

MERY LILIAN EICKHOFF

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES RELATIVA A CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

RIO GRANDE/RS

2006

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES RELATIVA A CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

MERY LILIAN EICKHOFF

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr^a. Mara Regina Santos da Silva

Rio Grande/RS

2006

MERY LILIAN EICKHOFF

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES RELATIVA A CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada, na versão final, em 31 de março de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva
Presidente (FURG)

Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski
Membro Efetivo (UFPEL)

Prof^a. Dr^a. Zélia Maria Mendes Biasoli Alves
Membro Efetivo (FFCL-USP/RP)

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Membro Efetivo (FURG)

Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes
Suplente (FURG)

Agradecimentos

Longa se fez a lista de todas as pessoas que fizeram parte desta caminhada, porém agradecer é muito pouco e, com certeza, no novo caminho que irei trilhar a partir desta jornada tão árdua, levarei todos sempre junto comigo.

Primeiro agradecer às instituições que tão bem me acolheram para que o trabalho pudesse ser realizado. Aos pacientes, familiares e funcionários dos CAPS, que contribuíram muito para o sucesso do estudo.

A minha mãe, por ter sido tão corajosa e ter ocupado o meu lugar vazio no dia-a-dia da nossa casa e por ter sido sempre tão companheira e incentivadora de todos os momentos da minha vida pessoal e profissional.

Aos meus filhos, por terem sido sensíveis e terem entendido que a minha ausência se fazia necessária e que eu precisava de todo o apoio para prosseguir.

Ao meu marido, que não poupou esforços para que eu pudesse realizar as tarefas nem sempre tão fáceis assim, para que eu alcançasse o sonho tão almejado.

Aos meus sogros, que mais do que incentivo monetário estiveram sempre presentes em todos os momentos, mesmo naqueles em que eu estava prestes a desistir.

Aos meus cunhados, que me estenderam a mão e me confortaram em todas as horas em que necessitei. Em especial a minha cunhada Suely, que, sempre disponível, me auxiliou na leitura e releitura dos trabalhos.

Ao meu irmão, por ter percebido que, às vezes, não se pode ir, mas se precisa esperar que venham até nós, pois temos carências a serem preenchidas.

Aos meus colegas, pelo acolhimento recebido desde o primeiro dia de aula, não medindo esforços para que pudéssemos, nós “as estrangeiras” nos sentirmos um pouco em casa. Em especial, às companheiras de todas as horas: Rocio, a anfitriã; Cláudia, Cristina e Rozelaine, companheiras de viagens com longas leituras; Lurdes e Fernanda nos almoços e lanches relâmpagos.

Aos professores, que sempre tiveram uma palavra de carinho e um “vamos lá, você tem potencial” e compartilharam seus saberes conosco.

Aos funcionários da Universidade, que sempre mantiveram um largo sorriso nos incentivando para que pudéssemos realizar sempre todos os trabalhos “na salinha” e na biblioteca.

Em especial, a minha orientadora, Dr^a. Mara Regina, que compartilhou comigo o seu saber e que, incansável, sempre me recebeu, mesmo aos sábados, domingos e feriados. Ouviu muitos desabafos, deu conselhos, esteve compartilhando das minhas atividades como docente e, enfim, nos tornamos grandes amigas.

Aos professores, Drs. Wilson e Valéria, que sempre estiveram próximos, compartilhando saberes e auxiliando em todos os momentos possíveis.

Ao Guilherme, que auxiliou nos dados estatísticos do estudo, discutindo-os, mesmo antes dos preparativos das festas de fim de ano.

À professora Dr^a Ruth, que, no momento de maior sufoco, me recebeu atenciosamente, mostrando o caminho das pedras.

A minha companheira de ideal, Deise, que não mediu esforços para dar aquele empurrãozinho tradicional.

Aos meus colegas de trabalho de ontem e de hoje, que mais que colegas são meus amigos e sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha caminhada, estimulando e auxiliando para que ela não fosse tão espinhosa. Mas principalmente à amiga de sempre, presente em todas as horas, Zaléia, pois se não fossem suas horas preciosas de ajuda em leituras incansáveis, este sonho não seria possível.

A todos que não citei aqui e que, de uma maneira ou outra, me auxiliaram, o meu muito obrigado.

RESÍDUO

*Mas de tudo, terrível, fica um pouco,
E sob as ondas ritmadas
E sob as nuvens e os ventos
E sob as pontes e sob os túneis
E sob as labaredas e sob o sarcasmo
E sob a gosma e sob o vômito
E sob o soluço, o cárcere, o esquecido.
E sob os espetáculos e sob a morte de scarlate
E sob as bibliotecas, os asilos, as igrejas triunfantes.
E sob tu mesmo e sob teus pés já duros
E sob os gonzos da família e da classe
Fica sempre um pouco de tudo.
Às vezes um botão. Às vezes um rato.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

EICKHOFF, MERY LILIAN. Satisfação de usuários e familiares relativa a centros de atenção psicossocial de municípios do Rio Grande do Sul. 2006. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Tomando por base o processo de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental, foi desenvolvida esta pesquisa *survey* de caráter exploratório e descritivo, cujo objetivo é avaliar a satisfação dos usuários e familiares em relação ao serviço de saúde mental estruturado em Centros de Atenção Psicossocial de três municípios do Rio Grande do Sul (São Lourenço do Sul, Pelotas e Rio Grande), os quais fazem parte da terceira coordenadoria regional de saúde. Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2005, através de questionários aplicados a uma amostra constituída de noventa pacientes e sessenta familiares que utilizam esses serviços de saúde mental. Cinco variáveis retratam a satisfação dos usuários: a) equipe e infra-estrutura; b) vínculo entre usuário e serviço; c) acolhimento; d) eficácia do serviço; e) comunicação. A satisfação dos familiares em relação aos mesmos CAPS é expressa através de quatro variáveis: a) equipe e infra-estrutura; b) respeito da equipe para com a família; c) acolhimento; d) eficácia. Os resultados gerados a partir de análises descritivas, de variância e de regressão linear múltipla, mostram que os índices de satisfação dos usuários e familiares são altos. Existe uma diferença significativa entre os níveis médios de satisfação dos usuários, podendo-se traçar a seguinte relação entre as médias: equipe e infra-estrutura < eficácia < vínculo. A satisfação dos familiares fica entre regular e bom quanto à variável equipe e infra-estrutura, mas não atinge o valor das outras variáveis mais altas, o que demonstra que estatisticamente é diferente das variáveis respeito, eficácia e acolhimento. Consideram-se como pontos positivos a satisfação dos usuários e familiares no que tange: ao vínculo que estabelecem com o serviço; à forma como são acolhidos nos CAPS; à capacidade desses serviços responderem às suas necessidades; à comunicação entre equipe e usuários; ao respeito da equipe para com a família em termos de sigilo e confiabilidade nas informações; e às medidas tomadas para assegurar a privacidade da família. Entretanto, reconhecem algumas fragilidades, principalmente em termos do que foi definido neste estudo como sendo Equipe e Infra-estrutura, necessidades dos serviços que respeitam as características regionais onde estão inseridos e que subsidia a reflexão sobre a forma como vem se dando à estruturação das políticas na área da saúde mental.

Descritores: Enfermagem, Saúde Mental, Acesso aos Serviços de Saúde, e Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

EICKHOFF, MERY LILIAN. Users and their relatives satisfaction related to psychosocial assistance centers in Rio Grande do Sul towns. 2006. 102p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Postgraduate Program in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

This exploratory and descriptive survey was developed based on the restructuring process of the assistance model in mental health. The objective of this survey was to evaluate users and their relatives satisfaction related to the mental health care structured in psychosocial assistance centers on three towns in Rio Grande do Sul state (São Lourenço do Sul, Pelotas and Rio Grande), which are part of the third regional health coordinating office. Data were collected from August to December, through questionnaires applied to a sample of ninety patients and sixty relatives that use mental health services in those PSAC. Five variables showed users satisfaction: a) staff and infrastructure; b) bonds between user and service; c) welcoming; d) effectiveness; e) communication. Relatives satisfaction in relation to the same PSAC was shown through the measurement of four variables: a) staff and infrastructure; b) staff respect towards the family; c) welcoming; d) effectiveness. Results produced from descriptive analysis, of variability and of multiple linear regression, showed that levels of satisfaction of users and relatives were high. There was a significant difference between the medium levels of satisfaction of users, and the following relation between the averages could be traced: staff and infrastructure < effectiveness < bond. Relatives satisfaction that stayed between regular and good as to staff and infrastructure variables, did not reach the value of other higher variables, which demonstrates that statistically it was different from the respect, effectiveness and welcoming variables. Taking into consideration as positive points the users' satisfaction and family: the entail that they establish with the service; the form as they are welcomed in CAPS; to the capacity of those services they answer to its needs; the communication between team and users; to the respect of the team to the family in secret terms and reliability in the information; and to the measures takings to assure the privacy of the family. However, they recognize some fragilities, mainly in terms than it was defined in this study as being team and infrastructure, needs of the services that respect the regional characteristics where are inserted and that subsidizes the reflection on the form as it comes if giving to the structuring of the politics in the area of the mental health.

Descriptors: Nursing, Mental Health Services, Health Services Accessibility, Health Services Evaluation.

RESUMEN

EICKHOFF, MERY LILIAN. Satisfacción de los usuarios y familiares relativa a los centros de atención psicosociales de los municipios de Rio Grande do Sul. 2006. 102h. Disertación (Pos-grado en Enfermería) – Programa de Pos-grado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Tomando por base el proceso de reestructuración del modelo de asistencia en salud mental fue desarrollada esta pesquisa survey de carácter exploratorio y descriptivo cuyo objetivo es evaluar la satisfacción de los usuarios y familiares en relación al servicio de salud mental estructurado en centros de atención psicosociales de tres municipios de Rio Grande do Sul (São Lourenço do Sul, Pelotas y Rio Grande), los que forman parte de la tercera coordinación regional de salud. Los datos fueron colectados en el período de agosto a diciembre, a través de cuestionarios aplicados a una muestra constituida de noventa pacientes y sesenta familiares que utilizan los servicios de salud mental en esos caps. cinco variables retratan la satisfacción de los usuarios: a) equipo e infraestructura; b) vínculo entre el usuario y el servicio; c) acogida; d) eficacia del servicio; e) comunicación. La satisfacción de los familiares relacionada a los mismos CAPS es expresa a través de la mensuración de cuatro variables: a) equipo e infraestructura; b) respeto del equipo hacia la familia; c) acogida; d) eficacia. Los resultados generados a partir del análisis descriptivo, de la variación y de la regresión lineal múltipla, muestran que los índices de satisfacción de los usuarios y familiares son altos. Existe una diferencia significativa entre los niveles medios de satisfacción de los usuarios, pudiendo trazarse la siguiente relación entre los promedios: equipo e infraestructura < eficacia < vínculo. La satisfacción de los familiares que quedan entre regular y bueno cuanto a variable equipo e infraestructura, no alcanzando el valor de las otras variables más altas, demuestra que estadísticamente es diferente de las variables respeto, eficacia y acogida. Considerando como puntos positivos evidenciadas en los servicios la satisfacción de los usuarios y familia en lo que toca: a la vinculación que ellos establecen con el servicio; a la forma cuando ellos se dan la bienvenida en CAPS; a la capacidad de esos servicios contestaren a sus necesidades; a la comunicación entre el equipo y usuarios; al respeto del equipo a la familia en términos confidenciales y fiabilidad en la información; y a los ingresos de medidas para asegurar el retiro de la familia. Sin embargo, ellos reconocen por fragilidades, principalmente en términos que se definió en este estudio como Equipo y Infraestructura, necesidades de los servicios que respetan las características regionales donde se inserta y subsidiando la reflexión sobre la forma como viene dándose la estructuración de las políticas en el área de salud mental.

Descriptores: Enfermería, Servicios de salud mental, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Evaluación de Servicios de Salud.

Lista de Ilustrações

Fig. 1 - Região de abrangência deste estudo.....	30
Fig. 2 – Intervalo de confiança de 95% para compreensão da satisfação nas cinco variáveis para os usuários.....	53
Fig. 3 - Intervalo de confiança de 95% para compreensão da satisfação nas quatro variáveis para os familiares.....	57

Lista de Quadros

Quadro 1 - Caracterização dos municípios de abrangência do estudo	31
Quadro 2 - Caracterização dos três Centros de Atenção Psicossocial	32
Quadro 3 - Perfil da amostra de usuários.....	34
Quadro 4 - Perfil da amostra de familiares	35
Quadro 5 - Análise Fatorial da SATIS-BR –Usuários	38
Quadro 6 - Análise Fatorial dos itens dos cinco fatores relativos aos usuários.....	40
Quadro 7 - Análise Fatorial da SATIS - BR - Familiares	43
Quadro 8 - Coeficiente de alfa de Cronbach e correlação dos itens dos fatores	44
Quadro 9 - Análise de Regressão para as variáveis dos usuários	60

Lista de Tabelas

Tabela 01 - Índices médios nas cinco variáveis dos usuários de São Lourenço do Sul	48
Tabela 02 - Índices médios nas cinco variáveis dos familiares de São Lourenço do Sul nas quatro variáveis	49
Tabela 03 - Índices Médios das cinco variáveis dos usuários de Rio Grande.....	50
Tabela 04 - Médias das variáveis dos familiares de Rio Grande.....	50
Tabela 05 - Médias das cinco variáveis dos familiares de Pelotas.....	51
Tabela 06 - Médias das quatro variáveis dos familiares de Pelotas.....	52
Tabela 07 - Variabilidade entre as percepções dos usuários do CAPS relativa à satisfação com o serviço que é oferecido	53
Tabela 08 - Comparação dos índices médios do Acolhimento nos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul	54
Tabela 09 - Agrupamento dos índices médios da variável Eficácia dos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.....	55
Tabela 10 - Comparação dos índices médios da variável Equipe e Infra-estrutura nos municípios de Pelotas, Rio Grande e São Lourenço do Sul.....	55
Tabela 11 - Comparação dos índices médios da variável Vínculo nos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.....	56
Tabela 12 - Comparação do índice médio da variável comunicação dos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.....	56
Tabela 13 - Comparação das médias entre os municípios de Pelotas, Rio Grande e São Lourenço do Sul.....	56
Tabela 14 - Comparação dos Índices médios da variável Eficácia dos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul, no grupo.....	58
Tabela 15 - Comparação dos Índices médios da variável acolhimento entre municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul, no grupo.....	58
Tabela 16 - Comparação dos Índices médios da variável Equipe e Infra-estrutura entre os municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.....	58
Tabela 17 - Comparação dos índices médios da variável Respeito entre os municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.....	59

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

Introdução 13

Questão de pesquisa 16

Objetivos 16

CAPÍTULO II - BASES TEÓRICAS DE REFERÊNCIA..... 18

Contextualizando o movimento de reestruturação da saúde mental no Brasil.... 19

Os caminhos para construção de um novo modelo em saúde mental..... 20

Princípios e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde para um Programa de Saúde Mental 24

CAPÍTULO III - METODOLOGIA..... 29

População e amostra 33

Coleta de dados 36

Instrumentos utilizados na coleta de dados 36

Validação da escala de avaliação da satisfação dos usuários para este estudo 38

Variáveis em estudo..... 40

Validação da escala de avaliação da satisfação dos familiares para este estudo 43

Variáveis que retratam a satisfação dos familiares em relação ao serviço 44

Análise dos Dados 46

CAPÍTULO IV - RESULTADOS..... 48

Análises descritivas..... 48

Análise de regressão linear múltipla..... 59

REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS 61

CONSIDERAÇÕES FINAIS 65

REFERÊNCIAS..... 67

APÊNDICES..... 72

ANEXOS..... 100

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Historicamente o cuidado na área da Psiquiatria sempre esteve atrelado à exclusão. O sujeito com um comportamento diferente no convívio com a sociedade, deveria ser levado para um local onde ele não pudesse causar desconforto ou “danos” aos demais. A literatura da área da Psiquiatria e Saúde mental registra a utilização de calabouços, celas e porões que serviam de depósito destes sujeitos. Neste contexto surge o papel dos religiosos que identificavam esta situação de loucura como a posse do mal relegando estes sujeitos a exorcismos e trancafiando-os também em locais com maior isolamento possível da comunidade.

Com o advento da Psiquiatria, no século XIX inicia-se um novo tempo no qual o cuidado ainda permanece excluindo os doentes em manicômios, porém com o objetivo de estudar e descrever as patologias. Em meio a esse cenário, muitas são as técnicas de tratamento utilizadas, que vão desde os banhos até o choque elétrico, mas nunca deixando de lado a exclusão e o isolamento desse sujeito do convívio social.

Em meados do século XX um movimento pelos direitos humanos é deflagrado na Europa e se espalha em muitos lugares no mundo. Iniciam-se discussões sobre a necessidade de mudança na forma de tratar o doente, não mais centrado no isolamento e na negação de sua condição de cidadão. Estas mudanças são em decorrência do questionamento de alguns profissionais da área da saúde, familiares e a sociedade em geral sobre a forma desumana com que vinham sendo tratados esses sujeitos. A partir desse marco que a Psiquiatria começa a mudar a sua face. Na Europa, especialmente na Itália, é deflagrado o movimento que vai se espalhando por outros países através de seus idealistas. Muda a forma de pensar a loucura, vista a partir daí não mais como totalmente degenerativa, mas com possibilidade de estabilização dos sintomas e com previsão de um retorno ao convívio social voltado para os princípios da cidadania.

No Brasil a necessidade, cada vez mais premente, de promover a reestruturação da assistência em saúde mental I desencadeou, nas últimas décadas,

ações concretas para discutir o modelo vigente. Desde a década de 80 diversas conferências estaduais e municipais foram realizadas, principalmente nas regiões Sul e Centro Oeste, envolvendo profissionais da saúde e usuários dos serviços e marcando, assim, o início dos movimentos populares. Além desses movimentos, aconteceram eventos científicos de abrangência nacional e internacional, organizados para discutir essa temática específica. Entretanto, foi só a partir de 1990 que essa necessidade passou a ser reconhecida através de um conjunto de leis, definindo as diretrizes norteadoras de um novo modelo assistencial e propondo um novo tempo, em termos de relação entre a sociedade e a doença mental.

Durante a década de 80, vários municípios do Rio Grande do Sul criaram serviços de atendimento à saúde mental, utilizando-se de recursos próprios, tanto financeiros quanto humanos e culturais. O primeiro foi São Lourenço (1988), considerado uma referência nacional, seguido, entre outros, de Bagé. Esses serviços procuravam seguir os princípios da humanização da assistência aos sujeitos portadores de doença mental e a maioria deles ainda se encontra em funcionamento, porém, com um histórico de avanços e retrocessos, justificados por Fagundes (2002, p. 7), como sendo “condicionados pelas gestões, trabalhadores de saúde e de saúde mental e muito especificamente, pelos recursos financeiros”.

As experiências nesses serviços e o envolvimento cada vez maior de trabalhadores, familiares e pacientes contribuíram para a busca de um novo modelo de assistência em saúde mental e para a formação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em 1991, como um órgão extra-oficial, cujos membros eram simpatizantes do movimento antimanicomial (Kantorski, 2001, p. 175). Segundo Fagundes (2002), esse Fórum foi decisivo para a aprovação das Lei 9715/92, Lei 9716/92 e Lei 9867/99. A primeira, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e criando recursos alternativos extra-hospitalares tais como os atendimentos comunitários e as pensões protegidas. A segunda, determinando a substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por rede de atenção integral à saúde mental e regras de proteção aos sujeitos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. A terceira, dispondo sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais que visam à integração social dos cidadãos (MS, 2005).

De forma mais específica, a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental proposto contempla, entre outras coisas, a criação de uma rede

integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, incluindo Hospitais Gerais, Ambulatórios, Emergências Psiquiátricas ou Unidades de Internação Psiquiátrica, Hospitais-dia ou noite, Centros de Convivência e Comunitários de Atenção Psicossocial (CAPS), Residenciais de Cuidados Intensivos, Lares Abrigados, Pensões Públicas Comunitárias.

Em 2001 foi promulgada a Lei federal 10216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, nos mesmos termos das Leis Estaduais referidas anteriormente (BRASIL, 2001). Seguindo a mesma finalidade, a Lei 10216/2001 propõe a reorientação do modelo de atenção no país, priorizando os princípios de inclusão, solidariedade e cidadania. Esses dispositivos legais provocaram a necessidade de revisão e modificação no orçamento federal e na política estadual de saúde (PITTA, 2001).

Muitos anos já se passaram desde as primeiras discussões acerca da necessidade de reestruturar o modelo de assistência em saúde mental. No Rio Grande do Sul, transcorreram treze anos desde a aprovação das Leis Estaduais. Entretanto, é importante destacar que, apesar da existência de dispositivos legais que reconhecem e legitimam essa necessidade, constata-se, entre outras coisas, que a Rede Integrada de Serviços, substitutiva ao hospital psiquiátrico, ainda não está plenamente instalada e mesmo os serviços em funcionamento não conseguem responder às necessidades da população à qual se dirigem. Como exemplo, pode ser citado o município de Rio Grande/RS que, segundo Nunes (2005) possui apenas um CAPS para atender uma população de aproximadamente 190 mil habitantes.

Da mesma forma, constata-se, também, que mesmo após a promulgação das leis Estadual e Federal, em algumas regiões, principalmente, onde existe hospital psiquiátrico instalado, não houve redução significativa do número de internações hospitalares. Um levantamento realizado, no Banco de Dados do Ministério da Saúde, mostrou que em Rio Grande/RS, no período de março/2001 a 2002, ocorreram 1224 internações; entre março/2002 a 2003 foram 1352 internações; entre março/2003 a 2004 foram registradas 1203 internações. Esses dados alertam que, apesar do incentivo a desospitalização, as internações psiquiátricas estão entre os maiores gastos do Sistema Único de Saúde. Além disso, mostram que ainda há um longo percurso a ser trilhado em direção à implantação de um novo modelo de assistência em saúde mental, pelo menos neste município citado (DATASUS, 2005).

Sem dúvida, muitos são os fatores que influenciam o processo de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental, sendo que alguns de forma positiva e outros, dificultando. Para compreender esse processo em seus avanços e retrocessos e caminhar em direção a um modelo diferente daquele que motivou a busca de reestruturação, é imprescindível conhecer, entre outras coisas, a realidade local, onde a assistência acontece, os recursos disponíveis para efetivar as mudanças propostas, os interesses de diferentes grupos envolvidos (gestores, usuários e outros). Especialmente o grau de satisfação dos usuários, seus familiares e dos profissionais em relação aos serviços que cuidam da saúde das pessoas portadoras de sofrimentos psíquicos já instalados.

Este estudo vai focalizar especificamente a satisfação dos usuários e dos familiares, uma vez que esta retrata a interação de características do paciente com o profissional de saúde que o atende dentro de um determinado contexto institucional onde se desenvolve o cuidado. A partir da apreensão dessa realidade, é viável entender o processo de reestruturação do modelo e contribuir para a (des)construção de práticas e saberes imprescindíveis para a construção de um outro modo de lidar com a loucura, ou seja, respeitando o indivíduo portador de sofrimento psíquico como cidadão, motivo este que sustenta o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Com base nestas considerações é estabelecida a questão norteadora a ser respondida neste estudo que é: *Quais os índices que expressam a satisfação dos usuários e familiares em relação aos serviços oferecidos nos CAPS dos municípios de Rio Grande/RS e São Lourenço/RS e um do município de Pelotas/RS?*

Objetivo Geral

Avaliar a satisfação dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, em Centros de Atendimento Psicossocial, de municípios do Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

1. Avaliar os índices de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde mental, prestados em CAPS dos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas/RS e São Lourenço do Sul/RS.

2. Avaliar os índices de satisfação de familiares de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, em relação aos serviços de saúde mental, nos CAPS dos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas/RS e São Lourenço do Sul/RS.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS DE REFERÊNCIA

Durante o século XIX, o Hospital Psiquiátrico foi considerado um espaço de diagnóstico, onde as diferentes doenças mentais eram classificadas e, a partir disso, tratadas conforme suas características. Nesse contexto, o médico estava imbuído do poder de produzir doença e submeter o doente a isolamento, punições, pregações morais, disciplina rigorosa e trabalho obrigatório. Segundo Amarante (1998), “tal espaço tinha como função fazer do médico o mestre da loucura”.

Desde essa época, observa-se que os doentes mentais são destituídos de sua autonomia para decidir sobre sua própria vida. Muitos eram mantidos “presos” nos hospitais psiquiátricos, à espera de tratamento que, muitas vezes, os segregava, ainda mais, por longos períodos, alguns por mais de 40 anos, conforme relatos históricos. Além disso, encontramos escritos de que os doentes mentais não possuíam o respeito da população, que os obrigava a viverem marginalizados, como se toda a doença mental fosse uma crise permanente, o que não é verdadeiro, pois, conforme Miron (2001, p. 3), “uma crise não dura os 365 dias do ano”. Porém, a forma como a sociedade considera a loucura, durante tantos anos, como sendo uma ameaça aos cidadãos “normais”, dificulta o entendimento de que estes possam ser reinserido no meio social, como parte dele.

A revisão da literatura mostra que a luta contra a exclusão social das pessoas portadoras de doenças mentais tem sido a meta dos movimentos transformadores da Assistência Psiquiátrica, ao longo de muitas décadas. Pinel, em 1789, classificou as doenças mentais, criando o modelo hospitalocêntrico na França e libertou dos grilhões as pessoas, na época, consideradas “loucas”. Basaglia, em 1960, na Itália, através de um trabalho de humanização no hospital, criou o modelo de comunidade terapêutica e fechou os manicômios, em 1971. Nesse mesmo ano, foi instituída a Lei 180, incorporada à Reforma Sanitária Italiana.

No Brasil, a influência italiana manifestou-se desde as primeiras discussões referentes aos tratamentos dispensados aos sujeitos internados em hospitais psiquiátricos. A partir desse momento em diante, foram criadas várias propostas, em

diferentes espaços, nos diversos Estados brasileiros, convergentes com o modelo italiano. Dentre essas, a reestruturação da Casa Anchieta, no Rio de Janeiro, decorrente do desejo de buscar uma forma diferente de tratamento que possibilitasse a reinserção social e familiar das pessoas consideradas doentes mentais e lhes permitisse o exercício da cidadania.

Contextualizando o Movimento de Reestruturação da Saúde Mental no Brasil

O movimento da Reforma Sanitária foi sendo construído em paralelo com o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Na década de 70, com os gastos destinados para a assistência psiquiátrica pela Previdência Social chegando à casa de 97%, principalmente para internações hospitalares, desencadeou-se uma crise financeira que teve lugar no início dos anos 80. Essa crise fez com que o Estado modificasse a forma como vinha realizando os pagamentos pelos serviços prestados no setor privado. (AMARANTE, 1998)

Nesse contexto, foi implantado o processo de co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social; ao mesmo tempo, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que recebeu a incumbência de reorientar a assistência psiquiátrica. Junto a esse procedimento, surgiu a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e, finalmente, o Sistema Unificado de Saúde (SUS), o qual teve seus princípios inscritos na Constituição de 1988, no capítulo da Seguridade Social. Segundo Amarante (1999 a), esses sistemas de saúde estão centrados nos princípios da inclusão, solidariedade e cidadania dos sujeitos.

Com relação ao SUS, está explicitado em seus princípios que este deve: ser descentralizado, com direção única em cada esfera de governo; prover atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; ser organizado com participação da comunidade; e ter financiamento público. Para “garantir” que esses princípios sejam contemplados nas ações de saúde à população foram definidas as leis orgânicas da Saúde, complementares à Constituição, determinando a existência de instâncias colegiadas paritárias, com representação do Poder Público, de técnicos e da comunidade na direção do SUS.

Nessa conjuntura, aconteceram as duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental, discutindo um modelo psicossocial de atenção a ser alcançado, o

qual combinaria quatro parâmetros: implicação subjetiva do usuário; horizontalização das formas de organização das relações intra-institucionais; integralização das ações no território; e superação da ética da adaptação. Tal modelo seria exequível nos dispositivos construídos pelas práticas de atenção psicossocial. (COSTA;ROSA;COLS, 2001).

Assim, esse modelo psicossocial de atenção, objeto da luta antimanicomial, se constitui em uma proposta que, em sua essência, integra as principais diretrizes e os parâmetros preconizados na organização do SUS, aplicados à área da saúde mental. A legislação do SUS foi construída seguindo princípios, há muito tempo preconizado em âmbito internacional, que enfatizam o reforço à não hospitalização do sujeito portador de sofrimento psíquico.

Os caminhos para a construção de um novo modelo em saúde mental

Embora reestruturação como forma de desinstitucionalizar seja, muitas vezes, entendida de forma parcial ou dissociada, focalizando apenas um ou outro dos elementos que a constituem, ora como desospitalização, ora como não hospitalização, ou ainda, como desconstrução, é importante destacar que se trata de um conceito essencial para o processo de Reestruturação Psiquiátrica em curso (Amarante;Carvalho, 1996). Neste estudo, considera-se desinstitucionalização como sendo a efetivação de ações em quatro campos fundamentais:

- no campo teórico-conceitual, refere-se à ações voltadas a desconstrução e à reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria, tais como: doença mental, alienação, isolamento, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade, entre outros;
- no campo técnico-assistencial, refere-se à construção de uma rede de novos serviços, estes concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, os quais possam ser substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional; segundo Amarante (1999 b), esta rede é orientada pelos conceitos fundantes reconstruídos e mencionados anteriormente. Para exemplificar, a construção da rede de serviços deve estar embasada na noção de existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidados, emancipação, autonomia e não no

conceito de doença mental como uma condição limitante (SARRACENO1999; PITTA, 1995);

- no campo jurídico-político, refere-se à revisão das legislações sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos conceitos de “doença mental”, “psicopatia” e “loucos de todo o gênero”, e à construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e inclusão social;
- no campo sócio-cultural, transformações do imaginário social relacionado com os conceitos fundantes (loucura, doença mental, anormalidade), simultaneamente a todas as demais ações listadas anteriormente.

De todas essas ações é que dependerá a possibilidade de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental. Evidentemente, esses quatro campos não podem ser dissociados. Neste estudo, entretanto, a atenção estará voltada mais especificamente para o campo técnico-assistencial, uma vez que, ao investigar os índices de satisfação dos usuários e familiares com relação à forma como o serviço se estrutura para atendê-los, pode se obter subsídios para a referida reestruturação pelo menos no âmbito dos serviços que fazem parte deste estudo.

Segundo Rotelli (1990), para que haja uma real transformação da Psiquiatria bem-sucedida, deve-se, ao mesmo tempo, expandir o sistema de assistência em saúde mental, melhorar a ajuda fornecida e encontrar alternativas/recolocações, para as respostas que são violentas, antiterapêuticas e prejudiciais para a ética e os direitos civis. O fracasso de experiências de Reforma Psiquiátrica deveu-se, aos seguintes fatores: profundo desmonte de valores inerentes a procedimentos, idéias e protocolos de ação, metas e métodos, estilos do trabalho dos profissionais; inserção em novas práticas discursivas que incluam uma contratualidade social, legal e existencial dos usuários, totalmente diferentes da anteriormente existente; e uma ética de responsabilização por parte dos profissionais, que exclua os reducionismos biológicos, psicológicos e sociológicos do problema (ROTTELLI, 1993).

Estudos realizados por Bandeira (1991) com o objetivo de examinar a situação em que se encontram os movimentos de reforma psiquiátrica no mundo, revelam que os serviços alternativos diminuem a re-hospitalização comprovando a sua eficácia. Bandeira (2003) ainda relata que um outro tipo de sistema comunitário

é adotado nos Estados Unidos, o sistema “Nursing Homes¹” que se deve à cultura norte-americana, refletindo os valores básicos dessa sociedade que visa aos aspectos lucrativos, mostrando, porém a intolerância das famílias e da sociedade em relação aos doentes mentais, o que, segundo a autora, não difere em nada do hospital psiquiátrico, não podendo portanto ser considerado como um serviço eficaz dentro das propostas atuais de ressocialização do doente mental.

Entendemos que os valores culturais estão enraizados na sociedade de tal forma que a doença mental não consegue ser percebida da mesma forma que as doenças em geral, mas como uma doença realmente estigmatizante e excludente, reafirmando, para os movimentos de reforma, a necessidade premente de se realizar algo que possa fazer com que haja uma reflexão sobre esse modelo vigente. Dell’ Acqua (1999) concorda que a necessidade de mudança na psiquiatria clínica e institucional é premissa indispensável para o desenvolvimento de uma psiquiatria de comunidade e o crescimento de uma cultura da psiquiatria pública em geral. Propõe, também, que se defina o significado: da mudança, através do crescimento da participação ativa da pessoa afetada com transtornos mentais e de suas famílias no tratamento; da ampliação da participação de cidadãos comuns na atenção à saúde mental; da expansão dos serviços na comunidade; e do aumento quantitativo dos profissionais envolvidos nos serviços públicos comunitários. Enfatiza, ainda, as mudanças da prática psiquiátrica nas hierarquias, nas relações, na busca da intersetorialidade (procura por recursos fora da administração da Saúde) e no destaque do valor dos operadores engajados na assistência como sujeitos, para além de seu papel institucional. Aponta a necessidade de lutar contra a persistência de modelos culturais clínicos, a inércia administrativa, a defesa de privilégios adquiridos por grupos de pressão de médicos e da enfermagem, os interesses de setores privados, comerciais e religiosos e a manipulação política.

Para a efetivação das mudanças nos rumos propostos para a prestação da assistência na saúde mental, previstas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, deve-se trabalhar no sentido de universalizar a atenção, em uma rede que trabalhe de forma intersetorial, ou seja, não só com os recursos do setor Saúde. Devem-se ocupar os espaços vazios pela falta e a má utilização de recursos que possam comprometer a ordem social. O desenvolvimento desses recursos e

¹ Casas de cuidados aos doentes mentais em sistema asilar.

serviços é que irá condicionar os resultados da reforma da saúde mental, sobretudo na medida em que tiverem de superar as formas de atuação hoje dominantes, adotando programas mais ativos e descentralizados.

A literatura apresenta certo consenso, no sentido de que devemos: adequar às técnicas psicoterápicas e a própria concepção da organização dos serviços descritos na lei; dialogar para obter avanços no movimento de usuários; promover a avaliação externa da rede de serviços substitutivos; adotar uma melhor compreensão de uma nova demanda, a da dependência química; promover o combate à marginalização dos ex-internos e a transinstitucionalização; garantir o adequado financiamento dos serviços substitutivos em saúde mental; mudar a formação profissional na área; ampliar as possibilidades de acolhimento, através da ação intersetorial; combater os interesses corporativos dos técnicos com medo da mudança e da perda do papel e do poder e a ambigüidade da população, e, conseqüentemente, dos governos, que aceitam em linhas gerais, projetos de reforma, mas permanecem ainda subjugados a fortes crenças, preconceitos e comportamentos que dão suporte à psiquiatria tradicional (COSTA-ROSA;COLS 2001; ROTELLI, 1993; DESVIAT, (1999).

De acordo com estudo realizado por Bandeira, Lesage;Morissete (1994), foi observada uma série de dificuldades para a implantação e o funcionamento dos serviços substitutivos na área de saúde mental em países ocidentais. Dentre esses, a adaptação dos usuários em ambiente social e ocupacional na comunidade e a não adesão ao tratamento medicamentoso, os quais estão associados a desemprego, itinerância, abuso de álcool e drogas e agressões que envolvem o serviço policial e o encarceramento e as rehospitalizações. Neste estudo também se evidência dois aspectos essenciais a serem considerados no processo de reinserção social de doentes mentais com o objetivo de aumentar a possibilidade de sucesso: a qualidade do ambiente residencial do programa de reinserção social; a qualidade do ambiente residencial dos pacientes; e a orientação individualizada, com plano de objetivos e meios a serem utilizados, além da exigência mínima do controle cotidiano da medicação.

Sabedores de que os principais problemas a serem enfrentados pelos pacientes desospitalizados incluem: as possibilidades de uma vida medíocre em abandono; o risco da transinstitucionalização, por exemplo, em instituições sociais com condições inferiores e menores orçamentos; a possibilidade de virem a sofrer

violências, uma vez que a exposição a risco de atos violentos serem praticados contra os pacientes desinstitucionalizados é elevada. Nesse intuito, de amenizar esses problemas, deve-se trabalhar para diminuir os riscos que possam vir a ser prejudiciais aos pacientes. É fundamental também dispor de uma adequada dispensação de psicofármacos. Os antipsicóticos de segunda linha atípicos devem constar, ou até mesmo ser a base, de um programa de dispensação de medicamentos, para a clientela de enfermos mentais crônicos, na qual há uma elevada proporção de portadores de transtornos esquizofrênicos. (BRASIL, 2001)

Nota-se que o curso de mudanças no financiamento à Saúde vêm ocorrendo em vários países, incluindo o nosso, tornando provável uma discussão na realocação de recursos para a atenção à Saúde Mental, em serviços de cuidados primários (GOLDBERG, 1999). Entendemos que possam também ser favorecidas as mudanças a partir dos resultados de mais pesquisas nesse campo.

Segundo Bandeira (1998), deve-se realizar avaliação de um programa de tratamento utilizando-se a análise dos custos-benefícios, envolvendo a eficácia clínica e sua viabilidade econômica para que ele possa obter sucesso na aplicação.

Princípios e Diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde para um Programa de Saúde Mental

Os programas de Saúde Mental na Rede de Atenção à Saúde são regidos pela Portaria 224/92, do Ministério da Saúde, que estabelece os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental. Os princípios refletem:

- **saúde como direito:** o Estado deve fornecer as condições indispensáveis para o exercício desse direito, com políticas econômicas e sociais, que possam garantir o acesso igualitário às ações dos serviços que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva;
- **universalidade**, como garantia para o acesso a todos os serviços públicos de saúde, como também àqueles serviços contratados pelo poder público, sem que haja preconceitos ou regalias;
- **eqüidade**, no sentido de igualdade na assistência à saúde em qualquer situação, levando em conta as condições de vida e da saúde de determinados indivíduos ou grupos de população;

- **integralidade** da atenção, reconhecendo a individualidade de cada sujeito, a promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde, no sentido da integralidade e a reunião do grau de complexidade de cada unidade de serviço prestado, na busca de um serviço de assistência integralizada ao sujeito;
- **participação**, estimulando para que a sociedade participe da organização do processo de formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, federal, estadual e municipal.

Já as diretrizes da política de atenção integral à saúde mental no Rio Grande do Sul dizem que o serviço deve garantir:

- **a acolhida**, entendida como a capacidade de atender a todos sem distinção e que a organização do serviço possibilite o atendimento e a escuta dos clientes;
- **o vínculo**, entendido como a forma de relacionamento entre o usuário e o prestador do serviço, respeitando o critério de escolha, que este tenha para o atendimento das suas necessidades;
- **a responsabilidade**, como integralidade de atenção a todos os sujeitos, de acordo com a especificidade de cada um, ou grupo;
- **o contrato de cuidados**, entendidos como a elaboração e informação aos usuários dos processos de atenção à saúde individual ou coletiva, terapêutica ou preventiva, considerando a história de vida de cada um, a cultura e a singularidade, suas inter-relações sociais e conhecimento sobre suas potencialidades e fragilidades. (GUIA SAÚDE MENTAL/RS, 2002).

As ações a serem desenvolvidas, segundo a Constituição Federal, devem nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de uma organização da assistência centrada na doença para a assistência integral à saúde. Devem levar em consideração as características epidemiológicas da população quanto às doenças e às condições sócio-econômicas; os hábitos e estilos de vida e necessidades de saúde; os grupos de risco e vulnerabilidade social e infra-estrutura de serviços disponíveis.

A organização do trabalho das equipes deve seguir os parâmetros de assistência em saúde mental, preconizada nas Portarias 224/92, 189/02 e 336/02.

De acordo com o Guia de Serviços de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (2002), no que se refere ao tipo de serviço e recursos humanos, esses parâmetros fazem referência à:

- tempo médio de duração do atendimento: individual, 30 minutos, e grupal, 90 minutos;
- número médio de consultas ou atendimentos individuais: três consultas/hora para tratamento medicamentoso; 2 consultas/hora para tratamento psicoterápico; 2 atendimentos/hora para outros atendimentos;
- número médio de participantes nos atendimentos grupais: no máximo 10 usuários para psicoterapia de grupo; no máximo 15 usuários para grupo de orientação; mais de 15 usuários para outros atendimentos;
- distribuição desejável de carga horária dos profissionais: 60% na assistência direta aos usuários; 20% em reunião de serviço e capacitação; 20% em atividades coletivas.

Na instalação e estruturação da Rede de Serviços de Saúde Mental, segundo a Portaria/GM nº. 336 no seu Art.1º, fica estabelecido que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Conforme disposto nessa Portaria, deve ser levada em conta a população de cada município, de acordo com os seguintes parâmetros:

- até 20.000 habitantes, o município deve disponibilizar, no serviço já existente o atendimento de saúde mental, com equipe especializada, incluindo oficinas terapêuticas, leito(s) nos hospitais gerais, serviço residencial terapêutico;
- de 20.000 a 70.000 habitantes, o atendimento na saúde mental da atenção básica, oficina com fim terapêutico, ambulatório especializado, CAPS I, serviço residencial terapêutico, leito no hospital geral e hospital dia;
- de 70.000 a 200.000 habitantes – saúde mental na atenção básica, oficina com fim terapêutico, ambulatório especializado, CAPS I – CAPS II, CAPS Álcool e Drogas, serviço residencial terapêutico, leito em hospital geral, hospital-dia e pronto atendimento;
- e acima de 200.000 habitantes – saúde mental na atenção básica, oficina com fim terapêutico, ambulatório especializado, CAPS I, CAPS II, CAPS

III, CAPS Criança e Adolescência, CAPS Álcool e Drogas, serviço residencial terapêutico, leito no hospital-dia, pronto atendimento e leito em hospital geral.

Ainda, na mesma portaria, consta que o CAPS I “deve responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”, além de ter as seguintes características:

- possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, no âmbito do seu território ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, no âmbito do seu território;
- supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território ou do módulo assistencial;
- realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- funcionar, no período das 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

No que se refere à assistência a ser prestada ao usuário do serviço, essa mesma portaria ainda estabelece atividades como:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;

- atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Quanto aos recursos humanos, fica estabelecido ainda que, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, a equipe será composta por:

- 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- 01 (um) enfermeiro;
- 03 (três) profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Na perspectiva de uma atuação em Rede de Atenção Integral à Saúde, o serviço necessita estabelecer, também, um sistema de referência e contra-referência, cuja comunicação possa ser facilitada pela existência de um mapa que possibilita visualização dos recursos existentes, assim como os Conselhos de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde. Deve, ainda, ser realizado um Plano terapêutico Individual pela equipe multidisciplinar, com rotina personalizada para cada usuário, de acordo com a respectiva necessidade terapêutica. (MS, 2002)

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa *Survey* de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido em três Centros de Atenção em Saúde Mental, localizados em municípios do Rio Grande do Sul: Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul. O método *survey* utiliza questionários estruturados, aplicados a um grande número de participantes, de forma verbal ou por escrito, através de várias perguntas. É um método que, segundo Malhotra (2004) e Babbie (2003), possibilita a padronização da coleta de dados e a testagem de proposições complexas, envolvendo diversas variáveis, em interações simultâneas, como é o caso deste estudo que investiga a satisfação dos usuários e dos familiares em relação ao serviço de saúde mental, oferecido nos CAPS aos quais estão vinculados.

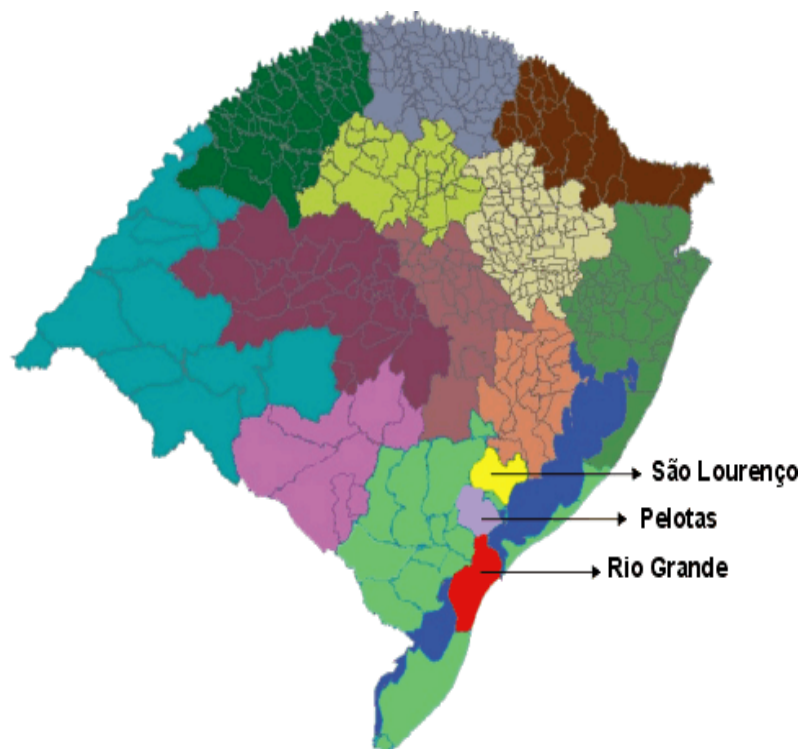
Survey é um tipo de pesquisa que permite obter informações acerca das opiniões, percepções, motivações, comportamentos, ações, intenções, atitudes, características demográficas e estilo de vida de um determinado grupo de pessoas. Apresenta como vantagem o fato de ser de aplicação simples, ter reduzida variabilidade nas respostas, mesmo quando aplicado por diferentes entrevistadores, uma vez que as alternativas são limitadas. Entretanto, como desvantagem, pode ser apontada a possibilidade de relutância dos entrevistados em fornecer as respostas, especialmente quando se trata de informação delicada e pessoal, ou quando as pessoas optam por respostas socialmente corretas. Nesse caso, é importante destacar que o pesquisador precisa basear-se naquilo que os entrevistados declaram, mas, sem perder de vista que existem diferenças entre o que as pessoas dizem e o que de fato fazem. Ainda, como desvantagem, pode ser apontado que as amostras podem ser distorcidas, as perguntas mal redigidas e os participantes podem não estar cientes das razões que determinam a escolha de suas respostas. (MALHOTRA, 2004; BABBIE, 2003) Neste estudo, o questionário padronizado foi aplicado diretamente aos participantes por ocasião de sua permanência no CAPS, não tendo sido observada relutância em relação a nenhuma das perguntas formuladas.

Esta pesquisa pode ser classificada, ainda, em função do seu propósito, como descritiva e exploratória. É descritiva, porque procura descobrir situações, atitudes ou opiniões que estão ocorrendo na amostra preocupando-se com a distribuição da observação existente e não em testar teorias. Ao mesmo tempo, é exploratório por permitir desenvolver uma investigação sobre a satisfação dos sujeitos, procurando determinar quais conceitos medirem e como medi-los melhor. (BABBIE, 2003)

Os três municípios, onde estão sediados os CAPS em estudo, fazem parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, na qual estão incluídos outros vinte municípios mostrados no mapa abaixo. No período em que este estudo foi desenvolvido havia, em Rio Grande, apenas um CAPS II instalado; em São Lourenço do Sul estava em funcionamento um CAPS I e um CAPS AD; em Pelotas, seis CAPS II e um CAPS AD. Nesse último município, foram utilizados como critérios para selecionar o CAPS, a concordância da coordenação do serviço para sediar a coleta de dados e a localização geográfica levando em consideração a facilidade de acesso.

O mapa a seguir mostra a localização geográfica dos municípios onde estão sediados os CAPS em estudo.

Fig. 1 - Região de abrangência deste estudo



O Quadro-1 mostra a caracterização dos três municípios com relação a sua população, o número de hospitais gerais e psiquiátricos e de CAPS, a classificação dos CAPS, de acordo com a Portaria nº. 336/2002, do Ministério da Saúde, e o ano em que os CAPS foram implantados. Além desses, é importante registrar que existem postos de atendimento da Rede Básica de Saúde e outras clínicas, nos três municípios (particulares e conveniadas), que não foram nomeadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Caracterização dos municípios de abrangência do estudo

Município	População	Rede de atendimento de Saúde Mental	Ano de implantação dos CAPS
São Lourenço do Sul	44.935 habitantes	1 Hospital Geral 1 CAPS I 1 CAPS AD 1 CAPS - Criança e Adolescente	1992 2005 Em fase de implantação
Rio Grande	193.789 habitantes	1 Hospital Psiquiátrico 2 Hospitais Gerais 1 CAPS II	2001
Pelotas	338.544 habitantes	2 Hospitais Psiquiátricos 2 Hospitais Gerais 6 CAPS II 1 CAPS AD	2001

Fonte: Manual de Saúde Mental e DATASUS (2005)

Cabe salientar que São Lourenço do Sul é o município precursor na implantação de CAPS no Rio Grande do Sul desde 1978, sendo o serviço considerado referência nacional. Em Pelotas, embora o CAPS selecionado para ser incluído neste estudo tenha sido implantado em 2001, a rede de atenção à saúde mental dispõe de outros CAPS desde 1994. Em Rio Grande/RS, o serviço de saúde mental comunitário iniciou em 1992, porém só foi credenciado como CAPS em 2000 e, posteriormente, em 2002 passou a ser CAPS II. Além dos CAPS citados, encontra-se em estudo, nesse município, a implantação de um CAPS AD.

O Quadro 2 caracteriza os CAPS incluídos neste estudo em relação a sua equipe técnica, o número médio de atendimentos realizados por dia e o tipo de atendimento disponibilizado aos usuários e familiares, no período em que os dados deste estudo estavam sendo coletados.

Quadro 2 - Caracterização dos três Centros de Atenção Psicossocial

CAPS	Equipe	Nº atendimento s/diários	Tipo de atendimento
São Lourenço do Sul	1 Médico Psiquiatra 1 Médico Clínico 3 Psicólogos 1 Enfermeira 1 Assistente Social 1 Arte-terapeuta 1 Pedagogo 3 Monitores 2 Auxiliares de Enfermagem 1 Auxiliar Administrativo	20 pacientes intensivos	Atendimento em grupo e atendimento individual para idosos, adultos, adolescentes e crianças; Visitas domiciliares; Orientação familiar.
Rio Grande	1 Médico Psiquiatra 1 Médico Clínico 6 Psicólogos 1 Enfermeira 1 Assistente Social 1 Pedagoga 1 Auxiliar de Enfermagem 1 Auxiliar Administrativo	30 pacientes intensivos	Atendimento em grupo e atendimento individual para idosos, adultos, adolescentes e crianças; Visitas domiciliares; Orientação familiar.
Pelotas	1 Médico Psiquiatra 3 Psicólogos 1 Enfermeira 1 Assistente Social 1 Arte-terapeuta 3 Auxiliares de Enfermagem 2 Auxiliares Administrativos	20 pacientes intensivos	Atendimento em grupo e atendimento individual para idosos, adultos, adolescentes e crianças; Visitas domiciliares; Orientação familiar.

Fonte: 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Dados de 2004.

O Quadro 2 mostra que os três CAPS possuem diferentes equipes para realização do atendimento. São Lourenço do Sul possui nove profissionais de nível técnico, contemplando as diversas áreas conforme a legislação preconiza e seis profissionais de nível médio. Rio Grande/RS possui onze profissionais de nível técnico, prevalecendo a área da psicologia com seis profissionais atuantes e dois de nível médio. Pelotas possui sete profissionais com nível técnico, também com distribuição homogênea e cinco com nível médio. Os profissionais de nível técnico, na sua maioria, possuem carga horária de 20 horas semanais e os funcionários de nível médio, 40 horas semanais.

População e Amostra

Este estudo foi desenvolvido junto a uma população de usuários intensivos e semi-intensivos dos CAPS de São Lourenço, Rio Grande/RS e Pelotas e os familiares de pacientes que freqüentam esses CAPS. O total de noventa pacientes e sessenta familiares integram a amostra em estudo. De cada um desses CAPS provêm iguais números de sujeitos, ou seja, trinta pacientes e vinte familiares. Trata-se de uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência, porque o estudo foi desenvolvido em cidades diferentes e relativamente distantes do município sede do Curso de Mestrado. Sendo assim, o deslocamento para a coleta de dados foi um dos fatores constantes no desenrolar da pesquisa. Conforme Babbie (2003), esse tipo de amostragem geralmente é utilizado quando a pesquisa torna-se “dispendiosa para o pesquisador e quando a representatividade exata não é necessária”. (BABBIE, 2003, p. 152-153)

O Quadro 3 apresenta o perfil de usuários, segundo sexo, estado civil, escolaridade, tipo de moradia, com quem o paciente vive e o tempo em que está vinculado ao CAPS.

Quadro 3 – Perfil da amostra de usuários

	Usuários*	
	F	%
Sexo		
Masculino	53	58,9
Feminino	37	41,1
Estado civil		
Solteiros	52	57,8
Casado/companheiro	23	25,5
Separado	12	13,3
Divorciado	02	2,2
Viúvo	01	1,1
Escolaridade		
Nenhuma	18	20,0
Ensino Fundamental	59	65,6
Ensino Médio	01	1,1
Curso Técnico	10	11,1
Universitário	02	2,2
Tipo de Moradia		
Casa própria	45	50,0
Casa pais ou familiares	30	33,3
Casa alugada	6	6,7
Casa de amigos	5	5,6
Outro	4	4,4
Com quem mora		
Outros familiares	34	37,8
Mãe, Pai	22	24,4
Cônjuge	15	22,3
Sozinho	7	7,8
Com Filho/a	5	5,6
Amigo fora ambiente institucional	5	5,6
	2	2,1
Tempo de vínculo com o CAPS		
6 meses ou menos	3	3,3
de 7 a 12 meses	4	4,4
de 1 a 2 anos	31	34,5
+ de 5 anos	52	57,8

- n = 90

Observa-se que, dentre os usuários, 58,9% são do sexo masculino e 41,1% femininos, sendo que a maioria é solteira (57,8%); 25,5% estão casado (a)s legalmente ou possuem companheiro (a); 13,3% são separados; 2,2% são divorciados; e apenas 1,1% é viúvo. Com relação à escolaridade, a maioria dos usuários (65,6%) possui ensino fundamental; 20% são analfabetos; 11,1% têm curso técnico e 1,1% o nível médio (totalizando 12,2% com ensino médio, sem discriminar o tipo de curso); e apenas 2,2% são universitários.

Em relação ao tipo de moradia, 50% moram em casa própria, 33,3% na casa dos pais ou de familiares; 6,7% em casa alugada; 5,6% em casa de amigos e 4,4% moram em abrigos, asilos e ou casa de passagem. Dentre esses usuários, 37,8% vivem junto com outros familiares; 24,4% vivem com mãe/pai; 22,3%, com o cônjuge ou companheiro; 5,6%, com o filho/a; 2,1% com amigo fora da instituição com outras pessoas da comunidade, ou seja, moram em abrigos, asilos ou casa de passagens. Com relação ao tempo de vínculo com o CAPS, 57,8% dos usuários está há mais de cinco anos no serviço; 34, 5%, de um a dois anos; 4,4%, de sete a 12 meses, e 3,3% tem seis meses ou menos de vinculação.

O Quadro 4 apresenta o perfil da amostra total de familiares, segundo sexo, estado civil, escolaridade e tipo de transporte que utiliza para deslocar-se até o CAPS.

Quadro 4 – Perfil da amostra de familiares

	Familiares	
	F	%
Sexo		
Feminino	52	86,6
Masculino	8	13,3
Estado civil		
Solteiro	2	3,4
Casado	48	80,0
Separado	2	3,4
Divorciado	1	1,6
Viúvo	7	11,6
Escolaridade		
Nenhuma	2	3,3
Elementar (1º grau)	53	88,4
Secundária(2º grau)	2	3,3
Curso Técnico	1	1,6
Universitária	2	3,4
Transporte		
Automóvel de familiares	1	1,7
Público	34	56,6
Caminhada	21	35,0
Outro	4	6,6

n = 60

Observa-se, dentre os familiares, que 86% são do sexo feminino; e 13,3% são masculinos. Quanto ao estado civil, 80% são casados (oficialmente ou vivendo com companheiros); 11,6% são viúvos; 3,4% são solteiros, 3,4% são separados, e 1,6% divorciado. Em termos de grau de escolaridade, 88,4% possuem o primeiro 1º grau;

3,3% têm segundo grau; 3,4% têm formação universitária; 1,6% possui curso técnico; e 3,3% refere nenhuma escolaridade. Com relação ao tipo de transporte utilizado para deslocar-se até o CAPS, 56,6% utilizam transporte público; 35% vão caminhando; 6,6% utilizam outro meio como táxi ou carona, e 1,7% faz uso de automóvel de propriedade de familiares.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2005. Iniciou no CAPS de Rio Grande/RS, passando em seguida para São Lourenço do Sul e encerrando em Pelotas. Foram utilizados questionários aplicados aos pacientes e familiares que se encontravam no serviço no momento da coleta de dados.

Respeitando as recomendações da Resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética, tendo recebido o Registro número 1468/2004. Os dados foram coletados somente após a autorização para a realização do estudo, fornecida pela coordenação dos serviços CAPS dos municípios de Pelotas, Rio Grande e São Lourenço. Os participantes, usuários e familiares, foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e a respeito da utilização do questionário para o levantamento dos dados, bem como a garantia de seu anonimato e o direito de acesso a estes dados. Os seus consentimentos foram manifestados por escrito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos utilizados na Coleta de Dados

A Escala de Avaliação de Satisfação do usuário com o serviço de saúde mental - SATIS-BR- Usuário (Apêndice A) e a Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR- Familiar, foram os instrumentos utilizados para a coleta de dados neste estudo (Apêndice B). Essas escalas foram elaboradas no âmbito da Organização Mundial de Saúde e adaptadas e validadas, no Brasil, a partir de um estudo multicêntrico realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, em parceria com pesquisadores do Centro Colaborador da OMS de Montreal para Pesquisa e Formação em Saúde

Mental, e do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). (BANDEIRA et al, 1999)

A SATIS-BR do usuário é composta por quarenta e quatro questões, sendo trinta e nove quantitativas, expressas através de uma escala ordinal do tipo Likert de cinco pontos, e cinco qualitativas descritivas que complementam as informações. Treze itens são, segundo seus autores, os únicos que podem ser utilizados para o cálculo do grau de satisfação dos usuários. As questões descritivas qualitativas, em número de cinco, referem-se à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços recebidos no CAPS. Sete questões sócio-demográficas referem-se à idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, tipo de moradia, e condições residenciais. (BANDEIRA, 2000)

A SATIS-BR dos familiares é composta por 66 questões, também distribuídas da mesma forma que as escalas anteriores, com questões quantitativas e qualitativas. Dentre essas questões, sessenta e uma são quantitativas, expressas através da escala ordinal tipo Likert de cinco pontos e que são qualitativas descritivas as quais, segundo seus autores, complementam as informações. Oito itens quantitativos, segundo seus autores, são os únicos que podem ser utilizados para o cálculo do grau de satisfação dos familiares; ainda há quatro questões descritivas que visam obter informações complementares; três questões são quantitativas com subitens; quatro questões são qualitativas com subitens e quatro itens são quantitativos sócio-demográficos e se referindo-se a idade, sexo, estado civil e nível de escolaridade. (BANDEIRA, 2000)

Além das escalas para avaliar a satisfação dos usuários e dos familiares, faz parte do conjunto de instrumentos para avaliação da satisfação em relação aos serviços de saúde mental uma terceira escala, que está direcionada para Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental. Embora tenha sido aplicada com a equipe dos três CAPS, os dados obtidos foram excluídos das análises uma vez que não atingiu uma representatividade satisfatória.

É importante destacar que a opção em utilizar essas escalas como instrumentos de coleta de dados neste estudo deveu-se à possibilidade nelas contidas de examinar a satisfação dos usuários e familiares com relação a questões-chave preconizadas na política de saúde mental. Da mesma forma, cabe registrar que, embora essas escalas sejam instrumentos de domínio público, solicitamos a autorização para sua utilização neste estudo, a qual foi referendada por uma de

suas mentoras no Brasil, Dra Bandeira, do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ.

Validação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários para este estudo

De modo a validar o instrumento para aplicação no contexto onde este estudo se desenvolveu, foram realizados: a análise fatorial e o alfa de Cronbach. A idéia inicial era utilizar os mesmos fatores do instrumento original propostos por Bandeira (1999). Entretanto, após o cálculo dos coeficientes do alfa de Cronbach – estatística sugerida para avaliar a fidedignidade de escalas psicométricas² - percebeu-se que as medidas originais propostas não se confirmaram, apresentando baixa confiabilidade nos dois fatores propostos (Fator 1 e Fator 2). Assim, decidiu-se, após a coleta de dados, reagrupar as questões originais do instrumento em novos fatores, levando em consideração o grau de associação entre as questões e a coerência conceitual das mesmas. Foram utilizadas, então, a análise fatorial, com o propósito de formar grupos de variáveis associadas entre si, e o alfa de Cronbach, de modo a indicar a fidedignidade das escalas utilizadas. (PEREIRA, 1999)

A análise fatorial (Tabela 3) identificou cinco diferentes fatores, agrupados em função do elevado grau de associação entre as questões (comprovado pelas suas cargas fatoriais), garantindo a validade discriminante. De modo a garantir a validade convergente do instrumento, foi realizada a análise fatorial no bloco, observando-se a unidimensionalidade no conjunto de questões de cada fator, demonstrando, por exemplo, que as questões 25, 26, 21, 14 e 20 do instrumento dos usuários formam um único grupo fortemente correlacionado. Os cinco fatores obtidos apresentaram um elevado percentual de explicação da variância, indicando um alto nível de representação dos dados.

Quadro 5 – Análise Fatorial da SATIS-BR –Usuários

Variáveis originais	Bloco	Fatores				
		1	2	3	4	5
25 - Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS.	0,721	0,722				
26 – Como você classificaria as condições gerais das instalações	0,768	0,665				

² Escalas psicométricas são aquelas utilizadas para mensurar um determinado fenômeno a partir da percepção dos sujeitos em estudo.

(p.ex. instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.). 21 – Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto. 14 – Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no CAPS. 20 – Em geral, como você classificaria a competência da equipe do CAPS.	0,701	0,581				
28 – Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou ela o (nome do serviço)? 27 – Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria ao CAPS. 17- Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do CAPS.	0,866		0,879			
9 – Compreensão do tipo de ajuda pela equipe 8 – Até que ponto a pessoa que admitiu você no CAPS pareceu compreender o seu problema? 12 – Em geral, como você acha que a equipe do CAPS compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava? 15 – Você obteve no CAPS o tipo de serviço que você achava que precisava.	0,862			0,788		
24 – Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda que você recebeu no CAPS. 23 – Como você classificaria a qualidade do serviço que você recebeu no CAPS 16 – Você considerou que a equipe do CAPS estava ajudando-o(a).	0,691			0,743		
11 – Quando você falou com a pessoa que admitiu você no CAPS, você sentiu que ele/a ouviu você. 6 – Até que ponto os serviços que você recebeu no CAPS satisfazem suas necessidades? 10 – Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPS.	0,635			0,564		
	0,608			0,412		
	0,829				0,765	
	0,846				0,730	
	0,699				0,466	
	0,735					0,757
	0,715					0,658
	0,695					0,544

A fidedignidade dos cinco fatores foi apontada pelos coeficientes do alfa de Cronbach e os coeficientes dos fatores que se situaram entre 0,51 e 0,75. Cabe lembrar que, quanto mais próximo de 1 for o valor do alfa, maior será a consistência interna do instrumento que pode variar de 0 a 1. O Quadro 6 apresenta os coeficientes do alfa de Cronbach e a correlação dos indicadores.

Quadro 6 – Análise Fatorial dos itens dos cinco fatores relativos aos usuários

Fatores	Número de questões	Coefficiente alfa
Fator 1 – Equipe e Infra-estrutura	5	0,74
Fator 2 – Vínculo	3	0,75
Fator 3 - Acolhimento	4	0,64
Fator 4 – Eficácia	3	0,69
Fator 5 - Comunicação	3	0,52

Variáveis em estudo

A partir desses fatores, foram nomeadas as variáveis para retratar a satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde mental: V₁-Equipe e Infra-estrutura; V₂-Vinculação; V₃-Acolhimento; V₄-Eficácia; V₅-Comunicação. Embora a satisfação seja uma variável multideterminada, consideramos, para fins de operacionalização, apenas algumas dimensões que se mostraram coerentes, compatíveis com os propósitos deste estudo, levando em consideração as características sociais, culturais e históricas do contexto onde este estudo se desenvolve.

V₁-Equipe e Infra-estrutura : Refere-se a Portaria/GM nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002, Art.3º, o reconhecimento, a implantação de um CAPS deve seguir alguns padrões. Para a implantação de um CAPS é condição a existência de uma equipe mínima com profissionais capacitados para realizar o atendimento necessário para a reinserção social do doente mental, além de uma infra-estrutura adequada para a realização desses serviços, que poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de

instituições universitárias de saúde, desde que independentes da estrutura física, com acesso privativo.

Neste estudo, essa variável Equipe e Infra-estrutura, é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) percepção do tempo decorrido até a realização do atendimento do paciente;
- b) classificação do usuário com relação à competência da equipe do CAPS;
- c) percepção pelo paciente do grau de competência da pessoa que o atendeu;
- d) percepção em relação às instalações do CAPS;
- e) classificação das condições gerais das instalações do CAPS.

V₂-Vínculo entre o paciente e a equipe: refere-se à forma como o usuário é atendido no serviço, a qual influencia sua decisão de manter-se vinculado ao CAPS, retornando periodicamente e mesmo recomendando o serviço a outras pessoas. O grau de satisfação adquirida na forma do atendimento prestada em um serviço sendo esse, um conceito concretizado nas diretrizes da política sanitária (MERHY et al., 1994). Ramos (2003) considera que o acesso, o acolhimento, o vínculo e a resolutividade são eixos centrais do modelo técnico-assistencial em defesa da vida.

No presente estudo, essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) classificação do paciente com relação à acolhida/recepção realizada pelos profissionais;
- b) decisão do retorno ao serviço caso haja necessidade;
- c) indicação ou recomendação do serviço a um amigo ou parente caso haja necessidade.

V₃-Acolhimento: é definido por Mehry (1994) como uma estratégia utilizada pelos serviços de saúde para garantir o acesso universal, a resolutividade e o atendimento humanizado. O acolhimento mostra-se através da relação humanizada e acolhedora que a equipe e o serviço estabelecem com seus usuários, sejam eles pacientes ou familiares.

O acolhimento se processa em diferentes etapas desde a chegada do usuário ao serviço; compreendendo a qualidade do atendimento recebido dos diferentes

trabalhadores do CAPS desde o recepcionista. Neste estudo, essa variável traduz a percepção do usuário acerca da:

- a) percepção da capacidade de a equipe compreender o tipo de ajuda que ele necessita;
- b) percepção da capacidade da equipe compreender o seu problema;
- c) percepção da eficácia dos cuidados/ajuda recebida para lidar com os problemas;
- d) avaliação do paciente acerca da convergência entre o tratamento recebido e a necessidade que motivou a busca do CAPS.

V₄-Eficácia: é definida como a ação de algum trabalho que atinja plenamente um resultado esperado. A legislação Federal nº 10.216, relativa aos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, estabelece que o sistema de saúde deve ser organizado de acordo com as necessidades do paciente e com o tratamento humanitário para que possa ser beneficiada sua saúde como também a sua recuperação, provendo a sua inserção na família, no trabalho e na comunidade. (BRASIL,2001)

Neste estudo essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) percepção de confiança na ajuda dispensada pela equipe do CAPS;
- b) percepção da qualidade do cuidado oferecido pelo CAPS;
- c) percepção da quantidade de ajuda recebida do serviço.

V₅-Comunicação: refere-se ao processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nela envolvidas, a curto, médio ou longo prazo. Neste estudo, a comunicação é examinada no processo mediante a interação entre profissionais e usuários do CAPS, sejam eles técnicos ou não técnicos. Dessa interação pode emergir resultados que possibilitam melhoria da saúde desses sujeitos. (STEFANELLI, 1993)

Neste estudo, essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) percepção do paciente de ter sido ouvido com interesse pela pessoa que o recebeu no CAPS;
- b) percepção do paciente em relação ao tipo de ajuda a ele dispensado.

Validação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares para este estudo

No estudo realizado para a validação da escala original de Bandeira (2002) que avalia o grau de satisfação dos familiares, são relacionados oito itens, os quais compõem as seguintes questões: 30, 31, 33, 34, 35, 36, 41 e 48, o que, segundo a autora, são os únicos que podem ser utilizados para o cálculo do grau de satisfação dos familiares. Eles foram organizados em subitens, que são: tratamento no serviço, com as questões 30, 31 e 41; acolhida e competência, com as questões 32, 33, 34 e 48; e privacidade, com as questões 35 e 36.

O teste para a validação do instrumento original, percebeu-se que havia uma diferença entre os índices da amostra original e o da amostra do presente estudo. Então o instrumento foi reorganizado, utilizando-se as questões originais 30, 33, 34, 35, 36, 48, mais as 26, 37, 49, 50, 51 e 52, e reagrupadas conforme análise fatorial realizada na Tabela 05.

Quadro 7 – Análise Fatorial da SATIS - BR - Familiares

Variáveis originais	Fatorial no bloco	Fatores			
		1	2	3	4
37 - De maneira geral, como você classificaria a acolhida da equipe do CAPS.	0,834	0,856			
36 - Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas do seu familiar, e o cuidado que ele/a recebeu no CAPS.	0,953	0,835			
35 - Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o tratamento de seu familiar no CAPS	0,958	0,830			
30 - Até que ponto você acha que a pessoa que admitiu seu familiar no CAPS pareceu compreender o problema dele(a).	0,762		0,818		
33 - Os serviços que o/a paciente recebeu, o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema dele(a).	0,851		0,796		
34 - Você acha que seu familiar obteve o tipo de serviço (cuidado) que você pensava que ele/a necessitava.	0,844		0,692		
51 - Você ficou satisfeito com o	0,778			0,778	

conforto e a aparência do CAPS. 52 - Como você classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeições, o prédio em si, etc.).	0,756			0,756	
26 - Como você se sente em relação ao tipo de informação que foi dada a você sobre o tratamento de seu familiar.	0,755			0,755	
50 - Até que ponto você está satisfeito com a quantidade de ajuda que seu familiar recebeu no CAPS.	0,903				0,903
49 - Como você classificaria, de um modo geral, a qualidade do serviço que seu familiar recebeu.	0,902				0,902
48 - Você acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no CAPS.	0,715				0,715

Quanto a fidedignidade dos quatro fatores apontados pelos coeficientes do alfa de Cronbach relativo á SATIS-BR - Familiares, o instrumento apresentou valor 0,83 enquanto os coeficientes dos fatores situaram-se entre 0,64 e 0,90. O Quadro 8 apresenta os coeficientes do alfa de Cronbach e a correlação dos itens.

Quadro 8– Coeficiente de alfa de Cronbach e correlação dos itens dos fatores

Fatores	Número itens	Coeficiente alfa	Correlação Item total
Fator 1 – Equipe e infra-estrutura	3	0,64	0,44 a 0,47
Fator 2 – Acolhimento	3	0,75	0,51 a 0,64
Fator 3 – Eficácia	3	0,79	0,48 a 0,72
Fator 4 – Respeito	3	0,90	0,67 a 0,88

Os itens somaram doze indicadores, que viabilizaram uma melhor visualização dos dados coletados. Com a variância explicada em 76% dos doze indicadores chegou-se a quatro variáveis apresentadas no Quadro 8.

A confiabilidade de todo o instrumento foi de alfa de Cronbach 0,83, que é utilizado para verificar a confiabilidade ou fidedignidade das escalas (variáveis).

Variáveis que retratam a Satisfação dos Familiares em relação ao Serviço

A partir desses fatores, foram nomeadas as seguintes variáveis para retratar a satisfação dos familiares em relação ao serviço de saúde mental: V₁-Equipe e Infra-estrutura; V₂-Respeito; V₃-Acolhimento e V₄-Eficácia. Embora a satisfação seja uma

variável multideterminada, consideramos, para fins de operacionalização, apenas algumas dimensões que se mostraram coerentes, compatíveis com os propósitos deste estudo, levando em consideração as características sociais, culturais e históricas do contexto onde este estudo se desenvolve.

V₁-Equipe e Infra-estrutura: conforme Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, Art.3º, já citado na p.38.

Nesse estudo, essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) percepção em relação à informação dada sobre o tratamento prestado ao familiar;
- b) percepção dos sentimentos em relação ao conforto e à aparência do CAPS;
- c) classificação das condições de instalações físicas do CAPS.

V₂-Respeito: segundo a Legislação nº. 10.216, a garantia de sigilo nas informações prestadas denota um senso de respeito ao sujeito e prediz cidadania. O reconhecimento dessas qualidades é observado na forma como é percebido o atendimento realizado pela equipe de modo a assegurar a confiabilidade das informações, com boa acolhida e com medidas que assegurem a privacidade do familiar.(BRASIL,2001)

Neste estudo, essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) percepção dos familiares da forma como a equipe os acolhe no CAPS;
- b) percepção dos familiares da confidencialidade dispensada pela equipe quanto ao tratamento dispensado ao usuário;
- c) percepção dos familiares quanto as medidas tomadas para assegurar a privacidade do usuário durante a realização do tratamento.

V₃ – Acolhimento: seguindo os mesmos caminhos a partir da literatura, essa variável se define a partir da estratégia utilizada pelos serviços de saúde para garantir o acesso universal, a resolutividade e o atendimento humanizado. Em síntese, mostra-se através da relação humanizada e acolhedora que a equipe e o serviço estabelecem com seus usuários, sejam pacientes ou familiares.(MEHRY,1994)

O acolhimento se processa em diferentes etapas, desde a chegada do usuário ao serviço; assim compreende a qualidade do atendimento inicial recebido por parte dos diferentes trabalhadores do CAPS desde o recepcionista.

Neste estudo, essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) percepção da capacidade do profissional em compreender o familiar admitido;
- b) percepção do familiar em relação a eficiência do serviço prestado para a solução dos problemas do paciente;
- c) percepção do familiar em relação ao tipo de serviço por ele esperado, dispensado ao paciente.

V₄-Eficácia: o conceito da saúde como processo que permite que as pessoas exerçam controle sobre os determinantes da saúde, melhorando, assim, a sua saúde, será demonstrado a partir das habilidades e capacidades de as pessoas, grupos ou comunidades atuarem coletivamente, com o objetivo de controlar os determinantes da saúde. (OTTAWA, 1986)

Neste estudo essa variável é mensurada através dos seguintes indicadores:

- a) satisfação com a quantidade de ajuda dispensada ao familiar durante o tratamento;
- b) classificação da qualidade de serviço recebido pelo familiar;
- c) percepção dos benefícios obtidos com o atendimento prestado no CAPS.

Análise dos Dados

Os dados foram submetidos as análises estatísticas descritivas, análise variância (ANOVA) e regressão linear múltipla. Das análises descritivas foram utilizadas as médias e seus respectivos desvios padrão em relação à satisfação expressa nos dois grupos (usuários e familiares). Com o objetivo de complementar os resultados, foram utilizadas as médias das variáveis originais.

A ANOVA possibilitou fazer comparação entre as médias das variáveis, após a sua transformação realizada com o uso da análise fatorial, conforme está descrito na metodologia, tanto de usuários quanto de familiares, no resultado conjunto dos três municípios onde os CAPS pesquisados estão sediados, procurando identificar

grupos homogêneos. Já a regressão linear múltipla permitiu verificar a contribuição de cada uma das variáveis na satisfação geral com o serviço, porém restrito aos usuários.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises descritivas, da ANOVA e das análises de Regressão Linear Múltipla, efetuadas com as cinco variáveis que retratam a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde mental, oferecido nos CAPS que integraram este estudo. Apresenta, também, os resultados obtidos através das análises descritivas e ANOVA realizadas com as variáveis que retratam a percepção dos familiares.

Para favorecer a contextualização dos resultados, estes são apresentados por município e posteriormente associados às percepções dos dois grupos (familiares e usuários) em relação ao mesmo serviço. Desta forma, foram evitadas repetições desnecessárias, uma vez que no grupo de usuários estão envolvidas cinco variáveis e no grupo de familiares apenas quatro. Dessas, três são comuns aos dois grupos, permitindo um outro tipo de comparação. Da mesma forma, esta apresentação possibilita colocar em evidência as diferenças e similitudes apontadas em cada localidade. Inicialmente são apresentados os resultados obtidos no CAPS de São Lourenço do Sul, em seguida no de Rio Grande e por último no de Pelotas.

Análises Descritivas

Do ponto de vista descritivo no CAPS, em São Lourenço do Sul, a satisfação dos usuários em relação ao serviço foi expressa através dos índices, nas cinco variáveis, apresentados na Tabela 01 e classificados em ordem decrescente.

Tabela 01 – Índices médios nas cinco variáveis dos usuários de São Lourenço do Sul

Variáveis	Média	Desvio padrão
Vínculo	4,92	.20
Acolhimento	4,68	.44
Eficácia	4,63	.41
Comunicação	4,61	.42
Equipe e Infra-estrutura	4,41	.57

n= 30

A Tabela 01 mostra que entre os trinta usuários que responderam ao questionário, no município de São Lourenço do Sul, o valor médio atribuído ao vínculo (4,92) mostrou-se a mais alta em relação à equipe e infra-estrutura, mesmo que ambas tenham tido valores considerados altos na escala Likert utilizada, a qual admitia variação de 1 a 5. Já as variáveis Acolhimento (4,68), Eficácia (4,63) e Comunicação (4,61) apresentaram valores mais próximos e também altos. Os baixos valores dos desvios padrões em relação às médias obtidas, com um coeficiente de variação abaixo de 15%, indicam grande homogeneidade nas respostas dadas pelos usuários, validando o uso da média como padrão de análise.

Em relação ao mesmo serviço, a satisfação dos familiares foi expressa através dos seguintes resultados, apresentados na Tabela 02, também em ordem decrescente.

Tabela 02 – Índices médios nas cinco variáveis dos familiares de São Lourenço do Sul nas quatro variáveis

Variáveis	Média	Desvio padrão
Respeito	4,83	.31
Eficácia	4,78	.43
Equipe e Infra-estrutura	4,56	.24
Acolhimento	4,53	.19

n=20

A Tabela 02 mostra que dentre os vinte familiares que responderam ao questionário, no município de São Lourenço do Sul, a variável Respeito apresenta maior média (4,83), porém muito próxima da Eficácia do tratamento (4,78). Em contrapartida, a avaliação da Equipe e infra-estrutura (4,56) assim como o Acolhimento (4,53) é alta, porém com um médio desempenho menor que as outras variáveis. O índice médio da variável Respeito se justifica na variável original, a questão satisfação, com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre o problema do usuário e o cuidado que ele recebeu da Equipe do CAPS (4,90). Já a variável Acolhimento se apóia nas questões que perguntam até que ponto a pessoa que admitiu o usuário pareceu compreender o problema dele (4,0). Os baixos valores dos desvios padrões em relação às médias obtidas, com um coeficiente de variação abaixo de 10%, indicam grande homogeneidade nas respostas dadas pelos usuários, validando o uso da média como padrão de análise.

As Tabelas 03 e 04 apresentam os resultados obtidos no CAPS de Rio Grande/RS referentes à satisfação de usuários apresentados inicialmente e após dos familiares.

Tabela 03 – Índices Médios das cinco variáveis dos usuários de Rio Grande/RS

Variáveis	Média	Desvio padrão
Vínculo	4,31	.52
Comunicação	4,17	.43
Acolhimento	4,10	.52
Eficácia	3,97	.50
Equipe e Infra-estrutura	3,88	.60

n=30

Esses resultados mostram que, no município de Rio Grande/RSRS, as variáveis Vínculo (4,31), Comunicação (4,17) e Acolhimento (4,10) apresentam valores altos e próximos. Já a variável Eficácia (3,97) e Equipe e Infra-estrutura (3,88) foram percebidas pelos usuários de forma menos expressiva, porém com valores altos. A questão relativa como o usuário classifica a competência da equipe do CAPS apresentou uma média de 4,33, sendo, portanto esta questão que elevou a média da variável Vínculo. Já para a variável Equipe e Infra-estrutura, a pergunta sobre a forma como o usuário classificaria as condições gerais das instalações do CAPS (com valor médio de 3,33) foi a que contribuiu para a diminuição do valor médio dessa variável.

Tabela 04 – Médias das variáveis dos familiares de Rio Grande/RS

Variáveis	Média	Desvio padrão
Acolhimento	4,71	.42
Eficácia	4,23	.36
Respeito	4,10	.42
Equipe e Infra-estrutura	3,95	.31

n=2

O valor alto da média de satisfação na variável Acolhimento (4,71) está relacionado com o valor médio da pergunta feita aos familiares – “Seu familiar obteve o cuidado que pensava ser necessário do CAPS?” – que apresentou o padrão de 4,90, próximo da nota máxima. Em contrapartida, a variável Equipe e Infra-estrutura apresenta valor médio mais baixo em relação ao Acolhimento, o que pode ser relacionado com o valor médio da pergunta sobre como o familiar classificaria as condições de instalações do CAPS (3,95). Essa apresenta uma média regular, porém mais baixa do que as outras.

Do ponto de vista descritivo, em Pelotas, a satisfação dos familiares em relação ao CAPS foi expressa através dos índices médios, nas cinco variáveis, apresentados na Tabela 05.

Tabelas 05 – Médias das cinco variáveis dos familiares de Pelotas

Variáveis	Média	Desvio padrão
Vínculo	4,38	.66
Acolhimento	4,37	.47
Comunicação	4,31	.47
Eficácia	4,23	.52
Equipe e Infra-estrutura	3,61	.55

n= 30

As variáveis Vínculo (4,38), Acolhimento (4,37), Comunicação (4,31) e Eficácia (4,23) estas não possuem, na percepção dos familiares, médias muito diferenciadas, sendo médias bastante altas. Já a Equipe e Infra-estrutura (3,61) apesar de ser também considerada uma média boa em relação aos indicativos do nível de satisfação, que variam de 1 a 5, é menos expressiva do que as anteriores. Isso justifica a pergunta sobre como o usuário classificaria as condições gerais das instalações do CAPS com valor médio de (3,36). Para justificar o valor médio da variável Vínculo, que obteve valor mais alto que as demais, observamos que, na pergunta: “Se um amigo ou parente estivesse precisando do mesmo tipo de ajuda, o familiar recomendaria o CAPS a ele (a)”, apresenta um padrão elevado de (4,64). Os baixos valores dos desvios padrões em relação às médias obtidas, com um coeficiente de variação abaixo de 16%, indicam grande homogeneidade nas respostas dadas pelos usuários, validando o uso da média como padrão de análise.

Do ponto de vista descritivo, em **Pelotas**, a satisfação dos **familiares** em relação ao CAPS foi expressa através dos índices, nas quatro variáveis, apresentados na Tabela 06.

Tabelas 06 – Médias das quatro variáveis dos familiares de Pelotas.

Variáveis	Média
Acolhimento	4,25
Eficácia	4,23
Respeito	4,23
Equipe e Infra-estrutura	3,38

n=20

Na Tabela 06, as variáveis apresentaram médias altas em relação à variável Acolhimento (4,25), Eficácia (4,23) juntamente com Respeito (4,23). Essas últimas obtiveram médias semelhantes na percepção dos usuários. Subsidiando o índice médio de satisfação dos familiares na variável Acolhimento, está o índice de valor médio (4,4) da pergunta se os serviços recebidos pelo usuário o ajudaram a lidar mais eficazmente com a sua situação .

Menos expressiva é a variável Equipe e Infra-estrutura, justificada também com a pergunta realizada aos familiares quanto à classificação das condições das instalações do CAPS, que apresentou valor médio 2,45, considerado muito baixo em relação às outras variáveis originais (3,89 e 3,90).

Os baixos valores dos desvios padrões em relação às médias obtidas, com um coeficiente de variação abaixo de 20%, indicam grande homogeneidade nas respostas dadas pelos usuários, validando o uso da média como padrão de análise.

A Tabela 07 compara as medias obtidas nos CAPS dos três municípios.

Tabela 07 – Variabilidade entre as percepções dos usuários do CAPS relativa à satisfação com o serviço que é oferecido

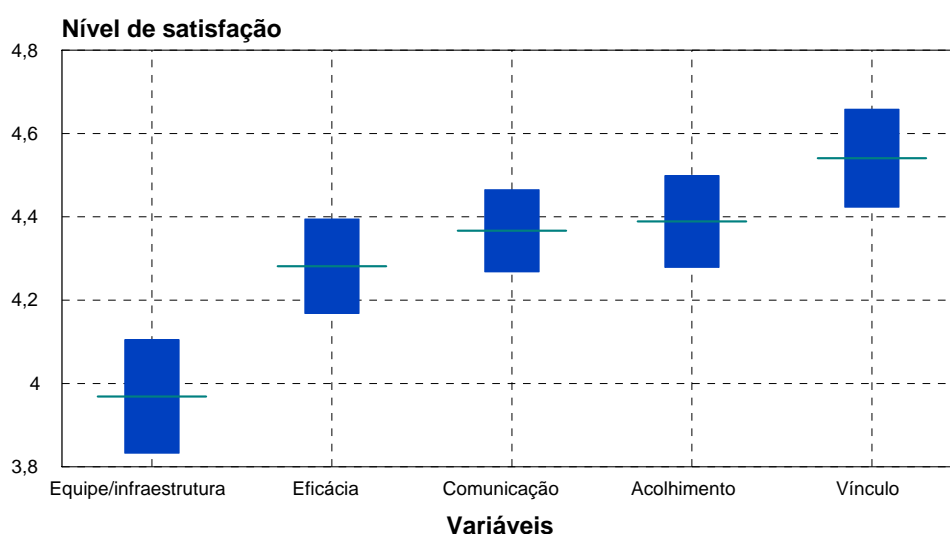
Variáveis Local		Acolhimento	Eficácia	Equipe e Infra-estrutura	Vínculo	Comunicação
Rio Grande	média	4,10	3,97	3,88	4,31	4,17
Pelotas	média	4,37	4,23	3,61	4,38	4,31
S.Lourenço do Sul	média	4,68	4,63	4,41	4,92	4,61
Geral	média	4,38	4,28	3,96	4,54	4,36

n=30/90

Na Tabela 07, a comparação entre as variáveis dos municípios de São Lourenço do Sul, Pelotas e Rio Grande aponta que, no geral, a média mais alta foi para o vínculo (4,54) e que a mais baixa foi a Equipe e infra-estrutura (3,96). Constata-se que a variável que interfere diretamente na satisfação positivamente é o Vínculo e negativamente é a Equipe e Infra-estrutura.

A figura abaixo permite visualizar e projetar os resultados médios observados no intervalo de confiança de 95% através de uma comparação dos potenciais possíveis de serem atingidos em cada uma das variáveis avaliadas, no geral, sem considerar os resultados em particular de cada CAPS.

Fig. 2 – Intervalo de confiança de 95% para compreensão da satisfação nas cinco variáveis para os usuários



Em média, as variáveis Eficácia, Comunicação e Acolhimento não se diferenciam, ou seja, não há diferenças significativas estatisticamente; no entanto, Eficácia e Vínculo apresentam nível de satisfação diferente. O padrão de satisfação com Equipe e Infra-estrutura apresenta nível mais baixo e diferente de todas. O contraste permite verificar que existe uma diferença significativa entre os níveis médios de satisfação dos usuários, podendo se traçar a seguinte relação entre as médias: Equipe e Infra-estrutura < Eficácia < Vínculo.

Ainda com relação aos usuários, foram realizadas análises *post-hoc* (análise posterior) através do teste de Duncam, de modo a identificar grupos homogêneos com cada uma das variáveis, cujas médias não apresentaram diferença estatística significativa.

Na Tabela 08 é apresentada a comparação dos índices atribuídos pelos usuários à variável Acolhimento nos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.

Tabela 08 - Comparação dos índices médios do Acolhimento nos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul

Local	alpha = .05		
	1	2	3
Rio Grande	4,1083		
Pelotas		4,3750	
São Lourenço do Sul			4,6833

n=30

A partir da Tabela 08 depreende-se que, quanto ao Acolhimento, formam-se três grupos isolados, sendo que São Lourenço apresenta a maior média (4,68), Pelotas média intermediária (4,37) e Rio Grande (4,10) com uma média mais baixa. Esses índices mostram que a percepção dos usuários quanto ao Acolhimento é diferente.

Na Tabela 09 é apresentada a comparação dos índices atribuídos pelos usuários à variável Eficácia, nos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.

Tabela 09 - Agrupamento dos índices médios da variável Eficácia dos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul

Local	alpha = .05		
	1	2	3
Rio Grande	3,9778		
Pelotas		4,2333	
São Lourenço do Sul			4,6333

n= 30

A apresentação demonstra que são diferentes as percepções dos usuários nos diferentes municípios. Em São Lourenço do Sul (4,63) a média é a mais alta; em seguida está Pelotas (4,23); e em terceiro, Rio Grande (3,97) com uma média mais baixa. Apesar disso todas as médias são consideradas boas com relação à variabilidade de 1 a 5. Estatisticamente, por esse teste, não se confirma igualdade entre os CAPS quanto a essa variável.

A Tabela 10 apresenta a comparação dos índices médios da variável Equipe e Infra-estrutura nos municípios de Pelotas, Rio Grande e São Lourenço do Sul.

Tabela 10 – Comparação dos índices médios da variável Equipe e Infra-estrutura nos municípios de Pelotas, Rio Grande/RS e São Lourenço do Sul

Local	alpha = .05	
	1	2
Pelotas	3,6133	
Rio Grande	3,8800	
São Lourenço do Sul		4,4133

n=30

Os índices médios na variável Equipe e Infra-estrutura apresentam São Lourenço do Sul (4,41) com média mais alta, enquanto Pelotas (3,61) e Rio Grande (3,88) formam um grupo homogêneo, com médias mais baixas.

A Tabela 11 apresenta a comparação dos índices médios da variável Vínculo nos três municípios do estudo.

Tabela 11 – Comparação dos índices médios da variável Vínculo nos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul.

Local	alpha = .05	
	1	2
Rio Grande	4,3111	4,9222
Pelotas	4,3889	
São Lourenço do Sul		

n= 30

Na apresentação da Tabela 11, a variável Vínculo em São Lourenço do Sul (4,92) destaca-se em um grupo isolado. Por outro lado, há uma homogeneidade entre o valor das médias atribuídas aos CAPS nos municípios de Pelotas (4,38) e Rio Grande (4,31), caracterizando uma diferença entre os grupos.

A Tabela 12 apresenta a comparação dos índices médios da variável Comunicação dos municípios de Rio Grande, Pelotas e São Lourenço do Sul.

Tabela 12 - Comparação do índice médio da variável comunicação dos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul

Local	alpha = .05	
	1	2
Rio Grande	4,1778	4,6111
Pelotas	4,3111	
São Lourenço do Sul		

n=30

A Tabela 12 mostra, em termos de Comunicação, a formação novamente de dois grupos, sendo que há uma homogeneidade entre o valor das médias dos CAPS nos municípios de Rio Grande (4,17) e Pelotas (4,31), enquanto São Lourenço do Sul (4,61) fica isolado em outro grupo com uma média mais alta.

A Tabela 13 apresenta a comparação de variabilidade nos CAPS dos três municípios do estudo individual e geral relativos aos familiares.

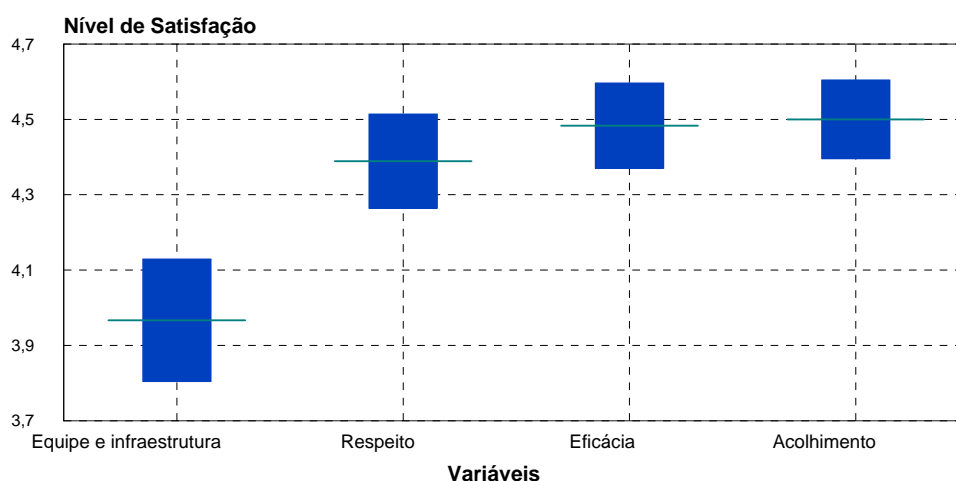
Tabela 13 - Comparação das médias entre os municípios de Pelotas/RS, Rio Grande/RS e São Lourenço do Sul/RS

Local	N		Respeito	Acolhimento	Equipe e Infra-estr.	Eficácia
Pelotas	30	Média	4,23	4,25	3,38	4,43
Rio Grande	30	Média	4,10	4,71	3,95	4,23
São Lourenço do Sul	30	Média	4,83	4,53	4,56	4,78
Geral	90	Média	4,38	4,50	3,96	4,48

Na tabela 13, comparando as variáveis dos municípios de São Lourenço do Sul, Pelotas e Rio Grande, percebe-se que, no geral, a média mais alta foi para o Acolhimento (4,50) e que a mais baixa foi a da Equipe e Infra-estrutura (3,96). Constata-se que a variável que interfere diretamente na satisfação positivamente é o Acolhimento e negativamente é a Equipe e Infra-estrutura.

A figura abaixo, permite visualizar e projetar os resultados médios observados no intervalo de confiança de 95% através de uma comparação dos potenciais possíveis de serem atingidos em cada uma das variáveis avaliadas, no geral, sem considerar os resultados em particular de cada CAPS.

Fig. 3 - Intervalo de confiança de 95% para compreensão da satisfação nas quatro variáveis para os familiares



Os níveis máximos da variável respeito estão na mesma faixa de variação da Eficácia e do Acolhimento, o que não permite que seja estatisticamente diferente. Porém, a variável Equipe e Infra-estrutura demonstram um nível de satisfação entre regular e bom, não atingindo o valor das outras variáveis o que, estatisticamente é diferente das variáveis Respeito, Eficácia e Acolhimento, em termos %I de satisfação em relação a essa variável.

A seguir é apresentada cada uma das variáveis dos familiares correlacionadas no grupo, iniciando-se com Eficácia na Tabela 14.

Tabela 14 – Comparação dos Índices médios da variável Eficácia dos municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul, no grupo

Local	alpha = .05	
	1	2
Rio Grande	4,1000	
Pelotas	4,2333	
São Lourenço do Sul		4,8333

n=20

Em termos de eficácia, a homogeneidade entre os valores médios é encontrada em Pelotas (4,23) e Rio Grande (4,10), enquanto São Lourenço do Sul (4,83) fica isolado em outro grupo.

Tabela 15 - Comparação dos Índices médios da variável acolhimento entre municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul, no grupo

Local	Subset for alpha = .05	
	1	2
Pelotas	4,2500	
São Lourenço do Sul		4,5333
Rio Grande		4,7167

n=20

Na variável Acolhimento formam-se dois grupos, sendo que no primeiro encontra-se Pelotas (4,25), isolada com uma média mais baixa, enquanto no segundo grupo se encontram São Lourenço (4,53) e Rio Grande (4,71), com uma média mais alta, formando um grupo homogêneo.

A seguir, é apresentada na Tabela 16 a comparação entre os municípios da variável Equipe e Infra-estrutura, de acordo com os familiares.

Tabela 16 – Comparação dos Índices médios da variável Equipe e Infra-estrutura entre os municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul

Local	alpha = .05		
	1	2	3
Pelotas	3,3833		
Rio Grande		3,9500	
São Lourenço do Sul			4,5667

n=20

Em termos de equipe e infra-estrutura formam-se três grupos isolados, em função do contraste das médias. No primeiro grupo encontra-se Pelotas (3,38) com uma média mais baixa; enquanto no segundo grupo, Rio Grande (3,95), com uma média intermediária; e no terceiro, São Lourenço do Sul (4,56), com uma média mais alta. Isso mostra que as percepções entre os municípios, com referência à Equipe e Infra-estrutura são diferentes.

A Tabela 17, mostrada a seguir, apresenta as comparações entre os índices da variável respeito, agrupados conforme a homogeneidade.

Tabela 17 – Comparação dos índices médios da variável Respeito entre os municípios de Rio Grande/RS, Pelotas e São Lourenço do Sul

Local	Alpha = .05	
	1	2
Rio Grande	4,2333	
Pelotas	4,4333	
São Lourenço do Sul		4,7833

n=20

A tabela acima (17) apresenta a homogeneidade de índices da variável Respeito, quando se formam dois grupos, sendo que São Lourenço do Sul (4,78) fica isolado com uma média mais alta e os municípios de Rio Grande (4,23) e Pelotas (4,43) se agrupam, com médias mais baixas, estatisticamente iguais ao nível de 5% de significância.

Análise de Regressão Linear Múltipla

No Quadro 03 foi analisada a relação entre o nível de satisfação geral dos usuários e as cinco variáveis relacionadas para esse grupo, quando se observa que a variável Equipe e Infra-estrutura não contribuem para a previsão de nível de satisfação dos usuários, porque o coeficiente estimado não é significativamente diferente de 0. Todos os demais coeficientes são diferentes de zero, resultados que são altamente significativos estatisticamente ($P < 0,01$).

Quadro 03 - Análise de Regressão para as variáveis dos usuários

		B	Beta	T	Sig.
1	(Constant)	4,311		83,871	,000
	Regressão fator 1: Acolhimento	,161	+++,264	3,119	,002
	Regressão fator 2: Eficácia	,250	+,409	4,843	,000
	Regressão fator 3: Equipe e Infra-estrutura	,063	,102	1,212	,229
	Regressão fator 4: Vínculo	,204	++,334	3,953	,000
	Regressão fator 5: Comunicação	,124	+++,202	2,389	,019

A equação de regressão para fins de previsão pode ser assim dimensionada:

$Y_i = 0,264 (N S \text{ Acolhimento}) + 0,409 (N S \text{ Eficácia}) + 0,334 (N S \text{ Vínculo}) + 0,202 (N S \text{ Comunicação})$, em que Y_i é o nível de satisfação geral e $N S$ é o nível de satisfação .

Com estes resultados, podemos avaliar que o fator que mais contribui para o nível de satisfação geral é a Eficácia, com o coeficiente padronizado de 0,409.

REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS

Este estudo, cujo ponto de partida foi verificar os índices de satisfação dos usuários e seus familiares em relação a um dos recursos integrantes da Rede de Serviços preconizada nas Leis 9715/92 e 10216/2001, mostra que nos CAPS de Rio Grande, São Lourenço do Sul e Pelotas, em geral, pacientes e familiares estão satisfeitos, pelo menos no tange: ao vínculo que estabelecem com o serviço; à forma como são acolhidos nos CAPS; à capacidade desses serviços responderem às suas necessidades; à comunicação entre equipe e usuários; ao respeito da equipe para com a família em termos de sigilo e confiabilidade nas informações; e às medidas tomadas para assegurar a privacidade da família. Entretanto, reconhecem algumas fragilidades, principalmente em termos do que foi definido neste estudo como sendo Equipe e Infra-estrutura.

É importante destacar que Equipe e Infra-estrutura é uma variável que comporta duas dimensões, podendo ser examinada do ponto de vista da competência da equipe e, por outro lado, do ponto de vista das condições das instalações nos CAPS. A média geral atribuída para Infra-estrutura, tanto pelos usuários quanto pelos familiares, nos três municípios, foi 3,96. Quando examinamos separadamente por municípios, percebe-se que é em Rio Grande e Pelotas que se encontram os índices mais baixos, mas especialmente em Pelotas. Ao examinar os aspectos específicos de Infra-estrutura, constatamos que no CAPS de Pelotas os familiares atribuem um índice muito baixo (2,45). A análise da questão aberta, que indaga acerca de possíveis melhorias no serviço, mostra que são as condições de instalação no CAPS de Pelotas que fazem a média geral baixar.

Embora não conste explicitamente na legislação que regulamenta o processo de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental, como devem ser as condições de instalações físicas dos Centros de Atenção Psicossocial, entendemos que, ao reconhecer o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direito está implícito seu direito de usufruir pelo menos as condições mais básicas para um ser humano, em um serviço de saúde como, por exemplo, sanitário com condições de higiene adequadas

Ainda, desmembrando a variável Equipe e Infra-estrutura, e focalizando somente a dimensão Equipe, podemos observar através da questão que demanda aos usuários classificar a competência da Equipe que o atende no CAPS, que os índices mais altos foram atribuídos em São Lourenço do Sul (4,80). Considerando que o CAPS sediado nesse município é o mais antigo do Rio Grande Sul, estando já em funcionamento mesmo antes da promulgação da Legislação em Saúde Mental, é coerente pensar que as questões relacionadas com a capacitação de seus profissionais estejam em um patamar mais avançado do que em outros serviços mais recentemente instalados, como é o caso de Rio Grande e Pelotas, cujos CAPS foram instalados em 2001. Além disso, é preciso considerar que a literatura específica produzida na área da saúde mental, nos últimos anos, tem enfatizado, através de autores como Sarraceno (1999), Pitta (2001) e Amarante (2001) a necessidade de investimento em termos de desconstrução e reconstrução de práticas e saberes como um dos alicerces para dar sustentação ao processo de reestruturação do modelo assistencial na área da saúde mental. Assim, serviços já estruturados há mais tempo podem ter tido maior “amadurecimento” organizacional para investir no sentido de superar essa necessidade.

Nessa mesma linha de raciocínio, podemos pensar que os altos índices atribuídos às variáveis Acolhimento (4,38), Eficácia do serviço (4,28), Respeito (4,38), Comunicação (4,36) e Vínculo entre usuários e Equipe (4,54) podem estar associados à intensificação das discussões que, especialmente nessa região, têm acontecido através de fóruns de discussões, eventos científicos, desenvolvimento e divulgação de estudos nessa área. O acolhimento nos três CAPS aparece como um fato que interfere positivamente na satisfação dos usuários, evidenciando a aceitabilidade e o acesso deles aos serviços de saúde mental. Para Mehry (1991), o acolhimento nos remete a discussão de modelos assistenciais que dizem respeito à produção de serviços de saúde, a partir de saberes da área, assim como projeto de grupos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos.

O Acolhimento é fruto de uma construção teórica e deve ser considerada como uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada *micropolítica do trabalho em saúde*, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações. Permite a efetiva autogestão de trabalhadores e a construção da autonomia dos usuários, obviamente, sem negar a importante e decisiva influência da macro política no

contexto da saúde. Os usuários sentem-se acolhidos nos serviços que foram examinados neste estudo. (MERHY,1991)

Os resultados apontam, também, forte Vínculo dos pacientes com os serviços. O conceito de Vínculo neste estudo refere-se à forma como o usuário ou familiar é atendido no serviço, o que influencia sua decisão de retornar periodicamente ao CAPS e mesmo recomendar o serviço a outras pessoas. Esse conceito, unido à concepção de Acolhimento, é capaz de favorecer um reordenamento da lógica da recepção no serviço de saúde, pois havendo um comprometimento e uma responsabilização de toda a equipe para com o sofrimento do usuário, tanto de forma individual como coletiva, conseqüentemente o trabalho terapêutico será dirigido ao seu cuidado. Para Campos (1997), esse processo de fortalecimento do Vínculo entre o usuário e a equipe que o acolhe está intrinsecamente ligado à própria produção da saúde construída coletivamente.

Com relação á variável Respeito, a mesma está no patamar dos índices das variáveis Eficácia e Acolhimento, nos três CAPS. Para o usuário do serviço, é importante ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, ser tratado respeitosamente em qualquer circunstância, ter direito à privacidade e ao sigilo das informações sobre sua doença, ou seja, ter seus direitos humanos respeitados.

Embora os resultados deste estudo apontem índices elevados de satisfação com relação aos CAPS investigados é preciso ficar atento para o fato de que as variáveis examinadas referem-se apenas a alguns aspectos relacionados com a organização desses serviços. Vários outros aspectos de igual importância não foram investigados justamente para permitir a operacionalização deste estudo. A análise de regressão linear múltipla reforça essa constatação ao apontar que o modelo utilizado explica 40% da variação da satisfação dos usuários e portanto 60% deve ser explicado por outras variáveis, não incluídas neste estudo.

Outra constatação que merece atenção é com relação à insuficiência da rede de serviços para atender a população, especialmente no município de Rio Grande, onde existe apenas um CAPS II instalado, quando a população necessita, segundo a portaria /GM nº 336, no mínimo CAPS I, CAPS II, CAPS AD, serviço residencial terapêutico.

Como conseqüência desta insuficiência oferta de serviço é coerente pensar que a demanda contribui para gerar uma nova categoria de “excluídos”, ou seja, as

peças portadoras de sofrimento psíquico, que ficar á margem dos serviços substitutivos projetados para atendê-los. É importante registrar que, nesse município, os dados para este estudo foram coletados junto aos usuários e familiares que conseguiram acesso ao serviço, os quais, de certa forma, podem ser considerados um grupo “privilegiado”. Embora não se possa afirmar que isso influenciou para elevar a média geral de satisfação, pelo menos é possível questionar.

Por outro lado, também é interessante examinar possíveis relações entre o perfil da amostra estudada e os índices de satisfação geral, quando os graus de escolaridade dos usuários respondentes apresentaram 20% de analfabetismo, 65,6% com ensino fundamental, 11% com curso técnico e com ensino médio 1,1%, e apenas 2,2% com universitário. Nesse caso, isso pode ter influenciado no índice alto de satisfação dos usuários.

Ainda podemos relacionar a questão relacionada à proximidade com o hospital psiquiátrico, principalmente em Rio Grande, onde se encontra instalado somente um CAPS II. Isso alerta para uma indagação no que diz respeito à oferta de serviço de um CAPS II, que não absorve a demanda e, conseqüentemente essa demanda reprimida deve ser direcionada para o atendimento nesse hospital, uma vez que o atendimento desses sujeitos é uma necessidade. Nesse caso, torna-se imprescindível que haja novas discussões para a implantação de mais CAPS, como é o caso de Pelotas, que conta com 6 CAPS II.

Os índices de satisfação/qualidade está presente nesta avaliação, na eficácia como confiança da ajuda recebida da equipe, e na qualidade do cuidado prestado ao usuário, uma vez que tem como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção do termo. Segundo Donabedian (1990), o ponto de partida para a avaliação de qualidade é a definição do que estará sendo considerada qualidade, pois essa não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pretendeu neste estudo foi avaliar a satisfação de usuários e familiares nos CAPS de municípios do Rio Grande do Sul pertencentes à região da 3ª Coordenadoria Regional de saúde, considerando que os desafios enfrentados por estes serviços são semelhantes a outros setores de saúde em geral. Este estudo foi uma oportunidade de aprofundar a compreensão acerca desta temática, procurando respostas às inquietações sobre como os sujeitos são cuidados nos CAPS e, especialmente a forma como vem acontecendo a reestruturação da assistência em saúde mental nesta região.

O cuidado prestado aos sujeitos em sofrimento psíquico esteve presente na trajetória profissional da autora, tanto no âmbito assistencial quanto acadêmico. No âmbito assistencial, considera-se que os resultados obtidos possam servir de reflexão para embasar futuras adequações na organização desses serviços de saúde mental, de forma a convergir para a política em vigência no Rio Grande/RS do Sul, levando em conta o contexto regional e ampliando para o macro regional ou mesmo estadual. Já no âmbito acadêmico, as informações contidas no estudo servirão como subsídios na formação profissional e como fonte de pesquisa para novos estudos na área.

Foi possível apontar algumas fragilidades especialmente quanto a infraestrutura do serviço na implementação do processo de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental, nos limites da reforma psiquiátrica dos serviços que fazem parte do estudo. Apesar disso e já ter se passado quatorze anos da promulgação da lei da reforma psiquiátrica, é possível afirmar que ela está acontecendo, mas ainda em uma “fase inicial”. Desta forma, podemos sugerir que mais estudos possam ser realizados neste campo. Embora num primeiro momento, tenha sido pensado em aplicar o instrumento aos profissionais de saúde dos CAPS, isto não aconteceu, porque acarretaria dificuldades relacionadas ao tempo para concluir o estudo. Daí sugerir-se a realização de um novo estudo com estes profissionais e ainda a criação de outro instrumento para ser aplicado aos gestores de saúde, com o intuito de ampliar os resultados obtidos como subsídios à análise sobre os serviços de atenção psicossocial nesta região, identificar estratégias na

implementação de serviços existentes, criação de outros e ainda impulsionar a reforma psiquiátrica.

Os limites do estudo foram principalmente em relação ao tamanho da amostra com um número limitado de variáveis, quando se sabe que a satisfação é determinada por um universo de fatores. Em relação ao instrumento, mesmo este tendo recebido rigoroso tratamento para adequá-lo ao contexto onde foi usado, pode-se dizer que como qualquer outro instrumento não foi capaz de esgotar todas as possibilidades.

O estudo da satisfação dos usuários e familiares deu destaque ao lugar dos pacientes nos serviços CAPS, dando-lhes uma posição de indivíduo/cidadão, ou seja, de um sujeito de direitos universais. O sujeito adquiriu um lugar político e social na avaliação dos serviços, no papel de paciente, usuário, consumidor ou cliente. Evidentemente este papel depende de como o serviço é organizado de acordo com os princípios do SUS, que estabelecem a promoção à inclusão social no exercício de cidadania. Chegamos ao início do século XXI lutando por uma sociedade mais democrática e por melhores condições de saúde para toda a população brasileira. Para isso, é necessário a conscientização de que muito ainda precisa ser feito no campo da pesquisa e da assistência. Sendo assim, é preciso continuar a luta, de forma a recuperar valores e ideais apoiados na solidariedade e na justiça.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.; ESCOREL, S. **Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais.** *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V.25, n.58, p.35-47, maio/ago, 2001.

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: 2ª edição Fiocruz. 1998 p.132.

_____. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio.** In: *Fim de século: Ainda manicômios?* (M. I. Fernandes, org.) p. 47-53, São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

_____. **O homem e a serpente e outras histórias.** Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 1999.

_____. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 1994.

_____. & TORRE, E., 2001. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil.** *Saúde em Debate*, v. 25 n.58, p. 26-34.

_____. **Avaliação da qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros.** *Saúde em debate*, v. 52, p.74-82 1996.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AROUCA, S. **Por uma Política de Saúde Mental.** Área Técnica da Saúde Mental, agosto, Brasília, 1999.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de Survey.** 2. ed. Minas Gerais: Editora UFMG, 2003. 519p.

BANDEIRA, M. **Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 40 n.7, p. 355-360, 1991.

_____. LASAGE, A. & MORISSETE, R. **Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.43 (12): 659-666, 1994.

_____. PITTA, A.M.F. & MERCIER, C. **Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 48 n.6: p. 233-244, 1999.

_____. PITTA, A.M.F. & MERCIER, C. **Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.49 n.4, p. 105-115, 2000.

_____.et al. **Escalas de avaliação da satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental: Satis-BR.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.51 n.3, p. 153-166, 2002.

BASAGLIA, F., 1981 A. **Le istituzione della violenza.** In: *Basaglia scritti I* (F.O. Basaglia, org.), pp. 471-505, Torino: Einaudi.

BRASIL. Ministério da Saúde **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar, sim. Excluir, não.** Caderno Informativo. Brasília: Coordenação de Saúde Mental, Assessoria Técnica, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Cosam\MS, 2001.

_____. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis >Acesso em: 25 out. 2004.

_____. **Política de Saúde Mental** (destacado pela OMS). Acesso em 25/10/2004. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991.** *Legislação em Saúde Mental*, Brasília, 2001, p. 51-54.

_____. Ministério da Saúde, 1997. **Portaria nº 820.** Brasília, DF: Gabinete do Ministro.

_____. Ministério da Saúde, 1998. **Portaria nº 3.947.** Brasília, DF: Gabinete do Ministro.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** *Legislação em Saúde Mental*, Brasília, 2001, p. 56-63.

_____. Ministério da Saúde, 2000. **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Coordenação Geral de Documentação e Informação.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília DF: Gabinete do Ministro.

BEAKLINI, M.; ESCOREL, S. **Proteção social na reestruturação da assistência em saúde mental: “há um cais do porto para quem precisa chegar”.** *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.103-117, jan. /abr., 2002.

BEZERRA, B.; AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro. 1992.

CARDOSO, C. S.; BANDEIRA, M.; CAIAFFA, W. T.; FONSECA, J. O. P. **Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* v.51 (1): 31-38, 2002.

CONFERÊNCIA. 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. **Termo de Referência. Reorientação do Modelo Assistencial.** Comissão Nacional de Saúde Mental, 2001. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis>. Acesso em: <07 ago. 2004>.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. & YASUI, S., 2001. **As Conferências Nacionais de Saúde e as premissas do modo psicossocial.** *Saúde em Debate*; 25(58): 12-25.

DELL'ACQUA, G., 1999. **La legge italiana dei manicomi. Verso un modello della deistituzionalizzazione.** *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*; v. 8(2): 105-11.

DELGADO, J. **A Loucura na sala de jantar.** São Paulo. Editora Resenha Ltda, 1991

DESVIAT, Manuel. **Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 1999.

DIAS, M. T. G.; REVERBEL, C. M. F.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. C.; RAMMINGER, T.; WAGNER, L. C. **Seguimento e Avaliação da Reforma Psiquiátrica no Hospital São Pedro.** In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.) *O Fazer da Atenção em Saúde Coletiva: Inovações da Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: Da Casa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. P.111-131.

ESCOREL, S., 1999. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO (SATIS-BR)
<<http://www.ufsj.edu.br/saudemental/mental/apsatis2.html-22k-ResultadoAdicional>>
>.Acesso em: 10 jul. 2004.

FAGUNDES, H. M.; LIBÉRIO, M. M. **A reestruturação da Assistência na Prestação de Serviços na Área.** *Revista Saúde em Foco*, v. 6, nº 16, 1997.

FAGUNDES, H. M. et al. **O Censo da População de Internos em Hospitais na Cidade do Rio de Janeiro.** *J. Brasileiro Psiquiatria*, V. 45. Nº 9, 1996. P. 519-521.

FAGUNDES, P. **Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: Algumas Questões Cruciais.** *J. Brasileiro Psiquiatria.*, V.47, nº 4, 1998. P. 163-168.

_____. Colônia Juliano Moreira: **Demandas Sociais e o Processo de Reforma Psiquiátrica.** *Revista Saúde em Foco*, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.37-61. jun/abr. 2002.

GOLDBERG, D., 1999. **The future pattern of psychiatric provision in England.** *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3): 123-7.

GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO RIO GRANDE DO SUL. Cuidar, Sim. Excluir, Não. 2000.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2000. **Implantação de Serviços Municipais de Atenção Psicossocial nas Regiões de Bangú, Campo Grande e Santa Cruz.** Relatório técnico referente ao Convênio IFB/SMS-RJ, 1º semestre de 2000.

KANTORSKI, L. P. **Ensino de Enfermagem e reforma psiquiátrica.** Pelotas: Ed. Universitária/Ufpel. 2001, 241p.

_____. **A REFORMA PSIQUIÁTRICA – Um estudo parcial acerca da produção científica da temática.** Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, jul-dez. 2001. Disponível <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 23 março. 2005.

LIBÉRIO, M.M. **Estudo da satisfação nos CAPS da cidade do rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais.** (Dissertação). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.1999.

LIMA, I. M. N. de; ALESSI, N. P. **O Serviço de assistência ambulatorial em saúde mental de uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto, SP.** Jornal de Psiquiatria, V.51 n.5, p. 269-280, 2002.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada.** 3. ed. Porto Alegre:Bookman, 2004.

MARTIN, L. **Analise et traitement de données avec SPSS.** 2ed. Trois-Rivières: Éditions SMG, 1996.

MIRON, V.L., 2001. **História da Loucura no mundo.** Apostila de Saúde Mental. UNIJUI, 2001.

NUNES, K. S. **Reforma Psiquiátrica: Os (Dês) Caminhos da Saúde Mental No Município de Rio Grande/RS.** (Monografia Graduação Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Fundação Universidade do Rio Grande. Rio Grande. 2004.

PEDUZZI, M. et al. **Avaliação de desempenho qualitativa e processual: análise de uma experiência em Unidade Básica de Saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n.63, p.52-62, jan. /abr. 2003.

PITTA, A. et al. **Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudo da satisfação com os usuários das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44 n.9, p. 441-452. 1995.

PITTA, A. **Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental.** Caderno de Textos. Brasília , 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia de Serviços de Saúde Mental.** Porto Alegre, 2002.

_____. **Lei nº 9.716/92.** Secretaria Estadual da Saúde. In: *Guia de Serviços de Saúde Mental*. Porto Alegre, 2002.

ROTELLI F, L. O, Mauri D. **Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados"**. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.

ROTELLI, F., 1993. **8 + 8 principi per una Strategia di Psichiatria Comunitaria, Collettiva, Territoriale (versus Salute Mentale)**. In: Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma scritti 1967 - 1998 – Trieste: *Scienza Nuova, Asterios Editore, 1999.*[Acessado em 29 de Agosto de 2004] <http://www.exclusion.net/images/pdf/47_pucaf_8+8_it.pdf >.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível**. Instituto Franco Basaglia/Tê Cora, Rio de Janeiro, 1999.

SCHRAIBER, L.B. **Prefácio Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.132.

TAYLOR, C. M. - **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**. Tradução Dayse Batista Porto Alegre. 13ª edição. Artes Médicas. 1992 p.465.

ZIMERMAN, D. E. **A formação psicológica do médico**. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Escala de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental - (SATIS-BR)

NOME DO
SERVIÇO:.....
TIPO DE SERVIÇO:
.....
LOCALIZAÇÃO:
.....
DATA:

1. Quem encaminhou você a este serviço/ estabelecimento/ instituição, etc... ?

Minha própria decisão	1
Uma pessoa da família	2
Um amigo	3
Um médico/ terapeuta	4
Um serviço de referência	5
A polícia	6
Uma ordem judicial	7
Outro	8
(especificar)_____	9
Não sei	

Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu.

2. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Transporte próprio	1
Transporte da família	2

Transporte de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5
Outro (especificar)_____	6
	9

3. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até (nome do serviço)?

0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
mais de 60 min	5

4. Até que ponto é fácil para você chegar ao (nome do serviço)?

Muito difícil	1
Difícil	2
Mais ou menos	3
Fácil	4
Muito fácil	5

5. 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

6. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), 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

7. O que você pensava ser o seu problema quando você foi admitido no (nome do serviço)?

Marcar apenas uma resposta.

Um problema físico de saúde	1
Um problema psicológico	2
Um problema familiar	3
Um problema social	4
Um problema financeiro	5
Um problema no trabalho	6
Não sei	7
Outro (especificar)_____	8

8. Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) 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

9. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) 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

9a. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço?

Sim	1
Não	2

9b. Há quanto tempo você freqüenta este serviço?

6 meses ou menos	1
de 7 a 12 meses	2
de 1 a 2 anos	3
mais de 5 anos	4

10. Até que ponto os serviços que você recebeu no (nome do serviço) satisfazem suas necessidades ?

Muito insatisfatórios	1
Insatisfatórios	2
Mais ou menos	3
Satisfatórios	4
Muito satisfatórios	5

11. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?

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

12. Os serviços que você recebeu o ajudam a lidar mais eficazmente com seus problemas?

Não, eles parecem piorar as coisas	1
Não, eles não ajudam muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles me ajudam um pouco	4
Sim, eles me ajudam muito	5

13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do (nome do serviço) quando você pediu por elas?

Muito freqüentemente	1
Freqüentemente	2
Mais ou menos	3

Raramente	4
Nunca	5
Eu nunca pedi	9

13a. Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?

.....
.....

14. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?

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

15. Você obteve no (nome do serviço) o tipo de serviço (tratamento) que você achava que precisava?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

16. Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?

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

17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?

Nada amigável	1
---------------	---

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

18. Por que você escolheu o (nome do serviço)?(Pode-se marcar mais de um item).

No passado eu já estive lá	1
O serviço foi fortemente recomendado por alguém	2
Eu conhecia alguém que estava em tratamento lá	3
Eu confiei na recomendação da pessoa/instituição que me referiu este serviço	4
A localização é muito conveniente	5
Estava dentro de minhas possibilidades financeiras	6
Eu não tive outra escolha	7
Outro (especificar)_____	9

19. Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento?

Totalmente desfavorável	1
Desfavorável	2
Indiferente	3
Favorável	4
Muito favorável	5

20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?

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

21. 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

22. O que você acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço?

Em total desacordo	1
Em desacordo	2
Indiferente	3
De acordo	4
Totalmente de acordo	5

23. Como você classificaria a qualidade do serviço que você recebeu no (nome do serviço)?

Péssima	1
Ruim	2
Regular	3
Boa	4
Excelente	5

24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda que você recebeu no (nome do serviço)?

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

25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2

Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

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

27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria ao (nome do serviço)?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou ela o (nome do serviço)?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28a. Por que?

.....

.....

.....

29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?

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

30. De que você mais gostou no (nome do serviço)?

.....

.....

.....

31. De que você menos gostou no (nome do serviço)?

.....

.....

.....

32. Na sua opinião, o serviço no (nome do serviço) poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2
Não sei	3

32a. Se sim, de que maneira?

.....

.....

.....

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

33. Que idade você tem?: |_|_|

34. Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

35. Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro	1
Casado ou vive c/ companheiro	2
Separado	3
Divorciado	4
Viúvo	5
Outro (especificar)_____	9

36. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º grau)	2
Escola secundária (2º grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro (especificar)_____	9

37. Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?

Jornada integral remunerada	1
Jornada parcial remunerada	2
Jornada integral não-remunerada	3
Jornada parcial não-remunerada	4
Não trabalha	5
Outro (especificar)_____	9

38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria,...):

Casa/apartamento próprio	1
Casa/apartamento alugado por você mesmo	2
Casa dos pais ou outros familiares	3
Casa de amigos	4
Abrigo de emergência	5

Hospital ou instituição	6
Pensão (alimentação e moradia)	7
Rua	8
Outro	9
(especificar)_____	

39. Com quem você vive atualmente?

Sozinho	1
Cônjuge	2
Com filho/a	3
Outros membros da família	4
Amigo(s), fora do ambiente institucional	5
Amigo(s), dentro do ambiente institucional	6
Mãe, Pai	7
Outro	9
(especificar)_____	

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

NOME (Opcional): _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

NOME DO

SERVIÇO: _____

TIPO DE

SERVIÇO: _____

UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável): _____

DATA |__|__|__|__|__|__|

Nós vamos lhe fazer agora algumas perguntas sobre a impressão que você teve do tratamento dispensado ao seu parente ou dos serviços que vocês receberam no (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta.

Não há respostas certas nem erradas. Queira responder segundo sua própria opinião.

1. Você poderia nos dizer se você recebeu pessoalmente algum tipo de serviço no (nome do serviço) (por exemplo, você participou de algum grupo de informação ou de apoio), durante o ano passado?

Sim 1

Não (*passar à questão 3*) 2

2. Se sim, você poderia nos dizer quais?

.....

.....

.....

.....

3. Você costuma acompanhar o seu (nome do familiar) no (nome do serviço)?

Muito freqüentemente 1

Com freqüência 2

razoável 3

Raramente 4
Nunca *

***Nota ao entrevistador: Se o(a) entrevistando(a) respondeu 'nunca' a esta questão passar agora para a questão 8.**

4. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Condução própria 1
Condução de familiares 2
Condução de amigos 3
Transporte público 4
Caminhada 5
Outro (especificar)_____ 9

5. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao (nome do serviço)?

0-15 minutos 1
16-30 minutos 2
31-45 minutos 3
46-60 minutos 4
mais de 60 minutos 5

6. Até que ponto é fácil para você chegar ao (nome do serviço)?

Muito difícil 1
Difícil 2
Mais ou menos 3
Fácil 4
Muito fácil 5

7. Até que ponto a localização deste serviço é satisfatória para você?

Muito insatisfatória 1
Insatisfatória 2
Indiferente 3

Satisfatória	4
Muito satisfatória	5

8. Com que freqüência você teve contato com os profissionais do (nome do serviço) enquanto o paciente foi/está sendo tratado lá?

Nunca (<i>passar à questão 10</i>)	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente	4
Muito freqüentemente	5

9. Você achou esta freqüência de contatos suficiente?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

10. De quem foi a iniciativa do primeiro contato?

Minha própria iniciativa	1
Iniciativa do serviço	2
Iniciativa do meu/minha.....	3
Outro (especificar)_____	9

11. De que maneira geralmente você entra/entrava em contato com o (nome do serviço)?

Por telefone	1
Consultas marcadas com o serviço	2
Visitas informais ao serviço*	3

*Nota ao entrevistador: Explicar o que significa 'visita informal' (discussão geral sobre o paciente sem tocar no assunto dos distúrbios ou do tratamento dele).

12. Você ficou satisfeito com esta maneira de entrar em contato com a equipe do

(nome do serviço)

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

13. Você ficou satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante os seus contatos com o (nome do serviço) (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante suas conversas com os profissionais)?

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

14. Se você solicitou uma consulta com os profissionais do (nome do serviço), quanto tempo demorou até que você fosse atendido?

Fui atendido imediatamente	1
Menos de 1 dia	2
Entre dois dias e uma semana	3
Entre uma e duas semanas	4
Entre duas semanas e um mês	5
Mais de um mês	6
Não foi atendido até agora	7
Não solicitou consulta	9

(Se não solicitou, passar à questão 17)

15. Você achou este período de espera razoável?

Nada razoável	1
Não muito razoável	2
Mais ou menos	3
Razoável	4
Muito razoável	5

16. Até que ponto o serviço foi flexível programando suas visitas de acordo com sua

disponibilidade (dia da semana e horário)?

Muito inflexível	1
Inflexível	2
Mais ou menos	3
Flexível	4
Muito flexível	5

17. Até que ponto você sentiu que foi tratado com respeito e dignidade apropriados pela equipe do (nome do serviço)?

Nunca me senti respeitado	1
Raramente me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

18. Houve alguma violação aos seus direitos como indivíduo?

Muito freqüentemente*	1
Freqüentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5

*Nota ao entrevistador: Explicar o tipo de violação

.....

19. Na sua opinião, que tipo de problema seu familiar tinha quando ele(a) foi admitido no (nome do serviço)?

Marcar apenas uma resposta

Um problema físico de saúde	1
Um problema de saúde mental	2
Um problema familiar	3
Um problema social	4
Um problema financeiro	5

Um problema no trabalho	6
Não sabe	7
Outro (especificar)_____	9

20. Quando você falou com a pessoa que admitiu seu familiar no (nome do serviço), você sentiu que ele(a) escutou você?

Não me escutou de forma alguma	1
Não me escutou muito	2
Mais ou menos	3
Me escutou bastante	4
Me escutou o tempo todo	5
Não se aplica	9

21. Até que ponto a pessoa que admitiu o seu familiar no (nome do serviço) pareceu compreendero seu problema (situação)

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
Não se aplica	9

22. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do (nome do serviço) quando as pediu?

Sempre	1
Freqüentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca (<i>passar à questão 23</i>)	5
Nunca pedi (<i>passar à questão 23</i>)	9

22.1 Se sim, que tipo de dificuldade você teve?

.....

.....

23. Alguma informação foi dada a você sobre a doença do paciente?

- | | |
|--|---|
| Sim | 1 |
| Não (<i>passar à questão 24</i>) | 2 |
| Meu parente não permitiu que eu fosse informado (<i>passar à questão 24</i>) | 3 |

23.1 Se sim, estas informações foram claras para você?

- | | |
|--------------------------|---|
| Não eram nada claras | 1 |
| Não eram muito claras | 2 |
| Mais ou menos | 3 |
| Informações claras | 4 |
| Informações muito claras | 5 |

24. Como você se sente em relação ao tipo de informação dada a você sobre a doença do paciente?

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

25. Alguma informação foi dada a você sobre o tratamento dele(a)?

- | | |
|--|---|
| Sim | 1 |
| Não (<i>passar à questão 27</i>) | 2 |
| Meu parente não permitiu que eu fosse informado (<i>passar à questão 27</i>) | 3 |

25.1 Se sim, estas informações foram claras para você?

- | | |
|--------------------------|---|
| Não eram nada claras | 1 |
| Não eram muito claras | 2 |
| Mais ou menos | 3 |
| Informações claras | 4 |
| Informações muito claras | 5 |

26. Como você se sente em relação ao tipo de informação que foi dada a você sobre o tratamento de seu familiar?

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

27. Alguma vez já foi pedida sua opinião sobre o tratamento do seu parente no (nome do serviço)?

Sim	1
Não (<i>passar à questão 28</i>)	2
Meu parente não permitiu que eu fosse consultado (<i>passar à questão 28</i>)	3

27.1 Até que ponto você está satisfeito com o grau de discussão que foi feita com você a respeito do tratamento dele (a) no (nome do serviço)?

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

28. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas que você discutiu com o (nome do serviço)?

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

29. Quando você falou com a pessoa que admitiu seu familiar no (nome do serviço), você achou que ele(a) escutou o paciente?

Não escutou nada	1
Não escutou muito	2
Mais ou menos	3
Escutou bastante	4
Escutou o tempo todo	5

30. Até que ponto você acha que a pessoa que admitiu seu familiar no (nome do serviço) pareceu compreender o problema dele(a)?

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

31. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava?

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

32. Considerando as necessidades de seu familiar, até que ponto os serviços que ele(a) recebeu no (nome do serviço) são apropriados?

Muito inapropriados	1
Inapropriados	2
Mais ou menos	3
Apropriados	4
Muito apropriados	5

33. Os serviços que o/a paciente recebeu o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema (situação) dele(a)?

Não, eles pioraram as coisas	1
Não, eles não ajudaram muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles ajudaram um pouco	4
Sim, eles ajudaram muito	5

34. Você acha que seu familiar obteve o tipo de serviço (cuidado) que você pensava que ele/a necessitava?

Não, de forma alguma	1
Não, não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

35. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o tratamento de seu familiar no (nome do serviço) (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante suas conversas com terapeutas)?

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

36. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas do seu familiar, e o cuidado que ele/a recebeu no (nome do serviço)?

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

37. De maneira geral, como você classificaria a acolhida da equipe do (nome do

serviço)?

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

38. No momento em que você ou o seu familiar entrou em contato com o (nome do serviço), outras opções estavam disponíveis?

Sim	1
Não	2
Não tenho certeza	3
Não sei	4

38a. Se sim, queira mencionar quais:

.....

.....

.....

39. Se você tinha outras opções, por que você ou o seu parente escolheu o (nome do serviço)?

Pode marcar mais de uma resposta

Ele/ela já tinha estado lá no passado	1
O serviço foi muito recomendado por alguém	2
Conheci alguém que fazia tratamento lá	3
Confiamos na instituição/pessoa de referência	4
A localização é muito conveniente	5
Estava dentro de nossas possibilidades financeiras	6

Não tivemos outra escolha	7
Não sei	8
Outro	9
(especificar)_____	

40. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?

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

41. No seu entendimento, qual a competência e conhecimento da pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

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

42. Você participou de alguma decisão relacionada ao planejamento e/ou realização de atividades no (nome do serviço)?

Nunca (passar à questão 45)	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente	4
Muito freqüentemente	5

43. Até que ponto você acha que suas opiniões e pontos de vista sobre o planejamento e/ou realização de atividades foram levados em consideração?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente	4
Muito freqüentemente	5

44. Até que ponto você ficou satisfeito com essa participação?

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

45. Você participou de alguma decisão relacionada à avaliação das atividades no (nome do serviço)?

Nunca (passar à questão 48)	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente	4
Muito freqüentemente	5

46. Você sente que suas opiniões e pontos de vista referentes à avaliação das atividades foram razoavelmente levados em consideração?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Freqüentemente	4
Muito freqüentemente	5

47. Até que ponto você ficou satisfeito com sua participação neste processo de avaliação?

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

48. Você acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no (nome do serviço)?

Não, de forma alguma	1
Não, não muito	2
Mais ou menos	3
Sim, de alguma forma	4
Sim, com certeza	5

49. Como você classificaria, de um modo geral, a qualidade do serviço que seu familiar recebeu?

Péssima	1
Ruim	2
Mais ou menos	3
Boa	4
Excelente	5

50. Até que ponto você está satisfeito com a quantidade de ajuda que seu familiar recebeu no (nome do serviço)?

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

51. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

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

52. Como você classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeições, o prédio em si, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Mais ou menos	3
Boas	4
Excelentes	5

53. Se o seu familiar precisar de ajuda novamente, você voltaria ao (nome do serviço)?

Não, de forma alguma	1
Não, acho que não	2
Talvez	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

53.1 Por que?

.....

.....

.....

.....

54. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda semelhante, você o encaminharia ao (nome do serviço)?

Não, de forma alguma	1
Não, acho que não	2

Talvez	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

54.1 Por que?

.....

.....

.....

.....

55. De maneira geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que seu parente recebeu no (nome do serviço)?

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

56. De que você gostou mais neste serviço?

.....

57. Quais são os aspectos de que você menos gostou?

.....

58. Na sua opinião, o serviço poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2
Não sei	3

58.1 Se sim, como?

.....

Para terminar, nós vamos lhe fazer algumas perguntas de informação geral

59. Que idade você tem? |_|_|

60. Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

61. Qual é o seu estado civil atualmente?

Solteiro	1
Casado ou vive com companheiro	2
Separado	3
Divorciado	4
Viúvo	5
Outro	9
(especificar)_____	

62. Qual é o maior grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º grau)	2
Escola secundária (2 grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro	9
(especificar)_____	

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXOS

ANEXO A: Consentimento da instituição para a realização da prática

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição de Saúde CAPS, tomei conhecimento do projeto de pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde Mental em Centros de Assistência Psicossocial, de Municípios do Rio Grande do Sul, a partir dos Índices de Satisfação de Usuários, Familiares e Equipe, e cumprirei os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares. Declaro também, que esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Carimbo e Assinatura do responsável

Município, dede 2005.

ANEXO B: Consentimento livre e esclarecido dos pesquisados

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DESENVOLVIDO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE TRÊS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.

OBJETIVO: Avaliar a satisfação dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, em Centros de Atenção Psicossocial, de três municípios do Rio Grande do Sul.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada sobre o objetivo, a justificativa e os métodos de coleta de dados, utilizados na pesquisa na qual estou participando como respondente. Estou ciente, também, do direito de sanar qualquer dúvida acerca desta pesquisa, em qualquer etapa de seu desenvolvimento; da liberdade de recusar-me a qualquer questionamento com o qual não esteja de acordo; da garantia do anonimato e, até mesmo, anular este consentimento, sem qualquer prejuízo a minha pessoa ou aos meus familiares, assim como o direito de acesso aos resultados do estudo.

Data

Assinatura do(a) Entrevistadora

Assinatura da mestrandia

Endereço da mestrandia : Ladislau Boleman,197
Ijuí/RS.
Fone: (55) 33329117
E-mail mery@urisan.tche.br

Orientadora:
Dr^a. Mara Regina S. dos Santos
Fone: (53) 32323154
E-mail: mara@vetorial.net