dimensões de qualidade: (1) resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; (2) redução dos riscos à saúde; (3) humanização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde, e entre os profissionais e os usuários do sistema; (4) presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário; (5) motivação dos profissionais de saúde; (6) controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país (BITTENCOURT; HORTALE, 2007. p 930).

Qualidade de cuidado implica aplicação das dimensões de qualidade em saúde (apresentadas pela OMS)¹ à oferta de atenção e bem-estar e torna possível sua constatação a partir de perspectivas avaliativas (BREDEMEIER et al., 2014 p 584).

provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário (HERNANDEZ; 1993, p. 8 apud CAMPOS, 2005).

Notem, que as definições de qualidade envolvem atender aos padrões dos usuários, sejam pacientes, familiares, ou organizações, como a OMS. Todos os conceitos envolvem centramento no paciente, eficácia, eficiência, igualdade e segurança.

A dimensão “Acessibilidade” e a preocupação com a maximização dos recursos disponíveis, presentes nas dimensões de qualidade propostas pela OMS, também aparecem nas definições. Isto faz que a oferta de qualidade, gerando a adesão e a satisfação do usuário, se torne finalidade da assistência (CAMPOS, 2005).

Considerando o apresentado até o momento, podemos pensar em pontos de interesse comuns aos diferentes conceitos de qualidade, como: a satisfação das necessidades e

¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que a qualidade em um sistema de saúde pressupõe preocupação constante com seis dimensões fundamentais: eficácia (em relação a demandas reais); eficiência (maximização de recursos e redução de desperdícios); aceitação (ser centrado no paciente, considerando preferências e aspirações culturais de cada comunidade); acessibilidade; igualdade e segurança.

expectativas dos usuários; a conformidade com as especificações; as adequações de uso; o fazer mais, melhor e mais rápido; a melhor relação custo/benefício e a Acessibilidade.

Outros fatores podem influenciar a compreensão do conceito de qualidade, dentre eles, a posição ocupada pelo sujeito que a define (CAMPOS, 2005). Cada grupo de sujeitos tende a focalizar determinados aspectos e interesses. Por exemplo, os gestores tendem a se concentrar em rendimentos, custo e eficiência, enquanto os profissionais de saúde estão preocupados com questões como satisfação pessoal, reconhecimento profissional, excelência técnica, aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde. Já o usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas e necessidades de saúde (CAMPOS, 2005).

Soma-se a isso a questão da dinamicidade do conceito, lembrada por Bredeimeier et al. (2014). Para esses autores, a ideia de avaliação da qualidade é influenciada pelas trocas entre usuários e trabalhadores de saúde, e essa dinamicidade precisa ser considerada. Outro fator que pode determinar a compreensão do assunto é o objeto de interesse da pesquisa. Aquino et al. (2012), ao avaliarem a qualidade da atenção às mulheres admitidas por complicações de aborto, consideraram a qualidade a partir de quatro dimensões: acolhimento e orientação; técnica do cuidado; insumos e Ambiente físico; e continuidade do cuidado. Já uma pesquisa sobre a qualidade da assistência a pessoas vivendo com Aids levou em conta o acesso às técnicas de diagnóstico e terapêutica relativas ao complexo conjunto de condições associadas à síndrome, bem como o processo de cuidado, em sua amplitude e complexidade, articulando os preceitos de integralidade e universalidade (NEMES et al., 2004).

Um ponto importante para a análise da equivalência conceitual da qualidade da assistência em saúde mental é compreender qualidade como um conceito multidimensional, que pode se adaptar ao objeto de avaliação e ao lugar que os sujeitos ocupam.

O construto de qualidade da assistência, diferente do campo da saúde geral, não é o mais utilizado em pesquisas avaliativas de saúde mental. Em uma revisão de literatura sobre avaliação em saúde mental destacam-se pesquisas que fazem uso de instrumentos padronizados, os quais mensuram principalmente qualidade de vida, autonomia e satisfação (OLIVEIRA et al., 2014).

Como nos artigos de saúde em geral, boa parte dos estudos do campo da saúde mental não apresenta as definições de qualidade da assistência adotadas. Também como nas pesquisas avaliativas das demais áreas da saúde, há o predomínio do uso da Tríade Donabediana –

estrutura, processo e resultado – para avaliar a qualidade da assistência em saúde mental.

Como veremos, o campo da saúde mental tem características peculiares. Nele, os indicadores tradicionais de saúde, como avaliação de extensão de cobertura, número de consultas, número de internações e de procedimentos laboratoriais, são insuficientes para a avaliação da qualidade (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2008). Inicialmente, chamamos a atenção para a transversalidade da intersubjetividade das relações entre usuários e trabalhadores, que perpassa os aspectos objetivos e materiais e é ferramenta chave para o cuidado em CAPS. Mais do que em qualquer outra área, a assistência de qualidade no CAPS está necessariamente atrelada ao cuidado integral, à criação de vínculo e ao estabelecimento de uma relação genuína (TOWNSEND, 2013), o que resulta no acolhimento das pessoas e na resolutividade dos casos (DUARTE; KANTORSKI, 2011).

A resolutividade é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve a capacidade de o serviço estar apto para enfrentar ou resolver o problema de uma pessoa que busca atendimento ou um caso de impacto sobre a saúde coletiva, considerando o nível de sua complexidade (BRASIL, 1990). A resolutividade de um serviço de saúde é avaliada a partir dos resultados obtidos com a assistência aos usuários (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Notam-se inúmeras similaridades entre a forma como a qualidade da assistência à saúde mental é concebida no Brasil e a construção teórica sobre a qualidade operacionalizada por meio do QPC-OP. A escala apresenta questões que avaliam tanto a relação entre usuários e trabalhadores quanto a recuperação do paciente, com itens que envolvem a percepção do paciente sobre sentir-se respeitado e tratado com empatia; sobre a eficácia do tratamento para seus problemas; a efetividade do serviço para auxiliar o usuário a conseguir um emprego ou a voltar a estudar; e o reconhecimento de sinais de piora da saúde psíquica. Assim, mostra-se coerente com a perspectiva brasileira, indo ao encontro do apresentado na literatura do país, como veremos a seguir.

Para Oliveira et al. (2014), a qualidade de atenção à saúde está relacionada com demandas de usuários dos serviços. Para os autores, oferecer atendimento de qualidade representa atingir padrões estabelecidos pelos próprios usuários. Eles ainda acrescentam fatores como relação dos profissionais com os usuários dos serviços, interpretação indireta das demandas dos usuários e a avaliação do processo de trabalho.

Dar ao usuário a oportunidade de estabelecer padrões de qualidade da assistência, assim

como outros tipos de participação ativa, é ainda incipiente no cenário brasileiro de avaliação da saúde mental. A participação dos usuários na avaliação de serviços de saúde, em treinamentos e no processo de formação de profissionais de saúde é cada vez mais valorizada por permitir um melhor envolvimento interpessoal, especialmente pela quebra de diferenças de poder, com maior respeito pelo conhecimento individual e pela contribuição das pessoas com transtorno mental (HAPPELL et al., 2016).

Azevedo et al. (2014) apresentaram nove questões objetivas para avaliar a qualidade da assistência na perspectiva dos familiares de usuários de CAPS: assistência geral em saúde; satisfação no tratamento; adequação da área física do CAPS; diminuição de crises; autonomia geral do usuário; reinserção social (visitas a espaços da comunidade); compreensão do transtorno mental; quantidade e qualidade da equipe técnica do CAPS. Nota-se que os autores trazem o ambiente, a reinserção social, a autonomia geral do usuário para a discussão de qualidade da assistência em CAPS.

Os aspectos relacionados à área física do CAPS são normatizados pelo Ministério da Saúde, que os apresenta como fundamentais, visto que pensar em estrutura física envolve projetar serviços públicos de saúde substitutivos ao modelo asilar, que tenham base comunitária e territorial, livre acesso e que sejam espaços de trocas sociais (BRASIL, 2013b). O QPC-OP operacionaliza a dimensão Ambiente com itens relacionados ao nível de segurança que os usuários sentem no serviço para interagir com outros usuários e para permanecer no CAPS, mas não oferece recursos que possibilitem a avaliação da estrutura física de forma concreta.

Andrade e Bosi (2015) definem qualidade da assistência em saúde mental a partir de três categorias: aspectos formais da assistência; humanização e acolhimento; e integralidade e clínica ampliada. Os aspectos formais da assistência envolvem prescrição, uso e acesso a medicamentos, estrutura física e quantidade de profissionais para suprir as demandas dos CAPS. A segunda categoria está ligada à atitude profissional na relação com o paciente, à capacidade de a equipe acolher o paciente em crise. Compreende também o acesso às consultas individuais e grupais e o tempo disponibilizado para elas. Já a categoria integralidade e clínica ampliada envolve os modos de organizar os serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade e do funcionamento em rede, dizendo respeito, ainda, à utilização de saberes e práticas para dar respostas singulares às demandas de saúde, com integração da equipe multiprofissional, formação de vínculo, elaboração do projeto terapêutico e ampliação dos recursos de intervenção, no intuito de garantir a integralidade nas práticas de saúde, além de

possibilitar a participação e autonomia daquele que sofre.

Ainda não existe um consenso sobre o conceito de qualidade da assistência em saúde mental no Brasil. Apesar disso, alguns aspectos se repetem nas diferentes compreensões. Fatores inter-relacionais de usuários e profissionais e a melhora dos problemas apresentados pelo paciente a partir da assistência (resolutividade) estão presentes na maior parte das definições. O aumento do poder contratual dos usuários, o ambiente físico e a acessibilidade também fazem parte de algumas definições.

Notem que aspectos ligados ao relacionamento usuário-profissional parecem ser centrais nos conceitos de qualidade da assistência em saúde mental. Esse campo requer que toda intervenção seja acompanhada de uma atitude profissional de respeito para com a experiência singular do paciente; de preocupação com a devolução da dignidade ao paciente; da ruptura da hierarquização entre o poder institucional e as necessidades do paciente (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007), o que pode explicar a frequência desses aspectos nas definições. A dimensão “*Encontro*”, que trata do relacionamento interpessoal entre paciente e profissional, foi apontada como fator central do QPC-OP na análise psicométrica da versão original do instrumento, o que indica a equivalência dessa dimensão como componente do conceito de qualidade da assistência.

Como vimos anteriormente, no QPC-OP a variável teórica qualidade é composta por oito dimensões ou fatores. Cada dimensão do QPC-OP é sustentada por uma significância prática e estatística, e não é intenção deste estudo ressignificar as dimensões originais com base no referencial brasileiro, mas apresentar as similaridades entre eles. Dito isso, destaca-se o fato de as dimensões “*Encontro*” e “*Apoio*” envolverem questões de relacionamento terapêutico, fortemente defendido pelos pesquisadores brasileiros como essencial para compreensão da qualidade. As dimensões “*Alta*” e “*Participação-informação*” são compostas por itens que abrangem a melhora dos problemas e a resolutividade do cuidado. “*Ambiente*” traz itens que mensuram o quão seguro o usuário se sente no Ambiente físico do CAPS. Tanto a dimensão “*Participação-empoderamento*” quanto a “*Participação-informação*” estimam o quão informados sobre o tratamento os usuários estão e em que medida participam dele. Por último, a “*Acessibilidade*” busca identificar se é fácil acessar os profissionais de saúde e o serviço.

Apenas a participação de amigos e parentes no tratamento não foi apresentada nos textos encontrados como parte do conceito de qualidade da assistência em CAPS. Mas entendemos, com base na política brasileira de saúde mental, que esse é um aspecto essencial para a questão.

Aceitamos que o conceito de qualidade da assistência em saúde utilizado no QPC-OP apresenta similaridades com o utilizado no Brasil. Com base na literatura, verificamos que o construto de qualidade proposto no instrumento é aplicável ao contexto brasileiro, mas ainda precisamos saber se ele é considerado relevante e aplicável por um comitê de especialistas e pelos próprios usuários.

5.1.2 Avaliação das equivalências

Indo ao encontro das referências analisadas e apresentadas no último item, o construto de qualidade proposto por Agneta Schröder no QPC-OP foi considerado relevante e aplicável ao contexto brasileiro pelo comitê de especialistas. Isso indica que o constructo tem a mesma concepção em ambos os idiomas. Igualmente, os elementos da escala são pertinentes aos países citados, instituindo-se a equivalência conceitual, mas ainda precisamos avaliar as equivalências técnicas e semânticas entre as versões sueca e brasileira do QPC-OP.

Para tanto, partimos do processo de tradução e retrotradução, conforme descrito na metodologia. No primeiro momento, foram observadas, a partir da avaliação dos responsáveis sobre a versão original da escala, discrepâncias entre o instrumento original e a segunda retrotradução em pelo menos sete itens. Os pesquisadores suecos afirmaram que essa retrotradução não lhes parecia adequada, pois palavras simples, como “médico”, tinham sido traduzidas de forma incorreta. Com isso, a segunda retrotradução foi descartada.

Um terceiro tradutor independente realizou outra retrotradução. Considerando esta e a primeira, os pesquisadores suecos identificaram discrepâncias entre o material traduzido e a versão original, nos itens 17 e 19, que foram corrigidos. No item 17, a tradução inicial utilizou a expressão “conseguir uma ocupação”, a qual se substituiu por “conseguir trabalho e/ou estudo”. Quanto ao 19, a tradução inicial, “impediu que eu colocasse o Ambiente ao meu redor em situações de desconforto/risco”, foi alterada para “impediu que eu colocasse pessoas e objetos ao meu redor em situações de desconforto/risco”. Nesse item, a ideia é abordar os resultados das ações profissionais em situações de heteroagressão e o uso do termo foi cogitado, mas descartado por considerar uma possível dificuldade de compreensão dos usuários de CAPS.

As oportunidades de melhora na tradução e a indispensabilidade de atender às necessidades do contexto brasileiro foram discutidas abertamente pelos pesquisadores do Brasil e da Suécia. Um longo procedimento sistemático foi necessário para garantir a produção de uma versão equivalente à original.

O produto da retrotradução se aproximou da versão sueca e, embora corrigidas as

diferenças citadas anteriormente, outras duas mudanças no conteúdo dos itens foram feitas após o processo de tradução: a palavra análoga à “ambulatório” foi substituída por “CAPS” na versão brasileira e “sala de espera” virou “espaços que compartilho com outros usuários”. Houve, ainda, uma alteração relacionada à linguagem: a expressão “pessoa de contato responsável por mim” foi retirada, mantendo apenas “profissional de saúde”.

A correspondência literal entre termos não implica, necessariamente, interpretações semelhantes em diferentes culturas, e o grau de formalidade da linguagem pode variar de um país para outro (SYMOM et al., 2012). A versão brasileira utiliza uma linguagem mais coloquial e, por esse motivo, algumas expressões foram modificadas, sem prejuízos ao conteúdo.

Após esse processo, a versão traduzida foi submetida à avaliação de um comitê de especialistas, que considerou a representatividade de cada item para o construto qualidade, bem como sua clareza, adequação da linguagem e ao fator mensurado. Os juízes também puderam sugerir modificação de itens e inclusão de conteúdos pertinentes ao construto de qualidade da assistência.

Obteve-se um IVC de 97% de concordância entre os especialistas no que diz respeito à adequação dos itens do QPC-OP e do instrumento como um todo ao construto de alta qualidade, ao fator que cada item mensura e à linguagem. Três juízes consideraram o instrumento “totalmente adequado”; dois julgaram pelo menos um item “adequado, mas com necessidade de pequenas revisões” e outros dois juízes reputaram pelo menos uma questão parcialmente inadequada. Nenhum deles considerou as questões totalmente inadequadas.

Em relação à representatividade para o construto, os itens 9, 12 e 21 foram avaliados por pelo menos um juiz como “adequado[s], mas com necessidade de pequenas revisões”, e os itens 10, 21 e 26 foram considerados parcialmente inadequados por um especialista. Sobre a adequação ao fator mensurado, quatro itens (1, 12, 15 e 22) foram julgados “adequado[s], mas com necessidade de pequenas revisões”, conforme representado na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação das respostas sobre adequação dos trinta itens do QPC-OP ao construto de qualidade: itens avaliados como inadequados ou parcialmente inadequados.

Juízes	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Nº de concordância	IVC-I
Item (s)									
1	X	X	–	X	X	X	X	6	0,86
2-9	X	X	X	X	X	X	X	7	1,00
10	X	X	–	X	X	X	X	6	0,86

11-12	X	X	X	X	X	X	X	7	1,00
13	X	X	–	X	X	X	X	6	0,86
14-20	X	X	X	X	X	X	X	7	1,00
21	X	X	X	X	–	X	X	6	0,86
22-25	X	X	X	X	X	X	X	7	1,00
26	X	X	X	X	–	X	X	6	0,86
27	X	X	X	X	–	X	X	6	0,86
28-30	X	X	X	X	X	X	X	7	1,00
Média	1.00	1.00	0.90	1.00	0.90	1.00	1.00	Média proporcional dos juízes 0.97	IVC-S 0,97

O item 10 trata da participação da família no tratamento e, originalmente, assim como o item 28, que compreende o mesmo fator, não inclui a participação de amigos. O acréscimo “e amigos” foi feito por indicação de um dos especialistas, o que resultou também na adequação do nome da dimensão “*Pessoas mais próximas*” para “*Família e amigos próximos*”. Já o item 26, que fala sobre a facilidade de contatar o médico por telefone, foi questionado por um juiz sob o argumento de que o médico não tem um papel diferente dos demais trabalhadores e que o contato com a referência seria o mais apropriado, por isso, não contaria como indicador de qualidade. Ainda sobre o item 26, não foi feita nenhuma consideração a respeito do uso do telefone como recurso para contatar o médico.

Sugestões relacionadas à linguagem foram mais frequentes. Os itens 4, 7, 15, 19 22 e 26 foram avaliados por pelo menos um juiz como “adequado[s], mas com necessidade de pequenas revisões”; e os itens 1, 13 e 27 foram considerados parcialmente inadequados por, no mínimo, um especialista. A avaliação do comitê pode ser vista na tabela 1.

Os especialistas sugeriram que o tempo verbal de parte das questões fosse modificado, do passado para o presente. Os autores da escala foram informados sobre a indicação do comitê e esclareceram que o uso do tempo verbal no passado é a forma mais formal na língua sueca e por isso foi utilizada. Segundo eles, a modificação não traria prejuízos ao conteúdo. Com isso, os itens 1, 9, 10, 12, 13, 15, 19, 21, 22, 26, 27 e 28 foram alterados.

Dois juízes levantaram a possibilidade de incorporar itens que tratassem de questões da política de saúde mental brasileira, mais especificamente sobre os direitos dos usuários. Na visão deles,

isso compõe o construto de qualidade da assistência na realidade brasileira. Foram sugeridos itens sobre uso do território, conhecimento dos recursos, realização de assembleia de usuários e a participação deles, bem como itens a respeito do recebimento de informações sobre direitos.

Os conceitos de qualidade da assistência em saúde mental apresentados na literatura foram consultados para avaliar a adequação das sugestões ao construto de qualidade. Com base nisso e nas balizas teóricas que orientam esta pesquisa, aceitamos que os temas sugeridos pelos dois juízes estão relacionados entre si e compõem uma dimensão do construto da qualidade da assistência, “*Direitos dos usuários*”.

Um juiz propôs a inclusão de um item para mensurar o uso do território. Posteriormente, o mesmo juiz sugeriu que, em vez disso, o item considerasse o “receber informação sobre o território”. Ele justificou que o usuário pode escolher não usar os dispositivos do território, o que muitas vezes independe das ações dos CAPS, mas tais serviços nunca poderiam deixar de oferecer essa possibilidade de informar.

Outro juiz recomendou a inclusão de um item sobre o papel do CAPS na promoção dos direitos dos usuários. Ele sugeriu duas questões: “a assembleia é um local de horizontalidade de poderes entre usuários e trabalhadores?” e “o usuário recebe informações sobre seus direitos e deveres no CAPS?”.

A primeira questão é pouco objetiva e de difícil mensuração, por isso, foi modificada. Como alternativa, considerando a histórica diferença de poder contratual entre profissionais de saúde e usuários, assumimos que o fato de estesse sentirem à vontade para expor suas ideias e fazer críticas durante a assembleia, diante dos profissionais que geralmente a conduzem, é uma variável objetiva para aumento do poder contratual do usuário no serviço. Não desconsideramos que o aumento do poder contratual vai muito além da participação na assembleia, mas acreditamos que esse é um primeiro indício de que no CAPS o usuário tem poder contratual para discutir as questões que o incomodam, nas mesmas condições que os trabalhadores.

A segunda sugestão sofreu pequenas modificações a fim de tornar a linguagem mais assertiva. Ao final da avaliação do comitê de especialistas uma nova dimensão, constituída pelos três novos itens, foi incluída, e alguns itens sofreram alterações no tempo verbal, do passado para o presente, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Apresentação dos itens da versão original do QPC-OP, da síntese das traduções e da versão brasileira do instrumento. São Paulo, 2016.

Versão original	Versão traduzida	Versão brasileira	Comentários
Item 1. <i>jag hade inflytande över min egen vård och behandling</i>	Eu pude opinar no meu próprio tratamento.	Eu posso dar minha opinião no meu próprio tratamento.	Fator Participação-empoderamento Quatro especialistas apontaram a necessidade de mudança no tempo verbal, do passado para o presente. A palavra “opinar” foi substituída pela expressão “dar minha opinião”, uma forma mais coloquial.
Item 2. <i>säkerheten var hög på mottagningen</i>	A segurança no ambulatório é muito boa.	A segurança no CAPS é muito boa.	Fator Ambiente A palavra ambulatório foi substituída por CAPS no cenário brasileiro. Não houve prejuízo à equivalência semântica.
Item 3. <i>det var lätt att nå min behandlare/ kontaktperson per telefon</i>	Foi fácil entrar em contato pelo telefone com o (s) meu (s) profissional (is) de saúde/pessoa de contato responsável por mim.	Foi fácil entrar em contato pelo telefone com o(s) meu (s) profissional (is) de referência.	Fator Acessibilidade Optou-se por utilizar apenas nesse caso o termo “profissional (is) de referência”, que é o profissional de saúde de referência para o usuário e que, em geral, é responsável por atender as solicitações dos usuários por telefone.
Item 4. <i>jag kunde känna mig trygg tillsammans med mina medpatienter i väntrummet</i>	Eu me sentia seguro (a) com outros pacientes na sala de espera.	Eu me sinto seguro (a) com outros usuários nos espaços que compartilhamos.	Fator Ambiente A sala de espera, por vezes, não é utilizada nos CAPS. Manteve-se a ideia de um espaço compartilhado. Não houve prejuízo na equivalência semântica.
Item 5. <i>min mening om vad som var rätt vård och</i>	A minha opinião sobre o tipo de tratamento que eu acho mais	A minha opinião sobre o tipo de tratamento que eu acho mais	Fator Participação-empoderamento Dois especialistas indicaram a mudança do tempo verbal do passado para

<i>behandling för mig respekterades</i>	adequado para o meu caso foi respeitada.	adequado para o meu caso foi respeitada.	o presente, conforme apresentado na justificativa do item 1.
Item 6. <i>jag var delaktig i beslut om min vård</i>	Eu participo das decisões sobre o meu tratamento.	Eu participo das decisões sobre o meu tratamento.	Fator Participação-empoderamento Não houve modificação neste item.
Item 7. <i>det var lätt att få en besökstid hos min behandlare/kontaktperson</i>	Foi fácil marcar um atendimento com o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim.	É fácil marcar um atendimento com o profissional de saúde.	Fator Acessibilidade <i>min behandlare/kontaktperson</i> é traduzido como “meu profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim”. Optou-se por utilizar apenas “profissional de saúde” em todos os itens que a expressão se repetiu para que o texto ficasse mais simples e objetivo.
Item 8. <i>den vård och behandling jag fått har hjälpt mig med mina problem</i>	O atendimento e o tratamento recebidos têm me ajudado com meus problemas.	O atendimento e o tratamento recebidos têm me ajudado com meus problemas.	Fator Alta Não houve modificação neste item.
Item 9. <i>jag blev inte störd av de andra patienterna i väntrummet</i>	Não fui incomodado (a) por outros pacientes na sala de espera.	Não sou incomodado (a) por outros usuários nos espaços que compartilhamos no CAPS	Fator Ambiente A palavra “CAPS” foi acrescentada para tornar o item mais assertivo.
Item 10. <i>mina närstående erbjöds att vara delaktiga i min vård och behandling, i den mån jag önskade</i>	Meus familiares puderam participar do meu tratamento na medida em que eu o desejasse.	Meus familiares e/ou amigos próximos podem participar do meu tratamento na medida em que eu o desejo.	Fator Família e amigos próximos Dois especialistas sugeriram a mudança do tempo verbal do passado para o presente, conforme apresentado na justificativa do item 1. Um especialista sugeriu o acréscimo de “e/ou amigos” para que o

			acompanhamento não fosse restrito aos familiares.
Item 11. <i>min behandlare/kontaktperson bemötte mig med omtanke och värme</i>	Profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me trata com atenção e carinho.	Profissional de saúde me trata com atenção e carinho.	Fator Encontro Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências
Item 12. <i>min behandlare/kontaktperson brydde sig om varför, om jag var arg och irriterad</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim se preocupa quando eu fico zangado (a) ou irritado (a).	O profissional de saúde se preocupa quando eu fico zangado (a) ou irritado (a).	Fator Encontro Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências
Item 13. <i>mina tidigare erfarenheter av medicinsk behandling tillvaratogs på bästa sätt</i>	Minhas experiências anteriores de tratamento com medicamento foram levadas em consideração.	Minhas experiências com os remédios que já tomei no passado são levadas em consideração nesse tratamento.	Fator Participação-informação A versão traduzida não reflete a linguagem utilizada por usuários de CAPS, sendo considerada de difícil compreensão por dois especialistas. A a versão final foi sugerida por um especialista.
Item 14. <i>jag fick lära mig känna igen tecken på försämring av min psykiska hälsa</i>	Aprendi a reconhecer os sinais de agravamento da minha saúde psíquica.	Aprendi a reconhecer os sinais de piora da minha saúde psíquica.	Fator Participação-informação A palavra “agravamento” foi substituída por “piora”, uma expressão mais coloquial. Não houve prejuízo em nenhuma das equivalências avaliadas.
Item 15- <i>min behandlare/kontaktperson respekterade mig</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me tratou com respeito.	O profissional de saúde me trata com respeito.	Fator Encontro Dois especialistas apontaram a necessidade de modificar o tempo verbal do passado para o presente, conforme apresentado na justificativa do item 1. Optou-se por utilizar apenas “profissional de saúde” em todos os itens que a expressão se repetiu, para que o texto ficasse mais simples e objetivo

Item 16- <i>det var lätt att komma fram till mottagningen per telefon</i>	Foi fácil entrar em contato telefônico com o ambulatório.	Foi fácil entrar em contato telefônico com o CAPS.	Fator Acessibilidade A palavra “ambulatório” foi substituída por “CAPS”, assim como nos itens 21 e 26.
Item 17. <i>jag fick hjälp med att söka sysselsättning</i>	Ajudaram-me a encontrar uma ocupação.	Durante o meu tratamento no CAPS me ajudaram a encontrar trabalho e/ou estudo.	Fator Alta Optou-se por utilizar “trabalho e/ou estudo”, para uma linguagem mais assertiva.
Item 18. <i>min behandlare/kontaktperson visade förståelse för mina känslor</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim demonstrou entender meus sentimentos.	O profissional de saúde demonstrou entender meus sentimentos.	Fator Encontro Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências.
Item 19. <i>Min behandlare/kontaktperson hindrade mig från att utsätta min omgivning för obehag/skada, om jag fick sådana tankar</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim impediu que eu colocasse o Ambiente ao meu redor em situações de desconforto/risco caso eu tenha tido esse tipo de pensamento.	O profissional de saúde impediu que eu colocasse pessoas e objetos ao meu redor em situações de desconforto/risco caso eu tenha tido esse tipo de pensamento.	Fator Apoio <i>min omgivning</i> refere-se ao Ambiente físico e social, no entanto, essa construção poderia ser de difícil compreensão para o público-alvo e, por sugestão da tradutora 1, foi substituída por “pessoas e objetos ao meu redor”.
Item 20. <i>min behandlare/kontaktperson hade tid att lyssna på mig</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim teve tempo de me escutar.	O profissional de saúde tem tempo de me escutar.	Fator Encontro Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências

Item 21. <i>jag fick information om vart jag kan vända mig om jag behöver hjälp efter avslutad mottagningskontakt</i>	Fui informado (a) a quem recorrer caso precise de ajuda depois de encerrar meus contatos com a clínica.	Fui informado (a) a quem recorrer caso precise de ajuda quando eu tiver alta do CAPS.	Fator Alta Durante a síntese das traduções, optou-se por utilizar “quando eu tiver alta do CAPS” para que o texto ficasse mais simples e objetivo. Um especialista apontou que este poderia ser um item falho e não representativo do construto de qualidade da assistência, pois alguns serviços não têm como rotina dar alta aos pacientes.
Item 22. <i>min behandlare/kontaktperson hindrade mig från att utsätta mig själv för obehag/skada, om jag fick sådana tankar</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim impediu que eu me colocasse em situações de constrangimento/risco caso eu tenha tido esse tipo de pensamento.	O profissional de saúde impediu que eu me colocasse em situações de constrangimento/risco caso eu tenha tido esse tipo de pensamento.	Fator Apoio Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências.
Item 23. <i>min behandlare/kontaktperson hjälpte mig att förstå att det inte är skamligt att ha drabbats av psykiska besvär</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me ajudou a entender que não é uma vergonha sofrer de problemas psíquicos.	O profissional de saúde me ajudou a entender que não é uma vergonha sofrer de problemas psíquicos.	Fator Apoio Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências.
Item 24. <i>min behandlare/kontaktperson hjälpte mig att förstå att skuld- och skamkänslor aldrig får hindra mig från att</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me ajudou a entender que sentimentos de vergonha ou culpa não devem jamais me	O profissional de saúde me ajudou a entender que sentimentos de vergonha ou culpa não devem jamais me impedir de procurar tratamento.	Fator Apoio Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências

<i>söka vård</i>	impedir de procurar tratamento.		
Item 25. <i>min behandlare/kontaktperson brydde sig om min vård och behandling</i>	O profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim demonstrou interesse pelo meu atendimento e tratamento.	O profissional de saúde demonstrou interesse pelo meu atendimento e tratamento.	Fator Encontro Optou-se pelo uso apenas de “profissional de saúde”. Sem prejuízo às equivalências.
Item 26. <i>det var lätt att nå den läkare som var ansvarig för min vård och behandling på mottagningen per telefon</i>	Foi fácil contatar o médico responsável pelo meu tratamento no ambulatório por telefone.	Nas vezes que tentei, foi fácil contatar o médico responsável pelo meu tratamento no CAPS por telefone.	Fator Acessibilidade Um especialista, usuário, informou que alguns usuários poderiam nunca ter ligado para o médico e assinalar a opção de resposta “não concordo” em vez de “não se aplica”, por isso foi acrescentado “nas vezes que tentei”.
Item 27. <i>jag blev informerad på ett begripligt sätt om mina psykiska besvär/min diagnos</i>	A informação que recebi acerca dos meus transtornos psíquicos/ diagnóstico foi fácil de entender.	A informação que recebo sobre a minha doença mental/ diagnóstico é fácil de entender.	Fator Participação-informação Três especialistas apontaram inadequação no tempo verbal. A expressão “transtornos psíquicos” foi substituída por “doença mental”, por esta ser mais facilmente compreendida.
Item 28. <i>mina närstående bemöttes med Respekt</i>	Meus familiares foram tratados com respeito.	Meus familiares e/ou amigos são tratados com respeito no CAPS.	Fator Família e amigos próximos Considerando as indicações anteriores o tempo verbal foi modificado e a palavra “amigos” foi acrescida.
Item 29. <i>jag fick kunskap om mina psykiska besvär så att jag gavs möjlighet att delta i</i>	Fui informado (a) sobre os meus problemas psíquicos de modo que eu pudesse participar do meu	Fui informado (a) sobre os meus problemas psíquicos de modo que eu pudesse participar do meu	Fator Participação-informação Não houve modificação neste item.

<i>min vård och behandling</i>	tratamento.	tratamento.	
Item 30. <i>jag fick information om olika behandlingsalternativ så att jag kunde ta ställning till vad som passade mig bäst</i>	Fui informado (a) sobre várias alternativas de tratamento para poder decidir o que seria melhor no meu caso.	Fui informado (a) sobre várias alternativas de tratamento para poder decidir o que seria melhor no meu caso.	Fator Participação-informação Não houve modificação neste item.
– Item adicionado pelo comitê de especialistas	Item 31. Sou informado (a) sobre os recursos disponíveis no meu território (CECCOs, UBSs, P.S., CRAS, Bibliotecas, parques etc.).	Fator Direitos dos usuários Um especialista indicou a inclusão de um item sobre informações a respeito de recursos do território. Esse é um indicador de processo importante para monitorar e avaliar a promoção da inclusão do usuário em espaços da vida social.	
– Item adicionado pelo comitê de especialistas	Item 32. Eu me sinto confortável para expor minhas ideias e/ou fazer críticas durante a assembleia.	Fator Direitos dos usuários A assembleia é o espaço de empoderamento e protagonismo dos usuários. Um especialista lembrou que a organização da assembleia pode não permitir que os usuários exerçam esse protagonismo.	
– Item adicionado pelo comitê de especialistas	Item 33. Sou informado (a) sobre meus direitos como usuário (a) do CAPS e como cidadão (ã).	Fator Direitos dos usuários O exercício da cidadania é uma das finalidades do processo de trabalho nos CAPS, sendo fundamental que CAPS informem os usuários sobre seus direitos.	

O pré-teste

Participaram do pré-teste 31 usuários de seis CAPS de quatro regiões da cidade de São Paulo (Zona Sul, 1 CAPS III e 1 CAPS II; Zona Leste, 2 CAPS II; Zona Oeste, 1 CAPS II; Zona Norte, 1 CAPS II).

A média de idade dos participantes era de 41,86 anos e 53,33% eram do sexo feminino. Em relação à cor da pele autorreferida, 46,66% eram pardos, 40% brancos, 6,66% amarelos e 6,66% pretos.

Sete participantes assinalaram que tiveram alguma dificuldade para compreender algum item do instrumento. Os itens 1, 13 e 19 foram apontados como de difícil compreensão por dois, três e seis participantes, respectivamente. Quando as questões foram lidas pela pesquisadora o número de participantes com dúvidas reduziu para 0, 1 e 4, respectivamente.

Talvez a autoaplicação do instrumento possa representar uma limitação para a compreensão dos itens por alguns usuários de CAPS, sendo indicada a presença de um aplicador para os usuários de baixa escolaridade.

Os itens 21, sobre orientações de alta, e 26, sobre contatar o médico por telefone, receberam, respectivamente, dez e nove respostas “não se aplica”, o que pode indicar uma inadequação desses itens para o contexto brasileiro. Sobre o item 21, não parece haver relação entre estruturação da Raps e encaminhamento dos usuários para UBS, já que duas regiões (Leste e Sul) com diferentes taxas de cobertura de unidades básicas de saúde apresentaram respostas semelhantes, enquanto regiões com taxa de cobertura de UBS semelhantes (Sul e Oeste) tiveram respostas diferentes.

Os usuários não apontaram novas questões sobre qualidade da assistência em CAPS que poderiam não ter sido contempladas no instrumento, incluindo suas expectativas atendidas ou não.

Ao final, após os ajustes apresentados, a versão utilizada no pré-teste foi adequadamente compreendida e tida como relevante pela maior parte dos usuários do CAPS, assegurando a equivalência operacional. As versões final, original e traduzida foram apresentadas no quadro 3.

Como vimos, a versão brasileira do QPC-OP obteve um IVC de 97% de concordância entre os especialistas no que diz respeito à adequação dos itens e do instrumento completo ao construto de qualidade, ao fator que cada item mensura e à linguagem. A avaliação dos especialistas indica a relevância e representatividade do QPC-OP para o contexto brasileiro.

Feita a apresentação do processo de adaptação transcultural do QPC-OP para o contexto

brasileiro, apresentamos a seguir os resultados da avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do QPC-OP.

5.2 As propriedades psicométricas do QPC-OP

5.2.1 CFA da versão brasileira do QPC-OP

Para investigar se a validade e confiabilidade da versão original da escala foram mantidas na versão brasileira, conduzimos a Análise Fatorial Confirmatória (CFA) do modelo original do QPC-OP, de trinta itens, divididos em oito dimensões, o modelo 1.

A CFA do modelo 1 apresentou $\chi^2 = 645.080$, $df = 377$ ($p < .001$), CFI = .965 e TLI = .960, RMSEA = .053 e SRMR = .097. Apesar do resultado favorável, o modelo revelou alguns erros na correlação das dimensões; o fator “alta” apresentou coeficientes > 1 com todas as outras dimensões, o que indica um erro no modelo. Com isso, excluímos o fator “alta” e propusemos o Modelo 2, composto por 27 itens da versão original do QPC-OP original, sem os três itens do fator “Alta”. O CFA do modelo 2 mostrou um $\chi^2 = 491.632$, $df = 303$ ($p < .001$) e um bom grau de ajuste: CFI = .971 e TLI = .966, RMSEA = .050 e SRMR = 0.093. Não houve erros de correlação do modelo.

Finalmente, o modelo 3 acresce aos 27 itens originais do QPC-OP os três itens brasileiros. O CFA do modelo 3 apresentou $\chi^2 = 629.397$, $df = 435$ ($p < .001$) e um bom grau de ajuste: CFI = .965 e TLI = .960, RMSEA = .052 e SRMR = 0.097.

Como pode ser visto, o modelo 2 apresenta grau de ajuste um pouco melhor que os demais. Apesar disso, devemos considerar que o modelo 3 tem uma significância prática maior no contexto brasileiro, visto que adiciona três itens que cobrem aspectos específicos de qualidade para o contexto brasileiro. Assim, o modelo 3, com trinta itens, foi tomado como modelo final. Um resumo da performance estatística do modelo 3 é apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Resumo estatístico da Análise Fatorial Confirmatória da versão brasileira do QPC-OP para usuários de CAPS

Itens do QPC-OP por dimensão	Carga Fatorial	Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão
Full QPC-OP Brazilian version		0,87	3,30	
<i>1 – Encontro</i>		0,77	3,59	
11 – Demonstram empatia	0,76		3,69	0,69
12 – Preocupam-se quando eu fico irritado	0,60		3,41	1,00
15 – Respeitam-me	0,86		3,79	0,58
18 – Mostram compreensão	0,77		3,45	0,95
20 – Têm tempo para me ouvir	0,73		3,52	0,89
25 – Têm interesse com meu cuidado	0,80		3,66	0,75
<i>2 – Participação-empoderamento</i>		0,57	3,13	
1 – Influência sobre meu tratamento	0,50		3,18	1,08
5 – Minha visão sobre o melhor tratamento é respeitada	0,86		3,36	1,02
6 – Fazer parte da tomada de decisão no meu tratamento	0,57		2,83	1,18
<i>3 – Participação-informação</i>		0,57	3,09	
13 – Benefícios a partir de experiências anteriores de tratamento	0,56		3,46	0,96
14 – Reconhecer sinais de piora	0,25		3,30	1,08
27 – Dar informações de modo que possa ser compreendido	0,55		2,91	1,20
29 – Conhecimento sobre problemas psíquicos	0,67		3,15	1,12
30 – Informação sobre diferentes possibilidades de tratamento	0,66		2,64	1,27
<i>4 – Apoio</i>		0,64	3,12	
19 – Me impedem de machucar os outros	0,66		3,21	1,08
22 – Me impedem de me machucar	0,61		3,22	1,10
23 – Não é vergonhoso ter problemas mentais	0,87		3,04	1,29
24 – Vergonha e culpa não devem ser barreiras para o tratamento	0,80		2,98	1,33
<i>5 – Ambiente</i>		0,64	3,41	
2 – Alto nível de segurança no CAPS	0,70		3,57	0,80
4 – Sentir segurança com os outros usuários	0,76		3,33	1,04
9 – Não ser incomodado por outros usuários	0,74		3,33	1,01
<i>6 – Família e amigos próximos</i>		0,41	3,68	
10 – Parentes e amigos são convidados a fazer parte	0,51		3,57	0,89
28 – Respeito aos meus familiares e amigos	0,87		3,79	0,59
<i>7 – Acessibilidade</i>		0,55	3,14	
3 – Facilidade de encontrar minha referência	0,74		3,27	1,04

7 – Facilidade de conseguir um atendimento	0,63	3,29	1,07
16 – Facilidade de contatar o CAPS por telefone	0,74	3,65	0,75
26 – Facilidade de encontrar o médico	0,51	2,36	1,29
8 – <i>Direitos dos usuários</i>	0,51	3,06	
31 – Receber informações sobre o território	0,66	3,15	1,14
32 – Sentir-se confortável para participar da assembleia	0,45	3,19	1,18
33 – Ter informações sobre meus direitos	0,74	2,83	1,23
N= 253 p< 0.01			

O modelo 3 inclui trinta itens, distribuídos em oito fatores. A maioria deles apresentou carga fatorial satisfatória ($\lambda > 0,40$), exceto o item 14, “reconhecer sinais de piora”, que parece ter uma correlação fraca com o fator “*Participação-informação*”.

O fator “*Encontro*” atingiu as cargas fatoriais mais altas, enquanto “*Participação-informação*” ficou com as menores.

5.2.2. Consistência interna da versão brasileira do QPC-OP

Como se pode observar na tabela 3, a versão completa do QPC-OP apresenta uma excelente consistência interna, com Alfa de Cronbach de 0.87 e Ômega de McDonald de 0.90. Isso significa que os itens do QPC-OP se propõem a medir o mesmo construto geral.

Por outro lado, quatro das oito dimensões do QPC-OP apresentaram um coeficiente abaixo do desejável. Notem que a dimensão com mais itens, “*Encontro*”, obteve um valor maior, e a dimensão com menos itens, “*Família e amigos próximos*” apresentou o menor valor.

Não houve exclusão de itens considerando os valores do Alpha de Cronbach, pois segundo a literatura isso não é justificativa consistente para a exclusão, especialmente quando os itens apresentam cargas fatoriais favoráveis (BOYLE, 1991).

5.2.3. Correlação entre as dimensões da versão brasileira do QPC-OP

Como pode ser visto na tabela 3, um (4%) dos coeficientes de correlação entre as dimensões do QPC-OP foi muito forte ($>0,80$), treze (46%) dos coeficientes foram fortes (0,60-0,79) e sete (25%) foram moderados (0,40-0,59) (EVANS, 1996).

Tabela 3 – Coeficientes de correlação entre as dimensões da versão brasileira do QPC-OP

Dimensões do QPC	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Encontro	1,00							
2 Participação- empoderamento	0,77	1,00						
3 Participação-informação	0,72	0,78	1,00					
4 Apoio	0,51	0,49	0,67	1,00				
5 Ambiente	0,66	0,58	0,38	0,29	1,00			
6 Parentes e amigos próximos	0,64	0,59	0,48	0,40	0,87	1,00		
7 Acessibilidade	0,74	0,65	0,75	0,35	0,61	0,68	1,00	
8 Direitos dos usuários	0,38	0,67	0,73	0,36	0,13	0,29	0,59	1,00

$p > 0,05$

Os índices das correlações entre as dimensões mostraram-se bastante satisfatórios, exceto entre as dimensões “Ambiente” e “família e amigos próximos”, que apresentaram correlação muito alta, indicando uma possível redundância nos itens.

5.3 Descrição da qualidade da assistência

Os participantes se tratavam majoritariamente na regional de saúde Sul (34%) e em menor número na regional Leste (13%), a região mais populosa da cidade, como apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Proporção de participantes da pesquisa por regional de saúde da cidade de São Paulo (SP), 2017.

O maior número de participantes da regional Sul se deve à quantidade de CAPS III nessa regional, três, enquanto na regional Leste, até o momento da coleta de dados, não havia nenhum CAPS III. A distribuição do número de CAPS, tipos II e III, por regional de saúde pode ser vista no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição de CAPS por regional de saúde da cidade de São Paulo (SP), 2017.

A média de idade dos participantes foi de 42,8 anos com desvio padrão de 11,9 anos. A maioria deles eram homens (53,6%), brancos (45%), não viviam sozinhos (84,9%), com baixo grau de escolaridade. A distribuição dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas pode ser vista na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. São Paulo -SP, 2017.

		N	%	95%CI.lo	95%CI.hi
Raça/Cor					
	Branco	114	45,06	39,05	51,22
	Pardo	102	40,32	34,46	46,46
	Negro	26	10,28	7,11	14,63
	Outros	11	4,35	1,00	4,77
Grau de escolaridade					
	Analfabeto	13	5,16	1,22	5,36
	Ensino fundamental incompleto	69	27,38	22,25	33,20
	Ensino fundamental completo	40	15,87	11,88	20,89
	Ensino médio incompleto	32	12,70	9,14	17,38
	Ensino médio completo	65	25,79	20,78	31,53
	Ensino superior incompleto	16	6,35	3,95	10,06
	Ensino superior incompleto	17	6,75	4,25	10,54

	Dados ausente		1	0,40		
Ocupação	Sem ocupação		171	67,59	61,60	73,06
	Estudante		14	5,53	3,32	9,07
	Trabalha com carteira assinada		26	10,28	7,11	14,63
	Trabalha sem carteira assinada		36	14,23	10,46	19,07
	Outros		6	2,37	1,09	5,08
Possui renda	Não		93	36,90	31,19	43,02
	Sim		159	63,10	56,98	68,82
	Dados ausentes		1	0,40		
Renda familiar	> 1 salário mínimo (SM)		61	29,33	23,56	35,84
	Entre > 1 a 2 SM		77	37,02	30,75	43,76
	Entre > 2 a 4 SM		45	21,63	16,58	27,72
	Entre > 4 a 8 SM		23	11,06	7,48	16,05
	Entre > 8 a 20 SM		2	0,96	0,26	3,44
	Dados ausente		45	17,79		
Coabitam	Com pais	Não	106	51,21	44,44	57,93
		Sim	101	48,79	42,07	55,56
		Dados ausentes	46	18,18		
	Com filhos	Não	157	76,21	69,95	81,51
		Sim	49	23,79	18,49	30,05
		Dados ausentes	47	18,58		
	Com outros parentes	Não	109	53,96	47,08	60,70
		Sim	93	46,04	39,30	52,92
		Dados ausentes	51	20,16		
	Com parceiro	Não	161	78,92	72,82	83,96
		Sim	43	21,08	16,04	27,18
		Dados ausentes	49	19,37		
	Com outra pessoa	Não	191	93,17	88,86	95,89
		Sim	14	6,83	4,11	11,14
		Dados ausentes	48	18,97		

A maior parte dos participantes não estudava ou trabalhava no momento da coleta de dados (67,6%), mas possuía renda (63,1%). Essa renda vinha principalmente da aposentadoria (29,7%), de benefícios da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (20%) e do auxílio doença do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (13,5%). As atividades de geração de

renda não foram relevantes na amostra deste estudo, tendo sido relatadas por apenas três participantes.

Conforme descrito na tabela 5, quase todos os usuários tiveram pelo menos uma consulta com médico (81,4%) e psicólogo (77,9%). Entre os profissionais menos consultados estão o educador físico e a equipe de enfermagem, lembrando que foram incluídos na pesquisa usuários que estivessem em tratamento há pelo menos três meses. Cerca de 34% dos participantes não conheciam seu diagnóstico, um direito básico de todo usuário do SUS. Dentre os participantes que conheciam e declararam seu diagnóstico psiquiátrico houve predomínio de transtornos psicóticos (58,6%). A maioria dos participantes (71,5%) está em seu primeiro tratamento no CAPS.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes por variável clínica. São Paulo -SP, 2017.

			N	%	95%CI.lo	95%CI.hi
Profissional com quem teve contato						
Educador físico	Não		197	77,87	72,35	82,54
	Sim		56	22,13	17,46	27,65
Enfermeiro	Não		113	44,66	38,66	50,82
	Sim		140	55,34	49,18	61,34
Psiquiatra	Não		47	18,58	14,27	23,83
	Sim		206	81,42	76,17	85,73
Psicólogo	Não		56	22,13	17,46	27,65
	Sim		197	77,87	72,35	82,54
Terapeuta ocupacional	Não		107	42,29	36,36	48,45
	Sim		146	57,71	51,55	63,64
Técnico de enfermagem	Não		120	47,43	41,36	53,58
	Sim		133	52,57	46,42	58,64
Oficineiro	Não		203	80,24	74,89	84,68
	Sim		50	19,76	15,32	25,11
Outros profissionais	Não		147	58,10	51,95	64,02
	Sim		106	41,90	35,98	48,05
Diagnóstico						
Transtornos psicóticos	Não		66	41,51	34,14	49,28
	Sim		93	58,49	50,72	65,86
	Dados ausentes		94	37,15		
Transtornos de humor	Não		96	60,38	52,62	67,65
	Sim		63	39,62	32,35	47,38
	Dados ausentes		94	37,15		

Outros transtornos	Não	150	94,34	89,59	96,99
	Sim	9	5,66	3,01	10,41
	Dados ausentes	94	37,15		
Frequência no tratamento					
	Uma vez por semana	47	18,58	14,27	23,83
	Duas vezes por semana	81	32,02	26,57	38,00
	Três vezes por semana	39	15,42	11,49	20,38
	Quatro vezes por semana	10	3,95	2,16	7,12
	Cinco a sete vezes por semana	47	18,58	13,22	22,54
	Duas vezes por mês	5	1,98	0,85	4,54
	Uma vez por mês	17	6,72	4,24	10,50
	A cada dois meses	6	2,37	1,09	5,08
	A cada três meses	1	0,40	0,07	2,21

As variáveis de satisfação sugerem que quase a totalidade dos usuários de CAPS estava satisfeita com o tratamento no momento da pesquisa, e apenas 7,5% deles não gostariam de retornar ao mesmo CAPS, caso precisassem de um novo tratamento. Apesar disso, aproximadamente 60% dos pacientes avaliaram a própria saúde mental, na entrevista, como ruim ou muito ruim.

Em relação à qualidade dos cuidados em CAPS, foi percebida como positiva pelos pacientes (média = 3,3). As médias entre as dimensões foram relativamente próximas entre si, mas três grupos tiveram médias significativamente diferentes: o grupo A, composto pelas dimensões “Encontro” e “*Família e amigos próximos*”; o grupo B, composto pela dimensão “*Ambiente*”; e o grupo C, que engloba a maior parte das dimensões: “*Participação-informação*”, “*Participação-empoderamento*”, “*Apoio*”, “*Acessibilidade*” e “*Direitos dos usuários*”. A média mais alta foi obtida pela dimensão “*Família e amigos próximos*” (3,7), seguida por “*Encontro*” (3,6) e “*Ambiente*” (3,4). As demais dimensões tiveram médias em torno de 3,1, a saber: “*Direitos dos usuários*” (3,06); “*Participação-informação*” (3,09); “*apoio*” (3,12); “*Participação-empoderamento*” (3,13); e “*Acessibilidade*” (3,14), como mostrou a tabela 2. Notem que o número de itens por dimensão varia, o que precisa ser considerado na avaliação das médias. As medianas por dimensão são apresentadas na Figura 2.

As médias mais altas foram obtidas pelos itens 15, “respeitam-me” (3,79), e 28, “respeitam minha família e amigos” (3,79). Os piores resultados foram apresentados pelos itens 26, “facilidade de contatar o médico por telefone” (2,36) e 30, “receber informação sobre diferentes possibilidades de tratamento” (2,64). Na dimensão “*Direitos dos usuários*” o item 33, “ter informações sobre direitos”, teve a menor média (2,83).

Figura 2 – Distribuição das medianas das dimensões do QPC-OP. São Paulo (SP), 2017.

Foram encontradas correlações significativas entre as questões socioeconômicas e clínicas, as dimensões do QPC-OP e o instrumento completo, conforme demonstrado nas tabelas 6 e 7. Não encontramos associação entre as dimensões do QPC-OP com as variáveis sexo e raça. A idade teve uma correlação pobre (inferior a 0,19) com as dimensões “Encontro”, “Participação-empoderamento” e “participação-informações”. As variáveis de satisfação não possuem relacionamentos significativos com nenhuma das dimensões do QPC-OP ou com o instrumento completo.

Tabela 6 – Correlação das variáveis socioeconômicas com QPC-OP completo e as dimensões da escala. São Paulo -SP, 2017.

	Encontro	Participação Empoderamento	Participação Informação	Apoio	Ambiente	Família e amigos próximos	Acessibilidade	Direitos dos usuários	QPC-OP Total
Ter renda	0,119	0,222	0,078	0,016	0,093	0,146	0,094	0,038	0,144
<i>Tipo de renda</i>									
Aposentado	0,264	0,185	0,222	0,314	0,296	0,198	0,160	0,074	0,349
Bico*	-0,004	0,318	0,555	0,325	0,234	0,094	0,270	0,180	0,419
LOAS**	-0,277	0,009	-0,002	-0,054	0,022	0,006	0,101	0,350	0,007
Pensão	0,194	0,416	0,230	0,187	0,173	0,211	0,167	0,338	0,372
Salário	-0,009	0,098	0,157	0,264	-0,243	-0,113	-0,001	-0,257	0,022
<i>Co-habita</i>									
Com filhos	-0,021	0,113	-0,005	0,284	-0,162	0,058	-0,160	-0,084	0,017
Não familiares	0,210	0,113	-0,145	-0,103	0,117	0,164	-0,131	0,205	0,054

*Trabalho temporário e informal **Benefício para pessoas com habilidades

Os resultados revelaram que as variáveis “tipo de renda”, “tipo de profissionais de saúde” e “conhecimento sobre o diagnóstico” estão correlacionadas com a qualidade percebida pelo usuário. Receber aposentadoria ou pensão e ter renda com “bicos” influencia a percepção dos

pacientes sobre a qualidade dos cuidados. Conhecer o diagnóstico é um preditor da dimensão “Apoio”; a renda com “bicos” é um preditor da dimensão “Participação-informação” e receber uma pensão ou LOAS são preditores da dimensão “Direitos dos usuários”.

Viver com parceiros ou com pais não está associado à qualidade percebida. Diferentemente, viver com filhos ou com pessoas que não possuem relação familiar são preditores das dimensões “Apoio”, “Encontro” e “Direitos dos usuários”.

Conhecer o próprio diagnóstico é um preditor de quatro dimensões de qualidade e do QPC-OP completo. Sobre o tipo de diagnóstico, apenas “outro diagnóstico” (que não transtorno de humor ou transtorno psicótico) teve correlação com a qualidade (0,334). Ter uma consulta com profissionais “não-psi” é um preditor de diferentes dimensões do QPC-OP, como mostrado na tabela 7.

Tabela 7 – Correlação das variáveis clínicas com as dimensões do QPC-OP e com o QPC-OP completo. São Paulo -SP, 2017.

	Encontro	Participação Empoderamento	Participação Informação	Apoio	Ambiente	Família e amigos próximos	Acessibilidade	Direitos dos usuários	QPC-OP Completo
Educador físico	0,130	0,075	0,117	0,187	0,095	0,197	0,204	0,012	0,194
Enfermeiro	0,251	0,156	0,056	0,126	0,113	0,185	0,186	0,105	0,223
Clínico geral	-0,085	0,271	0,169	0,327	-0,125	-0,046	0,119	0,141	0,174
TO	0,151	0,090	0,099	0,143	0,071	0,101	0,245	0,209	0,219
Técnico de enfermagem	0,157	0,088	-0,077	0,004	0,161	0,213	0,141	0,144	0,134
Oficineiro	0,101	0,287	0,200	0,224	-0,064	0,022	0,163	0,299	0,258
Conhecer o diagnóstico	0,229	0,238	0,262	0,360	0,032	0,039	0,167	0,119	0,313

6 DISCUSSÃO

6.1 Adaptação Transcultural

A equivalência conceitual do QPC-OP foi comprovada a partir da revisão narrativa da literatura e, principalmente, a partir da avaliação de usuários de CAPS e de membros de um comitê de especialistas. Também foi mantida a equivalência semântica dos itens. Já sobre a equivalência técnica, alguns itens sofreram modificações na versão brasileira em relação à extensão das questões e ao tempo verbal.

A definição de equivalência conceitual varia na literatura. No entanto, é consenso que ela acontece quando o mesmo conceito, refletido nos itens que compõem o instrumento, puder ser significativamente discutido em cada uma das culturas participantes (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

Ao fazer uma busca em dicionários de diferentes línguas poderíamos pensar em qualidade como um conceito universal, mas quando recorremos a publicações científicas encontramos resultados inconsistentes sobre a definição universal de qualidade (REEVES; BEDNAR, 1994). Assim, foi necessário buscar na literatura os conceitos de qualidade da assistência no Brasil, para definir se os itens do QPC-OP, propostos a partir do contexto sueco, poderiam ser aplicados e discutidos na realidade brasileira.

Os conceitos de qualidade no Brasil, assim como no QPC-OP, vêm sendo apresentados a partir de dimensões, as quais permitem a avaliação da qualidade da assistência. Como lembra Sarapioni (2009), a qualidade é ligada a um problema de gradação e não de presença e ausência. Considerando um CAPS com alta qualidade relacional, mas com qualidade técnica baixa, qual seria o resultado da avaliação, levando em conta um conceito unidimensional de qualidade? Seria um risco fazer qualquer julgamento dicotômico (“bom” ou “ruim”), mas tomando a qualidade como um conceito multidimensional podemos tranquilamente afirmar que os aspectos relacionais foram avaliados positivamente pelos usuários, enquanto a dimensão técnica apresentou resultado insatisfatório, o que indica a necessidade de maior investimento por parte dos gestores.

Como apontamos na revisão da literatura, as dimensões que compõem o conceito de qualidade da assistência em saúde mental variam, mas algumas delas se repetiram nas diferentes compreensões. Os aspectos inter-relacionais envolvendo usuários e profissionais parecem ser questão central para definição de qualidade da assistência em

saúde mental no Brasil, assim como no QPC-OP (SCHRÖDER et al., 2011).

O relacionamento interpessoal tem sido um dos fundamentos dos cuidados em psiquiatria desde Herbert Stack Sullivan (1995) e dos cuidados de enfermagem psiquiátrica, ancorada na teoria do relacionamento interpessoal terapêutico, de Peplau (1991). No contexto da reabilitação psicossocial, as atitudes e ações relacionais, como afetividade, vínculo e tempo investido na relação usuário-profissional, são variáveis de nível micro que determinam os resultados da reabilitação (PITTA, 2016).

As similaridades e divergências entre o QPC-OP e os conceitos brasileiros acerca da qualidade foram discutidas na apresentação da revisão de literatura. Apenas a dimensão “*Ambiente*” apresentou um enfoque diferente nas definições brasileiras, mais voltado para a avaliação da estrutura física em si, considerando as normativas do Ministério da Saúde, enquanto no QPC-OP, “*Ambiente*” avalia o nível de segurança e conforto percebidos pelo usuário no espaço físico. O QPC-OP se preocupa em mensurar a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência, incluindo como ele se sente em relação ao Ambiente físico.

A maioria das definições apresentadas na revisão não parte da perspectiva do usuário, o que pode explicar a divergência entre as definições da dimensão “*Ambiente*” no QPC-OP e nas pesquisas brasileiras. Os resultados da revisão indicam que o conceito de qualidade da assistência apresentado no instrumento QPC-OP é compreensível e aplicável à realidade brasileira, mesmo com algumas divergências sobre a compreensão do “*Ambiente*”. Assim como na revisão, a adequação do instrumento foi confirmada pelo comitê de especialistas.

Três itens foram apontados por um especialista como parcialmente inadequados em relação à adequação ao construto de alta qualidade da assistência, um deles por restringir a participação no tratamento aos membros da família, tornando-se adequado ao incluir a participação de amigos. Os outros itens, que tratavam da facilidade de conseguir contato com o médico e de orientações para alta, não foram tidos como inadequados, considerando as justificativas apresentadas a seguir.

Os estudos que descrevem o perfil de atendimento em CAPS têm mostrado que o médico é o profissional que tem contato com o maior número de usuários (BELLETTINI; GOMES, 2013; PELISOLI; MOREIRA, 2005). Bellettini e Gomes (2013) mostraram que 99% dos usuários de um CAPS no sul do Brasil tiveram um atendimento com psiquiatra, enquanto 87% foram atendidos por psicólogo, 15% por assistente social, 29% por terapeuta ocupacional e 38% por enfermeira. Ademais, questões relacionadas à

medicação e à elaboração de laudos para requisição de benefícios dependem de ações médicas, fazendo que o médico, junto com o profissional de referência, sejam os profissionais mais procurados pelos usuários, o que dá sentido à manutenção do item.

A questão da alta tem sido discutida pelas equipes do CAPS no sentido de ser ou não realizada em algum momento, sem ainda haver consenso, o que se confirmou no pré-teste. Pela experiência das autoras brasileiras podemos inferir que isso tem acontecido, principalmente, por ineficiência de alguns serviços de atenção primária em atender transtornos mentais severos e persistentes, mesmo que estáveis, e pela concepção de alguns profissionais de que a alta representaria uma possível quebra de vínculo. Entendendo que a equipe do CAPS deve ser sempre a referência do usuário, a alta e encaminhamento para outro serviço seria prejudicial para o tratamento. Com isso, a prática de dar alta aos usuários de CAPS não acontece de forma sistemática, o que pode tornar o item 21 inadequado para o contexto brasileiro. Apesar disso, optamos por mantê-lo até que seja feita a avaliação da validade de construto, por meio da análise fatorial.

Comprovada a equivalência conceitual, avaliamos a equivalência semântica do instrumento. Segundo Herdman (1997), existe maior grau de consenso nas definições desse quesito, as quais sugerem, em maior parte, que a equivalência semântica envolve a manutenção do significado entre fonte e versões traduzidas. Notem que a correspondência vai além da literalidade das palavras; a preocupação é que o item produza o mesmo efeito na população-alvo.

Silva et al. (2017), em um levantamento bibliográfico sobre o perfil de usuários de CAPS, constataram que a maioria dos usuários tem escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, nível inferior à escolaridade média do brasileiro (IBGE, 2010) e ainda mais baixo quando comparado à realidade sueca. Os estudos do QPC-OP na Suécia mostraram que 55% dos participantes tinham o equivalente ao ensino médio completo e 23% terminaram a graduação (LUNDQVIST, et al., 2012).

Considerando a baixa escolaridade dos usuários de CAPS houve a preocupação de produzir um texto com linguagem coloquial, mais próxima da língua portuguesa falada no Brasil. As alterações feitas vão ao encontro dos princípios básicos para criação de itens psicométricos – clareza, concisão, relevância e utilidade (PASQUALI, 2013) – e não prejudicaram a equivalência semântica dos itens.

Ademais, a metodologia utilizada, dentre os diversos processos de adaptação descritos na literatura, é um dos mais complexos e rigorosos métodos de adaptação transcultural. Symon et al. (2012) analisam os processos de adaptação transcultural de

uma escala de qualidade de vida em seis países e concluem que, dentre as seis metodologias a proposta por Beaton et al. (2002), esta era a mais complexa e capaz de evitar problemas linguísticos e semânticos.

Equivalência semântica envolve manter a paridade do significado entre a fonte e a tradução, considerando que o questionário precisa produzir o mesmo efeito no respondente que a versão original produziria no seu local de criação (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997). Para manter a equivalência semântica dos itens, algumas alterações técnicas foram feitas, tendo como principal eixo de diferenciação linguística entre os respondentes, Brasil e Suécia, o aspecto sociocultural.

A equivalência técnica é geralmente usada para referir aspectos de linguagem e/ou aceitação do conteúdo do questionário, levando em conta elementos gramaticais – assegurar que a sintaxe e a gramática dos itens da versão original sejam mantidas na tradução – e socioculturais – considerações que devem ser feitas para aceitação do conteúdo pelo público-alvo (SARTORIUS apud HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997). A maior parte dos respondentes da Suécia tem nível superior completo, enquanto no Brasil a maioria não tem o ensino fundamental completo. Por isso, a versão brasileira tem uma linguagem mais coloquial e frases mais curtas que a versão original, mas sem que houvesse prejuízos à equivalência semântica.

As modificações feitas na versão brasileira do instrumento interferiram na equivalência técnica, na medida em que provocaram alterações na gramática e na sintaxe dos itens originais. Por outro lado, permitiram que o conteúdo da escala fosse aceito pela população-alvo, o que também é uma dimensão importante da equivalência técnica.

Feita a avaliação das equivalências semântica e técnica foi importante verificar se os itens do QPC-OP representavam todas as facetas relevantes da qualidade da assistência em saúde mental, ou, em outras palavras, avaliar a validade de conteúdo do instrumento.

Não existe um consenso na literatura sobre a terminologia e o conceito da validade de conteúdo. Alexandre e Coluci (2011) defendem que essas definições podem envolver dois ângulos: saber se as perguntas do instrumento são representativas dentro do universo de todas as questões que poderiam ser construídas sobre o tópico; e avaliar o grau em que cada elemento de uma escala é relevante e representativo de um construto com um propósito particular de avaliação.

Baseado nas avaliações do comitê de especialista, o QPC-OP é relevante e representativo do construto de qualidade, mas sua versão original deixa de abordar um aspecto central da qualidade da assistência em saúde mental, na perspectiva da

reabilitação psicossocial: a promoção da cidadania do usuário.

Ainda na revisão da literatura, apresentada no início dos resultados, esperávamos encontrar informações sobre promoção da cidadania do usuário, elemento que pareceu ter sido deixado de lado nas definições de qualidade em saúde mental. A cidadania é objeto e finalidade do processo de trabalho em saúde mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2005), devendo estar presente no cotidiano da prática assistencial nos CAPS e, conseqüentemente, nas concepções de qualidade. É no processo assistencial que reside a potencialidade de construção de cidadania para os usuários; é nele que profissionais podem promover a ruptura com saberes e práticas manicomiais para trabalhar a construção da cidadania dos usuários. Sendo a cidadania norteadora desse processo (MOTA; BARROS, 2008), não poderia ser desvinculada do conceito de qualidade da assistência em saúde mental no Brasil, como foi apontado pelo comitê de especialistas.

O acréscimo de novos itens é indicado para capturar questões específicas de determinado contexto que não são originalmente cobertas pelo instrumento, mas com o cuidado de construí-los de forma coerente com o conceito utilizado no questionário (VAN WIDENFELT, TREFFERS, BEURS et al., 2005). Os novos itens foram adicionados ao final do instrumento, constituindo um novo domínio, na tentativa de preservar a estrutura do QPC-OP original para que não fosse prejudicada pelo acréscimo.

O processo de adaptação de uma escala envolve assegurar que o instrumento possa ser utilizado em outro país sem perder seus aspectos fundamentais. O construto de alta qualidade apresentado no QPC-OP é constituído por oito domínios. Para potencializá-lo, foi acrescido um domínio que reflete elementos essenciais para a qualidade do CAPS: “*Direitos dos usuários*”. Ele engloba ações que instrumentalizam o usuário para exercer sua cidadania e abrange a especificidade do contexto político de saúde mental no Brasil.

No âmbito do CAPS, os trabalhadores têm cotidianamente a tarefa de expandir e fortalecer as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira, criando e expandindo uma rede de atenção baseada no território, nos princípios de participação popular e na promoção da autonomia.

O “território” tem sido apresentado como viabilizador de um cuidado mais próximo e ampliado, visto que seu “uso” permite conhecer a realidade do sujeito, suas relações e seu cotidiano. Existem diferentes definições de território disponíveis na literatura, no entanto, assumimos aqui o conceito de Milton Santos (1994), que inovou ao considerar o “território usado”, ou seja, o espaço além da área geográfica, o território relacional, onde identidades e novos significados são construídos e o novo saber/fazer em

saúde mental é produzido e reproduzido. Para esse autor, é o *uso*, e não o território em si, que faz dele objeto de análise social.

Leão e Barros (2012) tomam o trabalho no território como pressuposto para a consolidação do modelo de atenção psicossocial, visto que aproxima o cuidado à realidade social, política e cultural do sujeito, produzindo modificações em seu contexto e novos modos de a pessoa com transtorno mental pensar e se relacionar. O CAPS tem, minimamente, o papel de apresentar elementos do território que possam ser utilizados pelos usuários como espaços de trocas sociais.

A assembleia de usuários é um espaço democrático e participativo no qual todos os usuários do CAPS são incentivados a interagir, tendo por objetivo a discussão de questões cotidianas do serviço, a troca de informações, bem como a potencialização de encontros. Apesar disso, por vezes ocorre assimetria entre a participação de usuários e de profissionais nesse contexto, indicando processos que dificultam o protagonismo dos usuários. Questões como disputa de interesses, hierarquização nas relações e enrijecimento na condução do processo participativo podem reduzir ou até mesmo inviabilizar as possibilidades de protagonismo dos usuários de CAPS (COSTA; PAULON, 2012). A não participação dos usuários na assembleia e o silêncio dos que participam são aqui considerados sinais de relações de poder entre profissionais e usuários. No que se refere à qualidade de um serviço de saúde mental no Brasil, é imprescindível que haja horizontalidade nas relações e que o espaço da assembleia seja para acolhimento e protagonismo do usuário.

Por último, o item 33 trouxe à cena o papel do CAPS de orientar os sujeitos sobre seus direitos enquanto usuários do serviço e cidadãos. No contexto brasileiro de saúde mental, o conceito de saúde foi vinculado ao exercício da cidadania na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Desde então tem-se buscado criar nos textos da política de saúde mental brasileira mecanismos que viabilizem o exercício dos direitos das pessoas com transtorno. Apesar disso, o documento oficial não garante a cidadania. Ela precisa ser construída e conquistada no cotidiano, nas relações diárias, nos níveis micro e macrossociais (OLIVEIRA, 2005).

A assistência em saúde mental oferecida no CAPS precisa operar como instrumento para reconstrução do poder contratual do usuário. Para isso, o CAPS deve executar intervenções com enfoque na garantia dos direitos do cidadão em sofrimento mental e de sua família (MOTA; BARROS, 2008). Isso inclui informá-los sobre seus direitos.

A informação é pré-requisito para o exercício da cidadania, ou seja, se o usuário não conhece seus direitos, possivelmente terá dificuldades para exercê-los. Assim, ao esclarecer os direitos dos usuários e os recursos para garanti-los, os profissionais não só informam, mas também legitimam o usuário como sujeito de direitos, apto para o exercício da cidadania.

Apesar da centralidade do tema na política brasileira de saúde mental, ainda existe pouca publicação sobre os direitos das pessoas com transtorno mental (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). Algumas questões, como empoderamento e participação do usuário e da família no tratamento têm sido postas, enquanto o debate sobre informação dos direitos do usuário na condição de cidadão tem sido deixado de lado.

A inclusão dos três itens completa o QPC-OP, na medida em que incorporam a esse elemento ao conceito de qualidade da assistência em saúde mental no CAPS. Apesar disso, a manutenção dos novos itens será condicionada à avaliação da carga fatorial do instrumento.

Por fim, para assegurar que além de representar o mesmo conceito de qualidade da versão original, a versão brasileira também fosse considerada útil pelos respondentes, a validade aparente do QPC-OP foi avaliada e comprovada por meio do pré-teste. A avaliação da validade aparente minimiza a possibilidade de resistência dos respondentes à escala adaptada, visto que avalia se estes consideram ou não o produto final do processo de adaptação “sem sentido” ou irrelevante (MARTINS, 2006).

A avaliação das equivalências conceitual, técnica e semântica é fundamental no processo de adaptação de instrumento de medidas. No entanto, pode apresentar limitações por ser um processo subjetivo. Dessa forma, sua utilização não elimina a necessidade de aplicação de outras medidas psicométricas adicionais.

O processo de validação do QPC-OP ainda precisa ser refinado com a avaliação da validade de construto, a partir da análise fatorial, mas os dados ora apresentados nos permitem afirmar que a nova versão do QPC-OP é válida para uso no Brasil, em relação ao seu conteúdo.

6.2 As propriedades psicométricas do QPC-OP

O QPC-OP foi desenvolvido na Suécia, para mensurar a qualidade do atendimento em serviço de saúde mental extra-hospitalar, a partir da experiência do paciente. O processo de adaptação transcultural pode ter alterado a estrutura do instrumento ou ainda

o modelo original, que é válido na Suécia, mas pode não ser válido no Brasil. Por isso, foi importante determinar se o modelo proposto na versão original do QPC-OP é aplicável ao contexto brasileiro e se as alterações feitas no processo de adaptação transcultural não interferiram negativamente na estrutura de fatores originais. Para isso, testamos se as propriedades psicométricas e a dimensionalidade da versão original QPC-OP foram mantidas na versão brasileira.

As análises iniciais sugeriram a necessidade de alterações do instrumento para se alcançar um modelo de qualidade. Contudo, as mudanças foram feitas de modo que o modelo teórico do QPC-OP não fosse violado (HAIR et al., 2009).

A Análise Fatorial Confirmatória e a análise de confiabilidade mostraram que a versão brasileira do QPC-OP replicou a estrutura fatorial da versão original do instrumento, exceto no fator “alta”. E o modelo final alcançou índices de qualidade que sugeriram um ajuste adequado.

A análise de confiabilidade, usando Alpha de Cronbach e Ômega de McDonald, apresenta um resultado excelente para o questionário completo, evidenciando a consistência interna da escala, traço que sinaliza o grau de homogeneidade da medida, ou seja, o quanto os itens mensuram o mesmo construto (MAROCO, GARCIA-MARQUES, 2006).

Os resultados do Alpha para as dimensões foram satisfatórios para os fatores 1, 4 e 5, mas não para os demais. Apesar disso, não será rejeitada a capacidade de os itens de cada fator irem na mesma direção, considerando as limitações do Alpha de Cronbach apontadas na literatura internacional (DUNN, BAGULEY E BRUNSDEN, 2013/2014; CHO, KIM, 2015).

O viés de Alpha envolve a tendência de subestimar o grau de consistência interna de uma escala quando os erros não estão correlacionados. Além disso, o coeficiente Alpha também pode variar de acordo com o número de itens, de modo que uma dimensão mais enxuta tem um desempenho pior. Por outro lado, quando o número de itens é grande o valor do Alpha é insuflado (DUNN, BAGULEY, BRUNSDEN, 2013/2014). A grande maioria das dimensões do QPC-OP é composta por cinco itens ou menos, assim, o desempenho de algumas dimensões do QPC-OP pode ter sido dificultado pelo pequeno número de itens que as compõem.

Não foi considerada como estratégia excluir itens importantes no subconjunto para aumentar o Alpha de Cronbach, levando em conta que essa estratégia pode reduzir tanto a validade quanto a confiabilidade do instrumento (CHO; KIM, 2015) e, que

considerando que as cargas fatoriais dos itens são moderadas ou altas, os resultados desfavoráveis obtidos no coeficiente Alpha de Cronbach não são preocupantes (BOYLE, 1991).

Na Análise Fatorial Confirmatória comparamos o quanto nossa especificação dos fatores combina com a realidade. O *Goodness of Fit* (GOF) descreve quão bem o modelo estatístico se ajusta a um conjunto de observações. Alguns índices de ajustes representam o GOF; aqui utilizamos os índices de ajustes incrementais e de medidas absolutas (HAIR et al., 2009). Os índices de ajustes incrementais avaliam o desempenho do modelo especificado em relação a um modelo de referência alternativo, o chamado modelo nulo (HAIR et al., 2009). Os índices mais comuns de ajustes incrementais são TLI e CFI. No QPC-OP, ambos mostraram uma excelente pontuação na CFA do modelo 3 (HAIR et al., 2009). No que diz respeito ao ajuste de medida absoluta, utilizamos RMSEA e SRMR; o primeiro teve um desempenho muito bom (HAIR et al., 2009), enquanto o segundo obteve um índice considerado elevado, mas ainda assim aceitável (HU; BENTLER, 1999).

O SRMR é uma medida absoluta de ajuste, definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a prevista. É uma medida positivamente tendenciosa, em que o viés é maior para um N pequeno e para estudos com df (grau de liberdade) baixo. O SRMR não tem penalidade para a complexidade do modelo. Um valor inferior a 0,08 é geralmente considerado um excelente ajuste. Nesta análise levantamos a possibilidade de o tamanho da amostra ter influenciado negativamente o valor do SRMR (HU; BENTLER, 1999), sendo recomendável que se faça segunda análise, com uma amostra maior.

Considerando os resultados obtidos através da avaliação da consistência interna e os dados de validade obtidos na CFA, a literatura defende que a análise mais importante na validação psicométrica é a validade, e a baixa homogeneidade é menos preocupante, já que as cargas fatoriais foram moderadas e altas (BOYLE, 1991). Apesar dos valores insatisfatórios do Alpha, o modelo teórico proposto não foi rejeitado pelos testes de adequação (TLI, CFI e RMSEA).

Todas as cargas fatoriais foram estatisticamente significativas e significantes, exceto pelo item 14, que teve carga fatorial menor que 0,40. Assim, a variância dos itens da versão brasileira do QPC-OP é explicada de forma adequada pelo fator latente, em 29 dos trinta itens. Isso significa que a variância explicada pela carga fatorial é maior que a variância de erro (HAIR et al., 2009).

Sobre a baixa carga fatorial do item 14, “reconhecer sinais de piora”, levantamos

a hipótese de que se trata da redação do item, que pode não refletir o fator da qual ele faz parte. O item pertence à dimensão “*Participação-informação*”, mas não menciona o recebimento de informação que permitisse ao usuário reconhecer sinais de piora. A redação “recebi informações que me ajudaram a reconhecer os sinais de piora” pode ser uma alternativa a ser testada em estudos futuros.

Como dito no início desta discussão, apesar da equivalência cultural do construto de qualidade da assistência, o fator “*Alta*” foi considerado inadequado no modelo brasileiro. Provavelmente isso se dá pelas diferenças no funcionamento dos serviços extra-hospitalares de saúde mental no Brasil e na Suécia. Nos serviços brasileiros, a “alta do serviço” não é uma prática generalizada. E essa pode ser uma razão para que o fator não seja adequado para o contexto brasileiro.

Uma das causas disso é a limitação dos cuidados primários na gestão eficiente de casos de pessoas com transtornos mentais mais graves, como esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Na maioria dos CAPS, os pacientes mudam de um tratamento mais intensivo, com maior participação do usuário nas terapias oferecidas pelo serviço, para um tratamento menos intensivo, sem interrupção do contato com o serviço. Essa poderia ser uma razão pela qual o fator “*Alta*” não se encaixa no contexto brasileiro.

A alta correlação entre as dimensões “*Ambiente*” e “*Família e amigos próximos*” não justifica a rejeição do modelo do QPC-OP. Em teoria, essa alta correlação pode indicar a necessidade de uma estrutura empírica mais reduzida, teoricamente coerente e parcimoniosa, e a adequação poderia melhorar as propriedades da escala. Por outro lado, a retirada de itens de dimensões compostas por poucos elementos pode prejudicar a validade da escala. Considerando que não conseguimos observar redundâncias a partir da leitura dos itens, nenhum deles foi retirado.

Embora os oito fatores da versão brasileira do QPC-OP estejam correlacionados, os resultados variaram de uma dimensão para outra, como pôde ser observado nos resultados das médias por fator. A mais alta foi obtida pela dimensão “*Família e amigos próximo*”, e a mais baixa média, pela dimensão “*Direitos dos usuários*”. A discussão sobre as médias será feita no próximo item, na descrição da qualidade da assistência percebida. No entanto, gostaríamos de chamar a atenção para a média do item 26, que foi relativamente baixa se comparada às demais. Ao invés de defender que esse resultado indica uma dificuldade de acesso ao médico, levantamos uma nova hipótese: de que restringir o contato por meio telefônico pode ser uma limitação do item. O contato telefônico com o psiquiatra é uma prática comum nos atendimentos do setor privado, mas

não no SUS, em que o contato com o médico por vezes é limitado e, em geral, ocorre pessoalmente nos espaços de ambiência ou no consultório. Apesar de apresentar uma carga fatorial adequada, levantamos a hipótese de que a retirada do trecho “por telefone” do item 26 pode aumentar a significância prática do item. Com isso, a última recomendação desse estudo é que uma nova coleta de dados, com o item reformulado, seja feita para que essa hipótese possa ser testada.

A versão brasileira do QPC-OP (Apêndice E) é válida e confiável para mensurar a qualidade percebida por usuários de CAPS, apresentando-se como uma possível ferramenta para compor estudos de avaliação e monitoramento da qualidade da assistência em CAPS. Entretanto o instrumento ainda pode ser aprimorado em estudos futuros de modo a potencializar sua significância prática e estatística.

Tendo em vista que as perspectivas dos vários *stakeholders* devem ser consideradas em qualquer esforço para definir, medir e melhorar a qualidade da assistência em saúde (MOSADEGHRAD, 2012) e que uma “pluralidade metodológica” é necessária para conseguir responder às diferentes perguntas de uma avaliação (HARTZ, 1999; SARAPIONI, 2009), o QPC-OP sozinho não é capaz de embasar conclusões sobre a qualidade da assistência em saúde, sendo recomendada a combinação de diferentes estratégias metodológicas e de diferentes fontes de dados para melhor embasar o julgamento e as tomadas de decisão.

6.3 Descrição da qualidade da assistência

Os dados sociodemográficos e clínicos confirmam os dados sobre a prevalência do sexo masculino, baixo grau de escolaridade e de transtornos psicóticos em CAPS (SILVA et al., 2017). A população branca é proporcionalmente menor do que os outros grupos, considerando que esse grupo representa 60,64% da população de São Paulo e 45,06% dos participantes da pesquisa, enquanto que as pessoas de cor preta, que representam 6,54% da população de São Paulo, são 10,28% dos pacientes em CAPS (IBGE, 2010).

Não há consenso sobre a relação entre raça/cor/etnia e sintomas psicóticos, após a análise controlada por vários fatores clínicos e sociodemográficos. Ainda assim, a relação de sintomas psicóticos com minorias étnicas tem sido discutida na literatura, como por exemplo, com latinos que vivem nos Estados Unidos (COHEN; MARINO, 2013), com negros caribenhos (Black Caribbean) vivendo no Reino Unido (VAN OS,

HNSSEN, BIJL, 2001), e afrodescendentes também no Reino Unido (KING, NAZROO, WEICH et al., 2005). Por outro lado, há consenso de que as minorias raciais tendem a estar mais expostas às situações de estresse, como racismo e violência física (FARO; PEREIRA, 2011; KWATE; GOODMAN, 2015). No Brasil, soma-se a isso as iniquidades sociais sofridas pela população negra (LOPES, 2004). Na saúde, isso resulta em formas diferentes de experienciar o processo de adoecimento e receber tratamento entre negros e branco (LOPES, 2004; ARAÚJO et al., 2009).

As minorias raciais foram mais expostas às situações que podem favorecer o desenvolvimento de um transtorno mental e os resultados sugeriram que o CAPS conseguiu oferecer tratamento à essas pessoas, o que é um sinal positivo de acesso.

Os achados desse estudo sobre vínculo empregatício e renda dos usuários de CAPS chamaram a atenção. O número de participantes que respondeu que possuía algum tipo de renda foi quase três vezes maior do que os que declararam ter algum emprego, seja ele formal ou informal.

Deixo claro que sem reduzir o valor do trabalho, que na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, é direito do cidadão e um importante instrumento de inclusão social (BALLAN; ARANHA E SILVA, 2016), quero destacar a importância de 63% dos usuários do CAPS terem uma fonte de renda própria, não necessariamente vinculada à atividade laboral, a qual o acesso das pessoas com transtorno mental ainda é limitado.

A renda é um importante instrumento para a inclusão social da pessoa com transtorno mental, na medida em que possibilita que a pessoa circule mais pelo território e participe de mais atividades de lazer (HUXLEY, THORNICROFT, 2003). Ademais, considerando as sérias desigualdades sociais no Brasil, a renda possibilita condições básicas de sobrevivência para os usuários e por vezes para a família.

A condição de vulnerabilidade social de parte dos usuários de CAPS fica evidente ao constatar que o Benefício de Prestação Continuada da lei orgânica da Assistência Social (LOAS) foi a segunda fonte de renda mais frequente. O LOAS é uma transferência de renda, dirigida aos “indivíduos inválidos ou idosos de 65 anos de idade ou mais” cuja renda per capita familiar seja inferior a 1/4 do salário mínimo nacional e o valor do benefício corresponde ao pagamento mensal de um salário mínimo (BRASIL, 1993).

Por fim, a renda permite que as pessoas vivam em liberdade. Dados do Censo Psicossocial de moradores de hospitais psiquiátricos próprios e conveniados pelo SUS do Estado de São Paulo, no ano de 2008, mostraram que a principal motivo para que as pessoas morassem naqueles hospitais era a precariedade social. Os autores encontraram

que o fato de o morador não ter lugar para residir fora do hospital e/ou não ter renda, associada ao transtorno mental ou às doenças clínicas foi o motivo da permanência na instituição por 65,30%; e que para 519 pessoas (8,2%) a precariedade social foi o único motivo de permanência na instituição, visto que não se fez menção ao transtorno mental ou à doença clínica associados (BARROS et al., 2014).

As revisões sistemáticas da literatura sobre a perspectiva dos usuários de cuidados de qualidade nos mostram que muitos fatores socioeconômicos e clínicos que podem influenciar a percepção dos pacientes (SÄILÄ et al., 2008; WILLIAMS et al., 2015), por exemplo, idade avançada, sexo masculino e estar satisfeito com o tempo de espera desde a chegada até o atendimento, foram elementos associados a um nível de qualidade superior (SÄILÄ et al., 2008). Por outro lado, ser solteiro, ter um nível educacional inferior à educação universitária e pertencer às minorias raciais/étnicas eram fatores associados às classificações de qualidade mais baixas (WILLIAMS et al., 2015).

Os estudos sobre a perspectiva dos pacientes em termos de qualidade nos cuidados de saúde mental são menos comuns, especialmente nos serviços ambulatoriais, e é difícil localizar revisões sistemáticas sobre esse assunto. Alguns estudos originais sobre fator que pode influenciar a qualidade dos cuidados em serviços ambulatoriais psiquiátricos foram realizados. Um desses estudos demonstrou associação entre a qualidade nos serviços de saúde mental e as características econômicas e demográficas do nível de vizinhança do serviço, serviços em bairros onde pessoas pobres e negras viviam tinha uma qualidade de atendimento inferior ao comparado com bairros onde os caucasianos viviam (KUNO; ROTHBARD, 2005).

Tal como no estudo desenvolvido na Suécia com QPC-OP (LUNDQVIST et al., 2012), não houve diferenças entre a percepção acerca da qualidade e o sexo, bem como no que diz respeito à percepção das pessoas que têm ou não parceiro. Também não foram encontradas correlações entre o nível educacional e a qualidade percebida. O tipo de renda foi o grupo variável que apresentou mais correlações com as dimensões do QPC-OP e o instrumento completo, mas não há descrição na literatura sobre o tipo de renda e a percepção de cuidados de qualidade.

Ter renda proveniente de “bicos”, um trabalho informal, de baixa remuneração e de baixo prestígio, obteve o maior número de correlação com as dimensões do QPC-OP e a mais forte, com “Participação-informação”. Os usuários de CAPS, em geral, não têm emprego e têm um baixo nível de escolaridade e às vezes esse tipo de trabalho é a única opção viável. Assim, ao contrário das pessoas que têm renda de aposentadoria, pensão ou

benefícios pagos pelo governo, as pessoas que recebem dinheiro de “bicos” precisam ser mais pró-ativas e capazes de gerenciar suas questões de saúde mental para manter a atividade de trabalho ou obter outra.

Em relação às variáveis clínicas, psicólogos e psiquiatras são os profissionais mais consultados, mas são os únicos que não tiveram correlação com a qualidade. Uma equipe de atendimento ao paciente, composta por diversos tipos de profissionais, tem o potencial de melhorar a qualidade do atendimento para pacientes com doença crônica (WAGNER, 2000). A proposta do CAPS é trabalhar de forma interdisciplinar e não hierárquica, principalmente de modo a evitar que haja centralidade do trabalho médico (BRASIL, 2004). Assim, um encontro com diferentes profissionais poderia oferecer ao paciente um tratamento mais completo e os resultados parecem ir nessa direção.

Os participantes estão satisfeitos com o tratamento e avaliam a qualidade dos cuidados como alta. A dimensão “*Família e amigos próximos*” teve o maior escore e a dimensão “*Direitos dos usuários*” apresentou menor pontuação. Os resultados brasileiros do QPC-OP são mais altos do que os obtidos na Suécia (LUNDQVIST et al., 2012), exceto nas dimensões “Participação-empoderamento” e “*Apoio*”.

A participação de familiares e amigos íntimos no tratamento é discutida na literatura (LIMA et al., 2015; COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015) e é fortemente encorajada pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelos profissionais da CAPS (BRASIL, 2004). O papel da família envolve corresponsabilização no tratamento e cuidado das pessoas com transtorno mental (LIMA et al., 2015), ajudar na reinserção social da pessoa com transtorno mental (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015) e ser objeto de cuidado (BRASIL, 2004).

Vale esclarecer que o QPC-OP não mede a participação dos familiares e amigos no tratamento, visto que essa é facultativa e depende da vontade do usuário e dos familiares em participar. A proposta é avaliar se o serviço oferece possibilidades de participação e se os parentes e amigos mais próximos são tratados de forma respeitosa, sem se comprometer em avaliar a presença ou a frequência deles no tratamento. A relação entre a família e o CAPS deve basear-se em diálogo, parceria e respeito (LIMA et al., 2015, COVELO, BADARO-MOREIRA, 2015) e o CAPS precisa ser um lugar de acolhimento e apoio, o que parece acontecer na percepção dos participantes.

A dimensão específica brasileira, “Direitos dos usuários”, obteve a média mais baixa, mas ainda satisfatória. O Direitos dos usuários deve ser uma condição básica nos cuidados de saúde mental (BRASIL, 2004), mas, em geral, os brasileiros com transtorno

mental parecem experimentar um duplo processo de exclusão, por ser brasileiro e louco. No Brasil, o acesso aos direitos sociais é muitas vezes precário e isso é reforçado pelo processo de adoecimento mental (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). Além disso, o preconceito, o estigma e as limitações na formação dos trabalhadores representam barreiras para que o profissional reconheça o usuário do CAPS como “um sujeito de direitos”.

Já está posto, que as pessoas com transtorno mental não foram e ainda não têm sido tratadas como as outras pessoas durante o tratamento e durante a vida. Por vezes, decisões legais, morais e sociais que deveriam ser das pessoas com transtorno mental foram tomadas pela equipe de saúde e/ou pela família, e isso significa não tratar essas pessoas como cidadãos (CHAMBERLIN, 1998). A relação entre cidadania e direitos já está posta (OLIVEIRA; ALESSI, 2005) e tem sido discutida na literatura e nos documentos da Política de saúde mental (cidadania) como conceito base do modelo assistencial brasileiro (BRASIL, 2004).

Diante de todas as dimensões que compõem o instrumento, “direitos dos usuários” é a dimensão mais complexa, visto que envolve a construção de direitos, e ainda precisa ser melhor trabalhada pelos CAPS. Ademais, a dimensão é composta por apenas 3 itens e a obtenção de uma média mais baixa pelo item 33 “ter informações sobre meus direitos” interferiu fortemente na média da dimensão.

O item 26, que obteve o pior desempenho na avaliação da qualidade, é estatisticamente significativo para a composição da dimensão *Acessibilidade* e para o próprio QPC-OP, mas limitar o contato por telefone reduz a significância prática do item e não nos permite afirmar se o médico é acessível ou não para os usuários.

Os itens que obtiveram a média mais alta tratavam de uma premissa básica do atendimento no CAPS e no SUS: ser tratado com respeito. Os usuários avaliaram como ponto forte da qualidade da assistência em CAPS, o tratamento respeitoso para eles e para seus familiares e amigos. Esse achado vai ao encontro do quarto princípio da *Carta dos direitos dos usuários da saúde*, segundo a qual todo cidadão tem direito a um atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos (BRASIL, 2006), e ao encontro da Política de Humanização da Assistência à Saúde, que visa estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, de trabalho e de afeto (BRASIL, 2013d).

Podemos afirmar, com base nos dados obtidos pela aplicação do QPC-OP, que a qualidade da assistência é percebida pelos usuários de CAPS como de alta qualidade,

principalmente no que envolve receber a família e/ou amigos para participar do tratamento e o respeito pela dignidade do usuário. Entretanto, alguns aspectos da assistência ainda podem ser melhorados, como a participação dos usuários no tratamento, o recebimento de informações importantes sobre o tratamento e sobre seus direitos.

O investimento no aprimoramento da qualidade é importante considerando os resultados que podem ser obtidos a partir de uma assistência de qualidade na perspectiva da atenção psicossocial. Estes envolvem o fortalecimento da autonomia do usuário, a diminuição das crises, a independência progressiva dos usuários, a adesão ao serviço, a convivência, socialização e enriquecimento do cotidiano que vão além do transtorno, além da inserção social, como apontado em uma síntese sobre uma pesquisa avaliativa em CAPS (KANTORSKI. et al., 2009c).

Ferreira et al. (2014) afirmam que o CAPS deve monitorar as ações realizadas de modo a acompanhar a forma como o serviço está sendo construído, somamos a isso a forma como ele está sendo mantido. O QPC-OP é capaz de produzir dados para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias da qualidade da assistência prestada, considerando o modelo de atenção psicossocial. Sendo assim, o QPC-OP se apresenta um instrumento útil para o monitoramento e potencial qualificação dos CAPS analisados.

Ademais, o QPC-OP pode ser um instrumento útil para a avaliação desses serviços, desde que combinado com outras fontes de dados e estratégias metodológicas.

7 LIMITAÇÃO

Esta pesquisa possui algumas limitações que precisam ser consideradas.

A primeira delas diz respeito ao número reduzido de tradutores português-sueco no Brasil. Todos os tradutores participantes foram indicados pela Embaixada da Suécia no Brasil; apesar disso uma das traduções precisou ser descartada por apresentar falhas graves.

Embora o processo de tradução tenha sido realizado sistematicamente, a versão brasileira do QPC-OP foi modificada durante o processo de adaptação cultural e a falta de falantes de língua sueca no comitê de especialistas pode ser uma limitação, na medida em que os juízes não tiveram condições de comparar a versão recebida com a original.

Outro limite desta pesquisa diz respeito à coleta de dados, restrita à cidade de São Paulo. Dessa forma, os resultados obtidos são representativos da realidade paulistana.

O tamanho de amostra seguiu a recomendação da literatura, cinco a dez pessoas por item (PASQUALI, 2013; HAIR et al., 2009), mas provavelmente um tamanho de amostra reduzido pode ter influenciado negativamente os resultados do Coeficiente Alfa de Cronbach e SRMR.

Por último, não avaliamos a estabilidade temporal da medida. Assim, não foi possível determinar se a confiabilidade para aplicações sucessivas de teste e re-teste possui estabilidade temporal satisfatória.

8 CONCLUSÕES

O processo de adaptação transcultural nos permitiu concluir que o conceito de qualidade da assistência em saúde mental é compreendido de modo similar no contexto cultural brasileiro e sueco. A peculiaridade do contexto brasileiro se dá pelas condições socioeconômicas do país, que potencializam a exclusão social das pessoas com transtorno mental e a manutenção do acesso limitado aos direitos sociais e civis, sendo necessário que a assistência em saúde mental envolva ações que promovam a inclusão social e a cidadania das pessoas com transtorno mental.

No Brasil, há uma maior preocupação com questões relacionadas à cidadania, que são objeto e finalidade do trabalho processo de trabalho em saúde mental, diferente da Suécia. Nesse sentido, o processo de adaptação transcultural permitiu a incorporação de aspectos importantes para a avaliação da assistência em CAPS, específicos do contexto brasileiro, os direitos dos usuários. A dimensão “direitos dos usuários” agregou ao QPC-OP novos aspectos da qualidade específicos do contexto brasileiro, de modo a aumentar o grau de cobertura do instrumento, aumentando assim, sua significância prática para mensuração da qualidade percebida por usuários de CAPS.

A versão brasileira foi elaborada de modo a apresentar equivalência semântica e conceitual quando comparada à versão sueca. Optamos por apresentar uma versão com algumas alterações técnicas, porém mais adequada ao contexto brasileiro, considerando a necessidade de oferecer uma linguagem simples e direta, compatível com o grau de escolaridade dos usuários de CAPS, em vez de uma linguagem formal, como na versão sueca.

A avaliação das propriedades psicométricas foi importante para assegurar que a versão brasileira do QPC-OP é um instrumento válido e confiável para mensurar a qualidade da assistência em saúde mental brasileira do ponto de vista do usuário. Ainda assim, o processo de validação nos permitiu identificar algumas possibilidades para potencializar a significância prática e estatística do QPC-OP, a saber:

- ◆ Considerar um N maior. Alguns índices como o SRMR, df, e o coeficiente Alpha de Cronbach são influenciados pelo tamanho da amostra. Uma amostra maior poderia produzir resultados melhores e mais fidedignos.

- ◆ Ajustar a redação dos itens 14 e 26. A redação dos itens pode ter influenciado a carga fatorial, no primeiro caso, e o valor da média. Assim, mudanças na redação podem aumentar a significância estatística no primeiro caso e prática, no segundo.

O instrumento obteve um bom coeficiente de Alpha de Cronbach e de Ômega de McDonald para a escala total, o que indica que os itens do QPC-OP medem o mesmo construto. Para as dimensões o resultado não foi favorável, apesar disso não podemos afirmar que os itens de cada dimensão não medem o mesmo conceito considerando que o pequeno número de itens por dimensão e o tamanho da amostra influenciam negativamente no desempenho do Alpha.

Por fim, com base na avaliação psicométrica podemos afirmar que a versão do instrumento QPC-OP adaptada ao contexto brasileiro é adequada para mensurar a qualidade no atendimento psiquiátrico a partir da perspectiva dos usuários de CAPS.

A aplicação do instrumento e do questionário de caracterização nos permite concluir que os participantes consideram a qualidade da assistência em CAPS na cidade de São Paulo como de boa qualidade, especialmente no que diz respeito à participação da família no tratamento e a ser tratado com respeito e dignidade no CAPS. A dimensão que obteve a menor média, e que precisa de maior investimento, é justamente a dimensão “direitos dos usuários”.

A já complexa tarefa de construir cidadania enfrenta barreiras como o limitado acesso aos direitos sociais impostos pela pobreza e pelo adoecimento psíquico, além de restrições na formação profissional, o preconceito, o estigma da família, dos trabalhadores e da comunidade da qual o CAPS faz parte e as relações hierárquicas entre trabalhadores e usuário. A política de saúde mental e as pesquisas na área têm produzido materiais úteis para nortear as estratégias de promoção da cidadania das pessoas com transtorno mental e isso precisa ser melhor aproveitado pelos gestores e trabalhadores do CAPS.

Os preditores da percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência foram: tipo de renda, coabitar com filhos ou com pessoas que não são da família, categoria profissional do trabalhador com quem teve atendimento, conhecer o próprio diagnóstico e ter um “outro tipo de transtorno mental”, excluindo transtornos psicóticos e de humor.

O CAPS deve passar por processo periódicos de avaliação, de modo a acompanhar a forma como a assistência tem sido prestada. E o QPC-OP pode ser uma ferramenta de gestão nesse processo, considerando que ele é um instrumento capaz de produzir dados para acompanhamento rotineiro de informações prioritárias da qualidade da assistência prestada, considerando o modelo de atenção psicossocial.

Este estudo avança ao apresentar um instrumento útil para o monitoramento, avaliação e potencial qualificação dos CAPS na perspectiva do usuário, que não existia até o momento. Para produção de dados capazes de embasar o julgamento de uma

avaliação, recomendamos que o QPC-OP seja utilizado como parte de uma avaliação, combinado com outros meios de coleta de dados e envolvendo diferentes atores, de modo a incluir diferentes perspectivas da qualidade da assistência.

9 REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.
- AMARANTE, P.D.C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 120p .
- ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 887-900, 2015.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **Plos One**, San Francisco, v. 7, n. 2, p. e318-379, 2012.
- AQUINO, E. M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2012.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT. Australian Institute of Health and Welfare. **The measurement of patient experience in non-GP primary health care settings**: discussion paper for the National Health Standards and Statistics Committee. Canberra: AIHW, April 2014.
- BALLAN, C.; ARANHA E SILVA, A. L. O livro das receitas d'O Bar Bibitântã: conquistas e desafios na construção de um empreendimento econômico solidário na rede pública de atenção à saúde mental no município de São Paulo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 18, p. 184-205, 2016.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.
- _____. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: Satis-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 293-300, 2000.
- BANDEIRA, M. et al. Escala de avaliação da satisfação dos familiares em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 153-166, 2002.
- BANDEIRA, M. et al. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 107-114, 2009.
- BANDEIRA, M. et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da escala de mudança percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.
- BARBOSA, G. C. **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas do município de Botucatu**. 2013. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1780-1785, 2011. Número especial.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARANHA E SILVA, A. L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 815-819, 2007. Número especial.

BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014.

BEATON, D. E. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. Rosemont: AAOS; Toronto: IWH, 1998.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEATON, D. E., et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures**. American Academy of Orthopedic Surgeons and Institute for Work & Health. Revisada em Junho/2007. Disponível em: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf

BECKER, T. et al. The EPSILON study: care for people with schizophrenia in five european centres. **World Psychiatry**. v. 1, n. 1, p. 45-47. 2002.

BELLETTINI, F.; GOMES, K. M. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans – SC. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 161-175, 2013.

BERWICK, D. M. Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, D. M.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994. p. 19-27.

BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.

BOYLE, G. J. Does item homogeneity indicate internal consistency or item redundancy in psychometric scales? **Personality and Individual Differences**. v. 12, n. 3, p. 291-294, 1991.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS nº 224, 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial/hospitalar em saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168. Disponível

em: <<https://goo.gl/jrK5kk>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jan. 1994.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Opas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados Avaliar CAPS 2008 para Colegiado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 29 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 232-233.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2012. Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção**

Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2013c. Seção 1, p. 38-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.517, de 24 de julho de 2013. Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2013d. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS:** Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 12**, Brasília, DF, v. 10, n. 12, 48 p., 2015b. Disponível em: <<https://goo.gl/4PCsGb>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BREDEMEIER, J. et al. Versão brasileira do Quality of Care Scale: qualidade de cuidado na perspectiva de pessoas com incapacidades. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 583-594, 2014.

CAMPANA, A. O. **Investigação científica na área médica**. Barueri: Manole, 2001. 245 p.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. s63-s69, 2005. Suplemento.

COIMBRA, V. C. C. et al. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 111-113, 2005.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental (2004-2013). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1127-1179, 2014.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, Medford, v. 44, n. 3, p. 166-203, 1966. Parte 2.

_____. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

_____. The Litchfield lecture: quality assurance in health care: consumers' role. **Quality in Health Care**, London, v. 1, n. 4, p. 247-251, 1992.

DONABEDIAN, A.; PALMER, R. H.; POVAR, G. J. **Striving for quality in health care:** an inquiry into policy and practice. Chicago: Health Administration Press, 1991.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF,

v. 64, n. 1, p. 47-52, 2011.

DUARTE, M. L. C. et al. Programa de educação pelo trabalho: relato de experiência sobre a formação de trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 166-169, 2014.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-14.

FIGUEIREDO FILHO, D.B.; SILVA JÚNIOR, J.A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, v. 16, n. 1, p.160-185, 2010.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 43-56.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A. Participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 231-248.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

FURTADO, J. P. et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013.

GANDOLFI, M. **Imputação múltipla via algoritmo MICE e método IMLD**. 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado em Bioestatística) – Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

GARRATT, A.; SOLHEIM, E.; DANIELSEN, K. **National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review**. Oslo: The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008. (Report from the Knowledge Centre n. 7).

GIGANTESCO, A.; MOROSINI, P.; BAZZONI, A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 73-78, 2003.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 10, n. 13, p. 1-13, 2010.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J. **Análise multivariada dos dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

- HAPPELL, B. et al. Participative mental health consumer research for improving physical health care: an integrative review. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 25, n. 5, p. 399-408, 2016.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997.
- HU, L.. BENTLER, P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v. 6, n.1, p.1-55. 1999.
- HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **The British Journal of Psychiatry**, London, n. 182, p. 189-290, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. 2010a. Disponível em: <<https://goo.gl/xgvD9k>>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- _____. **Estatística de gênero: total de pessoas por nível de instrução (pessoas)**. 2010b. Disponível em: <<https://goo.gl/iB2QBm>>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- JACOBSON, N. **A conceptual model of recovery**. Madison, Wis, Wisconsin coalition for advocacy. 2000. 20 p.
- JACOBSON, N.; GREENLEY, D. What is recovery? A conceptual model and explication. **Psychiatric Services**, Washington, DC, v. 52, n. 4, p. 482-485, 2001.
- KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2009a.
- KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 29-35, 2009b. Suplemento.
- KANTORSKI, L. P. et al. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 273-282, 2009c.
- KARLSSON, L. B.; RYDWIK, E. Doing care with integrity and emotional sensibility: reciprocal encounters in psychiatric community care of older people with mental health problems. **Sociology Mind**, California, v. 3, n. 2, p. 185-192, 2013.
- LAGE, L. V.; LEVY, R. A.; CICONELLI, R. M. Instrumentos de avaliação em reumatologia: importância de sua tradução e validação para nosso idioma. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 46, n. 4, p. 237, 2006.
- LLANWARNE, N. R. et al. Relationship between clinical quality and patient experience: analysis of data from the English quality and outcomes framework and the National GP Patient Survey. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 11, n. 5, p. 467-472, 2013.
- LOPES, E. L.; HERNANDEZ, J. M. C.; NOHARA, J. J. Escalas concorrentes para a mensuração da qualidade percebida: uma comparação entre a Servqual e a RSQ. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 401-416, 2009.

- LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.
- LUNDQVIST, L. O. et al. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 19, n. 7, p. 629-637, 2012.
- LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.
- MAIA, C. S. et al. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011.
- MALINS, G. et al. A framework for mental health consumers to evaluate service provision. **Australasian psychiatry**, Carlton, v. 14, n. 3, p. 277-280, 2006.
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.
- MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.
- MIRANDA, S. P.; VARGAS, D. Satisfação de pacientes de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas com o atendimento do enfermeiro. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 1-15, 2009.
- MCDONALD, R. P. . **Test theory: A unified treatment**. Lawrence. New Jersey: Erlbaum Associates Inc Publisher. 1999.
- MORAIS, M. L. S. et al. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 112-128, 2009.
- MORENO JÚNIOR, J. M. P.; ZUCCHI, P. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 7-16, 2005.
- MORRIS, T. P.; WHITE, I. R.; ROYSTON, P. Tuning multiple imputation by predictive mean matching and local residual draws. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 14, p. 75-87, 2014.
- MOTA, T. D., BARROS, S. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 220-226, 2008.
- NASCIMENTO, A. F.; GALVANENSE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 8-15, 2009. Suplemento.
- NATIONAL Committee for Quality Assurance. [201-?]. Disponível em: <<http://www.ncqa.org/>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia, 2001.
- NEMES, M. I. B. et al . Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS:

questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S310-S321, 2004.

NEWNHAM, E. A.; HOOKE, G. R.; PAGE, A. C. Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 122 n. 1-2, p. 133-138, 2010.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

NUNES, L. N.; KLUCK, M. M.; FACHEL, J. M. G. Comparação de métodos de imputação única e múltipla usando como exemplo um modelo de risco para mortalidade cirúrgica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 596-606, 2010.

OADES, L.G.; LAW, J.; MARSHALL, S. L. Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 17, n. 6, p. 1102-1107, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, M. A. F. et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 368-378, 2014.

OLIVEIRA, W. I. F. et al. Equivalência semântica, conceitual e de itens do Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2243-2256, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

_____. (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde**. Campinas: Unicamp, 2011. ONOCKO-CAMPOS, R. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 16-22, 2009. Suplemento.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação**. Porto Alegre: Vozes, 2013.

PATRIOTA, L. A. et al. A saúde mental na formação do curso de Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 55-65, 2010.

- PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 270-277, 2005.
- PETERS, G.Y. The alpha and the omega of scale reliability and validity. **The European health psychologist.**, v. 16, n. 2, p. 56-96, 2014.
- PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G. P. Putman's, 1991.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
- _____. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.
- REEVES, C. A.; BEDNAR, D. A. Defining quality: alternatives and implications. **Academy of Management Review**, Ada, v. 19, n. 3, p. 419-445, 1994.
- REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de avaliação para qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.
- REVELLE, W.; ZINBARG, R. E. Coefficients alpha, beta, omega and the GLB: comments on Sijtsma. **Psychometrika**, New York, v. 74, n. 1, p. 145-154, 2009.
- ROTELLI, F. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 301-306.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
- SÄILÄ, T. et al. Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 14, n. 1, p. 148-154, 2008.
- SÃO PAULO (Município). **População do Município de São Paulo por raça/cor, sexo e faixas etárias: ano 2010**. São Paulo: Tabnet, [201-]. Disponível em: <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POPRC/poprc.def>>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Gerência de Informação Assistencial. **Relação de estabelecimentos SUS da cidade de São Paulo**: novembro 2013. São Paulo: CEInfo, 2013.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Saúde em dados: Boletim CEInfo**, v. 13, n. 13, 2014.
- SARACENO, B. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá; Instituto Franco Basaglia, 2001. 178 p.
- SARTES, L. M. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. A. O. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2013.
- SCANDOLARA, A. S. et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 334-342, 2009.
- SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde mental e saúde coletiva:

intersectorialidade e participação em debate. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2009.

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, p. 966-983, 2011.

SCHRÖDER, A. **Quality of care in the psychiatric setting**: perspectives of the patient, next of kin and care staff. Linköping: Linköping University, 2006.

_____. Quality in psychiatric care: an instrument evaluating patient's expectations and experiences. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 20, n. 2, p. 141-160, 2007.

SCHRÖDER, A.; AHLSTRÖM, G. Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 18, n. 2, p. 204-212, 2004.

SCHRÖDER, A.; AHLSTRÖM, G.; LARSSON, W. Patient's perception of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 93-102, 2006.

SCHRÖDER, A.; LARSSON, W.; AHLSTRÖM, G. Next of kin's conceptions of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 16, n. 5, p. 307-317, 2007.

SCHRÖDER, A. et al. Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among in-patients. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 23, n. 6, p. 554-567, 2010.

SCHRÖDER, A. et al. Psychometric properties of the quality in psychiatric care-outpatients (QPC-OP) instrument. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 20, n. 6, p. 445-453, 2011.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multiprofissional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SILVA, N. G. et al. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 100-114, 2017.

SILVA-FILHO, J. F. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói-RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 7, p. 393-402, 1996.

SILVEIRA, D. S. et al. Composição das equipes de Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 509-518, 2014.

SIMPSON, E. L.; HOUSE, A. O. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. **British Medical Journal**, London, v. 325, n. 7375, p. 1265-1268, 2002. SULLIVAN, H. S. **The interpersonal theory of psychiatry**. New York: W. W. Norton & Co., 1955.

SYMON, A. et al. Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new mothers: a methodological and experiential account from six countries. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 69, n. 4, p. 970-980, 2012.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TANG, W.; CUI, Y.; BABENKO, O. Internal consistency: do we really know what it is and how to assess it? **Journal of Psychology and Behavioral Science**, Madison, v. 2, n. 2, p. 205-220, 2014.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório do primeiro monitoramento: ações da atenção à saúde mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em situações especiais de agravamento**. Brasília, DF: TCU, 2006.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. v. 2, p. 71-83.

TURRINI R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-675, 2008.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VARGAS, D. **Validação da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista (EAFAAA) entre profissionais da saúde**. 2011. 185 f. Tese (Livro-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

WARE JUNIOR, J. E. et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and Program Planning**, Oxford, v. 6, n. 3-4, p. 247-263, 1983.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-548, 2004.

WILLIAMS, J. R. et al. Client and provider perspectives on quality of care: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, Amsterdam, v. 49, n. 2, p. S93-S106, 2015. Suplemento.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: 2001: mental health: new understanding, new hope**. Geneva: WHO, 2001.

_____. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**.

Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/SHkWNZ>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

_____. **Assessment instrument for mental health systems**: report on mental health system in Brazil. Brasília, DF: WHO; Ministério da Saúde, 2007. 51 p.

_____. **Mental Health Atlas 2011**: Sweden. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/9Q1uxe>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 595-602, out. 2008.

10 ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização da autora

agneta.schroder@orebroll.se

29/04/14

Dear Naiara Gajo Silva,

Thank you very much for the request. It is good to hear that you are interesting in the instrument QPC-OP. About 8 000 patients have answered the instrument QPC different versions in both research studies as well in clinical studies.

I will tell you that I and my research colleges has started an international project there we adapt the QPC instrument versions in different languish versions. We do a rigorous translation-back-translation process, validated the instrument among patients and staff in the new context and psychometrically tested it.

The instrument QPC have also a version for staff (QPC-OPS), as measures of quality of care have traditionally and up till now concentrated only on the patients' views in psychiatric care. From the best of the authors' knowledge, there is no existing instrument to measure staff's perception of the quality of psychiatric care provided, based on what patients perceived as good quality of care. Often there have been the opposite; instruments measuring patients' perceptions of quality of care have been based on professionals' views.

So it is now possible to compare patients and staffs experience of quality of care as the instruments covering the same dimension and items.

So far we have versions in English, Danish, Norwegian, Finnish, Persian and Indonesia in versions for out-patient, in-patient and forensic in-patient care.

Future translations (utilizing a standardized forward and back translation procedure) of the Quality of Psychiatric Care, would contribute to adapting the QPC to different international settings, to test the psychometric properties and equivalence of dimensionalities of different language versions, and to describe and compare how patients and staff view and prioritize the quality of psychiatric care across cultures and continents.

We have started the international project in Denmark and have just submitted two papers from the Danish study and three papers are under work. Just now we are planning for studies in USA, Australia, Ireland, Scotland and Indonesia, together with research groups in respectively country.

Of course we are interesting in to have a version in Brazilian (Portuguese?) wish in adapted from the Swedish original version. (Grifo nosso)

Maybe you and the professor Sônia Barros or your research group are interesting in a collaboration in this project and/or we can use the same data. Please ask the professor and let me know.

One of the things I learned is the need for international collaboration. Maybe we can find some ways to do mutual things across the world to improve the quality in the psychiatric care.

It is a pleasure if you would like to use the QPC-OP. When are you planning to started the study there you should use the Brazil version of QPC-OP?

I am curious to hear about how the psychiatric care is organized in Brazil. Have you forensic care in Brazil??

Look forward to hear from you.

Best regards,

Agneta Schröder

PhD, Researcher, Psychiatric Research Centre

Örebro University Hospital

701 85 Örebro -Sweden

Phone: +46 19 602 58 79

agneta.schroder@orebroll.se

ANEXO 2 – Síntese das Traduções

Síntese das traduções

Qualidade
no
atendimento psiquiátrico

Suas experiências do atendimento no ambulatório

Questionário de avaliação de suas experiências no ambulatório

Este questionário tem como objetivo saber como foi a sua experiência do atendimento e do tratamento que você acabou de receber. O questionário começa com algumas perguntas gerais, e continua com algumas afirmações sobre as suas experiências de atendimento e tratamento no ambulatório.

Para cada uma das perguntas ou afirmações, favor colocar um (x) na resposta que melhor descreve a sua opinião. Em algumas perguntas há também uma linha para você completar a resposta com algum comentário adicional.

No formulário você verá as expressões “profissional de saúde/pessoa de contato”. Você deve incluir todas as categorias profissionais na sua resposta, isto é, médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de psiquiatria, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, e técnicos de enfermagem.

A Idade _____ ano
.
_____ s

B Sexo Masculino ☐

Feminino ☐

C Nacionalidade Sueca ☐

Outra ☐

qual? _____

D. Você mora Sozinho(a) ☐

Moro com alguém ☐

E Escolaridade Ensino Fundamental (ou equivalente) ☐

.(Favor marcar o nível mais alto de escolaridade)

Ensino Médio/Profissionalizante (ou equivalente) ☐

Ensino Superior/Universitário (ou equivalente) ☐

F Qual é a sua atividade principal?

Eu trabalho

☐

Eu estudo

☐

Outra.

☐

Qual?

**G Quanto tempo você precisou
esperar pela primeira consulta no
ambulatório após o
encaminhamento, ou após o
telefonema para agendar a
consulta?**

Não houve tempo de espera

☐

Menos de uma semana, ou até uma
semana

☐

Entre uma e duas semanas

☐

Entre duas e quatro semanas

☐

Entre quatro semanas e dois meses

☐

Entre dois e três meses

☐

Mais de três meses

☐

**H O que você achou do tempo de
espera?**

Foi demasiadamente curto

☐

Foi curto

☐

Não foi nem curto nem longo

☐

Foi longo

☐

Foi demasiadamente longo

☐

I. Com que profissional de Terapeuta ocupacional
saúde/profissional de referência você
teve contato no ambulatório? Assistente social
(Você pode selecionar várias
alternativas)

☐☐

Médico(a)

☐

Psicólogo(a)

☐

Fisioterapeuta

☐

Enfermeira(o)

☐

Auxiliar de Psiquiatria

☐

Técnico(a) de enfermagem

☐

J Você sabe qual foi o seu diagnóstico? Não

☐

Sim

☐

Se a resposta for Sim,
indique o diagnóstico.

	Não recebi diagnóstico	☐
K	Você já tinha sido atendida em	
.	uma clínica de tratamento	☐
	ambulatorial antes?	
	Sim	☐
L	Quantas vezes você já esteve	
.	nesta clínica no último ano?	☐
	Nenhuma vez	
	Uma vez	☐
	2 – 5 vezes	☐
	6 – 10 vezes	☐
	Mais de 10 vezes	☐
M	Você foi recebido na hora	
.	marcada na consulta de hoje?	☐
	Sim	☐
N	Você foi informado (a) para onde	
.	se dirigir se não ficar satisfeito	☐
	(a) com o tratamento ou tiver	

**outra opinião sobre o
tratamento?**

Sim

☐

**O Se você precisasse fazer um novo
contato com um ambulatório
psiquiátrico, gostaria de voltar à
mesma clínica?**

Definitivamente não

☐

De preferência não

☐

Talvez

☐

Gostaria

☐

Definitivamente sim

☐

**P. Como está a sua saúde psíquica
atualmente?**

Muito ruim

☐

Ruim

☐

Nem boa, nem ruim

☐

Boa

☐

Muito boa

☐

A seguir veja algumas afirmações sobre o atendimento e o tratamento que você acabou de receber. Para cada afirmação, coloque um (X) na alternativa que melhor descreve a sua experiência.

	Não conco rdo	Concordo em parte	Concord o quase totalmen te	Concord o totalmen te	Não se aplica
Em minha opinião...					
1. eu pude opinar no meu próprio tratamento.	☐	☐	☐	☐	☐
2. a segurança no ambulatório era muito boa.	☐	☐	☐	☐	☐
3. foi fácil entrar em contato pelo telefone com o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. eu me sentia seguro (a) com outros pacientes na sala de espera.	☐	☐	☐	☐	☐
5. a minha opinião acerca do tipo de tratamento adequado para o meu caso foi respeitada.	☐	☐	☐	☐	☐
6. eu participei das decisões	☐	☐	☐	☐	☐

sobre o meu tratamento.					
7. foi fácil marcar consulta com o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim.					
8. o atendimento e o tratamento recebidos têm me ajudado com meus problemas.					
9. não fui incomodado (a) por outros pacientes na sala de espera.					
10 Meus familiares puderam . participar do meu tratamento na medida em que eu o desejasse.					

Não concordo	Concordo em parte	Concordo quase que totalmente	Concordo o totalmen te	Não se aplic a
-----------------	----------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-------------------------

Em minha opinião...

1 o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me					
--	--	--	--	--	--

trata com atenção e carinho.

- 1 o profissional de
2. saúde/pessoa de contato
responsável por mim se
preocupa quando eu fico
zangado (a) ou irritado (a).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1 minhas experiências
3. anteriores de tratamentos
com medicamento foram
levadas em consideração.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1 aprendi a reconhecer os
4. sinais de agravamento da
minha saúde psíquica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1 o profissional de
5. saúde/pessoa de contato
responsável por mim me
tratou com respeito.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1 foi fácil entrar em contato
6. telefônico com o
ambulatório.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1 ajudaram-me a encontrar um
7. emprego.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 1 o profissional de
8. saúde/pessoa de contato
responsável por mim

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

demonstrou entender meus sentimentos.					
1 o profissional de					
9. saúde/pessoa de contato responsável por mim impediu que eu colocasse o Ambiente (pessoas e objetos) ² ao meu redor em situações de desconforto/risco caso eu tenha este tipo de pensamentos					
2 o profissional de					
0. saúde/pessoa de contato responsável por mim teve tempo de me escutar.					
2 fui informado (a) a quem					
1. recorrer caso precise de ajuda depois de ser atendido na clínica.					

	Não concordo	Concordo em parte	Concordo quase que totalmente	Concordo o totalment e	Não se aplica
Em minha opinião...					
2 o profissional de					

² Questão alterada após dúvida da segunda retrô-tradutora sobre a redação (sintaxe) e consulta a tradutora

2.	saúde/pessoa de contato responsável por mim impediu que eu me colocasse em situações de constrangimento/risco caso venha a ter estes pensamentos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	o profissional de	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	saúde/pessoa de contato responsável por mim me ajudou a entender que não é uma vergonha sofrer de problemas psíquicos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	o profissional de	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	saúde/pessoa de contato responsável por mim me ajudou a entender que sentimentos de vergonha ou culpa não devem jamais me impedir de procurar tratamento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	o profissional de	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	saúde/pessoa de contato responsável por mim demonstrou interesse pelo meu atendimento e tratamento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	foi fácil contatar o médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	responsável pelo meu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

tratamento no ambulatório por telefone.					
2 a informação que recebi					
7. acerca do meus transtornos psíquicos/ diagnóstico foi fácil de entender.					
2 Meus familiares foram					
8. tratados com respeito.					
2 fui informado (a) sobre os					
9. meus problemas psíquicos de modo que eu pudesse participar do meu tratamento.					
3 fui informado (a) sobre várias					
0. alternativas de tratamento para poder decidir o que seria melhor no meu caso.					

Outras impressões sobre a qualidade do atendimento

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela sua colaboração!

© 18 – 03 – 2008 Versão original Agneta Schröder, Gerd Ahlström, Lars-Olov Lundqvist, Bodil Wilde Larsson. Contato: Agneta Schröder, Psykiatrisk Forskningscentrum, Primärvård, psykiatri och habiliteringsförvaltningen, Örebro Läns Landsting, Box 1613, 701 16 Örebro email: agneta.schroder@orebroll.se

11 APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para avaliação dos juízes especialistas

Prezado sr. (a) Juiz (a),

Conforme contato prévio, o senhor (a) está recebendo o material para avaliação do conteúdo da escala Quality in Psychiatric Care – Outpatients (QPC-OP). O material é composto por:

- 1- Apresentação do QPC-OP;
- 2- Instruções aos juízes;
- 3- Formulário de repostas;

Apresentação do QPC-OP

A escala Quality in Psychiatric Care – Outpatients (QPC-OP) engloba temas referentes à qualidade da assistência em serviços extra-hospitalares de saúde mental, considerando a perspectiva do usuário. O QPC-OP é um instrumento psicometricamente adequado para avaliar a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência em serviços extra-hospitalares de saúde mental.

O QPC-OP é parte de uma família de questionários que tem como construto a “alta qualidade” da assistência. Este foi apresentado por Agneta Schröder, autora da escala, em cinco dimensões da qualidade:

1. A dignidade do paciente;
2. O senso de segurança do paciente no que diz respeito à assistência;
3. A participação do paciente no cuidado;
4. Alta;
5. O Ambiente de cuidado do paciente

O QPC-OP é composto por trinta itens distribuídos em seis fatores conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos fatores e apresentação dos itens por fator.

Fator	Descrição	Itens
1- Encontro	Esse fator apresenta questões relacionadas ao respeito da dignidade do usuário, o que implica em um bom relacionamento entre usuários e equipe.	11, 12, 15, 18, 20, 25
2-Participação-empoderamento	Esse fator engloba questões relacionadas à participação do usuário na tomada de decisão, bem como a consideração de suas colocações e vontades no tratamento.	1, 5, 6
3-Participação-informação	Esse fator envolve o recebimento e oferta de informações relevantes para o tratamento; e a participação conjunta de usuários e trabalhadores.	13, 14, 27, 29, 30
4- Alta	Esse fator apresenta questões sobre a recuperação do paciente. Considera desde questões sobre a melhor escolha de tratamento até a ajuda a conseguir uma ocupação.	8, 17, 21
5- Apoio	Esse fator envolve o apoio relacionado à superação de sentimentos de vergonha e culpa.	19, 22, 23, 24
6- Ambiente	Esse fator apresenta questões sobre como o usuário se sente no Ambiente e na presença de outros usuários, a sentir-se seguro para estar com outros sem se incomodar.	2, 4, 9
7- Pessoas mais	Esse fator está relacionado à	10, 28

próximas	participação da família no tratamento com consentimento do usuário.	
8- Acessibilidade	Esse fator está relacionado à facilidade de conseguir contato com os profissionais do serviço ou profissional de referência, por telefone e pessoalmente.	3, 7, 16, 26

A versão brasileira do QPC-OP será respondida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial Adulto tipo II e III da cidade de São Paulo, que estiverem em tratamento nestes serviços há pelo menos três meses. O participante terá cinco opções de resposta a cada item da escala: “não concordo”, “concordo em partes”, “concordo quase totalmente” e “concordo totalmente”, e opção “não se aplica”.

A sua indicação para o referido papel de Juiz se justifica pela sua valorosa experiência em saúde mental/avaliação em saúde/linguagem, critério esses compatíveis com nosso trabalho e também com a certeza de que sua experiência nos ajudará na elaboração de uma versão brasileira do QPC-OP útil e confiável para avaliação da qualidade da assistência em CAPS.

Instruções sobre o papel do juiz

Sua tarefa consiste em:

A) Avaliar a representatividade do item ao construto (alta qualidade), para isso solicitamos que aponte em uma escala de 1 a 4, onde “1” é adequado e “4” é inadequado, o quão o item representa o construto estudado.

B) Avaliar a clareza do item e adequação da linguagem, para isso solicitamos que aponte em uma escala de 1 a 4, onde “1” é adequado e “4” é inadequado, o quão claramente o item é redigido.

C) Avaliar a adequação do item ao fator que ele mensura. Após ler o item, considerando o quadro 1, aponte em uma escala de 1 a 4, onde “1” é adequado e “4” é inadequado, o quão o item é capaz de medir o fator ao qual corresponde.

D) Sugestão de temas/itens: O (a) senhor (a) pode sugerir, se achar necessário, a inclusão de conteúdos pertinentes aos fatores contemplados nessa escala, que eventualmente poderão ser transformados em itens, no instrumento final. Registre sua sugestão na folha de sugestões adicionais.

Formulário de respostas

A partir da leitura de cada item (linhas) assinale a opção que melhor responde as perguntas sobre representatividade do construto, adequação da linguagem e a adequação do item ao fator que ele mensura

Para isso considere que:

- “1” equivale a **item adequado**;
- “2” equivale a **item adequado, mas com necessidade de pequenas revisões**;
- “3” equivale a **item precisa de grandes revisões para tornar-se adequado**; e
- “4” equivale a **item inadequado**

Instrumento para avaliação do Comitê de Especialistas

Item	Como você avalia a representatividade do item ao construto de “Alta Qualidade”?	Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem do item?	Como você avalia a adequação do item ao fator que ele mensura?	Comentário
1. eu pude opinar no meu próprio tratamento. (Fator: Participação-empoderamento)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
2. a segurança no CAPS era muito boa. (Fator: Ambiente)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
3. foi fácil entrar em contato pelo telefone com o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim. (Fator- Acessibilidade)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
4. eu me sentia seguro (a) com outros usuários nos espaços que compartilhamos. (Fator: Ambiente)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

5. a minha opinião sobre o tipo de tratamento adequado para o meu caso foi respeitada. (Fator: Participação-empoderamento)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
6. eu participei das decisões sobre o meu tratamento. (Fator: Participação-empoderamento)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
7. foi fácil marcar um atendimento com o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim. (Fator- Acessibilidade)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
8. o atendimento e o tratamento recebidos têm me ajudado com meus problemas. (Fator-Alta)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Item	Como você avalia a representatividade do item ao construto de “Alta Qualidade”?	Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem do item?	Como você avalia a adequação do item ao fator que ele mensura?	Comentário
9. não fui incomodado (a) por outros usuários nos espaços que compartilhamos. (Fator: Ambiente)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
10. meus familiares puderam participar do meu tratamento na medida em que eu o desejasse. (Fator: Pessoas mais	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

<i>próximas)</i>				
11. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me trata com atenção e carinho. (Fator: Encontro)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
12. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim se preocupa quando eu fico zangado (a) ou irritado (a). (Fator: Encontro)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
13. minhas experiências anteriores de tratamentos com medicamento foram levadas em consideração. (Fator: Participação-informação)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
14. aprendi a reconhecer os sinais de agravamento da minha saúde psíquica. (Fator: Participação-informação)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
15. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me tratou com respeito (Fator: Encontro)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Item	Como você avalia	Como você avalia	Como você avalia	Comentário
	a	a clareza e a	avalia a	

	representatividade do item ao construto de “Alta Qualidade”?	adequação da linguagem do item?	adequação do item ao fator que ele mensura?	
16. foi fácil entrar em contato telefônico com o CAPS. (Fator: Acessibilidade)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
17. ajudaram-me a encontrar uma atividade de trabalho e/ou estudo. (Fator: Alta)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
18. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim demonstrou entender meus sentimentos. (Fator: Encontro)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
19. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim impediu que eu colocasse o Ambiente (pessoas e objetos) ao meu redor em situações de desconforto/risco caso eu tenha este tipo de pensamentos (Fator: Apoio)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
20. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim teve tempo de me escutar. (Fator: Encontro)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
21. fui informado (a) a quem recorrer caso precise de ajuda quando eu tiver alta do CAPS. (Fator: Alta)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
22. o profissional de saúde/pessoa de contato	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

responsável por mim impediu que eu me colocasse em situações de constrangimento /risco caso venha a ter estes pensamentos. (Fator: Apoio)				
23. meu profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me ajudou a entender que não é vergonhoso sofrer de transtornos psíquicos. (Fator: Apoio)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Item	Como você avalia a representatividade do item ao construto de “Alta Qualidade”?	Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem do item?	Como você avalia a adequação do item ao fator que ele mensura?	Comentário
24. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim me ajudou a entender que sentimentos de vergonha ou culpa não devem jamais me impedir de procurar tratamento. (Fator: Apoio)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
25. o profissional de saúde/pessoa de contato responsável por mim demonstrou interesse pelo meu atendimento e tratamento. (Fator: Encontro)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
26. foi fácil contatar o médico responsável pelo meu tratamento no CAPS por telefone. (Fator: Acessibilidade)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

27. a informação que recebi acerca do meus transtornos psíquicos/diagnóstico foi fácil de entender. (Fator: <i>Participação-informação</i>)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
28. Meus familiares foram tratados com respeito. (Fator: <i>Pessoas mais próximas</i>)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
29. fui informado (a) sobre os meus problemas psíquicos de modo que eu pudesse participar do meu tratamento. (Fator: <i>Participação-informação</i>)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
30. fui informado (a) sobre várias alternativas de tratamento para poder decidir o que seria melhor no meu caso. (Fator: <i>Participação-informação</i>)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

Sugestões e comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE B – Questionário utilizado no pré-teste

1) Em sua opinião esse questionário que você acabou de responder incorpora questões sobre o tratamento que você tem recebido?

() Não () Sim.

2) Se não, o que você recebeu ou tem recebido de tratamento no CAPS?

3) Você teve alguma dificuldade para compreender os itens do instrumento?

() Não () Sim. Qual?

APÊNDICE C – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 466/2012 do CNS)

O senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa *A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial*, que tem por objetivo verificar o desempenho de um instrumento de avaliação nomeado de Quality in psychiatric care – outpatients (QPC-OP) para uso no Brasil. Isso significa que o objetivo dessa pesquisa é avaliar se a versão brasileira do QPC-OP pode ser utilizada para mensurar a experiência dos usuários de CAPS com a qualidade da assistência em saúde mental.

Para alcançar esse objetivo precisamos que usuários de CAPS respondam dois questionários. Com isso, sua participação na pesquisa consiste em responder a versão brasileira da escala QPC-OP e um questionário para caracterização dos usuários. Isso poderá ser feito em um ou dois Encontros, que serão realizados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde você é assistido, nos dias das assembleias de usuáriosCAPS. O tempo que você gastará para responder o questionário é de vinte a trinta minutos.

Sua participação é voluntária e seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem prejuízos. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome, em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Para esclarecimentos sobre a pesquisa você pode entrar em contato com:

– Naiara Gajo Silva, pesquisadora responsável, na Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Departamento de ENP, ou pelo e-mail naiaragajos@usp.br – Telefone: (11) 95550-0046.

– A secretaria do Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde, Rua General Jardim, 36, 1º andar – Telefone: 3397-2464 – e-mail: smscep@gmail.com, e

– O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, na Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, ou pelo email: edipesq@usp.br e telefone: 3061-7548.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

O senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Este trabalho poderá contribuir de forma direta ou indireta para identificar a qualidade da assistência em CAPS na cidade de São Paulo.

O(a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradeço a sua colaboração.

Naiara Gajo Silva

Eu _____ (nome) Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da EEUSP e da Secretaria Municipal de Saúde.

São Paulo, de de 201

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Juízes – Comitê de especialistas

Você está sendo convidado a participar da adaptação do Quality in Psychiatric Care- Outpatients (QPC-OP) para a língua e contexto brasileiro. O QPC-OP foi criado e validado por Agneta Schröder em 2011 na Suécia com 1340 sujeitos que foram assistidos em serviços extra-hospitalares de psiquiatria.

Este instrumento de coleta de dados será utilizado no projeto de pesquisa intitulado: pesquisa “A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial”, de autoria de Naiara Gajo Silva e da Prof^a Dr^a Sônia Barros Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) O referido projeto de pesquisa tem como objetivo produzir uma versão confiável da escala Quality in Psychiatric Care – outpatients na língua portuguesa, adaptada para o contexto cultural brasileiro (QPC-OP/Br). O uso do QPC-OP nesta pesquisa foi autorizado pela autora em 2014.

Após realizar a revisão de literatura do projeto de pesquisa, não foram encontrados estudos no Brasil que mensurassem a experiência do usuário de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a qualidade da assistência em saúde mental, o que justifica realizar a adaptação do instrumento para o foco do estudo e língua portuguesa, a qual envolve a tradução do instrumento, a discussão com especialistas e pré-teste com a população alvo.

Sua participação consiste em avaliar por meio de um questionário a clareza, a abrangência e a coerência entre o instrumento e a proposta de mensuração da qualidade da assistência em CAPS, na perspectiva da experiência do paciente.

A pesquisadora responsável, Naiara Gajo Silva, pode ser contata pelo e-mail: naiaragajos@usp.br ou pelo telefone (11) 95550-0046, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante e após encerrada a sua participação nesta etapa da pesquisa.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Sua participação é livre de riscos e será valiosa para a construção do conhecimento da enfermagem, principalmente para a área de saúde mental.

Aceito participar desta etapa da pesquisa na qualidade de juiz expertise.

Naiara Gajo Silva
(Pesquisadora Responsável)

Nome e assinatura do Juiz Expertise:

APÊNDICE D – Relatório de Estágio de Doutorado Sanduíche

O estágio de doutorado sanduíche foi realizado entre os dias 01 de abril e 31 de julho de 2017, como parte da tese de doutorado “A qualidade da assistência em saúde mental percebida por usuários de Centros de Atenção Psicossocial: validação da versão brasileira do instrumento “*Quality in Psychiatric Care –Outpatients (QPC-OP)*” e do acordo de cooperação em pesquisa firmados entre a Escola de Enfermagem da USP e a Universidade de Örebro, por meio do PDSE-CAPES.

O estágio foi supervisionado pelo Prof. Dr. Lars-Olov Lundqvist, com participação da Prof.^a Dr.^a Agneta Schröder e desenvolvido no Centro de Pesquisas em Psiquiatria da Universidade de Örebro.

Durante o estágio tive a oportunidade de apresentar o contexto da saúde mental brasileira para os pesquisadores do centro de pesquisa e conhecer a realidade sueca, discutindo potencialidades e limitações de cada modelo assistencial. Apresentar e conhecer a realidade de cada país foi importante para que pudéssemos discutir o processo de adaptação transcultural do QPC-OP para o Brasil e a inclusão de uma dimensão específica para o contexto brasileiro.

O processo de discussão das propriedades psicométricas exigiu que por diversas vezes novas análises estatísticas fossem realizadas e pudemos discutir o processo de validação do instrumento QPC-OP no Brasil, Espanha e Indonésia, que tem um cronograma de pesquisa similar.

Por fim, os dados obtidos a partir da aplicação do QPC-OP sobre a qualidade percebida por usuários de CAPS foram apresentados e discutidos de modo que fosse possível comparar a realidade da assistência em saúde mental nos dois países.

Dois manuscritos foram escritos durante o período de estágio sanduíche com co-autoria da orientadora no Brasil e do co-orientador no exterior. Estes serão em breve submetidos a duas revistas de indexação na Web of Science.

Questionário de caracterização sócio-econômica e de atendimento

Assinale com um “X” a opção mais adequada para sua resposta ou escreva suas respostas nos campos destinados quando necessário.

A. Qual sua idade?		_____ anos
B. Qual o seu sexo?		☐ Feminino ☐ Masculino
C. Qual sua nacionalidade?		☐ Brasileiro ☐ Outra. Qual? _____
D- Qual a cor da sua pele?		☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Branca ☐ Indígena
E- Qual sua escolaridade? (Favor marcar o nível mais alto de escolaridade)		☐ Sem grau de instrução ☐ Pré-escola ☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental completo (ou equivalente) ☐ Ensino Médio/Profissionalizante (ou equivalente) incompleto ☐ Ensino Médio/Profissionalizante (ou equivalente) completo ☐ Ensino Superior/Universitário (ou equivalente) incompleto ☐ Ensino Superior/Universitário (ou equivalente) completo
F- Qual é a sua atividade principal?		☐ Eu trabalho ☐ Eu estudo ☐ com carteira de trabalho assinada ☐ Eu não trabalho e nem ☐ sem carteira de trabalho assinada estudo

		() Outro. Qual? _____
G- Você tem alguma fonte de renda?		() Não () Sim. Qual? _____
H- Você mora sozinho?		() Sim () Não. Com quem você mora? _____
I- Qual a soma da renda das pessoas que moram na mesma casa que você?		() 00,00 a 880,00 reais/ até um salário mínimo () 880,01 a 1.760,00 reais/ entre 1 e 2 salários mínimos () 1.760,01 a 3.520,00 reais/ entre 2 e 4 salários mínimos () 3.520,01 a 8.800,00 reais/ entre 4 e 8 salários mínimos () 8.800,01 a 17.600,00 reais/ entre 8 e 20 salários mínimos () acima de 17.600 reais () Não sabe informar
J- Com que profissional de saúde/profissional de referência você teve contato no CAPS? (Você pode selecionar várias alternativas)		() Assistente social () Psicólogo (a) () Educador físico () Terapêutica Ocupacional () Enfermeira (o) () Técnico de Enfermagem () Médico- Clínico () Oficineiros geral () Outro (s). Quais? () Médico Psiquiatra _____
L- Você sabe qual foi o seu diagnóstico?		() Não () Sim. Qual é? _____
M- Há quanto tempo você se trata no CAPS?		_____ Ano (s) e _____ Meses
N- Você já tinha sido atendida em um CAPS antes?		() Não () Sim
O- Com que frequência você vem ao CAPS?		() Mais que uma vez por semana. Quantos dias por semana? _____ () Uma vez por semana () A cada 15 dias () Uma vez ao mês () Uma vez a cada dois meses

		() Uma vez a cada três meses
P- Você foi informado (a) para onde se dirigir se não ficar satisfeito (a) com o tratamento?		() Não () Sim
Q- Se você precisasse fazer um novo tratamento no CAPS, gostaria de voltar ao mesmo CAPS?		☐ Definitivamente não ☐ De preferência não ☐ Talvez ☐ Gostaria ☐ Definitivamente sim
R- Em sua opinião, como está a sua saúde psíquica atualmente?		☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Nem boa, nem ruim ☐ Boa ☐ Muito boa

Questionário de avaliação de suas experiências no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Este questionário tem como objetivo saber como tem sido sua experiência de atendimento e do tratamento desde o seu primeiro dia no CAPS até o presente momento. O questionário é composto por algumas afirmações sobre as suas experiências de atendimento e tratamento no CAPS.

Para cada uma das afirmações, favor colocar um (x) na resposta que melhor descreve a sua opinião. Há também uma linha para você completar a resposta com algum comentário adicional.

No formulário você verá a expressão “profissional de saúde”. Você deve incluir todas as categorias profissionais que trabalham no CAPS na sua resposta, isto é, médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, oficinairos, técnicos de enfermagem, etc.

A seguir veja algumas afirmações sobre o atendimento e o tratamento que você tem recebido desde o seu primeiro dia de atendimento até hoje. Para cada afirmação, coloque um (X) na alternativa que melhor descreve a sua experiência.

Em minha opinião...	Não concordo	Concordo em parte	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente	Não se aplica
1. eu posso dar minha opinião no meu próprio tratamento.					
2. a segurança no CAPS é muito boa.					
3. foi fácil entrar em contato pelo telefone com o(s) meu (s) profissional(is) de referência.					
4. eu me sinto seguro (a) com outros usuários nos espaços que compartilhamos.					
5. a minha opinião sobre o tipo de tratamento que eu acho mais adequado para o meu caso foi respeitada.					
6. eu participo das decisões sobre o meu tratamento.					
7. é fácil marcar um atendimento com o profissional de saúde.					
8. não sou incomodado (a) por outros usuários nos espaços que compartilhamos no CAPS.					
09. meus familiares e/ou amigos próximos podem participar do meu tratamento na medida em que eu o desejo.					
10. o profissional de saúde do CAPS me trata com atenção e carinho.					

Em minha opinião...	Não concordo	Concordo em parte	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente	Não se aplica
11. o profissional de saúde se preocupa quando eu fico zangado (a) ou irritado (a).					
12. minhas experiências com os remédios que já tomei no passado são levadas em consideração nesse tratamento.					
13. aprendi a reconhecer os sinais de piora da minha saúde psíquica.					
14. o profissional de saúde me trata com respeito.					
15. foi fácil entrar em contato telefônico com o CAPS.					
16. o profissional de saúde demonstrou entender meus sentimentos.					
17. o profissional de saúde impediu que eu colocasse pessoas e objetos ao meu redor em situações de desconforto/risco caso eu tenha tido este tipo de pensamento.					
18. o profissional de saúde tem tempo de me escutar.					
19. o profissional de saúde impediu que eu me colocasse em situações de constrangimento/risco caso eu tenha tido esse tipo de pensamentos.					

Em minha opinião...	Não concordo	Concordo em parte	Concordo quase totalmente	Concordo totalmente	Não se aplica
20. o profissional de saúde me ajudou a entender que não é uma vergonha sofrer de problemas psíquicos					
21. o profissional de saúde me ajudou a entender que sentimentos de vergonha ou culpa não devem jamais me impedir de procurar tratamento.					
22. o profissional de saúde demonstrou interesse pelo meu atendimento e tratamento.					
23. nas vezes que tentei, foi fácil contatar o médico responsável pelo meu tratamento no CAPS por telefone.					
24. a informação que recebo sobre a minha doença mental/ diagnóstico é fácil de entender.					
25. meus familiares e/ou amigos são tratados com respeito no CAPS.					
26. fui informado (a) sobre os meus problemas psíquicos de modo que eu pudesse participar do meu tratamento.					
27. fui informado (a) sobre várias alternativas de tratamento para poder decidir o que seria melhor no meu caso.					
28. sou informado sobre os recursos do meu território (CECCOs, UBSs, bibliotecas, Parques, Centros culturais, etc).					
29. eu me sinto confortável para expor minhas ideias e fazer críticas durante a assembleia.					
30. sou informado sobre meus direitos como usuário do CAPS e como cidadão.					

Outras impressões sobre a qualidade do atendimento.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela sua colaboração!

© 18 - 03 - 2008 Versão original Agneta Schröder, Gerd Ahlström, Lars-Olov Lundqvist, Bodil Wilde Larsson. Contato: Agneta Schröder, Psykiatrisk Forskningscentrum, Primärvård, psykiatri och habiliteringsförvaltningen, Örebro Läns Landsting, Box 1613, 701 16 Örebro email: agneta.schroder@orebroll.se

05-10-2017 Versão adaptada ao Brasil Naiara Gajo Silva, Sônia Barros. Contato email: naiaragajos@gmail.com