



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FABIANI CABRAL LIMA

**AVALIAÇÃO DA MUDANÇA PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO  
DE USUÁRIOS DE CAPS-AD: ESTUDO DE CASO DE UM  
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL.**

Florianópolis

2013



Fabiani Cabral Lima

**AVALIAÇÃO DA MUDANÇA PERCEBIDA E DA SATISFAÇÃO  
DE USUÁRIOS DE CAPS-AD: ESTUDO DE CASO DE UM  
MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Dissertação submetida ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia da Universidade Federal  
de Santa Catarina para obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela  
Ribeiro Schneider

Coorientador: Prof. Dr. Carlos  
Henrique Sancineto da Silva Nunes

Florianópolis  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Lima, Fabiani Cabral

Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD: estudo de caso de um município da região Sul do Brasil / Fabiani Cabral Lima ; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider ; co-orientador, Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes. - Florianópolis, SC, 2013.

138 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Avaliação de serviços de saúde mental.

3. Álcool e outras drogas. 4. Mudança percebida. 5. Satisfação dos usuários. I. Schneider, Daniela Ribeiro. II.

Nunes, Carlos Henrique Sancineto da Silva. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Psicologia. IV. Título.

Folha assinada



## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pela confiança e pelo apoio. Esta conquista é de vocês também.

As minhas irmãs com quem sempre pude contar.

A minha família extensa, pelo suporte e força.

A minha orientadora, Daniela Ribeiro Schneider, que sempre, humildemente, dividiu seu conhecimento dando contribuições valiosas na minha formação, pela amizade e pela confiança.

Ao meu coorientador, Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes, pela colaboração e disponibilidade.

À banca, por se disponibilizar a participar da avaliação e contribuir com o trabalho.

Aos coordenadores dos serviços que permitiram a entrada no campo e a realização da pesquisa.

Aos usuários dos CAPSad, pela confiança e rica colaboração.

Ao Programa de Pós-Graduação e à Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade.

A todos os professores que auxiliaram nesta caminhada.

À Capes pelo subsídio que proporcionou a concretização deste estudo.

As minhas queridas amigas e aos meus colegas de turma, pelo carinho, amizade e apoio. O caminho ficou mais fácil com vocês ao meu lado.

Obrigada!





Lima, Fabiani Cabral. (2013). Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD: estudo de caso de um município da região Sul do Brasil. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação e a mudança percebida pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial, especializado em Álcool e outras Drogas (CAPSad) em um município do sul do Brasil. A pesquisa se caracterizou por ser exploratória e descritiva, de corte transversal. A amostra foi composta por 50 usuários de drogas em tratamento em dois Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e outras drogas. A coleta de dados foi realizada através da técnica de entrevistas individuais, nas quais foram respondidos os três instrumentos propostos: o questionário de levantamento do perfil dos usuários, a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), forma abreviada e a Escala de Mudança Percebida, versão paciente. Utilizou-se a análise de conteúdo para trabalhar os dados qualitativos. Foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais nas análises dos dados quantitativos, com o uso do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17. 0. Os resultados revelaram que o perfil dos frequentados dos CAPSad constituiu-se, majoritariamente, por homens (n = 42). A média de idade identificada foi de 41,06 anos (DP = 10,8). O estado civil mais prevalente na amostra foi o solteiro (n = 24). A maioria dos entrevistados vive com seus familiares (n = 21), possui o ensino fundamental incompleto (n = 14) e possui, como principal fonte de renda, o auxílio-doença (n = 18). Vinte entrevistados relataram ter feito uso de drogas nos últimos trinta dias. A procura pelo tratamento no CAPSad se deu através de encaminhamentos feitos via serviços de saúde ou por solicitação médica para 16 pessoas. A passagem por outros serviços de tratamento e a existência de um profissional de referência foram descritas por 39 usuários, cada qual. A avaliação da satisfação

obteve escore médio para a escala geral de 4,40 (DP = 0,46), significando que a maioria dos entrevistados está satisfeita com o serviço. Já o escore global da escala de Mudança Percebida teve uma média de 2,65 (DP = 0,25). Estes dados indicam que, no geral, a maioria dos participantes da pesquisa considera estar melhor do que antes do tratamento. Os resultados indicaram ainda uma relação significativa entre ter feito uso de drogas, nos últimos trinta dias, e perceber mudança, indicando que pessoas que não fizeram uso, nesse período, percebem mais mudanças com o tratamento. Além disso, verificou-se que as pessoas que relataram ter procurado o tratamento em função do uso problemático da cocaína apresentaram menores índices nos escores da Escala de Mudança Percebida se comparadas aos demais. Os usuários que não fizeram tratamento medicamentoso apresentaram maior percepção de mudança com o tratamento do que aqueles que fizeram. Os achados revelaram, igualmente, que ter um profissional de referência no serviço influenciou tanto na percepção da mudança quanto na satisfação com o serviço.

Palavras-chave: saúde mental – avaliação de serviços – satisfação – mudança percebida

Lima, Fabiani Cabral. (2013). Evaluation of perceived change and satisfaction of users of CAPS-AD: a case study of a city in southern Brazil. Thesis (Master in Psychology). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

### **ABSTRACT**

The present study aimed to evaluate the satisfaction and perceived change by users of Psychosocial Care Centers, specializing in Alcohol and Other Drugs (CAPSAd) in a city in southern Brazil. The research was characterized as exploratory and descriptive, cross-sectional. The sample was composed of 50 drug users in treatment in two Psychosocial Care Centers specialize in alcohol and other drugs. Data collection was performed using the technique of individual interviews, which were completed in the three proposed instruments: a questionnaire survey of user profiles, the Scale for Assessment of User Satisfaction in Mental Health Services (SATIS-BR) shorthand and Perceived Change Scale, patient version. We used content analysis to work the qualitative data. Descriptive statistics and inferential analyzes on quantitative data, using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17. 0. The results revealed that the profile of the CAPSAd frequented consisted mostly by men ( $n = 42$ ). The average age of 41.06 years was identified ( $SD = 10.8$ ). Marital status was more prevalent in the single sample ( $n = 24$ ). Most respondents live with their families ( $n = 21$ ), has the elementary school ( $n = 14$ ) and has, as its main source of income, sickness ( $n = 18$ ). Twenty respondents reported having used drugs in the last thirty days. The demand for treatment in CAPSAd was through referrals made via health services or medical request for 16 people. The passage by other treatment services and the existence of a professional reference were described by 39 users, each. The assessment of satisfaction mean score obtained for the general scale of 4.40 ( $SD = 0.46$ ), meaning that the majority of respondents are satisfied with the service. Since the overall scale score Change Perceived averaged 2.65 ( $SD = 0.25$ ). These data indicate that, overall, the majority of respondents consider themselves to be better than before treatment. The

results also indicated a significant relationship between having used drugs in the last thirty days, and realize change, indicating that people who did not use this period, perceive more changes with treatment. Furthermore, it was found that people who reported having sought treatment due to the problematic use of cocaine had lower indexes Scale scores Change Perceived as compared to others. Users who do not have drug treatment had a higher perception of change with treatment than those who did. The findings revealed also that having a professional reference service in both influenced the perception of change as satisfaction with the service.

Keywords: mental health - assessment services - satisfaction - perceived change

## Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Distribuição da frequência absoluta, número de respondentes e porcentagem de respostas às variáveis sociodemográficas. 50
- Tabela 2.** Distribuição das frequências absolutas de respostas sobre as variáveis de uso de drogas. 51
- Tabela 3.** Descrição das variáveis do tratamento e frequência absoluta de respostas. 52
- Tabela 4.** Descrição das variáveis sobre profissionais de referência 54
- Tabela 5.** Distribuição do escore geral (média e desvio padrão) da Escala SATIS – BR abreviada, versão do paciente e das frequências absolutas de respostas para cada item da escala. 56
- Tabela 6.** Distribuição do escore geral (média e desvio padrão) da Escala de Mudança Percebida, versão do paciente e da frequência absoluta de respostas para cada item. 58
- Tabela 7.** Relação entre a Escala de Satisfação e suas subescalas. 59
- Tabela 8.** Relação entre a Escala de Mudança Percebida e suas três subescalas. 60
- Tabela 9.** Relação entre as escalas de Satisfação com o Serviço e de Mudança Percebida. 62



## SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO.....	17
2.0	OBJETIVOS.....	23
2.1.	Objetivos gerais.....	23
2.2.	Objetivos específicos .....	23
3.0	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1	Os Centros de Atenção Psicossocial .....	25
3.2	Estudos sobre a Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial .....	27
3.3	Mudança Percebida e Satisfação de Usuários .....	35
4.0	MÉTODO .....	39
4.1	Delineamento .....	39
4.2	Participantes.....	39
4.3	Instrumentos e Procedimentos .....	39
4.4	Estudo Piloto.....	43
4.5	Coleta de dados .....	44
4.6	Análise dos dados.....	45
4.7	Teste de Normalidade .....	46
4.8	Procedimentos Éticos.....	47
5.0	RESULTADOS .....	49
5.1	Resultados dos dados quantitativos .....	49
5.1.1	Caracterização do perfil da amostra.....	49
5.1.2	Avaliação da Satisfação com o Serviço e Escala de Mudança Percebida.....	54
5.2	Resultados dos dados qualitativos.....	62
5.2.1	Do que mais gosta no CAPSad .....	63
5.2.2	Do que menos gosta no CAPSad .....	71
5.2.3	O que poderia ser melhorado no CAPSad.....	75
6.0	DISCUSSÃO .....	79
6.1	Perfil da amostra .....	79
6.2	A satisfação com o serviço.....	85
6.3	A mudança percebida.....	88
6.4	Relação entre perfil do usuário, satisfação com o serviço e mudança percebida.....	91

6.5 O que mais gosta no CAPSad .....	96
6.6 O que menos gosta no CAPSad .....	104
6.7 Sugestões de melhorias .....	107
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	113
REFERÊNCIA .....	117
ANEXOS .....	131
Anexo 1 .....	131
Anexo 2 .....	133
Anexo 3 .....	135
APÊNDICE .....	137



## 1.0 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira produziu alterações na concepção sobre o modelo de atenção à saúde destinado às pessoas com sofrimento psíquico. Este movimento promoveu uma ruptura da perspectiva hospitalocêntrica, que vigorava hegemonicamente até o final dos anos 1970, ao introduzir conceitos como a produção social da loucura, os direitos de cidadania dos chamados, até então, de “pacientes psiquiátricos” e promoveu a busca da autonomia no tratamento em saúde mental. A Reforma ganhou corpo como política pública a partir da aprovação da Lei nº 10.216 (2001), que versa sobre a transformação da assistência no campo da saúde mental.

Esta transformação foi gerada no bojo do movimento sanitário, que promoveu modificações mais amplas no campo da saúde e consolidou-se na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com base na Lei nº 8.080 (1990), a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Sendo assim, o campo da saúde mental passou a incorporar os princípios do SUS, convergindo para um atendimento integral e humanizado com vistas a promover a reinserção social dos usuários, inclusive às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Lei nº 8.080, 1990; Tenório, 2002). O sistema de saúde organiza-se, assim, em forma de rede, com diferentes dispositivos de saúde interligados e constituídos de forma hierarquizada, indo desde a atenção básica, passando pela atenção de média complexidade até a de alta complexidade.

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, tornaram-se um dos principais serviços da atenção em saúde mental, objetivando-se como alternativa ao tratamento hegemonicamente centrado nas internações psiquiátricas (Faria & Schneider, 2009). Os CAPS passam a assumir papel relevante como equipamentos estratégicos na estruturação da rede de cuidado em saúde mental (Ballarin, Miranda & Fuentes, 2010). A eles cabe a tarefa de articulação da rede de cuidado em saúde mental, acompanhando, através de

matriciamento, as ações da saúde mental na atenção básica, estabelecendo vínculos com serviços comunitários, prestando, também, atenção especializada aos usuários com algum sofrimento psíquico. Deve realizar ações de atenção à crise, passando inclusive pelo acompanhamento das internações, quando estas se fazem necessárias, nos serviços de atenção psicossocial 24 horas, ou em leitos psiquiátricos em hospital geral, ou ainda, no caso de usuários de drogas, nas comunidades terapêuticas (Ministério da Saúde, 2004a). A rede deve, assim, ser estruturada de maneira integral, intersetorial e descentralizada, conforme as demandas dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos de qualidade e humanizados (Scandolara, Rockenbach, Sgarbossa, Linke, & Tonini, 2009).

A criação dos CAPS especializados em álcool e outras drogas, os CAPSad, representa uma conquista no campo da saúde mental. Esse avanço foi possível a partir da mudança do olhar sobre o fenômeno de uso de drogas, pautado, agora, em uma racionalidade política que reconhece a cidadania e o direito à saúde dos que consomem substâncias psicoativas. Considera ainda que as determinantes deste consumo também são de ordem social e cultural, sendo este um problema de saúde pública. Assim, estes centros têm como um dos seus principais eixos norteadores promover a reintegração social e a autonomia de seus usuários.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) houve o fortalecimento do controle social através da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação dos serviços oferecidos (Espiridião & Trad, 2006). No campo da saúde mental, a inclusão dos usuários na avaliação dos serviços foi ratificada por meio da Resolução Nº 448 (Ministério da Saúde, 2011), que determina que o controle social, a participação dos familiares e da comunidade nos serviços de saúde e informações sobre a opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, proposição e orientação para o avanço da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, assim como para a organização e atuação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Além disso, considera-se que a avaliação deve ser um mecanismo que faça parte da gestão dos serviços, que devem estar preocupados em produzir parâmetros avaliativos e indicadores de qualidade que possibilitem aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de

vida da população beneficiária, visando retroalimentar ações, repensar opções políticas e programáticas, pois assim a questão do financiamento em saúde e a qualidade dos serviços se colocariam em outro patamar (Fidelis & Escorel, 2001). Neste sentido, União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem exercer as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde em seu âmbito administrativo (Lei nº 8.080, 1990).

Porém, na prática dos serviços de saúde estes procedimentos avaliativos não são realizados de forma rotineira, ou, enfrentam dificuldades operacionais e metodológicas nem sempre resolvidas na investigação (Silva & Formigli, 1994). Monitorar e avaliar as práticas de saúde pública no Brasil compromete gestores, equipes técnicas e usuários com os princípios do SUS e a construção de um projeto comum para a saúde, pautado na universalidade do acesso, na integralidade do sistema de cuidado, na equidade das ofertas e na descentralização e regionalização da gestão dos recursos (Furtado, Passos & Campos 2011).

A fim de se verificar a qualidade destes Centros estudos de avaliação têm sido desenvolvidos (Wetzel & Kantorski, 2004; Campos & Furtado, 2006; Cavalcanti, Dahl, Carvalho & Valencia, 2009; Kantorski *et al.*, 2009a, 2009b; Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski & Wetzel, 2009; Scandolara *et al.*, 2009; Silva, Lancman & Alonso, 2009; Tomasi *et al.*, 2010; Campos *et al.*, 2009; Costa, Banderia, Cavalcanti, & Scalón, 2011; Duarte & Kantorski, 2011; Glanzner, Olschowsky & Kantorski *et al.*, 2011; Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider & Camatta, 2011). Parte-se do pressuposto de que uma avaliação destes serviços precisa considerar o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos neste processo, desde os gestores até os usuários, além de verificar diferentes indicadores que possam fornecer dados sobre a qualidade do trabalho realizado. A partir desta perspectiva é possível constatar um interesse consistente pela incorporação de dimensões como subjetividade, alteridade e participação dos distintos sujeitos envolvidos no processo avaliativo, que até então eram excluídos da prática avaliativa (Bosi & Mercado- Martinez, 2010).

Assim, a percepção dos usuários é um importante aspecto a se considerar na avaliação do tratamento no campo da saúde mental (Perreault *et al.*, 2010). Isso porque a inclusão deles pode apresentar um efeito terapêutico já que pode elevar o sentimento de controle e autoestima, que, consequentemente, aumenta o empoderamento destes sujeitos. Isso ocorre por perceberem que a sua opinião é considerada importante para o serviço (Bandeira, Calzavara, Costa & Cesari, 2009).

Dentre as possíveis abordagens utilizadas para a avaliação de serviços de saúde, Donabedian (1978) classifica-as em estrutura – processo – resultados. A estrutura envolve os instrumentos materiais e sociais utilizados no cuidado em saúde. Envolve as características estáveis de seus provedores, instrumento, recursos e condições físicas e organizacionais, ou seja, diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais (Hartz & Silva, 2005). O processo equivale ao conjunto de atividades realizadas na relação entre equipe e usuários. Por sua vez, os resultados correspondem ao produto das ações em saúde e às mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, além de mudanças ligadas aos conhecimentos e comportamento e satisfação do usuário em decorrência do cuidado prestado (Donabedian, 1978).

Os resultados, em geral, são considerados os validadores finais da eficácia e da qualidade dos cuidados em saúde (Donabedian, 2005). Nos últimos 30 anos, a satisfação tem sido amplamente utilizada como um indicador da qualidade do cuidado em saúde e considerada uma medida de resultados (Negrh-Velazquez; Alegria, Vera & Freemanb, 1998; Perreault, Katerelos, Sabourin, Leichner & Desmarais, 2001; Perreault *et al.*, 2010). Além disso, a satisfação do usuário com o tratamento de abuso de drogas tem sido cada vez mais concebida como um tema importante tanto para o tratamento clínico quanto para a pesquisa (Kelly, O'Grady, Brown, Mitchell & Schwartz, 2010).

A definição do conceito de satisfação mais utilizada é relativa às expectativas e às percepções que os usuários possuem dos serviços de saúde utilizados (Espiridião & Trad, 2005). Conforme o modelo da expectativa o usuário avalia o serviço a partir de uma comparação entre os resultados obtidos e as expectativas que ele possuía previamente com relação ao serviço. A multidimensionalidade desse construto é um consenso entre os pesquisadores (Bandeira, Silva, Camilo & Felicio, 2011). Com isso, a satisfação pode incluir dimensões sobre o ambiente

do serviço, a equipe, bem como pode avaliar se as necessidades dos usuários foram atendidas (Kelly *et al.*, 2010).

Segundo a *World Health Organization* - WHO (2000) a avaliação da satisfação se destaca porque pode influenciar na confiabilidade dos serviços, na garantia de que eles estão sendo oferecidos de maneira consistente e segura, e na capacidade de resposta dos mesmos para atender as necessidades dos clientes. Assim, a satisfação dos usuários configura-se em uma importante ferramenta para a avaliação dos serviços de saúde mental já que pode servir como indicador de medida de resultados e da qualidade do atendimento prestado (Negrh-Velazquez *et al.*, 1998; Phi, Briançon, Empereur & Guillemin, 2002).

Recentemente, uma nova variável tem sido incluída nos estudos de avaliação dos resultados de serviços de saúde mental, referente à mudança percebida (Silva, Bandeira, Scalón & Quaglia, 2012). Ela envolve os efeitos do tratamento na saúde, nas atividades cotidianas e na vida social a partir do ponto de vista dos usuários e de seus familiares (Perreault *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2012). Desta forma, constitui-se como uma importante dimensão da avaliação, estando relacionada à satisfação (Perreault *et al.*, 2010).

Apesar de estudos internacionais indicarem a existência dessa relação entre as mudanças percebidas e a satisfação com os serviços de saúde, no contexto nacional apenas um trabalho investigou este tema (Silva *et al.*, 2012). No que se refere à avaliação dos resultados através destas duas variáveis no tratamento exclusivo de pessoas usuárias de substância psicoativas, não foram encontrados trabalhos publicados no Brasil nas bases de dados consultadas a esse respeito.

O consumo de drogas é responsável por uma série de problemas que provocam impacto na saúde e no desenvolvimento psicológico dos usuários e das pessoas com eles envolvidas, constituindo-se em um dos problemas de saúde com maior dificuldade de adesão ao tratamento e de resolubilidade da problemática, sendo desafiadora a atenção a esses usuários. Justifica-se, assim, a relevância de pesquisas na área. Destarte, reconhecendo este impacto na sociedade contemporânea e a necessidade de avaliação dos serviços como uma forma de garantir a qualidade dos mesmos, o trabalho ora apresentado tem como objetivo realizar a

avaliação dos resultados do tratamento oferecido pelos CAPSad. A partir destas considerações, a pesquisa seguiu como tema norteador a seguinte proposição:

*Avaliar a satisfação e a mudança percebida pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial, especializado em Álcool e outras Drogas (CAPSad) em um município do sul do Brasil.*

## **2.0 OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos gerais**

Avaliar a mudança percebida e a satisfação dos usuários com relação aos serviços oferecidos nos Centros de Atenção Psicossocial, especializado em Álcool e outras Drogas (CAPSad) em um município da região sul do Brasil.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Traçar o perfil socioeconômico, de consumo de drogas e de tratamentos da amostra pesquisada;
- Avaliar a satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde mental oferecido pelo CAPSad;
- Avaliar o grau de mudança percebida descrito pelos participantes;
- Relacionar os dados do perfil dos usuários, da satisfação com o serviço e da mudança percebida;
- Analisar as sugestões de melhoria do serviço dada pelos usuários, a fim de poder contribuir com a avaliação dos CAPSad sobre suas formas de atenção.





### **3.0 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Os Centros de Atenção Psicossocial**

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) ocorre no âmbito da Reforma Psiquiátrica, sendo criados para serem substitutos às internações em hospitais psiquiátricos, prevalentes no modelo de saúde anterior. Os serviços de saúde mental no Brasil sofreram mudanças, devido a esta Reforma, com vistas a promover a reinserção social de seus usuários que ficaram, por décadas, à margem da sociedade. A atenção à população através do acompanhamento clínico, de atividades de prevenção e promoção de saúde e da reinserção social configura-se nos objetivos principais dos CAPS. Esta reinserção social dos usuários pode ocorrer pelo fortalecimento e retomada de seus vínculos familiares e comunitários, pelo acesso ao trabalho, lazer e pelo exercício da cidadania (Ministério da Saúde, 2004b).

Já, especificamente, a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, no Brasil, está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, 1990) e na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. O principal órgão executor deste modelo de atenção é o Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pessoa com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – CAPSad, criado no ano de 2002, com indicação para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2004b).

Segundo as determinações, os CAPSad devem oferecer condições para o repouso e para a desintoxicação ambulatorial de pessoas que necessitem desse tipo de atenção, excluindo-se os casos em que se faz necessária a atenção clínica hospitalar. Dentre as atividades desenvolvidas por estes dispositivos de atenção estão os atendimentos individuais, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias (com vistas à reinserção social do usuário), refeição e atendimento para desintoxicação (Ministério da Saúde, 2004b).

Uma das metas destes serviços é o gerenciamento de projetos terapêuticos a fim de oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado (Ministério da Saúde, 2004b). Este projeto situa-se dentro de uma ótica individualizada, de evolução contínua, e deve ser desenvolvido junto ao profissional de referência. Assim, este projeto congrega um conjunto de atendimentos, personalizados para cada usuário na unidade e fora dela, que respeite a particularidade de cada um, e que proponha atividades durante a permanência diária no serviço, conforme suas necessidades (Ministério da Saúde, 2004b).

Além disso, ainda de acordo com as demandas dos usuários, deve ser configurada a rede de saúde, baseando-se na inserção de ações da saúde mental na atenção básica, na relação com serviços comunitários, com o apoio de leitos psiquiátricos em hospital geral, além de outras práticas como a internação domiciliar quando necessárias (Ministério da Saúde, 2004b). Essa rede deve abarcar ações relativas às áreas de moradia, educação e trabalho, sendo estruturada de maneira integral, intersetorial e descentralizada. Ela visa garantir o acesso universal a serviços públicos de qualidade e humanizados (Scandolaro *et al.*, 2009).

Destaca-se que a proposta de trabalho em rede ratifica o relatório da III Conferência de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004a) o qual destaca a (re) afirmação e a (re) elaboração de estratégias e sugestões a fim de efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de substâncias psicoativas que garanta o atendimento pelo SUS (Ministério da Saúde, 2004a) e reconheça o caráter multifatorial da determinação do fenômeno da dependência. Desta forma, a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, com foco na reabilitação e reinserção social de seus usuários torna-se imperativa (Ministério da Saúde, 2004a).

Seguindo também o respeito às diferentes demandas e a busca por atendimentos que contemplem essa variedade o governo assume como principal estratégia, para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a política de Redução de Danos (Ministério da Saúde, 2004b), assumindo os princípios de integralidade e universalidade no cuidado. Ainda que não se oponha à meta da abstinência, esta estratégia questiona a sua imposição *a priori*, dando preferência ao acolhimento para os usuários em diferentes padrões de uso de drogas e em suas diferentes fases de preparação para a mudança (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992).

Com relação essa meta, pesquisas na área indicam que, para muitos usuários em tratamento, ela é difícil de ser atingida, o que provoca sentimentos de impotência e de fracasso quando recaem. Ademais, as frequentes recaídas podem indicar o rigor de uma meta que parece inalcançável para a maioria deles. Neste caso, o episódio de recaída pode significar fraqueza, fracasso, insistência em um erro, portanto, passível de gerar vergonha e culpa (Moraes, 2008). Apesar disso, muitos serviços de atendimento a usuários de álcool e outras drogas ainda apresentam a abstinência como uma de suas metas (Moraes, 2008; Schneider, 2010).

Com isso é possível verificar que as concepções das equipes técnicas sobre o fenômeno da drogadicção nem sempre estão de acordo com o preconizado pela Política do Ministério da Saúde. Isso porque estas concepções envolvem crenças, valores e atitudes construídas a partir de suas experiências de vida, além de seus conhecimentos técnicos, e que são responsáveis pela determinação de sua atitude profissional. Neste sentido, o processo avaliativo de serviços de saúde deve ocorrer porque a prática não está subordinada à teoria, tal como se acredita. E isso torna necessária a avaliação uma vez que não há garantias de pleno sucesso na transposição daquilo que foi planejado para o contexto real (Furtado *et al.*, 2011).

Por isso o presente trabalho propõe a realização da avaliação dos resultados dos CAPSad de um município da região Sul do Brasil. Assim, pretende-se verificar na prática como a teoria vem sendo aplicada e quais os impactos que ela está proporcionando em termos de mudança percebida e de satisfação dos usuários. O trabalho está baseado na literatura da área, a qual foi revisada e descrita na sessão seguinte.

### **3.2 Estudos sobre a Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial**

Considerando-se essa necessidade foi realizada uma busca por artigos científicos a fim de verificar de que forma as avaliações de Centros de Apoio Psicossocial vem sendo abordadas pelas pesquisas.

Para tanto, realizou-se um levantamento de artigos científicos na base de dados *Scielo* utilizando-se como estratégia de busca os descritores *avaliação, serviços, saúde e mental*, conectados pela palavra “*and*”. O período de inclusão de artigos para a pesquisa foi de 2000 até 2012.

A partir desta estratégia foram selecionados 102 artigos os quais foram analisados em uma primeira etapa que teve como critérios de inclusão o tema avaliação em saúde mental. Foram obtidos 35 artigos, os quais passaram pela segunda etapa de análise. Nesta fase foram excluídos outros 19 artigos que tratavam de temas específicos como avaliação de serviços de saúde mental na atenção primária, em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e residências terapêuticas. Ao final, foram selecionados 15 artigos para análise.

Com base nos artigos encontrados é possível constatar que a avaliação dos serviços tem sido desenvolvida, preferencialmente, por estudos de enfoque qualitativo. Dez trabalhos utilizaram este tipo de metodologia nas avaliações dos CAPS (Campos *et al.*, 2009; Cavalcanti *et al.*, 2009; Kantorski *et al.*, 2009a; Olschowsky *et al.*, 2009; Scandolaro *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2009; Tomasi *et al.*, 2010; Duarte & Kantorski, 2011; Glanzner *et al.*, 2011; Wetzel *et al.*, 2011). A escolha por este enfoque está relacionada ao fato de que ela permite dar profundidade aos dados, dispersão, riqueza interpretativas, contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas. Assim, o propósito deste tipo de enfoque consiste em “reconstruir” a realidade, da maneira que é observada pelos sujeitos de um sistema social predefinido (Sampiere, Collado & Lucio, 2006).

A multideterminação do fenômeno do uso de drogas, e consequente complexidade do tema e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que priorizam a expressão do sujeito e de seu sofrimento, corroboram com a escolha deste tipo de enfoque na avaliação dos serviços de saúde mental. Porém, não deve ser vista como única possibilidade uma vez que as lutas ideológicas e as posições dogmáticas entre abordagens qualitativas e quantitativas obstaculizaram o avanço do conhecimento, seno, portanto, necessário buscar a convergência ou a triangulação (Sampieri *et al.*, 2006).

Apesar dessa constatação, apenas um estudos foi encontrado nas bases de dados, o qual se utilizou de métodos quantitativos e qualitativos (Kantorski *et al.*, 2009b). Ao aproximar abordagens quantitativa e qualitativa na avaliação da satisfação de usuários de um

CAPS estes autores relataram haver uma consonância entre os critérios que obtiveram os maiores escores na escala SATIS-BR e os temas que descreveram os motivos de satisfação no estudo qualitativo realizado conjuntamente. Isso ocorre porque a união do enfoque quali com o quanti adiciona profundidade a um estudo e, ainda que apareçam contradições entre os resultados dos diferentes enfoques, agrega-se uma perspectiva mais completa do que fenômeno investigado (Sampieri *et al.*, 2006). Desta forma, a combinação de diferentes metodologias no estudo permitiu avaliar vários aspectos do fenômeno de forma complementar já que na etapa qualitativa os usuários puderam descrever pontos específicos de fragilidade do serviço, ampliando a dimensão avaliativa do processo.

Já abordagem quantitativa, exclusivamente, foi empregada em um estudo desenvolvido por Costa *et al.* (2011), sendo utilizados como instrumentos a Escala de Mudança Percebida na versão dos pacientes (EMP - pacientes) e na versão dos familiares (EMP - familiares) e um questionário de avaliação das variáveis sócio-demográficas e clínicas. Segundo Sampieri *et al.* (2006) esta modalidade de investigação possibilita a generalização dos resultados, oferecendo uma grande possibilidade de replicação e um foco sobre aspectos específicos de tais fenômenos, podendo ainda facilitar a comparação entre estudos similares.

Ainda, dois artigos selecionados usaram como método a revisão teórica, servindo como precursores das avaliações no nível da prática em saúde mental os autores Wetzel e Kantorski (2004) e Campos e Furtado (2006), uma vez que trouxeram para o campo científico a reflexão sobre o tema no contexto brasileiro. O trabalho de Campos e Furtado (2006) que envolveu uma discussão preliminar sobre um possível instrumental metodológico para pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva do SUS. Já o estudo de Wetzel e Kantorski (2004) realizou uma discussão sobre a avaliação, no contexto da saúde mental através de uma reflexão crítica da temática.

Outro aspecto de destaque, dentre os periódicos analisados, diz respeito à amostra escolhida nos estudos. Oito pesquisas utilizaram uma combinação entre vários atores envolvidos no serviço, gestores, equipes,

usuários e familiares (Campos *et al.*, 2009; Kantorski *et al.*, 2009a; Olschowski *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2009; Tomasi *et al.*, 2010; Costa *et al.*, 2011; Wetzel *et al.*, 2011). Incluir a perspectiva de diferentes grupos (gestores, usuários, profissionais, familiares) tem o objetivo de buscar os aspectos mais relevantes dentro do serviço e que tenham significado para eles. Também pode aumentar e incrementar a capacidade de ação desses grupos, fortalecendo a autonomia e a cidadania dos mesmos (Wetzel & Kantorski, 2004).

A avaliação a partir da perspectiva, dos profissionais foi realizada em três pesquisas (Cavalcanti *et al.*, 2009; Scandolaro *et al.*, 2009, Glanzner *et al.*, 2011). Este tipo de avaliação inclui discussões a respeito dos casos atendidos e a condução deles, e avaliação do impacto que o processo de trabalho causa nos profissionais da equipe. Neste sentido, admiti-se que o trabalho realizado nos CAPS é condicionado pelas relações estabelecidas entre equipe e sociedade. Além disso, ele é permeado por ações técnicas e interpessoais, sendo, portando, constituído por objetividade e subjetividade (Glanzner *et al.*, 2011). E essas relações constituem-se em um indicador da qualidade destes serviços.

A amostra do estudo de Nascimento e Galvanese (2009) envolveu 21 CAPS. Estes autores tiveram como objetivo realizar a descrição do funcionamento destes serviços com relação à estrutura física, recursos humanos e atividades desenvolvidas. Desta forma, os serviços foram tomados como sujeitos da pesquisa.

Com relação à principal técnica de coleta de dados utilizada nos estudos de avaliação dos CAPS, destaca-se o uso da entrevista (Kantorski *et al.*, 2009a, 2009b; Nascimento & Galvanese, 2009; Olschowski *et al.*, 2009; Scandolaro *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2009; Tomasi *et al.*, 2010; Costa *et al.*, 2011; Duarte & Kantorski, 2011; Glanzner *et al.*, 2011; Wetzel *et al.*, 2011). Essa técnica é utilizada como meio de coleta dos fatos que são narrados pelos participantes, enquanto sujeito-objetos da pesquisa os quais possuem a vivência da realidade pesquisada constituindo-se em fontes de informações sobre um determinado tema científico (Neto, 2002).

Outra técnica de coleta bastante utilizada foi a observação (Kantorski *et al.*, 2009a, 2009b; Nascimento & Galvanese, 2009; Olschowski *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2009; Glanzner *et al.*, 2011; Duarte & Kantorski, 2011; Wetzel *et al.*, 2011). Este tipo de técnica se dá

através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado a fim de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (Neto, 2002).

Os temas pesquisados pelos estudos empíricos envolveram a percepção de pacientes e familiares com relação aos resultados do tratamento (Costa *et al.*, 2011), os processos de trabalho dos profissionais (Scandolaro *et al.*, 2009), a atenção prestada aos familiares (Duarte & Kantorski, 2011), a efetividade dos serviços (Tomasi *et al.*, 2010), a estrutura (Nascimento & Galvanese, 2009), a rede de serviços (Campos *et al.*, 2009) e o percurso teórico-metodológico da avaliação da Quarta Geração (Kantorski *et al.*, 2009a).

Também foram alvo de investigação a ambiência dos CAPS (Olschowski *et al.*, 2009), a organização do trabalho a partir da gestão (Silva *et al.*, 2009), os critérios de admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado aos usuários (Cavalcanti *et al.*, 2009), o cotidiano do serviço, sua dinâmica, a forma com que os sujeitos interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática (Wetzel *et al.*, 2011), o prazer no trabalho (Glanzner *et al.*, 2011) e a satisfação com o serviço (Kantorski *et al.*, 2009b). Desta forma, é possível verificar uma diversidade de variáveis investigadas, pouco relacionadas com parâmetros clássicos utilizados em avaliações da assistência médica.

Estes parâmetros não se adaptam á realidade dos serviços de saúde mental. Assim, a dificuldade de transposição de instrumentos de uma área para outra e a pouca utilização da epidemiologia resultam em uma carência de indicadores em saúde mental. Isso porque o uso de indicadores, exclusivamente quantitativos, não permite avaliar em qual lógica o serviço está atendendo, passando pela forma como se configuram as relações entre os diferentes atores (Kantorski & Duarte, 2004).

Assim, verifica-se, nos estudos analisados, que há uma concordância em relação à noção de qualidade dos serviços. A maioria concebe a qualidade como uma construção social que varia de acordo com os interesses dos grupos organizados dentro e fora do serviço (Kantorski & Duarte, 2004). Como consequência, há uma baixa

utilização dos indicadores únicos e mensuráveis nas avaliações dos CAPS classicamente utilizados em avaliações médicas.

A exemplo disso, Kantorski *et al.* (2009b) realizaram um estudo para avaliar o construto da satisfação, com enfoque na perspectiva dos usuários. Segundo estes autores, o momento de validação e negociação com este grupo reforçou a importância de avaliações que se proponham a constituir espaços de liberdade, de reposicionamentos e de exercício de cidadania. Considerar a visão do usuário serve como diferencial no processo avaliativo de serviços de saúde. Isso porque permite dar voz aos sujeitos podendo produzir re-significações das práticas de saúde estabelecidas a partir da demanda deles.

Segundo a opinião dos sujeitos deste estudo, o tratamento apresentou um resultado satisfatório sendo considerado, em geral, bom. Através da aplicação da escala SATIS-BR identificou-se um alto grau de satisfação dos usuários com os CAPS da região Sul do Brasil. Estes resultados podem contribuir para a diminuição das crises, o fortalecimento da autonomia, a socialização, a possibilidade de convivência e o enriquecimento do cotidiano dos usuários. Assim, considerando o âmbito do SUS, o atendimento oferecido pelos CAPS destacou-se qualitativamente dentre outros serviços (Kantorski *et al.*, 2009b).

Embora os usuários tenham demonstrado resultados positivos com relação à satisfação, foram referidos por eles pontos de fragilidade do serviço. Estes pontos envolveram a carência de profissionais, escassez de capacitação e apoio às equipes, dificuldades de circulação na rede de serviços de saúde mental do município, falta de materiais para as oficinas, pouca variedade de atividades, fornecimento irregular de medicamentos e pouco diálogo com os gestores (Kantorski *et al.*, 2009b).

Em outro estudo realizado com dez profissionais de um CAPS no município de Cascavel foram indicados como possibilidade de melhoria do serviço a organização, a capacitação profissional e a qualidade (Scandolaro *et al.*, 2009). Com isso, a necessidade de capacitação profissional é um fator que se destaca nestas avaliações, podendo ser um importante ponto de investimento por parte dos gestores dos serviços a fim de produzir melhorias na qualidade dos mesmos.

Contrastando com a pouca variedade de atividades indicada por Kantorski *et al.* (2009b), Nascimento e Galvanese (2009) relataram



uma grande diversidade de atividades no CAPS pesquisado por eles. Esta divergência pode estar relacionada ao método de investigação empregado referente ao tipo de amostra e ao método empregado. Isso porque Nascimento e Galvanese (2009) realizaram observação etnográfica e entrevista semi-estruturada com os profissionais do serviço a fim de verificar a dimensão do cuidado oferecido pelo CAPS. Já Kantorski *et al.* (2009b), para avaliar a dimensão dos resultados, utilizaram o método quanti-qualitativo, entrevistando os usuários. A partir disso, verifica-se a importância de se realizar estudos com métodos que possibilitem avaliar não só as diferentes dimensões do mesmo fenômeno, como também incluir os diferentes agentes envolvidos nos processos assistenciais da saúde mental a fim de se produzirem resultados mais consistentes e que considerem a complexidade que existe no campo da saúde mental.

Outro aspecto avaliado pelos estudos foi o trabalho em rede, preconizado pelo Ministério da Saúde (2004b). A dificuldade em se estabelecer esse tipo de trabalho aparece como um dos principais obstáculos para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, referidos pelas equipes de saúde mental (Campos & Furtado, 2006; Campos *et al.*, 2009; Cavalcanti *et al.*, 2009; Kantorski *et al.*, 2009b; Nascimento & Galvanese 2009; Scandolara *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2009, Tomasi *et al.*, 2010). O papel da rede é de destaque uma vez que ela é capaz de criar acessos variados, acolher, encaminhar, prevenir, tratar, reconstruir existências, e criar efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (Ministério da Saúde, 2004a).

Neste sentido, a precariedade da articulação entre os serviços de reabilitação psicossociais e outros dispositivos de atendimento de saúde foi indicada como uma das principais dificuldades para a alta dos pacientes do serviço pesquisado por Nascimento e Galvanese (2009). A ausência de um projeto político que invista em uma rede de cuidados em saúde mental contribui para a ideia de permanência do hospital psiquiátrico ainda considerado fundamental para o cuidado do usuário nos momentos de crise (Wetzel *et al.*, 2011).

Desta forma, é preciso que os diferentes serviços de atenção à saúde mental, especializados ou não, estejam articulados a fim de que o

sistema de referência e contra referência funcione de forma adequada (Scandolaro *et al.*, 2009). A articulação com a rede básica de saúde, a extensão das políticas aos familiares e o fortalecimento de redes de apoio social e comunitário devem ser enfrentados como novos desafios que se configuram como um importante pilar de sustentação do novo modelo de assistência à saúde mental no Brasil (Tomasi *et al.*, 2010).

No âmbito nacional, a função de união e organização da rede local dos serviços de saúde mental requerida dos CAPS ainda constitui-se numa meta a ser alcançada (Campos & Furtado, 2006). Considerando que o trabalho em rede é um dos pilares da atenção em saúde mental, os resultados destas pesquisas apontam para uma revisão da gestão das práticas assistências visando o fortalecimento do trabalho em rede a fim de promover a reinserção social de seus usuários, resgatando sua autonomia e cidadania.

A organização do trabalho nos CAPS, alvo de investigação também, tem ocorrido mais em função de acordos internos e pelas condições de execução do trabalho do que em função do modelo que gerou os serviços (Silva *et al.*, 2009). A construção de um projeto organizacional como o dos CAPS, que tem como foco a mudança da cultura prevalente no serviço com relação aos seus usuários, constitui-se em uma difícil tarefa. Desta forma, deve ser realizada através de planejamento e ações específicas.

Outra questão abordada pelos estudos sobre avaliação dos CAPS é o atendimento a crise. Constata-se que nestas situações aparece a fragilidade dos serviços que muitas vezes levam o usuário à internação provocando a ruptura no processo de vinculação do sujeito com o serviço (Wetzel & Kantorski, 2004). A prática da internação pode refletir uma dificuldade destes serviços em romper com a lógica de encaminhamento para o hospital psiquiátrico (Wetzel *et al.*, 2011), contrariando a lógica da Reforma e que sustenta a existência destes dispositivos de atenção.

Para finalizar entende-se que a diferença produzida nos indivíduos atendidos pelos CAPS está relacionada ao trabalho destes serviços, diferença nem sempre traduzida através de medidas objetivas. Além disso, as intervenções feitas através dos serviços produzem resultados em diferentes esferas da vida do usuário, tais como na qualidade de vida, na melhora do convívio familiar, na redução de internações (Silva *et al.*, 2009).

Assim, os resultados finais destes serviços envolvem a percepção do usuário sobre as mudanças ocorridas a partir do tratamento nestas esferas. Apesar disso, apenas um dos artigos encontrados avaliou essa mudança percebida (Costa *et al.*, 2011). Da mesma forma, apenas um trabalho utilizou o construto da satisfação como parâmetro avaliativo (Kantorski *et al.*, 2009b). Por fim, destaca-se a importância da utilização de instrumentos de medida padronizados que forneçam dados confiáveis e que possam servir de indicativos para o gestor sobre a necessidade de incorporação de melhorias ou manutenção das práticas de saúde oferecidas.

### **3.3 Mudança Percebida e Satisfação de Usuários**

Segundo o Dicionário *On Line* de Português (2011) uma das possíveis definições para a palavra satisfação consiste em contentamento, prazer resultante da realização do que se espera, do que se deseja. Desta forma, é possível perceber que a satisfação está ligada a uma expectativa, uma espera, ou seja, uma antecipação de algo que servirá como base de comparação para que seja determinado o grau de satisfação frente a um determinado objeto.

No caso da avaliação, específica, de serviços de saúde fatores como a avaliação da experiência média obtida no uso de serviços semelhantes, o ideal de serviço, a ideia de serviço merecido e um estado subjetivo mínimo da qualidade de serviços a atingir para ser aceitável estão envolvidos no processo de satisfação dos usuários (Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002). Além disso, a satisfação de serviços de saúde envolve algumas dimensões objetivas, construídas socialmente e compartilhadas, ligadas aos aspectos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, e aspectos inerentes à relação médico-paciente (Esperidião & Trad, 2005).

Porém, apesar dos trabalhos na área, a definição do construto da satisfação de usuários de serviços de saúde não é um consenso, existindo diferentes abordagens metodológicas sobre o assunto, Esperidião e Trad (2006) apontam que este é um conceito que reúne diversas realidades e cujos delineamentos revelam-se vagos. O conceito

mais amplamente utilizado, e adotado no presente trabalho, é relativo às expectativas e às percepções que os usuários possuem (Espiridião & Trad, 2005; Bandeira *et al.*, 2011). Desta forma, o usuário faz uma avaliação do serviço com base em uma comparação entre as expectativas que possuía previamente e os resultados de sua experiência real com o serviço (Bandeira *et al.*, 2011)

Ainda que existam variações no conceito, há um consenso de que este construto é multidimensional e que deve, portanto, ser avaliado por medidas multifatoriais. Para se constituir uma medida de satisfação que tenha utilidade é indispensável que ela permita avaliar aspectos que a teoria aponta como dimensões do conceito de satisfação (Siqueira, 2008). Por isso, o uso de medidas multifatoriais permite a detecção dessas dimensões específicas dos serviços já que são compostos por escalas as quais determinam a insatisfação ou a satisfação (Bandeira *et al.*, 2011).

Em geral, as pesquisas no campo da avaliação da satisfação de usuários fazem uso de escalas e questionários como principais instrumentos de medida (Trad *et al.*, 2002). Estes instrumentos são compostos de subitens que avaliam uma série de questões que incluem desde a estrutura até a avaliação do serviço de saúde sob a perspectiva do usuário (Trad *et al.*, 2002).

Apesar da maioria dos estudos de avaliação dos resultados, que consideram a perspectiva dos usuários, utilizar a medida de satisfação como principal indicador (Kelly *et al.*, 2010), a mudança percebida com o tratamento tem se destacado como uma nova medida neste contexto de avaliação (Silva *et al.*, 2012). Esta nova medida é uma importante dimensão da avaliação dos resultados do tratamento (Perreault *et al.*, 2010).

A percepção de mudança diz respeito aos efeitos do tratamento na saúde física e psicológica, na vida social e nas atividades desenvolvidas pelos usuários. Ela apresenta relações significativas com variáveis como qualidade de vida (Cesari & Banderia, 2010) e a percepção de mudança pelos familiares (Costa *et al.*, 2011).

A importância de se incluir a avaliação da percepção de mudanças ocorridas na vida dos usuários com o tratamento foi destacada por Mercier *et al.* (como citado por Costa *et al.*, 2011). Em função dessa importância os autores propuseram uma nova medida a qual avalia a percepção de mudanças ocorridas em função do tratamento. O

instrumento desenvolvido visa identificar em quais aspectos da vida do usuário houve melhor ou piora ou não se não ocorreram mudanças.

Portanto, este novo indicador fornece valiosa informação às equipes uma vez que demonstra em quais os fatores da vida do usuário o tratamento está atingindo seus objetivos e quais não estão apresentando mudanças e que, conseqüentemente, necessitam de novas intervenções. Os dados fornecidos podem promover a qualidade dos serviços uma vez que contribuem para o alcance de melhores resultados no tratamento (Costa *et al.*, 2011).

Apesar de alguns estudos indicarem a existência de uma relação entre percepção de mudança e satisfação com o tratamento (Mercier *et al.*, 2004 como citado por Perreault *et al.*, 2010) esta relação é raramente investigada em pesquisas sobre o tratamento de usuários de drogas (Perreault *et al.*, 2010, Silva *et al.*, 2012). Estes achados contribuem para justificar o objeto de pesquisa da presente dissertação que pretende contribuir tanto na dimensão do conhecimento a respeito destas relações quanto na dimensão das práticas assistências em saúde mental e drogas.



## **4.0 MÉTODO**

### **4.1 Delineamento**

O presente trabalho caracteriza-se por um delineamento exploratório e descritivo. Considerando que estudos exploratórios são realizados, em geral, em situações nas quais se procura analisar um assunto pouco estudado (Sampieri *et al.*, 2006) justifica-se o delineamento escolhido uma vez estudos sobre a mudança percebida ainda são pouco abordados. Ademais, estudos descritivos podem integrar as informações de cada uma das variáveis medidas, neste caso o perfil dos usuários, a satisfação com o serviço e a mudança percebida com o tratamento, a fim de dizer como se manifesta determinado fenômeno (Sampieri *et al.*, 2006).

A pesquisa teve um corte transversal, já que foi realizada em um único espaço de tempo. A avaliação foi realizada através de entrevistas com roteiro estruturado e a aplicação de instrumentos a fim obter dados sobre o perfil da amostra dos usuários do CAPSad, da satisfação com o serviço e da mudança percebida.

### **4.2 Participantes**

A pesquisa contou com a participação de 50 usuários de drogas em tratamento em dois CAPSad de um município da região sul do Brasil, sendo 25 participantes de cada instituição. Todos foram convidados a participar do estudo no momento em que estavam frequentando o serviço. O critério de inclusão dos usuários na pesquisa foi estar há pelo menos um mês vinculado ao CAPSad. Os participantes foram informados do estudo através da equipe técnica do serviço e da pesquisadora responsável.

### **4.3 Instrumentos e Procedimentos**

A coleta de dados foi realizada através da técnica de entrevistas individuais, nas quais foram respondidos os três instrumentos propostos:

o questionário de levantamento do perfil dos usuários, a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), forma abreviada e a Escala de Mudança Percebida, versão paciente. As entrevistas ocorreram, com a devida autorização das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, em uma sala disponibilizada para tanto, em cada serviço. Este espaço para a entrevista foi negociado previamente com os coordenadores do serviço tendo em vista a necessidade de um ambiente no qual os entrevistados se sentissem seguros para compartilhar suas opiniões sobre o serviço com a garantia do sigilo das informações passadas. Considerando que as opiniões solicitadas estavam diretamente relacionadas à avaliação do serviço a delimitação de um espaço de escuta para a pesquisa foi importante para a manifestação dessas opiniões.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário de levantamento do perfil da amostra – (Anexo 1)
2. Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) – forma abreviada (Anexo 2)
3. Escala de Mudança Percebida pelos pacientes (Anexo 3)

1. *Questionário de Levantamento do Perfil da Amostra:* este questionário de levantamento foi desenvolvido pela pesquisadora, especificamente, para este estudo. Sua construção teve como base revisão da literatura e os objetivos do trabalho, e visou caracterizar a amostra através de dados sociodemográficos, de uso de drogas e de tratamentos.

2. *Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)* – forma abreviada, adaptada: o segundo instrumento utilizado foi elaborado, originalmente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, posteriormente, adaptado e validado para o contexto brasileiro Bandeira (LAPSAM, 2011). Para o presente estudo, optou-se pela utilização da versão abreviada da escala a qual contém 13 itens quantitativos, os quais são utilizados no cálculo do grau de satisfação geral dos usuários com o serviço, e outras três questões qualitativas. A avaliação é realizada através de uma escala do



tipo *Likert* de cinco pontos, onde o valor 1 representa o menor grau de satisfação e o valor 5 o maior grau de satisfação com o serviço (Silva *et al.*, 2012).

Apesar de o instrumento original contar com 13 itens quantitativos para avaliar o grau de satisfação no presente estudo foi realizada a análise destes itens e verificou-se que o item de número 6 apresentava baixa consistência com os demais itens da escala. A questão a qual ele se referia era: “Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPSad quando você pediu por elas?”. Com o auxílio do software SPSS verificou-se que a retirada deste item consistiria na elevação da confiabilidade do instrumento, pois o  $\alpha$  de *Cronbach* da escala geral seria alterado de 0,85 para 0,88, indicando que, de fato, o item apresentava pouca relação com os demais do instrumento. Com base nesta análise, optou-se então pela exclusão deste item na presente pesquisa, o que não implicou em prejuízos no instrumento, e propiciou maior confiabilidade ao instrumento.

Assim, o instrumento utilizado foi adaptado do original, com a retirada da questão de número 6. Ao final, os dados foram coletadas através da escala adaptada composta por 12 questões quantitativas e 3 qualitativas. O instrumento adaptado é apresentado no Anexo 2 da presente dissertação.

Os sub-fatores avaliados referem-se ao grau de satisfação dos usuários com relação ao seu relacionamento com a equipe e às condições gerais do serviço e qualidade do atendimento (LAPSAM, 2011). O grau de satisfação dos usuários com relação ao seu relacionamento com a equipe é calculado a partir de cinco itens relativos à dificuldade para obter informações da equipe, satisfação com a discussão do tratamento, ajuda dada pela equipe, acolhida dos profissionais e competência da equipe. As condições gerais do serviço e qualidade do atendimento são referentes à quatro questões da escala sobre a escuta quando da admissão no serviço, a compreensão do tipo de ajuda necessária, o conforto e a aparência e as condições gerais das instalações.

A análise da consistência interna indicou uma boa fidedignidade da escala adaptada uma vez que apresentou um alfa de *Cronbach* no

valor de 0,88 e as correlações item – total variaram entre 0,87 e 0,88 (LAPSAM, 2011). Para Urbina (2007) a fidedignidade se baseia na precisão e consistência dos resultados do processo de mensuração sendo, portanto, a qualidade dos resultados de testes que indica que eles são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração para serem úteis.

Com base nestes dados verifica-se que a escala apresenta elevada consistência interna, justificando sua escolha no presente trabalho. Além disso, o instrumento possibilita a identificação de aspectos específicos do serviço que são mais apreciados pelos usuários e seu oposto, da mesma forma. É possível, a partir destes dados, redirecionar e incrementar os serviços oferecidos, melhorando, conseqüentemente, sua qualidade.

3. *Escala de Mudança Percebida* – versão do usuário: o instrumento foi adaptado a partir do “*Questionnaire of Perceived Changes*” Mercier *et al.* (2004 como citado por Bandeira *et al.*, 2009), desenvolvido no Canadá, o qual visa avaliar o resultado do tratamento em serviços de saúde mental através da percepção de mudanças pelos usuários. A versão utilizada no presente estudo foi adaptada ao contexto brasileiro por Bandeira *et al.* (2009), e possui 19 itens, avaliados através de um escala do tipo *Likert* de 3 pontos, variando entre 1 (pior do que antes), 2 (sem mudança) e 3 (melhor do que antes). A escala avalia a percepção do usuário com relação às mudanças ocorridas em sua vida em função do tratamento recebido, e demonstrou um valor de alfa de 0,84 e correlações item-total que se situaram entre 0,20 e 0,60. O instrumento apresenta três fatores, o primeiro deles avalia as mudanças percebidas sobre as ocupações e a saúde física do entrevistado, sendo composta por oito itens, apresentando um alfa de 0,78, com correlações item-total entre 0,34 e 0,60. Seus itens avaliavam apetite, energia, saúde física, sexualidade, interesse em trabalhar ou se ocupar, atividades de lazer, tarefas de casa e capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões.

O segundo fator, apresentou um valor de alfa de 0,67 e com correlações item- total entre 0,28 a 0,53. Ele envolve a verificação das dimensões psicológica e na qualidade do sono, englobando seis itens sobre problemas pessoais, humor, confiança em si mesmo, interesse pela vida, capacidade de suportar situações difíceis.

O último fator envolve quatro itens, que medem as mudanças percebidas pelos usuários relativas aos seus relacionamentos e sua estabilidade emocional, através de questões sobre estabilidade das emoções, convivência com a família, convivência com amigos e convivência com outras pessoas. Seu alfa apresentou o valor de 0,55, com correlações item-total de 0,20 e 0,41. O instrumento ainda é composto por um item global que avalia a percepção do usuário, em geral, com o tratamento recebido.

Os coeficientes alfa de *Cronbach* acima de 0,70 indicam que os itens de cada fator e da escala global apresentam boa consistência interna. Já os valores encontrados acima de 0,50, apesar de não tão satisfatórios, são considerados aceitáveis. No estudo de validação, foram considerados como critério mínimo para retenção dos itens na escala os valores acima de 0,20, justificando a permanência dos mesmos no instrumento (Bandeira *et al.*, 2009)

#### **4.4 Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado para avaliar se os instrumentos estavam adequados para a amostra escolhida neste trabalho já que não haviam sido aplicados ainda em usuários de drogas em tratamento. Esta etapa da pesquisa foi realizada em um único dia em um dos CAPSad. Primeiramente, a pesquisadora entrou em contato com a Secretaria Municipal de Saúde a fim de informar sobre o início da pesquisa e obter um ofício de autorização a ser entregue nos locais da coleta de dados. Posteriormente, realizou-se contato com a coordenadoria do CAPSad a fim de esclarecer os propósitos do estudo e conseguir autorização para a realização do piloto.

Para a realização das entrevistas a pesquisadora foi apresentada pelo coordenador aos usuários no horário de início das atividades do serviço, explicitando a eles os propósitos do estudo e os aspectos éticos na pesquisa. Considerando um tempo médio de duração das entrevistas optou-se por delimitar a participação de quatro pessoas para esta etapa, sendo a mesma repetida em outro período caso fosse necessário. Desta forma, as quatro pessoas que se disponibilizaram a participar foram

entrevistadas e considerou-se este número suficiente para avaliar os aspectos necessários para a pesquisa. As entrevistas foram realizadas de forma individual, nas dependências do serviço.

Com base nesse estudo piloto verificou-se que a amostra dos serviços pesquisados apresentava uma heterogeneidade. Este fator serviu para definir o método da coleta de dados, considerando que alguns participantes precisavam de bastante ajuda para compreender as perguntas que era feitas e outros, por sua vez, conseguiam responder as questões sem dificuldades ou dúvidas.

Outro fator avaliado através do estudo piloto foi o tempo médio necessário para a aplicação da entrevista. O tempo mínimo para a aplicação foi de vinte minutos e o máximo de cinquenta. Assim, verificou-se que o tempo médio para as entrevistas seria de trinta e cinco minutos.

Ao aplicar a escala SATIS-BR, verificou-se que os participantes traziam, nos seus relatos, várias questões que poderiam servir de dados para a pesquisa e que poderiam extrapolar o espaço para a resposta. Percebendo esta preocupação, optou-se por modificar a aplicação e gravar as respostas destas questões abertas, tornando este momento mais flexível a demanda dos participantes.

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados nos serviços foi realizada no período entre os meses de junho e agosto de 2012. Uma conversa com os coordenadores do serviço foi realizada, antes do início da coleta dos dados, a fim de esclarecer os propósitos da pesquisa e realizar um levantamento sobre questões a serem definidas tais como o número de participantes que estariam vinculados ao serviço e que poderiam participar da pesquisa, as atividades que eram oferecidas, a disponibilidade de espaço para realizar as entrevistas.

Após a autorização dos coordenadores para realização da pesquisa, os usuários do serviço foram comunicados através de uma reunião de rotina com a equipe sobre o estudo. No início das atividades de cada período a pesquisadora fez uma apresentação sobre o estudo, convidando os usuários presentes para participar do mesmo. Neste momento, confeccionava-se uma lista com o nome dos voluntários naquele período, e se negociava com a equipe a entrada e saída deles das

atividades para realizar a entrevista. A maioria dos usuários se disponibilizou a participar, havendo poucas resistências em ambos os serviços.

A abordagem dos usuários com menor frequência no serviço se deu através da agenda da equipe, que indicava o dia e horário em que estas pessoas tinham atividades. A pesquisadora combinava com o profissional responsável para que fosse apresentada a pesquisa e se fizesse o convite para participar da mesma, ao final da atividade. Também não foram encontradas dificuldades em conseguir a participação destes usuários. Todas as entrevistas foram realizadas nas dependências físicas dos serviços, de forma individual, com duração média de quarenta minutos.

#### **4.6 Análise dos dados**

Para a análise qualitativa dos dados foi utilizada a *análise conteúdo*, seguindo os critérios descritos por Olabuénaga (1999) onde o texto está sempre implicado a um contexto, ou seja, em um conjunto de sentidos, significados, racionalidades subjacentes ao discurso do sujeito entrevistado e que tem seus desdobramentos na avaliação dos serviços de saúde.

Os dados quantitativos obtidos a partir do questionário do perfil dos usuários, da aplicação da Escala SATIS – BR e da Escala de Mudança Percebida foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17. 0. As análises estatísticas seguiram o proposto por Bisquera, Sarriera e Martínez (2004), Dancey e Reidy (2006) e Sampieri *et al.* (2006).

Para a caracterização tanto do perfil dos participantes, quanto dos escores das escalas SATIS - BR e de Mudança Percebida foi utilizada a análise de estatística descritiva, visando caracterizar os dados com os valores obtidos para cada variável em termos de frequência, média e/ou desvio padrão. Segundo Sampieri *et al.* (2006) a análise da distribuição das frequências das respostas equivale a um conjunto de pontuações ordenadas em suas respectivas categorias. Já o cálculo da média representa uma medida de tendência central equivalente a média

aritmética de uma distribuição. Por sua vez, o desvio padrão representa a medida de quanto os valores da nossa amostra variam em torno da média (Dancey & Ridey, 2006).

As análises inferências foram feitas através do *teste t* e da análise de variância (ANOVA). O *teste t* avalia se existe uma diferença significativa entre as médias de duas condições (Dancey & Ridey, 2006). Já o objetivo da ANOVA consiste na comparação das diferenças entre os grupos com as diferenças entre os indivíduos (Bisquerra *et al.*, 2004).

#### 4.7 Teste de Normalidade

Segundo Sampieri *et al.* (2006) o cálculo da assimetria dos dados é útil porque permite conhecer quanto a distribuição da amostra se parece com uma distribuição teórica chamada curva normal (Sampieri *et al.*, 2006). Uma distribuição é considerada simétrica quando o eixo que passa pela média divide-a em duas partes simetricamente iguais, caso contrário, fala-se em assimetria. Outro indicador é a curtose, que equivale ao achatamento da parte central da curva de uma distribuição. Uma curva normal apresenta algumas características como a simetria em torno do eixo que passa pela média e uma distribuição mesocúrtica tendo, portanto, simetria e curtose iguais a zero (Bisquera *et al.*, 2004).

A análise da assimetria dos dados da Escala SATIS-BR obteve o valor de (1,463) e da Escala de Mudança Percebida o valor encontrado foi (0,467), ambos os valores indicando que os dados das escalas se distribuem através de uma curva de forma assimétrica, se agrupando acima da média. No entanto, salienta-se que os valores obtidos são considerados ainda toleráveis para a realização de análises paramétricas. A curtose também foi utilizada para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis, obtendo-se os índices de 4,657 para a SATIS-BR e de (0,871) para a Escala de Mudança Percebida. Da mesma forma, estes dados indicam que não se tratam de curvas normais de distribuição dos dados, mas o valor obtido para a EMP também é considerado aceitável para análises paramétricas. Considerando-se os resultados gerais obtidos por esta análise, e que a distribuição dos fatores da SATIS - BR foi considerada normal, optou-se pelo uso da estatística paramétrica para a realização das análises inferenciais.

#### 4.8 Procedimentos Éticos

O presente trabalho seguiu aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde (1996) através da Resolução Nº 196 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (2011), por meio da Portaria Normativa nº 30/GR/2011. O projeto de pesquisa foi submetido ao referido comitê de ética do qual obteve parecer favorável com registro nº 2445. Além disso, o projeto foi submetido a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do município pesquisado, do qual igualmente teve autorização para a realização da pesquisa.

Os coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial foram consultados, através da responsável pela pesquisa, sobre a permissão da realização do estudo no serviço de sua responsabilidade. Eles também foram comunicados sobre a autorização dada pela Secretaria Municipal de Saúde através de ofício.

A participação dos usuários no estudo foi voluntária e anônima, seguindo as determinações éticas já descritas. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, momento no qual foi destacado que a participação ou não na mesma não implicaria em qualquer prejuízo no tratamento oferecido a eles pelo serviço. A confidencialidade dos dados também foi evidenciada da abordagem dos sujeitos, assegurando que os dados obtidos seriam utilizados apenas para fins acadêmicos.

Estas informações foram repassadas aos participantes no momento da abordagem e antes do início da entrevista na apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 10.1). Este termo assegurava a participação voluntária e o anonimato, com possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa, sendo disponibilizado os dados da pesquisadora para contato. Aos coordenadores dos serviços também foi disponibilizado o email e o telefone da entrevistadora.





## 5.0 RESULTADOS

### 5.1 Resultados dos dados quantitativos

#### 5.1.1 Caracterização do perfil da amostra

A caracterização sociodemográfica e de uso de drogas e tratamentos dos participantes neste estudo foi realizada a partir da análise dos 50 questionários aplicados durante a entrevista. A média de idade dos respondentes foi de 41,0 anos (DP = 10,8), sendo que o participante mais novo tinha 21 anos e o mais velho 60 anos. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino. Quase metade dos participantes se declararam solteiros. É interessante ressaltar, que seguindo um critério de aproximação, as categorias “casado” e “união estável” foram agrupadas na categoria “casados” para a análise, assim como as categorias “desquitado” e “separado judicialmente” que formaram a categoria “separados”.

A questão “com quem vive” revelou que a grande parte dos entrevistados vive com seus familiares, enquanto um número menor vive com marido/ esposa ou companheiro, sozinho, em casa de apoio e em clínicas terapêuticas.

Com relação ao grau de escolaridade, o mais referido pelos entrevistados foi o ensino fundamental incompleto, seguido pelo ensino médio completo, ambos configurando mais da metade das respostas gerais. As frequências de respostas para as questões aqui descritas encontram-se na Tabela (1).

A principal fonte de renda dos participantes foi o auxílio - doença, seguida de aposentadoria, renda da família, emprego, pensão e renda do (a) cônjuge ou companheiro. Interessante destacar que sete participantes disseram não possuir nenhuma fonte de renda no momento, sendo que alguns aguardam consulta da perícia para solicitar auxílio. Três entrevistados possuem renda obtida com trabalhos esporádicos, descritos por alguns como “bicos”, que envolvem atividades como consertos, jardinagem e artesanato. Um sujeito tem como fonte de renda os rendimentos de uma casa alugada, sendo

incluído na categoria “outros”. Três pessoas declaram ter mais de uma fonte de renda. Estes dados são detalhados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência absoluta, número de respondentes e porcentagem de respostas às variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	N	Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	50	42	84%
	Feminino	50	8	16%
Estado civil	Solteiro	50	24	48%
	Casado	50	13	26%
	Separado	50	10	20%
	Viúvo	50	3	6%
Com quem mora	Familiares	50	21	42%
	Esposa ou companheira	50	12	24%
	Sozinho	50	8	16%
	Casa de apoio	50	5	10%
	Clínica terapêutica	50	4	8%
	Não respondeu	50	4	8%
Grau de escolaridade	Fundamento incompleto	50	14	28%
	Médio completo	50	12	24%
	Médio incompleto	50	9	18%
	Fundamental completo	50	5	10%
	Superior completo	50	4	8%
	Superior incompleto	50	4	8%
	Técnico completo	50	1	2%
	Pós graduação completa	50	1	2%
Principal fonte de renda	Auxílio doença	50	18	36%
	Renda familiar	50	7	14%
	Aposentadoria	50	7	14%
	Nenhuma	50	7	14%
	Emprego	50	4	8%
	Renda do cônjuge	50	4	8%
	Trabalhos esporádicos	50	3	6%
	Pensão	50	2	4%
	Outros	50	1	2%

Além das variáveis sociodemográficas descritas acima, o questionário aplicado também investigou variáveis sobre o uso de

drogas. Foi questionado aos participantes se eles haviam consumido algum tipo de substância psicoativa nos últimos trinta dias. Vinte deles afirmaram ter feito uso, o tipo de drogas utilizado está explicitado na Tabela 2. Dentre as drogas de abuso que levaram a busca de tratamento, a mais citada foi o álcool, seguida pela cocaína e o crack. O uso de medicação foi descrito pela maioria dos entrevistados, destacando-se que dois participantes não responderam a pergunta.

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas de respostas sobre as variáveis de uso de drogas.

Variáveis	Categorias	N	Frequência	Porcentagem
Uso de drogas nos últimos 30 dias	Não	50	30	60%
	Sim	50	20	40%
Tipo droga usou nos últimos 30 dias	Álcool	20	11	55%
	Maconha	20	9	45%
	Cocaína	20	5	25%
	Crack	20	5	25%
	Tabaco	20	4	20%
	Êxtase	20	1	5%
Droga que levou a procurar tratamento	Álcool	50	30	60%
	Cocaína	50	24	48%
	Crack	50	23	46%
	Maconha	50	13	26%
	Tabaco	50	8	16%
	Psicotrópico sem receita	50	1	2%
Uso de medicação	Sim	50	41	82%
	Não	50	7	14%
	Não respondeu	50	2	4%

As variáveis referentes ao tratamento também foram contempladas pelo questionário. Com relação ao tempo que está inserido no serviço, a maioria dos entrevistados disse frequentar o CAPS em um período de 1 a 3 meses, seguida pelas opções de entre 3 a 6 meses, entre 6 a 12 meses, entre 12 a 24 meses, entre 36 a 48 meses, entre 24 a 36 meses e de mais de 60 meses, consecutivamente. Metade dos participantes frequenta o serviço de 3 a 4 dias por semana. Apenas

um entrevistado frequenta o serviço três vezes por mês. Uma pessoa não respondeu esta pergunta. As frequências das respostas obtidas encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 3. Descrição das variáveis do tratamento e frequência absoluta de respostas.

Variáveis	Categorias	N	Frequência	Porcentagem
Tempo no serviço	De 1 a 3 meses	50	13	26%
	De 6 meses a 12 meses	50	10	20%
	De 12 a 24 meses	50	10	20%
	De 3 a 6 meses	50	9	18%
	De 36 a 48 meses	50	6	12%
	De 24 a 36 meses	50	1	2%
	Mais de 60 meses	50	1	2%
Quem encaminhou para o serviço	Serviços de saúde	50	17	34%
	Vontade própria	50	13	26%
	Familiares	50	12	24%
	Caso de apoio	50	5	10%
	Amigos	50	2	4%
	Ordem judicial	50	1	2%
Quantas vezes frequenta o serviço	3 a 4 dias por semana	50	25	50%
	1 a 2 dias por semana	50	10	20%
	1 vez por mês	50	10	20%
	Todos os dias	50	3	6%
	3 vezes por mês	50	1	2%
	Não respondeu	50	1	2%
Outros tratamentos	Sim	50	39	78
	Não	50	11	22
Tipos de tratamentos	Comunidade terapêutica	39	24	61,5%
	Hospital psiquiátrico	39	22	56,4%
	Grupos de ajuda mútua	39	18	46,1%
	Clínica especializada	39	10	25,6%
	Hospital Geral	39	9	23,1%
	Psicoterapia particular	39	4	10,2%

Conforme a Tabela 3, verifica-se que a procura pelo tratamento no CAPSad se deu de forma espontânea, a pedido da família, via serviços de saúde ou por solicitação médica, via Casa de Apoio, por indicação de amigos e por via judicial. Salienta-se que as respostas referentes a encaminhamentos via serviços de saúde ou por solicitação médica, envolveram 9 encaminhamentos realizados por postos de saúde e 6 via hospital psiquiátrico.

A passagem por outros serviços de tratamento foi descrita por grande parte dos usuários, sendo que muitos deles realizaram tratamento em mais de uma instituição além do CAPSad. Dentre os tratamentos citados encontram-se comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos, grupos de ajuda mútua, em hospitais gerais e clínicas especializadas.

Tabela 4. Descrição das variáveis sobre profissionais de referência

<b>Varáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Tem profissional de referência	Sim	50	39	78%
	Não	50	11	22%
Qual profissional	Psiquiatra	39	18	46,1%
	Psicólogo	39	12	30,7%
	Assistente social	39	7	17,9%
	Clínico geral	39	6	15,4%
	Enfermeiro	39	4	10,2%
	Téc. enfermagem	39	3	7,7%
	Redutor de danos	39	2	5,1%
	Farmacêutico	39	1	2,5%

Com relação ao profissional de referência no serviço, descritos na Tabela 4 acima, também a maioria dos entrevistados relatou a existência desse profissional, sendo que algumas pessoas descreveram ter mais de um atendente como referência. Os principais profissionais citados foram psiquiatra, psicólogo, assistente social e clínico geral. O projeto terapêutico foi traçado em quase todos dos casos pesquisados, segundo os entrevistados, e a maior parte deles concordam com o que foi proposto no seu projeto.

### **5.1.2 Avaliação da Satisfação com o Serviço e Escala de Mudança Percebida**

O grau de satisfação global dos usuários com os CAPSad foi calculado com base nos 12 itens da escala geral de satisfação - SATISBR . O escore médio obtido para esta escala geral foi de 4,40 com desvio padrão de 0,46, significando que a maioria dos entrevistados está satisfeita com o serviço. A satisfação dos usuários, especificamente, referente ao seu relacionamento com a equipe teve um escore médio de 4,45 com desvio padrão de 0,48. Já as condições gerais do serviço e qualidade do atendimento tiveram o grau de satisfação médio de 4,19 com desvio padrão de 0,49.

O item com pior avaliação, do ponto de vista dos usuários entrevistados, pertence a esta subescala de condições gerais, e é relativo às condições gerais de instalação, as quais tiveram média de 3,84 de avaliação e desvio padrão de 0,71, indicando que os entrevistados consideram estas condições regulares. O segundo item com pontuação mais baixa também está dentro desta mesma subescala, e refere-se à satisfação com o conforto e a aparência do serviço, obtendo uma média de 4,10 e um desvio padrão de 0,81, indicando que os entrevistados estão pouco satisfeitos com esta questão.

O item com maior grau de satisfação foi o que questionou a respeito da maneira como o usuário foi tratado, em termos de respeito e dignidade (média 4,74 e desvio padrão 0,52). Em segundo lugar, os usuários estão mais satisfeitos com relação à ajuda que a equipe oferece (média 4,72 e desvio padrão 0,60). Estes dados estão ilustrados na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição do escore geral (média e desvio padrão) da Escala SATIS – BR abreviada, versão do paciente e das frequências absolutas de respostas para cada item da escala.

Itens	Frequência absoluta de respostas							
	M	DP	Insatisfeitos					Satisfeitos
			1	2	3	4	5	
1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?	4,74	0,52	-	-	2	9	39	
2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no CAPS <sub>ad</sub> , você sentiu que ele/a ouviu você?	4,42	0,73	-	1	4	18	27	
3. Até que ponto a pessoa que admitiu você no CAPS <sub>ad</sub> pareceu compreender o seu problema?	4,24	0,89	1	1	6	19	23	
4. Em geral, como você acha que a equipe do CAPS <sub>ad</sub> compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?	4,40	0,78	-	1	6	15	28	
5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPS <sub>ad</sub> ?	4,60	0,75	1	-	2	12	35	
6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no CAPS <sub>ad</sub> ?	4,29	0,76	-	2	3	23	21	
7. Você considerou que a equipe do CAPS <sub>ad</sub> estava lhe ajudando?	4,72	0,60	-	1	1	9	39	
8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do CAPS <sub>ad</sub> ?	4,43	0,67	-	1	2	21	25	
9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do CAPS <sub>ad</sub> ?	4,34	0,68	-	1	3	24	22	
10. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?	4,62	0,63	-	1	1	14	34	
11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS <sub>ad</sub> ?	4,10	0,81	1	-	8	25	16	
12. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?	3,84	0,71	1	-	11	31	6	

A consistência interna da Escala de Mudança Percebida foi calculada a fim de verificar se o instrumento mede aquilo que se propõe. Para tanto foi realizado o cálculo da alpha ( $\alpha$ ) da escala geral e obteve-se um valor de  $\alpha = 0,82$ . O valor encontrado indica que o instrumento possui elevada consistência interna.

O escore global da escala de Mudança Percebida teve uma média de 2,65 com desvio padrão de 0,25. Estes dados indicam que, no geral, a maioria dos participantes da pesquisa considera estar melhor do que antes do tratamento. Com relação ao fator “Atividades e Saúde Física” obteve-se um escore médio de 2,63 e desvio padrão de 0,30. A segunda subescala relativa aos “Aspectos Psicológicos e Sono” teve média de 2,72 com desvio padrão de 0,30. Por fim a terceira subescala “Relacionamentos e Estabilidade Emocional” teve média de 2,60 e desvio padrão de 0,31. Os dados com as médias obtidas em cada um dos 19 itens encontram-se na Tabela 6 a seguir:



Tabela 6. Distribuição do escore geral (média e desvio padrão) da Escala de Mudança Percebida, versão do paciente e da frequência absoluta de respostas para cada item da escala.

Itens	M	DP	Frequência absoluta de respostas		
			Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes
1. Seus problemas pessoais	2,74	0,52	2	9	39
2. Seu humor	2,74	0,48	1	11	38
3. A estabilidade de suas emoções	2,66	0,51	1	15	34
4. Sua confiança em você mesmo	2,80	0,40	-	10	40
5. Seu interesse pela vida	2,86	0,40	1	5	44
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	2,66	0,47	-	17	33
7. Seu apetite	2,74	0,44	-	13	37
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	2,66	0,51	1	15	34
9. Seu sono	2,56	0,64	4	14	32
10. Sua saúde física (dores, tremores, etc.)	2,58	0,60	3	15	32
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	2,22	0,57	4	32	14
12. Sua convivência com sua família	2,70	0,46	-	15	35
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	2,40	0,69	6	18	26
14. Sua convivência com outras pessoas	2,64	0,56	2	14	34
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	2,80	0,40	-	10	40
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	2,68	0,47	-	16	34
17. Suas tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc.)	2,74	0,48	1	11	38
18. Sua capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões	2,70	0,46	-	15	35
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	2,94	0,23	-	3	47

A partir da Tabela 6 é possível observar que os participantes afirmaram estarem melhores do que antes do tratamento em todos os aspectos questionados. Dentre os itens acima descritos da Escala de Mudança Percebida destaca-se o escore elevado da avaliação geral da mudança percebida, com média de 2,94 e desvio padrão de 0,23. Também tiveram altos escores a confiança em si mesmo ( $M = 2,80$  e  $DP = 0,40$ ), o interesse pela vida ( $M = 2,86$  e  $DP = 0,40$ ) e o interesse em trabalhar ou se ocupar ( $M = 2,80$  e  $DP = 0,40$ ).

Apesar do indicativo de melhora com o tratamento oferecido pelo CAPS, os usuários tiveram índices menores nos escores de dois itens da escala. O primeiro deles refere-se a sexualidade que obteve média de 2,22 e desvio padrão de 0,57, e o segundo refere-se a convivência com seus amigos ou amigas com média de 2,40 e desvio padrão de 0,69.

O coeficiente de correlação Pearson ( $r$ ) foi utilizado para calcular a relação entre cada uma das escalas utilizadas e suas subescalas, ou seja, a Escala de Satisfação dos usuários e suas duas subescalas e a Escala de Mudança Percebida e suas três subescalas. Estes dados foram analisados visando corroborar a validade do construto já descrita em estudos anteriores (Bandeira *et al.*, 2009). Os dados das análises encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 7. Relação entre a Escala de Satisfação e suas subescalas

<b>Escala de Satisfação com o Serviço (n = 50)</b>				
		Satisfação Geral com o serviço	Relacionamento com a equipe	Condições gerais do serviço e qualidade do atendimento
Satisfação com o serviço	Geral	1,00	0,968**	0,842**
Relacionamento com a equipe		-	1,00	0,790**

\*\* Dados estatisticamente significativos para um nível de significância de 99% ( $p < 0,01$ )

Baseado no exposto verifica-se que a relação entre a Escala de Satisfação e as suas duas subescalas são positivas, significando que altos valores da Escala de Satisfação geral tendem a se relacionar com altos valores nas suas subescalas. Além disso, pode-se constatar que estas relações são fortes á medida que seus valores variam de 0,9 a 0,7, conforme indicado por Dancey e Ridey (2006). Assim, verifica-se que a

relação entre a satisfação geral dos usuários e a satisfação com os profissionais do serviço de saúde é da ordem de  $r = 0,97$ , assim como a relação desta mesma escala geral com as condições gerais do serviço  $r = 0,84$  e a relação entre as duas subescalas da ordem de  $r = 0,79$ , todas com pequena chance de ocorrer por erro amostral ( $p < 0,01$ ). Desta maneira podemos afirmar que a Escala de Satisfação possui uma boa relação entre suas duas subescalas.

A análise da correlação entre a escala geral de Mudança Percebida e seus subfatores obteve escores de, respectivamente,  $r = 0,90$  para Atividades e Saúde Física,  $r = 0,86$  para Aspectos Psicológicos e Sono, e de  $r = 0,76$  para Relacionamentos e Estabilidade Emocional. Já a análise realizada entre as subescalas revelou uma relação de  $r = 0,66$  entre os subfatores Atividades e Saúde Física e Aspectos Psicológicos e Sono. Entre os fatores de Atividade e Saúde Física e Relacionamentos e Estabilidade Emocional a relação foi de  $r = 0,54$  e entre os fatores Aspectos Psicológicos e Sono e Relacionamentos e Estabilidade Emocional de  $r = 0,52$ . Os dados encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8. Relação entre a Escala de Mudança Percebida e suas três subescalas

<b>Escala de Mudança Percebida (n = 50)</b>				
	Mudança Percebida Geral	Atividades e saúde física	Aspectos psicológicos e sono	Relacionamentos e estabilidade emocional
Mudança Percebida Geral	1,00	0,897**	0,857**	0,757**
Atividades e saúde física	-	1,00	0,658**	0,542**
Aspectos psicológicos e sono	-	-	1,00	0,523**

\*\* Dados estatisticamente significativos para um nível de significância de 99% ( $p < 0,01$ )

Além disso, o coeficiente de Pearson também foi utilizado para verificar se havia uma relação entre as Escala de Satisfação e a de

Mudança Percebida. Esta análise revelou uma relação estatisticamente significativa, no valor de  $r = 0,29$  para um nível de significância de  $p < 0,05$ . Assim, pode-se inferir que à medida que o escore da satisfação geral com o serviço aumenta, também cresce o escore geral da Mudança Percebida, uma vez que sua análise indica a existência de uma relação positiva e fraca entre as duas variáveis.

Foram realizadas análises entre a escala de Mudança Percebida e os subfatores que compõem a Escala de Satisfação com o serviço. Observou-se a ocorrência de uma relação estatisticamente significativa entre a Mudança Percebida geral e o primeiro subfator da SATIS - BR, referente ao relacionamento com a equipe, no valor de  $r = 0,24$ , indicando ser uma relação positiva e fraca. Ainda com relação à Mudança Percebida geral, ela apresentou dados significativos, também, quando relacionada à segunda subescala da SATIS - BR, qual seja Condições Gerais do Serviço e Qualidade no Atendimento. A relação foi positiva e fraca, da ordem de  $r = 0,28$  ( $p < 0,05$ ).

Por sua vez, a análise da relação entre a Satisfação Geral e as subescala da Mudança Percebida também indicaram dados estatisticamente significativos. Assim, verificou-se que o primeiro subfator referente a “Atividades e Saúde Física”, da Mudança Percebida, possui relação positiva e fraca,  $r = 0,33$  ( $p < 0,05$ ) com relação à SATIS - BR geral assim como o terceiro subfator desta escala, Relacionamentos e Estabilidade Emocional  $r = 33$  ( $p < 0,05$ ).

Os subfatores das escalas de Mudança Percebida e de Satisfação foram relacionados, e os resultados foram estatisticamente significativos entre o primeiro subfator da Escala de Mudança Percebida, Atividades e Saúde Física, e da SATIS - BR, Relacionamento com a equipe, no valor de  $r = 0,24$ , de intensidade fraca e positiva. O primeiro fator da Escala de Mudança Percebida, ainda teve uma relação fraca e positiva ( $r = 0,32$ ) referente ao segundo subfator da SATIS - BR, Condições gerais e qualidade no atendimento. Ambos os dados foram obtidos considerando um nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ).

Por fim, a análise da relação entre o terceiro subfator da Escala de Mudança Percebida, Relacionamento e estabilidade emocional, e o primeiro subfator da Escala de Satisfação revelaram dados estatisticamente significativos, da ordem de  $r = 0,31$ , indicando uma relação positiva e fraca. As relações descritas encontram-se ilustradas na tabela a seguir:

Tabela 9. Relação entre as escalas de Satisfação com o Serviço e de Mudança Percebida.

Escala de Mudança Percebida	Escala de Satisfação com o Serviço (n = 50)		
	Satisfação Geral com o serviço	Relacionamento com a equipe	Condições gerais do serviço e qualidade do atendimento
Mudança Percebida Geral	0,29*	0,24*	0,28*
Atividades e saúde física	0,33*	0,28*	0,32*
Aspectos psicológicos e sono	0,55	0,47	0,17
Relacionamentos e estabilidade emocional	0,33*	0,31*	0,22

\* Correlação estatisticamente significativa para um nível de significância maior que 95% ( $p < 0,05$ ).

Os dados obtidos por meio da aplicação do questionário sobre o perfil da amostra também foram utilizados a fim de verificar possíveis relações entre as suas variáveis e a Satisfação com o Serviço e a Mudança Percebida. Para tanto, foram utilizados os teste *t* e ANOVA. Os resultados indicaram que o escore geral obtido na escala de Mudança Percebida apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos participantes que fizeram uso de drogas nos últimos trinta dias e os que não fizeram uso. O primeiro grupo de respondentes obteve média de 2,55 de escore geral na referida escala, enquanto o segundo grupo, que não fez uso, pontuou 2,72 em média, obtendo um escore maior de mudança percebida.

$$[t(48) = 2,38; p < 0,05]$$

A droga de preferência que levou os participantes a buscar tratamento, também apresentou dados estatisticamente significativos com relação à Escala de Mudança Percebida, especificamente com relação à cocaína. Neste caso, as pessoas que procuraram o tratamento

por uso de cocaína tiveram pontuações médias inferiores (2,58) na escala dos que não declararam a busca por tratamento em função do uso desse tipo de droga (2,74).

$$[t(46) = 2,17; p < 0,05]$$

O uso de medicação ou não, ao longo do tratamento, apresenta diferenças estatisticamente significativas sobre o escore geral da Escala de Mudança Percebida. Desta forma, observa-se que quem declarou fazer uso de medicação obteve médias inferiores (2,61) com relação a percepção da mudança com o tratamento do que aqueles que declararam não fazer tratamento medicamentoso (2,85).

$$[t(46) = 2,42; p < 0,05]$$

Outro fator que demonstrou ter diferenças estatisticamente significativas foi o fato de possuir ou não um profissional de referência no serviço. Verificou-se que quem afirmou ter esse profissional apresentou escore geral maior (4,46) na Escala de Satisfação com o serviço em comparação aos que declararam não ter essa referência (4,15).

$$[t(48) = 2,06, p < 0,05]$$

Além disso, os que possuem um profissional de referência obtiveram escore geral maior (2,70), também, na Escala de Mudança Percebida do que os que não possuem (2,50).

$$[t(48) = 2,36, p < 0,05]$$

## 5.2 Resultados dos dados qualitativos

A análise de conteúdo realizada a partir das três questões abertas da Escala de Satisfação dos Usuários indicou que, apesar de estarem satisfeitos, em sua maioria, com o serviço, os participantes da pesquisa indicam aspectos dos quais não gostam e apresentam sugestões de melhorias. Outros estudos utilizando a mesma escala também encontraram resultados semelhantes (Pelisoli, Moreira, & Kristensen, 2007; Kantorski *et al.*, 2009b).

Apesar de, inicialmente, estes achados parecerem contraditórios, pode-se verificar que os pontos indicados pelos usuários como menos favoráveis coincidem com os que apresentam escores mais baixos na escala de satisfação, principalmente, relativos à estrutura física (Kantorski *et al.*, 2009b). Além disso, sabe-se que a satisfação é um construto multidimensional (Silva *et al.*, 2012) e que, por isso, dimensões que não estão incluídas na escala podem ser avaliadas através das perguntas abertas, complementando assim os dados.

Os dados analisados serão apresentados a partir de cada uma das questões feitas, a fim de facilitar a compreensão. Cada pergunta foi submetida à análise de conteúdo e dividida em categorias e subcategorias. Os resultados expostos foram baseados na sequência de perguntas realizadas.

### **5.2.1 Do que mais gosta no CAPSad**

As respostas à primeira pergunta aberta da Escala SATIS-BR foram agrupadas em seis categorias distintas, que foram: atividades e recursos terapêuticos, relação com a equipe, relação com colegas, estrutura física, qualidade em geral do serviço e benefícios obtidos com o tratamento. Cada uma delas foi segmentada em subcategorias com base no seu conteúdo. Para ilustrar o conteúdo apresentado, algumas falas serão utilizadas ao longo do texto.

#### *1.1) Atividades e recursos terapêuticos:*

Com relação ao que mais gostaram no serviço 27 usuários referem-se à categoria atividades e recursos terapêuticos como respostas mais frequentes à questão. Estes dados demonstram que esses recursos são um dos pontos mais bem avaliados pelos usuários. Esta categoria envolveu a avaliação dos atendimentos individuais, atendimentos em grupo temáticos, atividades corporais e esportivas, oficinas terapêuticas e atividades em geral e sua qualificação.

1.1.1 Atendimento em grupo: atividades realizadas em conjunto com vários usuários que envolvem tanto grupos com características

psicoterapêuticas, quanto grupos de discussão de temas e grupos de atendimento de demandas específicas, e possibilitam tanto a troca de experiências sobre suas trajetórias de vida, o consumo de drogas e o apoio para o tratamento. Destaca-se que apesar de outras atividades também configurarem caráter grupal, como por exemplo, as oficinas, optou-se por trabalhar separadamente com estas subcategorias, a fim de avaliar melhor cada uma delas.

Além disso, esta subcategoria engloba os fatores benéficos dos grupos temáticos, tais como a oportunidade de se expor, de se expressar, de refletir, de ser ouvido, de interagir e de refazer o projeto de vida. Os grupos mais citados foram: de medicação, de apoio, de redução de danos, de mulheres, de sentimentos, de motivação, de prevenção à recaída, de reinserção social, de direito e cidadania e a roda de conversa. Foi incluída nessa categoria também a discussão de filmes. No total, dezoito pessoas destacaram as atividades em grupo como positivas o que implica que esta é a atividade oferecida pelo serviço mais bem avaliada, conforme pode ser observada nas falas a seguir:

*“A terapia em grupo ajuda muito, porque ali o cara se abre, todo mundo ali tem o mesmo problema, não tem crítica, não tem discriminação, é isso que eu, funciona muito bem” (P 27)*

*“A gente acha que o problema da gente é enorme, mas quando você tá num grupo e começa a ouvir outras pessoas, você vê que o teu problema não é tão grande quanto dos outros. Eu avalio assim. Então essa, eu gosto muito de trabalhar em grupo entendeu, grupo com psicólogo, assim essas coisas mais que me ajuda é isso” (P 44).*

*“O programa de motivação é um grupo que a gente discute os problemas mais pessoais de cada um que participa, e onde que tem liberdade de se expressar né. Tem um diálogo aberto e bastante relacionado ao eu assim, a pessoa que realmente está ali né, que eles dão assim uma condição da gente se expor” (P 06).*

1.1.2 Atendimento individual: subcategoria que incluiu consultas médicas, tratamento medicamentoso, atendimento clínico e psicológico, orientação e as práticas de acupuntura e homeopatia. Nove entrevistados



indicaram o atendimento individual como atividade que mais gosta no serviço, a exemplo do exposto:

*“Eu to recebendo acupuntura também. Homeopatia, acupuntura, nossa isso é, ajuda no tratamento, além do antidepressivo” (P 40).*

1.1.3 Atividades corporais e esportivas: prática de atividades corporais e/ou físicas, dentro ou fora do serviço, entre as quais, meditação, relaxamento, caminhadas, pesca, yoga, futebol e jogos ao ar livre. Foram incluídas nesta subcategoria também as atividades externas de passeio. Sete pessoas citaram estas atividades como sendo as que mais gostam no serviço.

*“Para mim os passeios e às vezes assim visitar casas de recuperação e coisas para mim faz bem, porque daí tu tens uma visão fora né, como é que você se vai encontrar lá fora, né. Confinamento não serve para mim” (P 44).*

*“Tem a meditação que também é muito boa né. A meditação onde a gente relaxa, onde a gente medita, a gente tem um espaço para a gente repensar o que a gente fez, o que a gente não fez” (P 28).*

As declarações acima indicam o reconhecimento das atividades esportivas e externas como aquilo que muitos usuários gostam no CAPSad.

1.1.4 Atendimento em oficinas terapêuticas: oficinas expressivas (expressão plástica, corporal, verbal, musical); oficinas geradoras de renda (artesanato), oficinas de alfabetização (escrita e leitura) e oficinas culturais (festas anuais, saraus, festas de bairro). As oficinas expressivas citadas foram de arte, de instrumentos, de música e de teatro, e três participantes destacaram-nas como positivas. Já as oficinas geradoras de renda, artesanato e jardinagem, foram as atividades citadas por dois entrevistados cada qual. Um participante afirmou gostar de todas as

oficinas em geral. No total, cinco pessoas destacaram essa modalidade de atividade como a que mais gostam no CAPS.

1.1.5 Atividades no geral e sua qualificação: qualidade das atividades em geral do serviço, sendo também mencionada a importância da diversidade de oferta de atividades e a qualidade das informações prestadas, envolvendo o depoimento de oito dos participantes, a exemplo de:

*“O que eu mais gosto no CAPSad é a variedade das atividades, pois em um grupo há diferentes gostos” (P 08).*

#### *1.2) Relação com a equipe:*

Categoria que envolveu a avaliação de aspectos específicos da equipe, sendo descrita por 27 entrevistados como ponto que mais gostou no serviço e constituindo-se de sete subcategorias. Assim como a categoria de atividades e recursos terapêuticos, a relação com a equipe foi uma das categorias mais bem avaliadas pelos usuários em comparação as demais. A descrição da categoria envolve a qualidade da equipe e dos atendimentos prestados pelos diferentes profissionais e também a amizade destes.

1.2.1 Qualidade dos profissionais: falas referentes à competência, capacidade, atenção, dedicação, atendimento voltado para as demandas específicas e compromisso dos profissionais com relação aos usuários, relatadas por 18 pessoas como aspecto positivo do serviço e ilustrada a seguir:

*“Eles se preocupam até em ver o perfil da pessoa e até trazer uma coisa que possa acrescentar, e isso para mim é de básica importância” (P 26).*

*“O possível eles ajudam a gente, os conselhos que eles dão sempre são para a evolução, nunca é para, ajudando a gente a pensar melhor, a pensar duas vezes antes de agir, então são pequenas coisas que vão mudando o dia a dia da gente” (P 32).*

1.2.2 Qualidade dos atendimentos em geral: 19 participantes declararam gostar do atendimento de forma geral, conforme exposto na fala seguinte:

*“Todo o tipo de atendimento é muito bom e responsável, todo o atendimento é muito importante para todos os frequentadores com dependência química” (P 23).*

*“O modo de ser tratado aqui é bom, eles são bem, as pessoas carinhosas, legal, ajudam muito” (P 27).*

Os próximos itens envolveram a avaliação específica da atuação dos profissionais no atendimento aos usuários e, por isso, sua descrição é comum a todos.

1.2.3 Qualidade do atendimento dos médicos: 10 pessoas destacaram o atendimento dos médicos como o que gostaram no serviço.

1.2.4 Qualidade do atendimento dos psicólogos: para seis participantes o atendimento psicológico foi destaque.

1.2.5 Qualidade do atendimento das enfermeiras: duas pessoas relataram o trabalho dos profissionais da Enfermagem como favoráveis.

1.2.6 Qualidade do atendimento de outros profissionais: envolveu as afirmações sobre o atendimento de monitores e redutores de danos, com uma declaração cada.

Além da qualidade dos atendimentos, a relação com a equipe se destaca também pelo desenvolvimento de laços afetivos de amizade, conforme o exposto na categoria 1.2.7.

1.2.7 Amizade e simpatia da equipe: avaliação positiva feita por 04 participantes sobre a amizade dos profissionais.

*“Então aqui assim para mim além de todos eles que são assim funcionários que ajudam a gente eu tenho eles como grandes amigos. Grandes pessoas, muito importantes, tem sido né, até o presente momento” (P 18).*

*“O pessoal da equipe é mais amigo, eu me senti bem melhor, bem mais acolhido” (P 36).*

O estabelecimento de vínculos de amizade, relatados pelos entrevistados, apesar de não obter um número elevado de respostas, é visto como algo bom no serviço.

### 1.3 *Relação com os colegas*

Aspectos positivos da convivência com as pessoas que tiveram experiências semelhantes, amizade, apoio prestado e comprometimento com o tratamento. Dessa forma, a convivência com colegas na mesma situação é vista como fortalecedora, assim como a troca de experiências. Essa categoria foi referida por dez entrevistados.

*“E da amizade que a gente faz né, cada um aqui participa, cada um tem o seu problema né, e ouvindo o problema do outro eu consigo me vigiar mais e aprendo mais também” (P 09).*

*“E agora tá aqui o pessoal que realmente tá preocupado com o tratamento, que tá comprometido, que quer levar a sério, é isso que eu to vendo, que tu to sentindo. Acaba tendo um retorno melhor” (P 33).*

*“Através de depoimento de outros colegas, passa o mesmo filme que a gente viveu né e isso aí da força que é pra ti não recair no caso, e da força pra ti continuar né. São lições de vida que a gente tem. São pessoas que entram aqui pior do que a gente” (P 44).*

Verifica-se, com base nas declarações, que as relações de amizade tanto entre profissionais e usuários quanto entre os usuários figuram entre os aspectos positivos do serviço.

#### 1.4 *Estrutura física*

Aspectos relativos à estrutura física e ao ambiente do serviço. As evocações dos entrevistados envolveram o ambiente de paz do serviço, o número reduzido de usuários, a recepção, o banheiro, e a área ampla e limpa. No total, seis pessoas referiram aspectos da estrutura como positivos.

*“(...) uma área ampla, limpa, agradável de se ficar esperando mesmo tendo problema psicológico” (P 11).*

#### 1.5 *Qualidade em geral do serviço.*

A qualidade em geral do serviço foi avaliada como positiva por 22 entrevistados. Esta categoria envolve aspectos mais amplos como a ajuda prestada, o tratamento oferecido e a liberdade de expressão. Neste sentido foram construídas três subcategorias: o tratamento é bom, lugar onde sente-se bem e tratamento humanizado.

1.5.1 O tratamento é bom: declarações genéricas sobre o tratamento, avaliando de forma positiva o serviço como um todo, sem especificar um determinado foco, envolvendo as falas de 14 pessoas, exemplificadas como:

*“O tratamento aqui é muito bom” (P 05).*

*“Eu gosto de tudo. É uma segunda casa para mim” (P 34).*

1.5.2 Lugar onde sente-se bem, sente-se seguro: composta pelas falas de 13 participantes que declaram sentir-se bem no serviço, terem a sensação de segurança.

*“Eu to contente aqui. Eu me sinto bem aqui, quando eu estou aqui, eu sei que tá seguro” (P 05).*

1.5.3 Tratamento humanizado: foi apontado por 4 pessoas como sendo aspecto positivo no serviço, incluindo o fato do tratamento

ir além da medicação, a liberdade de expressão e o serviço de portas abertas.

*“Não se torna uma cadeia, as portas estão abertas para se quiser ir embora ou voltar” (P 11).*

*“Eles vão muito mais além da simples utilização de medicamentos, trata-se de promover terapias e dinâmicas que ajudam na percepção do próprio paciente e também na ajuda da percepção do ambiente e de pessoas que fazem parte do histórico de vida do paciente, bem como de situações e acontecimentos que influíram na construção da realidade do mesmo” (P 07).*

#### 1.6 *Benefícios obtidos com o tratamento*

Os benefícios obtidos, a partir do ponto de vista dos usuários, através do serviço englobam desde alimentação e transporte até a ajuda na recuperação com base nos respostas de 19 participantes.

1.6.1 Alimentação: Sete pessoas apontaram a alimentação oferecida pelo serviço como ponto positivo, incluindo a gratuidade, a qualidade e a variedade das refeições.

*“A alimentação é variada” (P 42).*

1.6.2 Passe de ônibus: duas pessoas apontaram a importância do passe de ônibus ofertado pelo CAPS uma vez que possibilita a ida ao serviço.

*“Hoje eles me deram o passe livre, porque eu tava vindo a pé, hoje eu já recebi o passe, já me facilitou bastante” (P 15).*

1.6.3 O tratamento está ajudando na recuperação: a frequência no serviço auxilia a se manter longe das drogas, conforme a declaração de 09 pessoas.

*“Além do tratamento, ele me ajuda na minha abstinência” (P 44).*

*“Minha recuperação, na minha opinião, tá sendo excelente” (P 37).*

1.6.4 O tratamento ajuda e a se relacionar melhor com a família: descrito por dois participantes como benefício obtido.

*“Aí eu, para mim me ajudou muito, eu acho que o tratamento tá sendo muito bom, eu to conseguindo me estabilizar com a família, esposa, filho” (P 27).*

## **5.2.2 Do que menos gosta no CAPSad**

As respostas fornecidas pelos usuários sobre o que eles menos gostavam no serviço geraram seis categorias, semelhantes às categorias já descritas na pergunta anterior, sobre as atividades e recursos terapêuticos, equipe, benefícios, colegas, estrutura e organização e a resposta genérica “nada a reclamar”.

### *2.1 Atividades e recursos terapêuticos*

A primeira categoria sobre “atividades e recursos terapêuticos” foi citada por onze pessoas como sendo o que menos gostou no serviço. A partir dela foram construídas quatro subcategorias.

2.1.1 Atendimento em grupo: foi relatado por cinco participantes, tendo sido citadas a assembleia, a exibição de filmes e o grupo de atualidades. Além disso, o trabalho em grupo, no geral, foi criticado pelo fato de gerar uma exposição pessoal, vista como negativa.

*“É a assembleia. É onde eu menos gosto porque bem na verdade a nossa participação da assembleia não dá tanto resultado, porque a assembleia aqui é uma coisa interna e então nem sempre o que se vai para a assembleia pode ser adquirido, porque não depende dos profissionais daqui, depende de muita burocracia, de muita coisa então, como o pedido de música e de arte já foi feito em assembleia, mas não é coisa que eles aqui possam decidir, que eles dependem do governo, de*

*repassa, de condições para eles que eles poder fazer. Bem na verdade não seria a assembleia em si, mas a pouca força da assembleia, o pouco impacto que tem” (P 32).*

*“E também a questão de intimidade né, eu não me sinto a vontade para ficar abrindo as minhas questões muito pessoais, então esse tipo de questão eu sei que é aqui que eu devo tratar mas eu , esse tipo de coisa, eu necessito, quero, desejo tratar individualmente com o meu técnico, meu médico, né em um outro momento mais em termos de entrevista do que em termos de debate. Só isso assim, não é que eu tenha algum tipo de crítica, mas uma proposta desse tipo eu não fico a vontade “(P 26).*

2.1.2 Atividades corporais e esportivas: ping-pong, jogos de baralho e relaxamento, não foram bem avaliadas por quatro entrevistados.

2.1.3 Oficinas terapêuticas: de arte e de música, foram as atividades que 3 pessoas menos gostaram.

2.1.4 Pouca variedade das atividades: a pouca variedade das atividades foi descrita por um usuário como algo de que ele não gostava no serviço.

As avaliações negativas sobre as atividades podem servir como indicadores de melhorias no serviço, uma vez que revelam quais os recursos não estão agradando os usuários. Apesar de um número não muito elevado de usuários referirem aspectos negativos das atividades, salienta-se a importância do desenvolvimento de projetos adaptados a particularidades de cada sujeito.

## 2.2 Equipe

Com relação a categoria da equipe de profissionais do CAPS, três pessoas declaram não gostar de aspectos relativos a ela, e estas declarações foram divididas em duas subcategorias.

2.2.1 Dificuldade em conduzir o grupo: composta pela opinião de dois participantes, os quais referiram à falta de manejo de alguns membros da equipe na condução dos grupos e das discussões.



*“Às vezes questão assim de especificamente de um ou outro profissional, mas muito raramente, mas já ocorreu, de às vezes não saber se dirigir com uma certa calma, ou com as palavras adequadas, mas isso é uma questão as vezes de dia, de temperamento, a gente tem que levar. Mas de fato, às vezes eu fiquei um pouco incomodado assim com a maneira, as vezes o tom de voz, as palavras que, isso é na vida em geral né, mas eu to falando especificamente de alguma situação que já ocorreu né. Só que é bem raro né, mas deve ser observado porque eu já passei assim por um certo desconforto com relação ao tratamento de algum profissional” (P 26).*

2.2.2 Autoritarismo e o uso de punições: constituiu a segunda subcategoria, a partir das afirmações de dois entrevistados sobre a postura autoritária de alguns profissionais, e o uso de punições sobre os usuários.

*“Quando ficam autoritários, quer que a gente, que quem manda são eles que a gente não pode fazer nada” (P 02).*

## 2.3 Benefícios

2.3.1 Alimentação: a categoria benefícios envolveu apenas uma subcategoria sobre a alimentação. Três pessoas declaram ser este item o que menos gostam no serviço.

## 2.4 Colegas

Questões sobre o comportamento e a convivência com os colegas, além do gênero, foram apontadas por seis pessoas como as que menos gostavam no serviço. Desta forma, a categoria colegas foi composta por estas três subcategorias:

2.4.1 Comportamento: que abarcou declarações de quatro participantes, sobre discriminação, conversa excessiva, bagunça e falta de comprometimento por parte dos usuários.

*“Alguns internos aqui que, ao invés de falar do tratamento, da recuperação, ficam falando besteira, falando de bagunça” (P 19).*

*“Eu passei por um constrangimento, mas não foi com funcionários do CAPS, foi com um mesmo, adicto igual eu, entendeu, o cara me discriminou mas depois ele veio me pedir desculpa” (P 27).*

2.4.2 Convivência: relacionada à dificuldade de convivência com os colegas, declarada por um respondente.

2.4.3 Gênero: que refletiu a opinião de uma pessoa sobre a pouca participação de mulheres nos grupos.

*“A única coisa que eu sinto mais falta aqui é das mulheres. Já me senti constrangida por ta só eu de mulher no meio dos homens, mas isso não é uma questão do CAPS, isso é uma questão das pessoas no geral” (P 37).*

## 2.5 Organização

Quatorze entrevistados declararam que o que menos gostam no CAPS está relacionado à organização do serviço.

2.5.1 Falta de profissionais e a alta rotatividade dos mesmos: foi citada por 05 deles.

*“De rodízio dos profissionais. Acho extremamente difícil a construção de vínculos de confiança. Uma vez construída a confiança, o rodízio pode interromper isso e também avanços conquistados pelas terapias” (P 07).*

2.5.2 Demora em conseguir consultas, no atendimento e o tempo ocioso entre as atividades: foi descrito por cinco usuários também.

*“Algumas vezes precisei tentar marcar mais de uma vez um médico ou um serviço para poder ser atendido” (P 08).*

2.5.3 Regras: que envolveu o número limitado de pessoas que podem sair para fumar juntas e o controle da frequência e dos atrasos foi o fator que menos agradou cinco pessoas.

*“E com relação a perícia eles me disseram que vai me prejudicar se eu tiver faltando aqui, mas eu sou obrigado a faltar, porque tem que ta comprando comida em casa, e eu vou ali faço um biscatesinho de jardinagem né, as vezes quando eu pego um peixinho também eu vendo, daí já ajuda” (P 05).*

*“Esse sistemazinho, porque às vezes tem muita gente, daí quem fuma tem que ta esperando, só pode sair de seis em seis pessoas, Em parte é bom porque não sai todo mundo e não vira uma bagunça, porque tem gente que não sabe respeitar né, mas às vezes é ruim porque tem muita gente. É outra coisa que eu acho assim meio chatinho” (P 14).*

2.6 *Estrutura:* apenas um participante respondeu que o que menos gostou no CAPS foram as instalações.

### 2.7 *Nada a reclamar*

Dezessete pessoas declaram não ter nada a declarar sobre o que menos gostaram no serviço, ou seja, que não havia algo de que não tinham gostado.

## **5.2.3 O que poderia ser melhorado no CAPSad**

Os resultados quantitativos obtidos através da Escala SATIS - BR indicam que os usuários estão satisfeitos com o CAPSad, mas consideram que melhorias podem ser realizadas no serviço. Desta forma, entende-se que a satisfação avaliada refere-se a várias dimensões, que no geral, estão boas, mas que apresentam aspectos passíveis de mudança, apresentados a seguir.

### 3.1 *Atividades e recursos terapêuticos*

As atividades e recursos terapêuticos, mais uma vez, constituíram uma categoria de análise, agora da terceira pergunta sobre o que poderia ser melhorado no CAPS. Houve, também, um elevado número de

respostas dos usuários, 21 ao total. Para a análise da categoria foram construídas cinco subcategorias.

3.1.1 Atividades corporais e esportivas: que incluiu sugestões sobre a implantação de mais atividades como futebol e natação, além de atividades externas como passeios, foram evocadas por oito pessoas.

3.1.2 Oficinas terapêuticas: poderiam ser melhoradas, na opinião de seis participantes, incluindo mais atividades de artesanato, de música, canto e dança e pintura, além de uma horta.

3.1.3 Atividades pedagógicas e profissionalizantes: como a leitura e o desenvolvimento de cursos profissionalizantes, foram vistas como possíveis melhorias por dois entrevistados.

*“Eu acho que a única coisa que eu posso, se tem uma colocação, que pode ser uma de importante contribuição é ter mais terapias ocupacionais, ensinar alguma, um ensino profissionalizante, por exemplo, muitos chegam aqui e se tiveram algum ensino profissionalizante esqueceram, ou às vezes nem tiveram ensino profissionalizante. Acho que isso seria vantajoso” (P 47).*

3.1.4 Atendimento individual com profissional da Psicologia: foi descrito por um dos respondentes.

*“Gostaria, não sei se tem, mas se tivesse, de vez em quando conversar com uma psicóloga entende, individual para desabafar um pouco. Porque eu gosto muito de desabafar entende. Daí claro, aqui tá bom, porque eu venho, assisto as reuniões, vou para lá e venho, mas eu não sei se tem isso aí de vez em quando. Assim tipo uma, de conversar com a psicóloga, no fim eu nem sei quem é a psicóloga aí. Um atendimento assim mais individual. Daí, por exemplo, se um dia eu venho e não estou bem, eu gostaria de falar com a psicóloga né, das minhas passagens de vida, do meu alcoolismo” (P 10).*

3.1.5 Outras modalidades de atividades e de atendimentos foram declaradas por oito pessoas, incluindo a realização de visitas domiciliares, o atendimento noturno, atividades de cunho espiritual,

assim como a revisão das atividades oferecidas e a diversificação das mesmas.

*“Era bom se eles visitassem as casas pacientes, se fizesse a visita na casa dos pacientes, a equipe, para ver nossa, acho que a equipe chegar na casa do paciente para ver como ele está, conversar com o paciente, assim seria muito bom também” (P 38).*

### 5.1 Equipe

Aspectos que poderiam ser melhorados com relação à equipe compuseram duas subcategorias, a partir da fala de dez entrevistados ao total.

3.2.1 Disposição em atender os usuários: duas pessoas declaram que a equipe poderia melhorar tendo boa vontade e dispensando mais atenção aos usuários.

*“Mais assistência para as pessoas assim, mais atenção” (P 03).*

3.2.2 Condições de trabalho dos profissionais: poderiam ser melhores, segundo oito participantes. Esta subcategoria incluiu a contratação de mais profissionais, melhores condições em termos de recursos e estrutura e a diminuição da rotatividade da equipe.

*“Eu na minha visão para melhorar, mais profissionais. Como essa daí agora, que dizem que não tem esses profissionais que faziam esses passeios, esse serviço externo eles não tem. Ai fica só confinado” (P 44).*

### 3.3 Benefícios

Novamente, a categoria sobre os benefícios obtidos no serviço é composta, apenas, pela subcategoria alimentação.

3.3.1 Alimentação: citada por dois usuários como algo que pode melhorar no serviço, oferecendo a oportunidade de repetir as refeições e melhorando a comida oferecida.

### 3.4 Estrutura

A estrutura e o conforto do CAPSad foi avaliada, envolvendo os itens de ar condicionado, pintura, limpeza, manutenção, modernização, espaço físico maior com salas mais amplas, acesso a internet, impressora e máquina de cópias, local para o exercício da espiritualidade e implantação de academia ao ar livre, em parceria com a prefeitura. As falas de treze participantes compuseram esse conjunto.

### 3.5 Organização

3.5.1 Atendimento de outras demandas: envolveu as declarações de quatro pessoas, de que melhorias poderiam ser feitas a partir da diminuição da espera para consultas e atividades, a revisão e flexibilização das regras, o atendimento em caráter de plantão aos finais de semana e o desenvolvimento de parcerias com cursos oferecidos por outras instituições.

*“Eu acharia que funcionasse no final de semana, tipo um plantão” (P 09).*

3.5.2 Política: cinco participantes consideraram melhorias a partir de um maior apoio oferecido ao serviço por parte dos governos, incluindo a alteração nas leis a fim de oferecer melhores condições de trabalho no serviço.

*“Penso eu que teria que mudar alguma coisa em termos de lei para poder chegar a esse objetivo que é ter condições estruturais né de poder acolher de uma maneira, que até de repente eles mesmo gostariam de se propor a fazer né mas pelo fato de eles também serem dependentes dessa política” (P 06).*

### 3.6 Nada

Para finalizar, dezessete entrevistados afirmaram não ter nada no serviço que considerem que poderia ser melhorado.

## 6.0 DISCUSSÃO

### 6.1 Perfil da amostra

Na presente pesquisa constatou-se que a maioria dos usuários entrevistados era do sexo masculino. A predominância deste sexo foi encontrada também em outros estudos em diferentes CAPSAd (Faria & Schneider, 2009; Jorge & Carvalho, 2010; Batista, Batista & Constantino, 2012). Pode-se inferir que a predominância encontrada está diretamente relacionada ao perfil do consumo de drogas no Brasil. Dados do último Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no país (Carlini *et al.*, 2006) revelaram a predominância do consumo de drogas pelo sexo masculino para a maioria das substâncias, o que justifica o perfil encontrado neste estudo, ainda que a prevalência de uso na vida, entre as mulheres, para, especificamente, estimulantes, benzodiazepínicos, analgésicos e orexígenos, foi cerca de duas a três vezes maior que os homens.

O estado civil de quase a metade dos participantes da pesquisa é solteiro, seguido pelos casados, separados e viúvos, corroborando com os dados encontrados por Jorge e Carvalho (2010) e Batista *et al.* (2012) indicando uma consistência no perfil dos frequentadores de CAPSAd com relação ao estado civil. Sabe-se que o uso de drogas influencia nas relações amorosas, porém não é possível fazer nenhuma afirmação neste sentido que justifique o perfil encontrado, necessitando para isso mais pesquisas.

Sabe-se também, que esse consumo causa danos na vida do usuário e daqueles que com ele convivem afetando a vida de relações entre eles (Souza, Kantorski & Mielke, 2006). Apesar disso, a atual pesquisa identificou que a maioria dos usuários vive com familiares ou companheiro (a). Alguns vínculos familiares de usuários de drogas são totalmente rompidos, enquanto outros mantém essas relações, porém com vínculos permeados por ambiguidade e estresse (Souza *et al.*, 2006). Isso decorre do fato das famílias encontraram-se desgastadas em função do consumo de drogas de seu familiar e desacreditarem de sua possibilidade de recuperação. Considerando que a maioria dos

participantes declarou viver com familiares e/ ou companheiros, na presente pesquisa, ressalta-se a importância do trabalho terapêutico do CAPSad incluir esses membros no tratamento, oferecendo apoio e orientações sobre o processo de recuperação dos usuários de drogas.

Por sua vez, a declaração das quatro pessoas que vivem em comunidades terapêuticas, que neste caso ocorre por este usuários frequentarem o CAPSad para consultas clínicas e de acompanhamento, ainda que tenham optado pela clínica terapêutica, decisão tomado junto com a equipe do CAPSad, por considerarem esse o melhor dispositivo para a sua condição de dificuldades relacionadas à sua recuperação. Esta situação demonstra a presença ainda forte da lógica das internações na área dos tratamentos em álcool e outras drogas, aliás, reforçada nos últimos tempos pela adoção de mecanismos de internações involuntárias para este tipo de usuários em alguns estados brasileiros (UNIAD, 2013). Nesta situação o usuário se mantém isolado da sua rede de relações durante o processo de recuperação do uso de drogas. Assim é preciso questionar o significado que esses sujeitos atribuem para o fato de morarem em clínicas terapêuticas. E mais, é preciso pensar sobre o impacto que o isolamento do contexto de relações desses indivíduos pode gerar no seu processo de recuperação.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a constituição de uma rede de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas permite trabalhar com o sujeito em seu contexto e em suas relações. Redes devem ser organizadas entre as políticas de assistência social, de saúde mental e atenção psicossocial a fim de formar vários pontos de encontro, de apoio, de atores sociais envolvidos (Amarante, 2011). Por isso, devem abranger outros recursos, de ordem afetiva, social, econômica, sanitária, cultural, religiosa e de lazer a fim de catalisar o trabalho das equipes de saúde tanto na dimensão do cuidado quanto na da reabilitação psicossocial de usuários de drogas (Ministério da Saúde, 2004b).

E, através da interação constante dessa rede - de familiares, equipes de saúde, organizações governamentais e não-governamentais - é que poderão surgir diferentes caminhos, acolhimento, encaminhamento, prevenção, tratamento e reconstrução de existências (Ministério da Saúde, 2004a). Neste sentido, a articulação com a rede básica de saúde, a extensão das políticas aos familiares e o fortalecimento de redes social e comunitária devem ser enfrentados



como novos desafios que se configuram como um importante pilar de sustentação do novo modelo de assistência à saúde mental no Brasil (Tomasí *et al.*, 2010).

A análise da rede social revela os recursos dessa rede a qual pode desempenhar funções como apoio social e emocional, companhia social, aconselhamento e guia cognitivo, regulação social, ajuda material e acesso a novos contatos, configurando a rede de apoio social. Destaca-se que essa rede não está restrita a família nuclear ou extensa já que inclui também o conjunto de vínculos interpessoais, envolvendo desde os amigos e a família até as relações comunitárias, de trabalho e de práticas sociais (Sluzki, 2006).

No campo específico do uso de drogas, sabe-se que pessoas que são pouco integradas em família e em sociedade estão mais sujeitas a recorrer às substâncias psicoativas. Salienta-se que a falta de conhecimento da realidade do uso de drogas promove a disseminação de estratégias de combate a substâncias inertes por natureza, fazendo que o usuário e o seu contexto de relações fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante (Ministério da Saúde, 2004a). Dessa forma, ressalta-se a importância da reflexão acerca da escolha pela internação em clínicas terapêuticas e da necessidade de desenvolver estratégias de resgate da rede de relações dos usuários, quer seja com outras pessoas de seu convívio, quer seja com a materialidade que o viabiliza enquanto ser-no-mundo, como sua residência e seu trabalho.

Com relação ao grau de escolaridade, o mais referido pelos entrevistados foi o ensino fundamental incompleto, seguido pelo ensino médio completo, ambos configurando mais da metade das respostas gerais, corroborando com o perfil da amostra do Levantamento Nacional sobre padrão de uso de drogas, realizado por Carlini *et al.* (2006), indicando ser este o perfil de escolaridade predominante entre a população brasileira pesquisada (28,3%).

Já o elevado número de pessoas que dependem de auxílio doença, observado na presente pesquisa, indica as dificuldades de relacionamento com o trabalho dos usuários com problema com drogas, sendo que o rompimento desses vínculos pode ser tanto um fator causal (conflitos e sofrimento psíquico no trabalho), quanto uma consequência

do processo de dependência às substâncias psicoativas (Souza *et al.*, 2006). Geralmente estes usuários, quando ainda dentro da fase ativa do uso dependente de substâncias psicoativas, acabam apresentando dificuldades de manter-se em situação regular de trabalho, cumprir seus horários e obrigações, acarretando no afastamento. Por outro lado, depois desta ruptura com o ambiente de trabalho, há uma dificuldade de voltar a ele, seja pelas sequelas psicossociais do período de uso abusivo (insegurança de ser, instabilidade emocional, ruptura de vínculos sociais, comorbidades físicas e psíquicas, etc), seja pela acomodação à situação de manutenção do benefício do auxílio-doença, que oferece a possibilidade de sobrevivência, sem necessitar cumprir suas obrigações cotidianas e enfrentar novamente as pressões do mundo laboral.

Considerando os modos de vida na sociedade capitalista e o papel central que o trabalho ocupa, estar fora do mercado de trabalho pode gerar sentimentos negativos nos usuários em tratamento. Pode-se dizer que uma das maneiras de se constituir enquanto sujeito, está relacionada ao trabalho e ao seu significado. Não estar vinculado a uma atividade produtiva pode inviabilizar o sujeito em uma de suas formas de ser-no-mundo. A exemplo disso, o desemprego, atualmente, é visto como um fator que pode desestruturar a organização das famílias e, conseqüentemente, pode gerar sofrimento psíquico (Souza *et al.*, 2006). Assim, considerando que a maioria dos entrevistados no presente estudo não está vinculada a uma atividade produtiva de trabalho ou não possui uma fonte de renda destaca-se a importância de refletir sobre o papel do trabalho na vida dessas pessoas e do significado que elas atribuem para o afastamento dele, a fim de contribuir para a (re)construção de sua identidade enquanto sujeito.

O consumo de algum tipo de droga no último mês foi relatado por 20 entrevistados. É preciso considerar o que este consumo representa para o usuário e para a equipe. Por se tratar de um serviço que tem como referência as diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas espera-se que o CAPSad não considere a abstinência como único objetivo a ser alcançado no tratamento, trabalhando dentro da perspectiva da Redução de Danos. Neste sentido entende-se que

“(...) quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as

singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (Ministério da Saúde, 2004a).

Esta perspectiva considera a dependência de drogas como um fenômeno em que predomina a heterogeneidade, ao considerar que muitos usuários de drogas não compartilham ou não tem condições psicossociais de atender a expectativa e o desejo de abstinência da maioria das equipes técnicas dos serviços tradicionais nesta área, e conseqüentemente, abandonam o tratamento, ou mesmo nem chegam a acessar o sistema de saúde. Quando a meta da abstinência é o principal foco do tratamento a recaída pode ser interpretada como fraqueza, fracasso, insistência em um erro, portanto, passível de gerar vergonha e culpa (Moraes, 2008).

Os serviços que possuem a meta da abstinência, em geral, apresentam uma racionalidade biomédica a respeito do uso de drogas, considerando a dependência como uma doença, crônica, recorrente e incurável. Como não há uma cura, o tratamento se baseia no controle do comportamento dos usuários, que passam a evitar ambientes e pessoas que possam estar relacionados ao uso de drogas, racionalidade comum em serviços como hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua (Schneider, 2010).

Portanto, as diretrizes da Política Nacional do Ministério da Saúde para os serviços de saúde pública na área, como os CAPSad, indicam a necessidade de ampliação das metas para além da abstinência como única possibilidade (Ministério da Saúde, 2004a). Considerando o contexto no qual os dois serviços pesquisados no atual estudo estão inseridos, entende-se que as respostas dos entrevistados podem indicar

que a abstinência não é encarada como meta principal do tratamento, sendo um ponto favorável aos serviços já que estariam atuando de acordo com tais diretrizes.

Dentre as drogas de abuso que levaram a busca de tratamento, a mais citada foi o álcool, corroborando com os dados do II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (Carlini *et al.*, 2006) que indicam que o uso na vida de álcool é de 38,3%, de cocaína é de 0,4% e de crack é de 0,1% no mês. Já a dependência de álcool foi constatada em 12, 3% da amostra pesquisada, seguida pelo tabaco (10,1%), maconha (1,2 %), benzodiazepínicos (0,5%), solventes (0,2%) e estimulantes (0,2%).

A respeito destes índices é preciso levar em conta o caráter informativo alarmista sobre a real situação da problemática das drogas. O álcool, juntamente com o tabaco, são substâncias lícitas e as mais consumidas no mundo, sendo responsável pelas maiores e mais graves consequências para a saúde pública mundial. Atualmente, o alcoolismo é considerado o maior problema de saúde pública com relação ao uso de drogas no Brasil (Ministério da Saúde, 2004a).

Cerca de 20% dos usuários tratados na rede primária de saúde brasileira consomem bebida alcoólica em um nível considerado de alto risco. A dificuldade dos profissionais em detectar problemas de saúde em decorrência deste consumo dificulta o diagnóstico e o tratamento adequado. Em 2001, o Brasil registrou 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool, o que representa mais de quatro vezes o número de internações ocorridas em decorrência do uso de outras drogas (Ministério da Saúde, 2004a). Assim, corroborando com os dados encontrados, percebe-se que o álcool é a droga responsável por causar mais problemas aos usuários e que mais leva a busca de tratamento no CAPSad.

Com relação à frequência no serviço, entende-se que esta deve ser definida entre o usuário e o seu profissional de referência, dependendo do projeto terapêutico, e do acesso que o usuário tem ao CAPS, o apoio familiar e a possibilidade de envolvimento em atividades comunitárias, organizativas, de geração de renda e trabalho (Ministério da Saúde, 2004b). Neste estudo, a maioria dos entrevistados frequenta o serviço entre 3 e 4 vezes por semana, o que precisa ser avaliado a fim de permitir que eles possam realizar o tratamento de forma adequada e também se reinserir na sociedade. Salienta-se que é necessário

incentivar a reinserção dos usuários na sua comunidade através de sua rede de relações, diminuindo, gradativamente, sua frequência no serviço.

A determinação do profissional de referência deve levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental para seu processo de recuperação. Esse profissional tem como responsabilidade monitorar, em parceria com o usuário, o projeto terapêutico, realizar contato com a família, avaliar as metas traçadas, e dialogar tanto com o usuário quanto com a equipe. Considerando que a existência de um profissional de referência é um dos pilares da atenção psicossocial, verifica-se que os CAPSad avaliados estão atuando de acordo com essa proposta.

O projeto terapêutico individual corresponde a um conjunto de atendimentos personalizados para cada pessoa na unidade e fora dela, respeitando a sua particularidade, e propondo atividades ao longo da sua permanência no serviço, conforme as suas necessidades (Ministério da Saúde, 2004b). A elevada taxa de realização de projetos terapêuticos (quase 100% dos casos) encontrada neste trabalho também indica que os CAPS investigados estão atuando conforme essas determinações e revela um aspecto positivo dos serviços.

## **6.2 A satisfação com o serviço**

Os resultados da análise da escala SATIS-BR revelaram que os usuários dos CAPSad estão satisfeitos com o serviço, corroborando com os resultados encontrados em outros estudos que realizam avaliações neste tipo de serviço (Kantorski *et al.*, 2009b; Perreault *et al.*, 2010; Bandeira, Leal & Scalon, 2012; Camilo, Silva *et al.*, 2012). O escore médio encontrado, para a satisfação geral, foi de 4,40 resultado igual ao encontrado por Kantorski *et al.*, (2009b) na avaliação da satisfação dos usuários de 30 CAPS I e II da região Sul da Brasil (média 4,4). Os índices se aproximam também dos encontrados por Camilo *et al.* (2012), que descreveram a média da satisfação global de 35 usuários de um Centro e Referência em Saúde Mental (CERSAM) no valor de 4,52.

O item com maior grau de satisfação foi o que abordou a maneira como o usuário foi tratado no serviço em termos de respeito e dignidade (média 4,74 e desvio padrão 0,52). Este item também foi o mais bem avaliado em outra pesquisa, obtendo média de 4,8 (Kantorski *et al.*, 2009b). Em segundo lugar, os usuários estão mais satisfeitos em relação à ajuda que a equipe oferece (média 4,72 e desvio padrão 0,60).

Apesar do índice elevado de satisfação da escala em geral, vale destacar a análise dos itens de número 3, 6 e 9 por seus escores mais baixos, se comparados aos demais. As questões em destaque abordam se “a pessoa que admitiu você no CAPSad compreendeu o seu problema”, “a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no CAPSad” e, por fim, a “classificação da competência da equipe do CAPSad”. Ainda que bem avaliados no índice geral, tiveram escores menos elevados no ponto 5 (muito satisfeito) e escores um pouco mais altos no ponto 4 (satisfeito) e 3 (mais ou menos), dando um indicativo para os serviços sobre a importância de redimensionar o acolhimento, a discussão do projeto terapêutico individual e a competência técnica da equipe, como forma de acolher a avaliação destes usuários que não se mostraram totalmente satisfeitos.

Os itens com a pior avaliação, do ponto de vista dos usuários entrevistados na presente pesquisa, envolveram as condições gerais de instalação do serviço (questões 11 e 12), avaliadas como regulares pela maioria, com média de 4,10 (DP 0,81) e 3,84 (DP 0,71) respectivamente. Novamente os índices corroboram com os encontrados por Kantorski *et al.* (2009b) a respeito do menor escore obtido na escala ser relativo ao item 12 (média 3,9). Além disso, o segundo item com a pior avaliação foi o mesmo, sobre a satisfação com o conforto e a aparência do serviço, com média igual à descrita por este outro estudo (Kantorski *et al.*, 2009b).

Verifica-se que os resultados desfavoráveis obtidos com relação às condições gerais do serviço são corroborados pela análise das questões abertas, que serão discutidos mais a frente. Destaca-se que as avaliações desfavoráveis encontradas, com relação à satisfação, devem ser registradas com atenção uma vez que se configuram como indicadores relevantes a respeito do serviço.

Vale ressaltar, novamente, a multidimensionalidade do construto satisfação, o que implica em diferentes avaliações dentro do mesmo conceito. Assim, a escala SATIS - BR avalia alguns desses fatores e,

através das questões abertas, pode indicar outros que não foram contemplados anteriormente. Neste sentido, não há uma contradição entre os dados, mas sim uma complementaridade.

A despeito dos altos valores de satisfação encontrados nas pesquisas, vários autores têm fornecido contribuições que apontam para diversas questões, desde a necessidade de uma definição mais aprofundada do construto da satisfação até a revisão dos métodos e dos instrumentos de pesquisa. Tal fenômeno é descrito pela literatura como efeito de “elevação” das taxas de satisfação e, mesmo quando as expectativas sobre o serviço são negativas, ele é reportado (Espiridião & Trad, 2006).

A gratuidade do tratamento, no caso de serviços públicos, é usada por alguns autores como argumento para explicar a alta satisfação, uma vez que poderia expressar o medo dos usuários em perder o direito ao serviço (Espiridião & Trad, 2005). Adiciona-se a isso o viés de gratidão, que envolve a relutância em expressar opiniões negativas (Owens & Bachelor, 1996 ; Avis *et al.*, 1997 ; Bernhart *et al.*, 1999 como citado por Espiridião & Trad, 2005) e é verificado especialmente na avaliação de serviços públicos, podendo ocorrer também em função da relação entre o usuário e o profissional ou entre ele e o pesquisador. Baseado do exposto, admite-se que o fato dos serviços pesquisados na presente pesquisa serem públicos se constitui como um dos possíveis vieses relativos a elevada satisfação encontrada.

Além disso, medidas de satisfação geral ou global são vistas como possíveis propiciadoras do fenômeno de elevada satisfação. No presente estudo, buscou-se minimizar este viés através uso de um instrumento de medida multidimensional. Instrumentos dessa natureza permitem discriminar as diferentes dimensões da satisfação, garantindo uma maior compreensão da avaliação do serviço por parte do usuário em cada dimensão, o que possibilita intervenções mais precisas nos fatores que precisam de melhorias (Espiridião & Trad, 2005).

O uso de medidas padronizadas, com suas propriedades psicométricas avaliadas, tal como foi utilizado no atual estudo, configura-se em um aspecto importante para a minimização dos vieses metodológicos encontrados nas pesquisas de satisfação (Espiridião &

Trad, 2006; Banderia *et al.*, 2011b). Apesar da maioria das pesquisas de avaliação de serviços de saúde mental, no Brasil, enfatizarem o construto da satisfação, apenas quatro estudos publicados utilizaram escalas de medidas validadas (Bandeira *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a fim de garantir a confiabilidade da pesquisa, e diminuir o viés metodológico, além de escolher instrumentos multidimensionais, realizou-se o cálculo da consistência interna das duas escalas utilizadas, ambas já validadas no contexto brasileiro. Os índices obtidos, representados pelo *alpha de Cronbach*, são considerados elevados em termos de consistência interna (Dancey & Ridey, 2006). Tanto na esfera geral das escalas, quanto na análise entre seus itens e suas subescalas, verifica-se que os instrumentos apresentam uma boa validade dos construtos medidos.

As estratégias para reduzir o efeito da elevada satisfação também envolvem o uso de questões abertas e fechadas e a comparação dos dados das mesmas, considerando que podem surgir contradições nestas análises, o que descreveria, na verdade, contradições do serviço oferecido (Kotaka *et al.*, 1997 citado por Espiridião & Trad, 2005). Na atual pesquisa utilizou-se esta estratégia, através da realização de questões abertas sobre a satisfação, as quais ainda serão discutidas logo adiante.

Desta forma, admite-se que os resultados encontrados, referentes a índices positivos de satisfação, podem possuir limitações. Contudo, salienta-se que a satisfação dos usuários está relacionada a fatores como características do atendimento, variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários, tipos de intervenção, diminuição de sintomas, acessibilidade dos serviços, continuidade dos cuidados, qualidade da relação entre terapeuta e cliente e competência da equipe (Perreault *et al.*, 2001), constituindo-se num importante indicador para os CAPSad. Assim, a satisfação do paciente é considerada como uma parte integrante da qualidade do atendimento sendo importante ferramenta para a pesquisa, o planejamento e a administração dos serviços (Phi *et al.*, 2002).

### **6.3 A mudança percebida**

O resultado do escore global da Escala de Mudança Percebida indicou que a maioria dos usuários dos CAPSad avaliam estar melhor do



que antes do tratamento, corroborando os dados de Perreault *et al.* (2010), Costa *et al.* (2011) e Silva *et al.* (2012). Estes dados representam um ponto favorável na avaliação dos CAPSAd uma vez que fornecem indicativos sobre os resultados do tratamento, do ponto de visto dos usuários. A avaliação da mudança fornece, além disso, uma medida de validação social destes resultados (Costa *et al.*, 2011) e é uma importante dimensão da avaliação do tratamento Perreault *et al.* (2010).

O maior índice de melhora percebida foi obtido com relação à avaliação geral da mudança percebida, que corresponde ao item 19 da escala. O escore obtido é bastante elevado, já que apresentou uma média de 2,94 e um desvio padrão de apenas 0,23. O alto grau de percepção de melhora geral também foi relatado por usuários entrevistados no estudo de Costa (*et al.*, 2011), onde 93% deles afirmaram estar melhor com o tratamento. Estes dados podem servir para indicar que o tratamento oferecido está produzindo resultados positivos.

Os outros itens de maior mudança percebida foram o interesse pela vida, a confiança em si mesmo e o interesse em trabalhar ou se ocupar. É interessante observar que estes itens diferem dos encontrados por Costa *et al.* (2011). Os autores verificaram que os maiores índices de respostas de mudança percebida estavam relacionados a problemas pessoais, humor e sono. Estas diferenças podem ter ocorrido em função de alguns fatores como o perfil da amostra e do serviço de atendimento.

Enquanto, na presente pesquisa, os usuários foram, em sua maioria homens, com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no estudo de Costa *et al.* (2011) a amostra estudada apresentava diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes, excluindo-se pessoas com doença crônica grave, comorbidade neurológica ou dependência de drogas. Deve-se considerar, portanto, as variações entre gênero, diagnóstico e uso de drogas como possíveis fatores relacionados as diferenças encontrados na análise por itens na mudança percebida.

Apesar de todos os participantes serem atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial, os autores destacam que, os usuários estavam em regime ambulatorial e, portanto, “recebiam basicamente tratamento medicamentoso, com consultas médicas mensais” (Costa *et al.*, 2011). Neste sentido, pode-se perceber uma diferença no tipo de tratamento

realizado com estes usuários. Reflete-se sobre os resultados produzidos, em termos de percepção de mudança, por um tratamento definido como basicamente medicamentoso. Os usuários submetidos a esse tipo de serviço relataram perceberem maiores mudanças nos problemas pessoais, humor e sono.

Em contrapartida, os usuários da presente pesquisa, atendidos em um serviço que prioriza as atividades terapêuticas de cunho psicossocial, além do tratamento medicamentoso, apresentaram resultados mais subjetivos, em termos de interesse pela vida, confiança em si mesmo e vontade de trabalhar. A investigação da relação entre melhorias ou pioras percebidas pelo usuário e as características do tratamento pode ser realizada através da avaliação da mudança percebida (Costa *et al.*, 2011). Com base no exposto, pode-se verificar que diferentes formas de tratamento produzem resultados diferenciados em termos de mudança percebida, porém estudos adicionais devem ser realizados.

No tocante a questão específica da vontade de trabalhar e se ocupar, de maior representação no estudo com homens usuários de drogas, considera-se, mais uma vez, o significado que o trabalho possui na atual sociedade, mais particularmente, no caso de homens. Verificou-se que 80 % dos usuários relataram perceber mudança quanto à vontade de trabalhar e se ocupar na amostra em que predominavam homens, usuário de drogas em tratamento em comparação a amostra constituída por 54% de mulheres Costa *et al.* (2011).

Reitera-se o destaque que o trabalho ocupa no contexto de pessoas em tratamento pelo uso abusivo de drogas, e do potencial dos serviços de saúde mental de promover a reintegração social de seus frequentadores através do mesmo. Destacam-se as atividades de oficinas que podem contribuir no desenvolvimento de novas habilidades e de novas formas de se inserir no mercado através do trabalho.

É interessante notar que os itens que abordam a estabilidade das emoções, a capacidade de suportar situações difíceis, o sono e a saúde física, tiveram pelo menos 30% das respostas que indicaram não ter percebido mudança ou estar pior do que antes. Ou seja, as equipes dos CAPSad devem estar atentas a estes usuários, que apesar de não majoritários, não conseguiram obter mudanças em itens tão fundamentais para a saúde integral dos usuários como estes acima descritos.

A percepção de menor grau de mudança, descrita pelos entrevistados da atual pesquisa, foram sobre as questões de sexualidade e de convivência com amigos, corroborando com os achados de Costa *et al.* (2011). O fator sexualidade, especificamente, foi descrito também pelos usuários no estudo de Silva *et al.* (2012) e Perreault *et al.* (2010).

O fato de não perceber mudança com relação à sexualidade, ou ainda, relatar piora, pode estar relacionado ao uso de psicofármacos, os quais podem produzir efeitos colaterais na libido, energia e saúde física entre outros (Costa *et al.*, 2011). Assim, é importante que a equipe faça o monitoramento dos efeitos colaterais da medicação em seus usuários, tendo em vista que esses efeitos colaterais estão relacionados a não adesão ao tratamento (Silva *et al.*, 2012; Costa *et al.*, 2011).

Por outro lado, pode ter relação com o outro item pior avaliado, que diz respeito à convivência com amigos, pois a restrição do campo social, que pode implicar na redução das possibilidades de vivência da sexualidade, é uma das consequências do abuso de substância e um dos grandes desafios para os serviços de saúde mental, que devem ter como indicativo terapêutico a facilitação da reconstrução dos vínculos sociais, como preconiza os princípios da política na área (Ministério da Saúde, 2004a).

Considera-se que o uso de uma medida de percepção de mudança é válido na avaliação dos resultados dos serviços de saúde mental. Não só pela inclusão da perspectiva do usuário, como também pela possibilidade de indicação de elementos do tratamento que não estão apresentando melhorias ou estão sem mudança. As equipes podem, a partir disso, reavaliar o projeto terapêutico incrementando as estratégias de recuperação utilizadas com base nos itens avaliados como sem mudança ou com piora.

#### **6.4 Relação entre perfil do usuário, satisfação com o serviço e mudança percebida**

Pesquisa em saúde mental sobre a satisfação de usuários com os serviços são encontradas na literatura de forma bem consolidada. Já a percepção de mudanças com o tratamento ainda é um tema recente nos

estudos de avaliação. Em decorrência disso, a relação entre a mudança percebida e a satisfação dos usuários com os serviços tem sido pouco investigada (Perreault *et al.*, 2010).

Apesar dessa pouca investigação, os estudos indicam a existência de uma relação significativamente positiva entre os dois construtos (Silva *et al.*, 2012). A análise da relação entre a satisfação e a mudança percebida, realizada no atual estudo, revelou a existência de uma relação positiva entre as duas escalas, confirmando achados dos estudos anteriores. Dessa forma, constatou-se que a satisfação dos usuários com os serviços era maior quando eles apresentavam maior grau de percepção de melhora global. A relação também foi encontrada em um estudo nacional (Silva *et al.*, 2012) e outro internacional (Perreault *et al.*, 2010).

A percepção de mudança é a variável preditora mais importante da satisfação, quando comparada as outras variáveis como perfil e variáveis clínicas (Silva *et al.*, 2012). Assim, percebe-se que o conceito de satisfação não está unicamente relacionado com a qualidade dos serviços recebidos. Ele também envolve o efeito do tratamento sobre a saúde física, emocional e relações sociais conforme percebida pelos usuários (Holcomb *et al.* 1997, como citado por Perreault *et al.*, 2010).

Na presente pesquisa, verificou a existência de relações positivas e fracas entre os fatores das escalas de Mudança Percebida e SATIS – BR. Assim, pode-se inferir que, à medida que percebem maiores mudanças com o tratamento, os usuários ficam mais satisfeitos com sua relação com a equipe e com as condições gerais do serviço e qualidade do atendimento. Isso reforça a importância da avaliação do serviço através da utilização de escalas e do ponto de vista dos usuários.

Ademais, constatou-se que, quanto mais satisfeito com o serviço, mais o participante percebe mudança em relação a atividades e saúde física. Os usuários que perceberam mais mudanças na subescala de relacionamento e estabilidade emocional também estavam mais satisfeitos com os serviços de saúde mental (Silva *et al.*, 2012). Observou-se ainda que mudanças percebidas com relação atividades e saúde física estavam relacionadas à satisfação com a relação com a equipe do CAPSad, e com as condições gerais e qualidade no atendimento. Perceber mudança nos relacionamento e estabilidade emocional interfere na satisfação com o relacionamento com a equipe.

Apesar dos resultados sugerirem que a melhora percebida está ligada a satisfação com o serviço, esta relação é pouco abordada em estudos de satisfação sobre o tratamento de abuso de substâncias (Holcomb *et al.*, 1997, 1998; Mercier *et al.*, 2004 como citado por Perreault *et al.*, 2010). A discussão a respeito dessa relação ainda é pouco descrita na literatura geral também, tendo sido encontrado apenas um estudo no Brasil, nas bases consultadas. Além disso, não foram encontrados dados a respeito da relação entre o perfil de usuários de drogas, a satisfação com o serviço e a mudança percebida. Com isso, as discussões a seguir não puderam ser aprofundadas com base na literatura.

O uso de drogas nos últimos trinta dias apresentou uma relação significativa com a percepção de mudança, indicando que pessoas que não fizeram uso, nesse período, percebem mais mudanças com o tratamento. Apesar da meta da abstinência, já discutida neste trabalho, não ser o foco principal do tratamento dos CAPSad, percebe-se que o não uso de drogas influencia na forma como os usuários avaliam as mudanças com o tratamento. Desta forma, não usar drogas pode estar relacionado a melhoras nas relações, nos aspectos físicos como insônia e apetite, no humor e no interesse pela vida, entre outros. Pode-se supor que isso esteja relacionado aos efeitos negativos do consumo, que causam transtornos na vida de relações, na saúde física e no bem estar.

Também é preciso considerar a expectativa que os usuários possuem em relação ao seu tratamento e o que eles consideram por “recuperação”. Isso porque, se a pessoa considera que o principal resultado do seu tratamento é a abstinência, o fato de não conseguir atingir essa meta pode influenciar na satisfação com o serviço e na percepção de mudança, da mesma forma que o contrário seria verdadeiro. Novamente, contudo, salienta-se a necessidade de mais estudos para verificar e qualificar essa relação.

O tipo de droga utilizada também apresentou influência na percepção da mudança. As pessoas que relataram ter procurado o tratamento em função do uso problemático da cocaína apresentaram menores índices nos escores da Escala de Mudança Percebida. Estes dados revelam uma relação importante entre o tratamento e o tipo de

droga preferencial, que deve ser considerado em suas especificidades nas proposições terapêuticas oferecidas nos serviços, pois algumas drogas, por seus efeitos e consequências físicas e psicossociais, trazem maior dificuldade de adesão ao tratamento e de produção de mudanças e indicadores de recuperação.

Sobre o perfil, ademais pode se considerar outro fator, conforme abaixo:

“A la hora del abordaje terapéutico de la adicción o el abuso de cocaína en un principio se hizo con el modelo de las drogas ilegales como la heroína ó el cannabis, lo que originó no pocos fracasos asistenciales, ya que los propios afectados, si previamente no eran consumidores de heroína, no se sentían identificados ni comprendidos, al mismo tiempo que se resistían a que los encuadraran dentro del marco de los “drogadictos”, porque no se consideraban excluidos sociales y presentaban en general un patrón de vida más normalizado y menos delictivo (Higuera & García, 2002)”.

A partir da declaração pode-se encontrar, talvez, algum fator indicativo de diferença entre os consumidores de cocaína. O autor sugere que há um significado, uma identidade, uma forma de se reconhecer que os diferencia de outros usuários de drogas. E, pode-se supor que talvez essa seja uma explicação possível para que eles não percebessem tanta mudança com o tratamento quando comparados aos outros usuários.

Contudo, é preciso ter cuidado com esta colocação, uma vez que, não só o estudo foi realizado em outro país, tendo a influência, portanto, da diferença de cultura, como não há outras declarações semelhantes a essa na literatura brasileira que possam sustentar essa suposição. Por isso, considera-se que estudos adicionais a respeito da percepção da mudança entre usuários de diferentes drogas possam contribuir para esclarecer melhor essa relação.

O uso de medicação também foi um fator relacionado à percepção de mudança uma vez que os usuários que não fazem tratamento medicamentoso apresentaram maior percepção de mudança com o tratamento do que aqueles que fazem uso de medicamentos.

Supõe-se aqui que o uso da medicação poderia diminuir o caráter de autonomia e de responsabilidade do usuário com relação ao seu próprio tratamento, e que, com isso, esteja associado com uma menor percepção de mudança. Também, no caso de usuários de drogas, pode indicar que a alternância de uma droga legal, fruto de indicação médica, para substituir o uso de drogas ilegais ou prejudiciais, não indica para o usuário uma grande mudança, na medida em que continua necessitando de uma bengala química para viver sua vida.

Além disso, o uso da medicação, por seus efeitos colaterais, também pode influenciar nessa percepção de falta de mudança. Resgata-se aqui a discussão a respeito da diferença entre os fatores que usuários em tratamento prioritariamente medicamentoso apresentam em relação aos usuários em tratamento de cunho mais psicossocial. O primeiro grupo relatou mudanças no humor, apetite e sono, diretamente relacionadas aos efeitos da medicação, enquanto o segundo grupo descreveu mudanças de caráter mais subjetivo, que foram interesse pela vida, confiança em si mesmo e vontade de trabalhar. Apesar dos dois grupos perceberem mudança, esta é qualitativamente diferente, o que pode estar relacionado com os resultados encontrados.

Ter um profissional de referência no serviço influenciou tanto na percepção da mudança quanto na satisfação com o serviço. As pessoas que declararam ter este profissional demonstraram estar mais satisfeitas com o serviço e perceber mais mudanças com o tratamento. A relação entre o profissional de referência e o usuário é importante para o tratamento dos usuários em função do vínculo de confiança estabelecido entre eles (Campos *et al.*, 2009). Ademais, os princípios do SUS envolvem a garantia de acesso aos serviços de saúde e a participação do consumidor de drogas no seu tratamento, através, dentre outros, do estabelecimento de vínculos e da co-responsabilidade no enfrentamento do problema das drogas (Ministério da Saúde, 2004a).

Assim, pode-se inferir que os resultados na satisfação e na percepção da mudança, obtidos a partir da presença de uma profissional de referência nos serviços, apontam para dois caminhos. Primeiro podem indicar que as equipes estão atuando alinhadas com as determinações do SUS. Segundo, podem ratificar essas determinações e

os princípios da Reforma Psiquiátrica através de resultados positivos percebidos com o tratamento, em termos de satisfação e percepção de mudança, com base na existência do profissional de referência.

Os resultados encontrados no presente trabalho, em termos de relações entre as variáveis, pela falta de estudos semelhantes, precisam ser relativizados e comparados, no futuro, com outros dados de pesquisa. Nesta direção, novos estudos sobre estas relações são necessários, em especial, com a amostra de usuários de drogas, a fim de possibilitar a comparação entre eles e consolidar estes conceitos no campo da avaliação de serviços em saúde mental.

### **6.5 O que mais gosta no CAPSad**

As perguntas abertas da escala SATIS - BR possuem um caráter complementar às questões fechadas do instrumento, incluindo uma avaliação de caráter mais qualitativo, que permitem compreender outras dimensões do construto que não foram contempladas nas questões fechadas. Ademais, é possível identificar contradições ou confirmações dos dados através da comparação entre as questões abertas e fechadas, proporcionando um entendimento mais global do fenômeno. Além disso, destaca-se que a inclusão de sugestões oportuniza a ampliação do escopo de atendimento do serviço, uma vez que está baseada nas diferentes experiências dos usuários e de sua singularidade.

As atividades e recursos terapêuticos foram avaliadas como um dos pontos mais positivos dos CAPSad por mais da metade dos entrevistados. A oferta de atividades nos serviços avaliados segue a proposta do Ministério da Saúde, que orienta que os CAPSad devem desenvolver variadas atividades, que vão desde o atendimento individual até os atendimentos em grupos e visitas domiciliares (Ministério da Saúde, 2004b). Os resultados encontrados indicam que os dois serviços pesquisados estão desenvolvendo suas atividades seguindo essa determinação, sendo bem avaliados pelos usuários. A exceção são as visitas domiciliares, criticadas por não estarem sendo realizadas.

Dentre as atividades, os trabalhos em grupo foram os mais bem avaliados nas falas dos usuários, sendo possível observar que eles atribuem a ela vantagens com relação às outras. Nesse sentido, verifica-se que os benefícios trazidos pela convivência com grupos envolvem melhorias na vida dos seus integrantes uma vez que podem sentir-se



acolhidos e compartilhar suas angústias, possibilitando a redução de sentimentos negativos os quais influenciam diretamente no tratamento dos usuários (Ferreira & Carvalho, 2010). Já os usuários, entrevistados por Campos *et al.* (2009) referiram-se aos grupos como um importante espaço de trocas e de aprendizagens, corroborando dados da presente pesquisa, quando os usuários afirmaram que os grupos são importantes por oferecer espaços de compartilhamento de experiências e aprendizado, através das vivências comuns entre eles.

As prerrogativas da clínica ampliada, pressuposta na atual política de saúde mental, sustenta-se na concepção do homem como um ser social, que viabiliza-se no mundo através de seus relações (Sartre, 2002; Campos, 2003). Neste sentido são apontados os benefícios da convivência coletiva e a ênfase psicossocial, que implica, justamente, nessa visão mais ampla da constituição do sujeito, da produção de autonomia, de validação das singularidades, através das trocas cotidianas que ficam sufocadas quando se trabalha em uma lógica de exclusão. Conseqüentemente, permite aos usuários que exerçam outros papéis fundamentais para sua constituição como ser no mundo como o papel de cidadão. Neste sentido, ao perceberem que pertencem a um grupo que dá importância a sua experiência de vida e seu conhecimento, no qual é se dá oportunidade de escutar e ser escutado, os usuários experimentam-se valorizados (Ferreira & Carvalho, 2010).

As avaliações positivas das atividades de grupo também foram encontradas em outros estudos, corroborando os dados aqui encontrados (Nascimento & Galvanese, 2009, Campos *et al.*, 2009, Ferreira & Carvalho, 2010). As atividades grupais foram o principal grupo de atividades reconhecido pelos gerentes e técnicos do CAPS, entrevistados por Nascimento e Galvanese (2009).

Outra atividade avaliada positivamente foi o atendimento individual o qual, quando realizado sob uma perspectiva interdisciplinar e psicossocial, possibilita um espaço de acolhimento das demandas mais singulares além de reconhecer o protagonismo dos usuários em seu tratamento.

É preciso, portanto, efetivar no cotidiano dos serviços, os indicadores da mudança epistemológica proposta por Basaglia na

Reforma Psiquiátrica Italiana, que propõe colocar a “doença entre parênteses” e se ocupar do sujeito concreto, com sua singularidade e experiência (Campos, 2003; Amarante, 2011). Deste modo, é possível produzir mudanças nas formas de atenção do campo psicossocial, ou seja, redireciona-se a forma de atendimento baseada na intervenção direta na patologia e centrar-se na abordagem do sujeito integral (Kantorski *et al.*, 2009b).

É a mudança epistemológica que faz emergir o sujeito concreto em suas relações, sua singularidade, seu contexto e seu sofrimento, possibilitando uma consolidação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial (Amarante, 2011). Este movimento é possibilitado através da mudança na forma de olhar os objetos e de produzir conhecimento sobre eles, superando o positivismo científico, o mito da neutralidade da ciência e a produção de uma verdade absoluta. Tais mudanças se refletem na oportunidade de novas abordagens em relação aos fenômenos humanos, em especial, a saúde (Amarante, 2011), já que a ciência deve ter como objetivo atingir a verificação das condições de possibilidade da ocorrência dos mesmos, para além da sua simples descrição (Schneider, 2010).

Ademais é preciso considerar, além da concepção de clínica, a concepção do uso de drogas e da dependência sob o ponto de vista da equipe do CAPSad. Isso porque a concepção de dependência, conforme descrita por Schneider (2010), está diretamente relacionada às intervenções feitas com relação aos usuários de drogas, que podem variar de uma concepção de dependência como uma doença, crônica, recorrente e incurável, no qual a abstinência é a meta de tratamento, até uma concepção que considera o direito dos cidadãos tanto na opção de uso, quanto na disponibilidade de tratamento, e que tem como principal estratégia de ação a redução de danos.

Na presente pesquisa não foram avaliadas as diferentes concepções de clínica e de dependência presentes entre os profissionais do serviço, por uma questão de escolha de objeto de estudo e limitação quanto ao tamanho da pesquisa. Contudo, ressaltam-se estes aspectos como relevantes para a discussão de práticas de atendimento não só individual, como de qualquer modalidade dentro do CAPSad.

O trabalho no CAPS se configura como um espaço de movimento, de resgate do direito de ir e vir. Reconhecimento que se reflete nas práticas cotidianas de atividades que extrapolam os limites

físicos do serviço e permitem aos usuários uma conexão com outros espaços, conforme referido pelos entrevistados.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, o novo modelo assistencial necessita ser pautado em uma concepção de saúde ampliada, compreendida como processo. Neste sentido trabalha com a perspectiva da produção de qualidade de vida, dando destaque para ações integrais e de promoção de saúde (Scandolaro *et al.*, 2009). A realização de atividades corporais e esportivas está de acordo com estes pressupostos, podendo trazer contribuições para o tratamento, principalmente, na qualidade de vida e na autoestima dos usuários, devendo ser realizada como atividade de rotina nos CAPSad, sendo que estas foram bem avaliadas pelos usuários dessa pesquisa.

Por sua vez, a modalidade de oficinas terapêuticas, também avaliada como positiva pelos usuários, possibilita a eles experimentarem-se produtivos em meio à sociedade, configurando-se, assim, em um imprescindível recurso dos CAPS (Schneider, Camatta, Nasi, Adamoli, & Kantorski, 2009). As oficinas podem oferecer novas formas de constituição da identidade aos usuários que, muitas vezes, possuem seus laços de trabalho rompidos em função da sua trajetória de uso de drogas e, através delas, podem desenvolver novas habilidades.

Não só os frequentadores dessa modalidade descrevem-na como boa, mas, também, os familiares entrevistados no estudo de Schneider *et al.* (2009) demonstraram satisfação com a realização de oficinas terapêuticas no CAPS. Em outro estudo, realizado por Kantorski *et al.* (2009b) usuários, familiares e a equipe consideraram as oficinas importantes instrumento de trabalho. Para eles, essa atividade auxilia na aquisição de hábitos, na inserção social, no fortalecimento de vínculos e no processo de socialização.

Ademais, o caráter artístico das oficinas pode contribuir na expressão de sentimentos e na ressignificação de suas experiências. Porém, estes aspectos só serão válidos à medida que essas atividades não fiquem reduzidas apenas ao entretenimento de seus participantes (Schneider *et al.*, 2009). Para que isso não ocorra é necessária a constante reflexão das práticas desenvolvidas, sendo as reuniões de equipe um importante espaço para essa reflexão. Reitera-se o caráter de

autonomia que é dado aos entrevistados através de atividades congruentes com o modo psicossocial de atenção, o qual visa promover um reposicionamento do indivíduo (Kantorski *et al.*, 2009b). E também, conforme já exposto neste trabalho, o resgate e a conscientização do papel de cidadão dos mesmos.

A variedade de atividades oferecidas pelos CAPSad pesquisados foi outro fator destacado pelos entrevistados. Sobre essa variedade em cada serviço Nascimento e Galvanese (2009) destacam que podem estar relacionadas às diferenças regionais, socioeconômicas, de recursos disponibilizados para o serviço em cada região e da própria história dos serviços. Os autores verificaram que os serviços que eram, inicialmente, ambulatoriais davam ênfase para as atividades artesanais, desenvolvidas, principalmente, com usuários com longo histórico de internação. Por sua vez, os que foram criados, originalmente, como hospitais-dia apresentavam sua ênfase em atividades psicofísicas, utilizada para o atendimento de pessoas em crise.

Os dois serviços pesquisados no presente trabalho possuem um caráter diferenciado uma vez que surgiram já configurados dentro da perspectiva de atendimento psicossocial. O que pode se observar é um maior desenvolvimento de tarefas de cunho psicossocial, as quais permitem aos usuários uma condição de autonomia no seu processo de recuperação já que promove a reflexão de sua trajetória de uso de drogas. Mais uma vez, ressalta-se o espaço oferecido para a ressignificação da própria existência através das atividades terapêuticas desenvolvidas.

Salienta-se também a importância da flexibilidade dos serviços com relação às atividades oferecidas para que elas não se configurem apenas com base nas características das equipes, em detrimento das demandas reais dos usuários. Isso porque

embora a não padronização das atividades garanta espaço para a criatividade dos técnicos e para a abordagem individualizada dos usuários ela pode, paradoxalmente, produzir um abismo entre as propostas do serviço e as necessidades dos usuários. Serviços que mantêm muitas atividades de trabalhos manuais (como artesanato) podem não ser atraentes para usuários mais jovens e do sexo masculino, culturalmente pouco afeitos à sua

execução. Em contrapartida, serviços que priorizam abordagens grupais psicoterápicas podem ser decepcionantes para usuários que buscam inserir-se em atividades profissionais ou em outros espaços do cotidiano (Nascimento & Galvanese, 2009).

A equipe e a relação desta com os usuários foram a segunda categoria mais bem avaliada, depois das atividades. Estes dados corroboram com os resultados obtidos na análise quantitativa da escala SATIS – BR que revelou que a dimensão com maior índice de satisfação por parte dos usuários foi a de relacionamento com a equipe. Além disso, verificou-se que o segundo item de maior satisfação da escala foi o que avaliava a ajuda que a equipe oferecia, indicando que os dados qualitativos e quantitativos são complementares, indicando a importância da função da equipe sobre o projeto terapêutico do usuário. Outras pesquisas, feitas na Inglaterra e nos EUA, sobre avaliação de tratamento de alcoolistas apontam que as mudanças são atribuídas, principalmente, em função do benefício que o paciente percebe na relação acolhedora com um terapeuta, com quem pode falar abertamente (Orfor, Hodgson, Copello, Wilton, & Slegg, 2009), reforçando o argumento de Bergmark (2008), sobre a maior relevância da relação terapêutica do que propriamente da técnica aplicada.

Os aspectos avaliados como positivos sobre a equipe também já foram descritos por outras pesquisas brasileiras. Para os usuários entrevistados por Schneider *et al.* (2009) o atendimento da equipe promove a integração entre as pessoas e é resolutivo. Para eles os atributos de destaque foram responsabilidade, afeto, disponibilidade, qualificação, atendimento respeitoso, apoio, confiança e liberdade de participar das decisões sobre o próprio tratamento. O aspecto relacional do atendimento da equipe foi descrito como importante na satisfação do usuário em outro estudo de Kantorski *et al.* (2009b). A ênfase nos processos relacionais, assim como a potencialização da relação entre sujeitos agrega estratégias de aproximação e efetivação de uma prática

resolutiva e voltada para as particularidades de cada pessoa (Jorge & Carvalho, 2010).

Seis, das sete subcategorias descritas aqui, relacionam-se a qualidade dos atendimentos, demonstrando a relevância deste aspecto para os usuários. Pode-se dizer que o relacionamento humano está vinculado com a qualidade do atendimento (Scandolara *et al.*, 2009), que envolve a forma de receber o usuário, de se comunicar com ele e na confiança estabelecida. E, de forma mais ampla, que envolve também o modelo de atenção à saúde mental, uma vez que, por exemplo, o modelo excludente, manicomial, predominam as relações hierárquicas e o distanciamento (Pelisoli *et al.*, 2007).

Pode-se considerar, seguindo Scandolara *et al.* (2009), que o relacionamento profissional é uma ligação de amizade profissional. E este é um dos componentes do desenvolvimento do vínculo nas relações de cuidado (Jorge & Carvalho, 2010) essencial para a adesão ao tratamento e para o processo de recuperação do uso de drogas. Neste sentido, Jorge e Carvalho (2010) afirmam que o vínculo, nas relações de cuidado, pauta-se também na construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários. Porém, apesar de importante, o vínculo entre profissionais e usuários deve respeitar os limites profissionais e éticos impostos por qualquer profissão. Estes dados foram confirmados na presente pesquisa, com a afirmação de vários usuários sobre o valor do relacionamento com a equipe, que vai além da dimensão técnica, considerando o vínculo afetivo, considerado como uma relação de amizade, o que aumenta a sensação de acolhimento no serviço.

Outro resultado encontrado na pesquisa e que pode trazer benefícios para o tratamento dos usuários é o vínculo de amizade entre os próprios frequentadores do serviço, uma vez que, muitos deles, precisam reconstruir sua rede de relações. A troca de experiências entre os iguais também se constitui como diferencial no processo de recuperação. Porém, a reconstrução dos laços possibilita a autonomia dos usuários e deve ser cuidadosamente preparada, ocorrendo de maneira gradativa (Ministério da Saúde, 2004b). Além disso, o comprometimento com o tratamento também é citado como algo importante entre os usuários.

Ademais, não se deve perder de vista que a reinserção das pessoas que frequentam o CAPSad em sua vida de relações, geralmente abalada em função do uso de drogas, é um dos pilares da atenção

psicossocial, não devendo se limitar ou se acomodar apenas com relacionamentos decorrentes da inserção do serviço. Ressalta-se que um dos itens da escala de Mudança Percebida no qual os usuários apresentaram menores índices foi, justamente, no relacionamento com amigos. Assim, a busca pelo (re) estabelecimento dos vínculos sociais e comunitários, para além do serviço, deve ser uma constante no processo de tratamento, sendo uma das diretrizes da Política Nacional (Ministério da Saúde, 2004a).

Os usuários entrevistados também ressaltaram a alimentação como parte do que mais gostam, corroborando com a opinião de outros usuários que avaliaram positivamente a qualidade alimentação oferecida pelos serviços de saúde mental (Kantorski *et al.*, 2009b; Olschowski *et al.*, 2009). Salienta-se que, apesar de estar descrito na categoria como benefício, a alimentação está prevista na normatização do CAPS, sendo previsto uma refeição diária para aqueles usuários que permanecem um turno de quatro horas no serviço, enquanto os que permanecem em dois períodos devem receber duas refeições diárias (Ministério da Saúde, 2004b).

Este dado aponta, também, para as condições socioeconômicas dos usuários de serviços públicos no Brasil, assim como, em específico, o perfil dos usuários dos CAPS em estudo, que vivem em sua maioria de auxílio-doença, aposentadorias e renda dos familiares. Muitas dessas pessoas, com baixo poder aquisitivo, tem na alimentação oferecida nestes serviços, sua fonte de sobrevivência. Em especial, no caso de um dos CAPSad estudados, que é o serviço de referência do município para atenção à população que vive nas ruas e que apresentam problemas de uso de substâncias psicoativas, a oferta de benefícios é crucial na conquista de condições sociais mínimas para esse grupo.

O fato de o tratamento ajudar na recuperação, conforme descrito pelos entrevistados, pode estar relacionado à percepção da mudança declarada pela maioria. Além disso, pode ser visto como um importante resultado do serviço, sendo que um dos pilares do CAPSad é o apoio na recuperação do uso de drogas. A ajuda no relacionamento familiar também é um resultado relevante no tratamento, e que coincide com os escores da avaliação da mudança percebida com relação a convivência

com a família, que apresentou um escore médio de respostas de 2,70, confirmando que os usuários consideram estar melhor do que antes do tratamento neste quesito.

Os resultados da questão sobre o que mais gostam no CAPSad servirão para corroborar os índices das escalas de Satisfação e de Mudança Percebida. Ademais, permitiram ampliar a avaliação da satisfação para dimensões que não são abordadas pelas questões fechadas da SATIS-BR, confirmando o caráter complementar das diferentes estratégias de levantamento de dados. Com isso, é possível verificar que os serviços estão desenvolvendo um trabalho satisfatório do ponto de vista dos usuários.

Novamente, sugere-se a construção de um trabalho reflexivo dentro dos CAPSad que permita que a equipe entre em contato com o histórico de seus usuários, suas preferências e projetos, a fim de se alinhar aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Ressalta-se, assim, a concepção de saúde como um processo, o atendimento do sujeito e não só da dependência, a clínica ampliada e as reuniões de equipe como estratégias privilegiadas para este trabalho reflexivo.

## **6.6 O que menos gosta no CAPSad**

Os resultados obtidos a partir das respostas à pergunta sobre os pontos negativos do CAPSad indicaram fragilidades do serviço que podem servir como indicadores para a implementação de melhorias.

Novamente, as atividades desenvolvidas foram citadas pelos usuários, porém em um número menor dos que aqueles que as avaliaram positivamente. Destaca-se que as atividades oferecidas pelo serviço não são abordadas nas questões fechadas da escala SATIS - BR, podendo este ser um dos fatores responsáveis pelo aparecimento dessa categoria nas questões abertas. Estes achados apontam para a importância de incluir a avaliação específica das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde como uma das dimensões de instrumentos de medida de satisfação dos usuários.

No caso das atividades citadas, ressalta-se que a avaliação negativa está relacionada a fatores bem delimitados. Um desses casos refere-se à atividade da assembleia que foi citada, não pela tarefa em si, mas porque o usuário não percebe efetividade na mesma. A participação nas assembleias pode ser considerada um bom indicador da maneira



como o usuário está se relacionando com o serviço e na perspectiva da coresponsabilização pelo tratamento. A atividade reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, os quais discutem problemas e sugestões de convivência, as atividades e a organização do CAPS ajudando a melhorar o serviço (Ministério da Saúde, 2004). A opinião obtida nesta pesquisa, apesar de única, pode fomentar uma reflexão por parte das equipes, dos usuários e da própria gestão dos serviços de saúde mental sobre a verdadeira função, força e limites da assembleia dentro dos CAPSad.

Outra avaliação negativa das atividades referiu-se a uma preferência pessoal por tarefas mais individuais em detrimento de atividades de grupo. Essa preferência reforça os pressupostos da Política Nacional para o atendimento de usuários sobre drogas (Ministério da Saúde, 2004a) a qual considera que a problemática do uso de drogas envolve a heterogeneidade, sendo que diferentes pessoas possuem diferentes preferências, que devem ser atendidas na medida do possível. Assim, reforça-se a necessidade de cumprimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, e da concepção de atendimento baseada na Clínica Ampliada. Ademais a importância da diversificação das atividades oferecidas pelos CAPSad já foi discutida anteriormente, e é reiterada aqui.

Os pontos negativos relacionados à equipe apresentaram poucas respostas por parte dos usuários, corroborando com os índices encontrados na análise quantitativa da escala SATIS - BR, indicando a avaliação positiva da equipe. Apesar disso, considera-se relevante as opiniões citadas uma vez que servem de indicadores de insatisfação com o serviço. A primeira delas trata sobre a dificuldade de condução dos grupos pode indicar a necessidade de capacitação e de supervisão para equipes de saúde mental. Já duas declarações a respeito do autoritarismo e do uso de punições sugerem uma reflexão mais profunda sobre o tipo de relação estabelecida entre profissionais e usuários no CAPSad. Isso deve ocorrer a fim de que não se reproduzam, nestes serviços, os modos de atuação que repliquem o modelo manicomial, onde as relações são prioritariamente hierárquicas (Amarante, 2011).

A falta de profissionais e a alta rotatividade dos mesmos, citadas como ponto menos favorável do serviço, está ligada com a gestão pública do serviço e sugere um maior investimento em recursos humanos. A demora em conseguir consultas também pode estar relacionada à escassez de profissionais. Porém, a demora no atendimento e o tempo ocioso entre as atividades são indicativos de dificuldades de organização do serviço, e podem ser trabalhados pela própria equipe a fim de minimizar estes problemas. As regras do serviço também podem ser alvo de reflexões, podendo ser renegociadas entre a equipe e os usuários, por intermédio da atividade da assembleia, se for o caso.

A avaliação sobre o comportamento dos colegas corrobora com os dados descritos nos pontos positivos do serviço onde, entre outros, foi citado o comprometimento dos colegas como algo positivo do serviço. Seguindo nesta linha, as queixas a respeito da falta de comprometimento com o tratamento por alguns usuários, indicam que este é um aspecto que atrapalha o processo de recuperação de outros colegas.

A presença de poucas mulheres no serviço, citada como aquilo que menos gosta no serviço por um participante, está relacionada ao perfil de usuários de drogas no Brasil, conforme já mencionado no presente trabalho. Além disso, aponta para a importância do atendimento que priorize as demandas de cada usuário, indicando que as equipes precisam estar atentas para a diferença de gênero e a influência que isso pode ter em termos de tratamento. Considera-se que esta questão pode, inclusive, estar relacionada a não adesão ao tratamento, uma vez que as mulheres podem não se sentir à vontade em atividades onde a maioria é constituída por homens. A variável gênero, assim, configura-se como importante fator na construção do projeto terapêutico e na determinação das atividades oferecidas pelos CAPSAd.

As instalações foram citadas apenas por um participante da pesquisa como sendo aquilo de que ele menos gostava no serviço. Estes dados contrastam com os achados na análise quantitativa da escala SATIS - BR e que indicaram que os menores escores de satisfação do instrumento na avaliação das condições gerais de instalação do serviço, no entanto, pouco referidas na parte qualitativa. Essa contradição pode indicar que, apesar de não estar satisfeito com as instalações, elas não são significativas a ponto de serem citadas como algo que os usuários não gostem. O aparecimento das condições gerais do serviço, incluindo

as instalações, como uma das possibilidades de melhorias no serviço, discutidas a seguir, pode indicar que os participantes estão menos satisfeitos com essa questão, e consideram que necessitam de melhoras, porém não consideram que esse aspecto seja o mais relevante no processo de tratamento no CAPS.

Com base nos dados expostos verifica-se que os usuários dos CAPSad pesquisados não gostam de aspectos relacionados as atividades oferecidas, a equipe, aos colegas, e a organização e estrutura do serviço, pontos também levantados como positivos, mas que se expressaram em número bem menor e com diferenças qualitativas na avaliação. Os resultados encontrados podem auxiliar as equipes no mapeamento das fragilidades do serviço e na busca de melhorias do mesmo.

### **6.7 Sugestões de melhorias**

Os dados encontrados na atual pesquisa corroboram com outros estudos, os quais também descreveram que, apesar de estarem satisfeitos com o serviço, os usuários apresentam sugestões de melhorias (Pelisoli *et al.*, 2007; Kantorski *et al.*, 2009b; Olschowski *et al.*, 2009; Scandolaro *et al.*, 2009, Schneider *et al.*, 2009, Kantorski *et al.*, 2011). Novamente, destaca-se que a satisfação é um construto multidimensional e que o instrumento de medida utilizado no presente estudo não aborda todas as dimensões do fenômeno. Assim, dimensões não abordadas quantitativamente podem surgir na avaliação qualitativa sem que isso represente uma contradição nos dados.

Ademais, salienta-se que os setes estudos que descreveram uma avaliação de boa qualidade do serviço utilizaram metodologias variadas como grupos focais, entrevistas e questionários, aplicados em diferentes amostras de usuários, familiares e equipes. Apenas dois (Pelisoli *et al.*, 2007; Kantorski *et al.*, 2009b) utilizaram a Escala SATIS – BR podendo indicar que a avaliação dos serviços tendem a ser positivas, ainda que se utilizem estratégias diferenciadas de avaliação, conforme já foi discutido na apresentação dos dados quantitativos da satisfação.

As indicações de melhorias incluíram sugestões relacionadas a categoria de atividades e recursos terapêuticos, citada por quase metade

dos entrevistados. Assim, apesar de 27 pessoas terem afirmado que as atividades e recursos terapêuticos do CAPSad eram o que elas mais gostavam, essas atividades podem ainda ser melhoradas na opinião deles.

Dentro das melhorias que poderiam ser realizadas no CAPS, Kantorski *et al.* (2009b) também encontraram como uma das categorias de estudo as atividades, citada por 15,5 % da amostra pesquisada. Seu estudo corrobora com os dados encontrados nos quesitos de ampliação da diversidade das atividades e de exercícios físicos. Além disso, no estudo destes autores foram indicadas outras modalidades que poderiam ser realizadas como rodas de chimarrão, grupo de familiares, espaço de conversação, e oportunidades de vender as produções realizadas nas oficinas e de trabalho.

As atividades esportivas e corporais, oficinas terapêuticas, oficinas pedagógicas e profissionalizantes e o atendimento individual foram ainda citados como sugestões para atividades que poderiam ser melhoradas para aperfeiçoar o serviço. Da mesma forma, o aumento de atividades de cunho recreativo também foi relatado pelos usuários no estudo de Kantorski *et al.* (2011), assim como, as atividades terapêuticas e as oficinas também poderiam ser melhoradas na opinião das equipes (Pelisoli *et al.*, 2007), corroborando com os resultados encontrados.

A realização de visitas domiciliares estão previstas dentre as tarefas do CAPSad (Ministério da Saúde, 2004b) confirmando a sugestão de um dos participantes do presente estudo. Ressalta-se que usuários e familiares avaliam essa atividade como importante para a retomada do seu cotidiano (Schneider *et al.*, 2009), sendo este um dos instrumentos de trabalho do CAPS (Kantorski *et al.*, 2009). Neste sentido, apesar de ser indicada por apenas uma pessoa, esta subcategoria revela uma importante atividade que deve ser reavaliada pela equipe e incluída na rotina dos serviços.

Por fim, ressalta-se que a avaliação sobre a necessidade de melhorias na estrutura e conforto do serviço reitera os dados quantitativos encontrados na análise da escala SATIS - BR. Isso porque a questão que obteve pior avaliação foi a que se referia às condições gerais de instalação do serviço, seguida pela questão sobre o conforto e a aparência do mesmo. Assim, apesar de apenas uma pessoa ter referido o aspecto da estrutura do serviço como negativo, constatou-se que os usuários dos CAPSad consideram as condições gerais do serviço

regulares e indicam a necessidade de melhorias na estrutura e no conforto.

A estrutura foi um fator igualmente referido para a melhoria do serviço por 21,8 % dos usuários entrevistados por Kantorski *et al.* (2009b). Para eles, a ampliação do espaço físico, melhores condições de higiene, ambientes personalizados e reformas trariam benefícios para o serviço. A necessidade de reformas no CAPS foi identificada ainda por Olschowski *et al.* (2009). Apesar de satisfeitos com o espaço físico, os usuários apontam a necessidade de melhorias na estrutura do serviço em outro estudo (Schneider *et al.*, 2009).

Apesar do número reduzido de avaliações sobre a atenção dada aos usuários, os resultados encontrados coincidem com os descritos por Kantorski *et al.* (2009b) sobre a necessidade de ampliação do espaço de escuta e de conversa com os usuários. Isso pode indicar a importância dada para o relacionamento entre profissionais e frequentadores do serviço.

Com relação às sugestões feitas envolvendo as equipes, verifica-se que elas precisam estar constantemente avaliando seus processos e reinventando suas práticas. Trabalhar em uma perspectiva psicossocial traz em seu bojo o desafio de alinhar a prática do serviço à demanda dos usuários. Além disso, as declarações a respeito da necessidade de dispensar mais atenção aos usuários reforça a importância das relações entre profissionais e usuários para a qualidade dos serviços.

A necessidade de contratação de profissionais, encontrada como um dos resultados, é um item já identificado por outros pesquisadores (Kantorski *et al.*, 2009b; Olschowsky *et al.*, 2009, Scandolaro *et al.*, 2009; Jorge *et al.*, 2011). Com isso é possível constatar que, apesar dos constantes avanços observados no atendimento a usuários de drogas, ainda há que se avançar em termos macro e micro estruturais a fim de ofertar um trabalho de qualidade a essa parcela da população.

Assim,

as questões relativas aos recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas nos processos de trabalho no CAPS, devendo ser entendidas

como prioridades de resolução pela política de saúde mental e pelos órgãos responsáveis uma vez que o desempenho de qualquer organização depende de seu pessoal (Olschowsky *et al.*, 2009).

Isso porque a falta de profissionais pode comprometer o atendimento e a qualidade do serviço (Jorge *et al.*, 2011) podendo gerar, como consequência para a equipe a sensação de trabalho mal feito, e para os usuários e familiares há a percepção da sobrecarga de trabalho dos profissionais (Olschowsky *et al.*, 2009). A alta rotatividade de profissionais na equipe também pode contribuir para a precarização dos serviços uma vez que dificulta o vínculo entre profissional e usuário. Portanto, verifica-se que categoria sobre as condições de trabalho dos profissionais representa uma importante conquista a ser feita por parte dos serviços, com relação à gestão.

Mais uma vez, destaca-se o papel da gestão dos serviços de saúde mental na delimitação de recursos e investimentos que permitam a construção de espaços adequados ao atendimento das demandas dos CAPS, tendo em vista que essa mudança pode viabilizar a melhoria das atividades realizadas e dos atendimentos. Assim, uma das demandas de melhorias descritas pelos usuários, a infra-estrutura, poderia ser atendida.

A fala de um dos entrevistados indicando o funcionamento do serviço nos finais de semana como uma possível melhoria do serviço, e a necessidade de um atendimento 24 horas, corroboram com os dados encontrados por Schneider *et al.* (2009). Além disso, estes dados apontam para a necessidade de se criar um CAPS III, 24 horas na cidade em estudo.

Por fim, a esfera política aparece como um fator que influencia no serviço e que poderia contribuir para que melhorias fossem realizadas. Nesse sentido, a falta de apoio das prefeituras já havia sido relatada pelos usuários na pesquisa de Kantorski *et al.* (2009b). O impacto que essa falta de apoio causa na saúde é problematizado por Schneider *et al.* (2009) destacando que a dificuldade constante na consolidação da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, no trabalho dos CAPS, é gerada pela falta ou ineficiência de aplicação de recursos, por parte do poder público, e de interesse político dos gestores. Assim, percebe-se que os usuários estão conscientes das questões mais amplas que envolvem o tratamento oferecido. E constata-se que a capacidade

dos serviços de oferecer tratamento de qualidade está atrelada ao poder político, o qual contribui para a (in)viabilização dos pressupostos da nova política de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas.





## 7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim do trabalho de pesquisa ora relatado reitera-se o compromisso de reconhecimento da autonomia e do direito dos usuários de drogas à saúde e a um tratamento adequado. A proposta de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, a partir da perspectiva dos usuários, buscou validar esse reconhecimento e ratificar os pressupostos do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Ademais, visou contribuir para a construção de conhecimento a respeito do uso de drogas e as variáveis envolvidas no processo de recuperação.

Em termos gerais, considera-se que a avaliação dos resultados produzidos pelo tratamento nos CAPSad foi positiva, à medida que os usuários estão satisfeitos com os serviços e percebem mudanças com o tratamento. Os pontos de maior destaque nesta avaliação positiva foram: a realização de projetos terapêuticos individualizados e a presença de profissionais de referência. Também a boa relação entre profissionais e usuários foi apontada como algo que possibilita sentirem-se acolhidos no serviço. Da mesma forma, a oferta diversificada de atividades, foi avaliada como algo importante para quem frequenta o CAPS cotidianamente.

Outro indicador de bons resultados com o tratamento foi à percepção de mudança por parte dos usuários, especificamente, nos itens que se referem ao interesse pela vida, a confiança em si mesmo e ao interesse em trabalhar ou se ocupar, indicando que a atenção psicossocial oferecida nesses CAPSad vêm atingindo alguma de suas metas de reintegração psicológica e reinserção social.

Em contrapartida, foram apontadas fragilidades nos tratamentos, principalmente relacionadas com a estrutura do serviço, o conforto e a aparência do ambiente. Também faz-se necessária a intervenção, junto aos usuários, em fatores como a sexualidade e a convivência com amigos, aspectos avaliados como sem percepção de mudança depois do tratamento. Considerando que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica envolvem a reinserção dos usuários em suas redes de relações cotidianas, da retomada de seus vínculos sociais, estes achados remetem

para uma importante dificuldade a ser enfrentada. Eles podem servir para indicar às equipes que este é um dos pontos frágeis da atenção prestada no serviço, sendo estes aspectos importantes dentro da perspectiva psicossocial, e que necessitam de reflexão e de novas estratégias de intervenção.

Os dados levantados de que os usuários que consumiram algum tipo de droga durante o tratamento perceberam menos mudanças, indicam a necessidade de investigar melhor essa relação entre usuário e o uso de substâncias e suas consequências em termos de recuperação, sendo este um possível tema para investigações futuras. A meta de Redução de Danos dos CAPS respeita a individualidade e vontade dos usuários, sendo um item importante nas diretrizes da política nacional de saúde mental. No entanto, é preciso verificar como os usuários percebem este princípio, na medida em que ainda há uma hegemonia da meta da abstinência na maioria dos outros serviços para usuários de drogas (comunidade terapêutica, clínicas especializadas, AA, NA, etc.), sendo que boa parte dos usuários já fez tratamento em outras instituições e, com isso, podem ter internalizado que não usar a droga é o principal indicador da melhora com o tratamento (Schneider, 2010). Por outro lado, há de se verificar as consequências psicossociais de manter-se no uso da droga, pois é sob efeito desta que problemas físicos, psicológicos e de relacionamento interpessoal são reativados.

O uso de medicação é outro tema de destaque nesta dissertação uma vez que também está relacionado a uma menor percepção de mudança. Reconhece-se a validade e a necessidade deste uso em muitos casos, porém, a partir dos resultados obtidos, recomenda-se a utilização racional dos medicamentos a fim de que não se promova a troca do tipo de “bengala química” de substâncias lícitas ou ilícitas para substâncias prescritas, fazendo com que o usuário continue percebendo-se como dependente de alguma substância.

Estudos adicionais são indicados sobre a relação entre o tipo de droga de preferência e a percepção da mudança com o tratamento, pois usuários de cocaína, por exemplo, tiveram menor percepção de mudança do que usuários de outras drogas. As diferenças entre gêneros também pode ser investigada como fator relacionado aos diferentes aspectos nos quais os usuários percebem mudança. E, ainda, os diferentes tratamentos oferecidos podem ter relação com diferenças na percepção de mudanças.

No que concerne à inclusão da perspectiva dos que frequentam os serviços na avaliação em saúde, salienta-se o caráter de autonomia e de cidadania que essa inclusão produz. Dar voz a estes sujeitos representa mais do que avaliar o serviço, envolve a validação do discurso de pessoas que, constantemente, sofrem com a invisibilidade, com o preconceito, com a desconsideração. Sofrimento que tem em sua base na ação que os outros realizam através do preconceito contra aqueles que estão à margem dos processos sociais, que fogem às regras, que se tornam reféns das drogas. Preconceito também do próprio usuário contra si mesmo, da consciência de quem se tornou, daquilo que poderia ser, daquilo que não é, das perdas produzidas pelo uso excessivo. Consciência de que é autor e vítima das próprias escolhas e de suas consequências. Assim, validar os discursos desses sujeitos é validar também suas experiências, suas vivências, seu sofrimento, sua luta.

Demonstrar satisfação e perceber mudanças com o tratamento, além de dar visibilidade aos usuários, gera visibilidade aos serviços. Estar situado num campo de constantes lutas por reformulações e melhorias, pela consolidação de práticas que efetivem as novas diretrizes, envolve a mudança na forma de compreender e intervir nos processos humanos. Apesar do desafio, os resultados do presente trabalho indicam que os serviços estão se constituindo como espaços de expressão das singularidades e retomada de autonomia.

No âmbito dos estudos com amostras de usuários de drogas, considera-se válida a aplicação das Escalas de Satisfação SATIS-BR (forma abreviada) e de Mudança Percebida neste grupo. O construto da satisfação envolve várias dimensões em sua avaliação e, por isso, o uso de instrumentos apenas com questões fechadas pode não abarcar outras dimensões não incluídas inicialmente. Assim, a combinação de métodos quantitativos e qualitativos é indicada, a fim de promover uma compreensão mais ampliada e completa do fenômeno.

A percepção da mudança, apesar de recente, é uma variável relevante para os estudos de avaliação dos resultados em saúde, estando relacionada com a satisfação. Os resultados dessa escala servem para indicar quais os pontos na vida dos usuários não estão apresentando

resultados. Estes pontos podem servir de guia para a reformulação do projeto terapêutico.

Os aspectos avaliados através da satisfação envolvem desde o nível técnico de competência da equipe, até o nível relacional existente entre profissionais e usuários. Neste estudo destacou-se a dimensão das atividades desenvolvidas no serviço como adicional às dimensões avaliadas nas questões fechadas na escala. Assim, indicasse o uso das questões abertas e fechadas na avaliação da satisfação, como realizado nessa pesquisa. Aponta-se também a possibilidade de uso de outros métodos que contemplam essa dimensão qualitativa em sua formulação, como grupos focais e observação participante, indicando a perspectiva de triangulação de métodos para novos trabalhos avaliativos em saúde mental.

As limitações da pesquisa envolvem a escolha do construto da satisfação, uma vez que este apresenta vieses já descritos no estudo. Ademais, fatores importantes para a construção de um panorama mais fiel da realidade dos serviços não foram explorados. Cita-se dentre eles a composição das equipes, o histórico dos serviços, as concepções de saúde e de dependência dos profissionais, a observação e descrição das atividades *in loco*, entre outros.

Apesar disso, considera-se que foi possível realizar a avaliação dos resultados dos CAPSad, através da satisfação e da mudança percebida. Espera-se que o trabalho possa contribuir para a melhoria e qualidade dos serviços e que os fatores aqui descritos sirvam de indicadores para trabalhos futuros.

## REFERÊNCIA

- Amarante, P.(2011). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ballarin, M. L. G., Miranda, I. M. S., & Fuentes, A. C. R. (2010). Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (4), 726-737.
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Costa, C. S., & Cesari, L. (2009). Avaliação de serviços de saúde mental: Adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 107-114.
- Bandeira, M., Silva, M. A., Camilo, C. A., & Felicio, C. M. (2011). Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *J Bras Psiquiatr*. 60(4):284-93.
- Batista, L. S. S., Batista, M., & Constantino, P. (2012). Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campo dos Goytacazes, RJ. *Persp. Online: Biol. & Saúde, Campos dos Goytacazes*, 7 (2), 23 – 38. Recuperado em 03 de novembro de 2012, de [www.seer.perceptivaonline.com.br](http://www.seer.perceptivaonline.com.br)
- Bergmark, A. (2008). On treatment mechanisms: what can we learn from the combine study? *Addiction*, 103(5), 703-70.
- Bisquera, R., Sarriera, J. C., Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. POA: Artmed.
- Bosi, M. L. M., & Mercado- Martinez, F. J. (2010). Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. *Rev Saúde Pública*; 44(3):566-70

- Camilo, C. A., Bandeira, M., Leal, R. M. A. C., & Scalon, J. D. (2012). Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 20 (1): 82-92.
- Campos, G. W. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec.
- Campos, R. T. O., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22 (5), 1053-1062. Recuperado em 28 de agosto de 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500018)
- Campos, R. T. O., Furtado, J.P., Passos, E. Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 16-22. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>
- Carlini, E. A. (Org.), (2005). II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Cavalcanti, M. T., Dahl, C. M., Carvalho, M. C. A, & Valencia, E. (2009). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 23-28. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/757.pdf>
- Cesari L, & Bandeira M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr.* 59(4):293-301.

- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Universidade Federal de Santa Catarina. (2011). *Portaria Normativa nº 30/GR/2011* de 21 de julho de 2011 Recuperada em 15 de outubro de 2012, de <http://cep.ufsc.br/regimento-interno/>
- Conselho Nacional de Saúde (1996). *Resolução Nº 196, de dez e outubro de 1996*. Recuperado em 15 de outubro de 2012, de [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao\\_196\\_de\\_10\\_10\\_1996.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf)
- Costa, C. S. Banderia, M. Cavalcanti, R. L. A., & Scalon, J. D. (2011). A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. *Cad. Saúde Pública*. 27 (5) 995-1007. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/17.pdf>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para psicologia. Usando SPSS para Windows. 3ª Ed. Artmed e Bookman: Porto Alegre.
- Dicionário online de português. (2011). Recuperado em 15 de novembro de 2011, de <http://www.dicio.com.br/satisfacao/>
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. *Science*, v. 200. 856-64. Recuperado em 13 de agosto de 2012, de [www.sciencemag.org](http://www.sciencemag.org)
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, pp. 691–729.
- Duarte, M. L. C., & Kantorski, L. P. (2011). Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev. bras. enferm.*, 64 (1), 47-52. Recuperado em 23 de agosto de 2011, em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100007)

Espiridião, M., & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (Sup):303 – 312.

Esperidião, M., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun. Recuperado em 22 de abril de 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>

Faria, J. G.; & Schneider, D. R.(2009). O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*; 21 (3): 324-333.

Ferreira, M. O. Filha, & Carvalho, M. A.P. (2010). A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). jun;31(2):232-9.

Fidelis, P., & Escorel, S. (2001). Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25 (58), 35-47. Recuperado em 02 de maio de 2012, de [http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n58.pdf](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf)

Furtado, J. P., Passos, E., & Campos, R. O. (2011). Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental: efeitos de pesquisa. In: R. O. Campos, J. P. Furtado (Org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas, pp. 223-236. SP: Editora Unicamp.

Glanzner, C. H., Olschowsky, A., & Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*, 45 (3) 716-721. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n3/v45n3a24.pdf>



- Hartz, Z., & Silva, L. (Org.) (2005). *Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Higuera, B. C., & García, M. P. G. (2002). Perfil de lós usuários de cocaína. *Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba*. Recuperado em 23 de agosto de 2012 de [http://www.haaj.org/sites/default/files/originales\\_1\\_v2n2.pdf](http://www.haaj.org/sites/default/files/originales_1_v2n2.pdf)
- Jorge, A. C. R., & Carvalho, M. C. (2010). Analisando o perfil dos usuários de um capsad. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós- Graduação em Educação. Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva.
- Jorge, M. S., B.; Pinto, D. M.; Quinderé, P. H. D.; Pinto, A. G. A.; Sousa, F. S. P.; & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3051 – 3060.
- Kantorski, L. P., Wetzel, C., Olschowsky, A., Jardim, V. R, Bielemann, V. L., & Schneider, J.F. (2009a). Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface (Botucatu)*, 13 (31), 343-355. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>
- Kantorski, L. P., Jardim, V. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Shneider, J.F., Heck, R. M., Bielemann, V. L., Schwartz, E., & Coimbra, V. C. C. (2009b). Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 29-35. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/748.pdf>

- Kantorski, L.P., Coimbra, V.C.C., Sila, E.N.F., Guedes, A.C., Cortes, J.M., & Santos, F. (2011). Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(4): 2059 -66.
- Kelly, S, M., O’Grady, K. E., Brown, B. S., Mitchell, S.G., & Schwartz, R. P. (2010). The Role of Patient Satisfaction in Methadone Treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. May ; 36(3): 150–154.
- LAPSAM (2011). Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental – UFSJ. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.ufsj.edu.br/lapsam/>
- Lei nº 10. 216, de 4 de junho de 2001 (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Recuperado em 15 de outubro de 2012, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990. Recuperado em: 12 de abril de 2011, de [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf)
- Mascarenhas, S. A. (2012). Metodologia Científica. São Paulo: Pearson
- Ministério da Saúde. (2004a). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. (Ed. rev.). Secretaria de atenção à saúde. SVS/CN-DST/AIDS. Brasília. Recuperado em: 13 de agosto de 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Brasília. Recuperado em: 24 de agosto de 2011, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_sus.pdf)

Ministério da Saúde (2011). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 448*, de 06 de outubro de 2011. Recuperado em: 31 de outubro de 2011 de: [http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11265:resolucao-no-448-de-06-de-outubro-de-2011&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11265:resolucao-no-448-de-06-de-outubro-de-2011&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94).

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):121-133.

Nascimento, A. F., & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 8-15. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>

Negrh-Velazquez, G., Alegria, M., Vera, M., & Freemanb, D. H. (1998). Testing the service satisfaction scale in Puerto Rico. *Evaluation and Program Planning* 21, 81-92.

Neto, O.C. (2002). O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21ª Ed. São Paulo: Editora Vozes.

Olabuénaga, J. (1999). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Bilbao: Univ. de Deusto.

Olschowsky, A. Glanzner, C. H., Mielke, F. B.; Kantorski, L.P.; & Wetzal, C. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev. esc. enferm.*

- USP, 43 (4), 781-787. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v43n4/a07v43n4.pdf>
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., Wilton, S. & Slegg, G. (2009). To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *Journal of substance abuse treatment*, 36, 49-58.
- Pelisoli, C., Moreira, A. K., & Kristensen, C.H. (2007). Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental*. Ano V, n.9. Barbacena. Nov. P. 63 – 78.
- Perreault, M., Katerelos, T.E., Sabourin, S., Leichner, P., & Desmarais, J. (2001). Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14 (3), 111 – 120. Recuperado em 30 de janeiro de 2012, de <http://dx.doi.org/10.1108/09526860110391586>
- Perreault, M., White, N. D., Fabres, E., Landry, M., Anestin, A., & Rabouin, D. (2010). Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Evaluation and Program Planning*. (33), 410–417. Recuperado em 26 de setembro de 2011, de [www.elsevier.com/locate/evalprogplan](http://www.elsevier.com/locate/evalprogplan)
- Phi, L. N. T., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine* 54, 493–504).
- Prochaska, J. Diclemente, C. & Norcross, J (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114. Recuperado em 14 de agosto de 2011, de <http://www.denmarkcsl.com.au/articles/In-Search-Of-How-People-Change.pdf>

- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3ª Ed. São Paulo: McGrawHill.
- Sartre, J.P. (2002) *Crítica da razão dialética: teoria dos conjuntos práticos*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Scandolaro, A. S., Rockenbach, A., Sgarbossa, E. A., Linke, L. R., & Tonini, N. S. (2009). Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel - PR. *Psicol. Soc.*, 21 (3), 334-342. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3.pdf>
- Schneider, J. F., Camatta, M. W., Nasi, C., Adamoli, A. N., & Kantorski, L. P. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermeria* XV (3): 91-100.
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: Implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 687- 698. Recuperado em 25 de outubro de 2012, de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232010000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232010000300011&script=sci_arttext)
- Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectiva. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (1), 80-91. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>
- Silva, M. T., Lancman, S. & Alonso, C. M. C. (2009). Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 36-42. Recuperado em 23 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>
- Silva, M. A., Bandeira, M., Scalón, J. D., & Quaglia, M. A. C. (2012). Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a

- percepção de mudanças como preditora. *J Bras Psiquiatr.* 61(2):64-71.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Satisfação no trabalho. In: Siqueira, M. M. M. e cols (2008) *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre, Artmed.
- Sluzki, C. E. (2006). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. 3ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1997).
- Souza, J., Kantorski, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em um CAPSad. *SMAD Revista eletrônica, saúde mental, álcool e drogas*. Volume 2, número 1. Recuperado em 15 de agosto de 2012, de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silva, R. A., Gonçalves, H., Silva, S. M. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad. Saúde Pública*, 26 (4), 807-815. Recuperado em 22 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>
- Trad, L. A. B., Bastos, A. C. S., Santana, E. M., & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):581-589.
- UNIAD (2013). Internação involuntária de usuários de drogas deve voltar à pauta da Câmara. Blog dependência química. Recuperado em 12 de janeiro de 2013, de <http://www.uniad.org.br>

- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Tradução: Claudia Dornelles POA: Artmed.
- Wetzel, C., & Kantorski, L. P. (2004). Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enfermagem*, Out-Dez; 13(4):593-8. Recuperado em 8 de junho de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a12.pdf>
- Wetzel, C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, 16 (4), 2133-2143. Recuperado em 22 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>
- World Health Organization, WHO. (2000). *Workbook 6: Client Satisfaction Evaluations*. WHO/MSD/MSB.





## ANEXOS

### Anexo I

#### Questionário de levantamento sobre o perfil do usuário do CAPSad

##### INSTRUÇÕES:

- O objetivo maior de nossa pesquisa é avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas. Para tanto iremos realizar uma entrevista com base em um questionário e duas escalas: de satisfação e bem estar pessoal.

- Os dados da pesquisa são totalmente sigilosos. Seu nome não será identificado.

- Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é sua opinião sincera.

- Embora sua participação não seja obrigatória, caso aceite participar, sua colaboração será muito útil para o estudo dos serviços que atendem usuários de álcool e outras drogas.

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

3) Qual o seu estado civil?

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| (1) Casado (a)             | (4) Divorciado judicialmente |
| (2) União Estável          | (5) Viúvo                    |
| (3) Desquitado ou separado | (6) Solteiro                 |

4) Com quem vive atualmente:

- |                                   |                    |
|-----------------------------------|--------------------|
| ( ) Sozinho                       | ( ) Colegas/amigos |
| ( ) Esposa (o) ou Companheira (o) | ( ) Familiares     |
| ( ) Casa de Acolhimento           | ( ) Outros         |

5) Qual o seu grau de escolaridade:

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| (1) Sem escolaridade              | (7) Curso técnico incompleto   |
| (2) Ensino fundamental completo   | (8) Ensino superior completo   |
| (3) Ensino fundamental incompleto | (9) Ensino superior incompleto |
| (4) Ensino médio completo         | (10) Pós-graduação completa    |
| (5) Ensino médio incompleto       | (11) Pós-graduação incompleta  |
| (6) Curso técnico completo        |                                |

6) Qual sua principal fonte de renda? (possível escolher mais de uma opção)

- |                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| (1) Aposentadoria  | (5) Renda do cônjuge/ companheiro (a) |
| (2) Auxílio-doença | (6) Renda familiar                    |
| (3) Emprego        | (7) Seguro - desemprego               |
| (4) Pensionista    | (8) Outro:                            |

7) Você fez uso de algum tipo de droga nos últimos 30 dias? ( ) sim ( ) não

7.1) Se sim, qual tipo de droga você usou? (possível mais de uma opção)

- |                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| (1) <del>Alcool</del> | (5) Maconha                   |
| (2) Tabaco            | (6) Extase                    |
| (3) Cocaína           | (7) Psicotrópicos sem receita |
| (4) Crack             | (8) Outras. Qual:             |

8) Qual (is) a droga (s) de preferencia que o levou a procurar o tratamento no C.A.P.S.ad? (possível escolher mais de uma opção)

- |             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| (1) Alcool  | (5) Maconha                   |
| (2) Tabaco  | (6) Éxtase                    |
| (3) Cocaína | (7) Psicotrópicos sem receita |
| (4) Crack   | (8) Outras. Qual:             |

9) Você faz uso de algum tipo de medicação?

- () sim ( ) não  
 9.1) Se sim, qual?

10) Há quanto tempo você frequenta este serviço?

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| (1) há menos de 1 mês  | (6) de 2 a 3 anos  |
| (2) de 1 a 3 meses     | (7) de 3 a 4 anos  |
| (3) de 3 a 6 meses     | (8) de 4 a 5 anos  |
| (4) de 6 meses a 1 ano | (9) Mais de 5 anos |
| (5) de 1 a 2 anos      |                    |

11) Quem o encaminhou para procurar tratamento no C.A.P.S.ad?

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| (1) Vim por vontade própria | (5) Serviço de saúde ou Indicação Médica |
| (2) Emprego                 | (6) Ordem Judicial                       |
| (3) Familiares              | (7) Amigos                               |
| (4) Outro, qual:            |  |

12) Quantas vezes você costuma frequentar este serviço?

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| ( ) Todos os dias da semana | ( ) 15 em 15 dias                                     |
| ( ) 3 a 4 dias por semana   | ( ) 3 vez por mês                                     |
| ( ) 1 a 2 dias por semana   | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 1 vez por mês |

13) Já passou por outros tratamentos para dependência de drogas antes?

- () sim ( ) não

13.1) Se sim, quais? (possível escolher mais de uma opção)

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| (1) Comunidade terapêutica | (4) Hospital psiquiátrico   |
| (2) Hospital geral         | (5) Grupos de Ajuda Mútua   |
| (3) Clínica especializada: | (6) Psicoterapia particular |
| (7) Outra:                 |                             |

14) Você tem algum profissional de referencia aqui no C.A.P.S.ad?

- () sim ( ) não

14.1) Quem é este profissional?

15) Ao iniciar seu acompanhamento aqui no C.A.P.S.ad, foi traçado o seu projeto terapêutico?

- () sim ( ) não

15.1) Você concorda com o que foi proposto no seu projeto terapêutico?

- () sim ( ) não

Obrigada!

## Anexo 2

**Escala de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental  
SATIS-BR – Forma Abreviada**

Escala de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental

Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o CAPS~~ad~~. Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Quería responder de acordo com sua opinião pessoal.

1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado	1
Geralmente não me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Geralmente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no CAPS~~ad~~, você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma	1
Não me ouviu bastante	2
Mais ou menos	3
Me ouviu bastante	4
Me ouviu muito	5

3. Até que ponto a pessoa que admitiu você no CAPS~~ad~~ pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito bem	5

4. Em geral, como você acha que a equipe do CAPS~~ad~~ compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito	5

5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPSAd?

Parece que eles pioraram as coisas	1
Não obtive nenhuma ajuda	2
Não obtive muita ajuda	3
Senti que obtive alguma ajuda	4
Senti que obtive muita ajuda	5

6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no CAPSAd?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

7. Você considerou que a equipe do CAPSAd estava lhe ajudando?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do CAPSAd?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do CAPSAd?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

10. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPSad?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

12. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

13. De que você mais gostou no CAPSad?

---

14. De que você menos gostou no CAPSad?

15. Na sua opinião, o serviço no CAPSad poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2
Não sei	3

15.1. Se sim, de que maneira?

Obrigada!



## Anexo 3

## Escala de Mudança Percebida (EMP)

## Versão do Usuário

Eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no CAPSAd e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.

**Nota ao entrevistador:**

Para cada item abaixo, dizer: "Desde que você começou a se tratar aqui, está (ao) ..."	Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes
1. Seus problemas pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A estabilidade das suas emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sua confiança em você mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seu interesse pela vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Seu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sua saúde física (dores, tremores, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sua convivência com a família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sua convivência com seus amigos (as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sua convivência com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Suas tarefas de casa (ex. cozinhar, fazer compras para a casa, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impressão geral: finalizando eu gostaria de saber se			
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Apêndice



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós Graduação em Psicologia

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) Senhor (a):

você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários dos Centros de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso de um município da região sul do Brasil”. Sua participação é voluntária e você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento. Seu nome não será divulgado e apenas os pesquisadores envolvidos terão acesso direto às informações por você apresentadas e elas só serão utilizadas para este estudo. Nenhuma pessoa da equipe de atendimento terá acesso à sua entrevista.

A presente pesquisa utilizará um questionário e duas escalas que serão respondidos com o auxílio do pesquisador. A entrevista terá seu áudio gravado, durante a realização de três perguntas abertas, com a sua devida autorização. Os dados serão analisados pela pesquisadora responsável, sendo utilizados apenas para fins acadêmicos.

Em caso de dúvida e esclarecimentos, ou desistência de participar do estudo, pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (XX) XXXX XX XX ou pelo email XXXXXXXX @XXXX.

Caso você aceite participar, solicito a sua permissão para que possa utilizar as informações coletadas para fins acadêmicos e de divulgação científica.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado, de maneira suficiente e satisfatória, a respeito da pesquisa intitulada “Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários dos Centros de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso de um município da região sul do Brasil”. Os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados foram discutidos com o pesquisador \_\_\_\_\_ responsável e ficaram claros para mim.

Aceito participar do estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente de que minha participação é voluntária e que a confidencialidade dos dados será mantida.

Local, data.

Assinatura