

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**RESULTADO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A MUDANÇA  
PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL**

**UIASSER THOMAS FRANZMANN**

Pelotas, 2014

**UIASSER THOMAS FRANZMANN**

**RESULTADO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A MUDANÇA  
PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Orientadora: Enf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2014.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

F111r Franzmann, Uiaser Thomas

Resultado da reabilitação psicossocial : a mudança percebida pelos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil / Uiaser Thomas Franzmann ; Luciane Prado Kantorski, orientadora. — Pelotas, 2014.  
90 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde mental. 2. Avaliação de resultados . 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. CAPS. 5. Mudança percebida. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

## Folha de Aprovação

**Autor: Uiasser Thomas Franzmann**

**Título: RESULTADO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A MUDANÇA PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva

**Aprovado em:** \_\_\_\_\_

### Banca examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Prade Kantorski

(Presidente)

Universidade Federal de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Ricardo Azevedo da

Silva

(Titular)

Universidade Católica de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria da Rosa

Jardim

(Titular)

Universidade Federal de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michele Mandagará de

Oliveira

(Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Cristina

Christello Coimbra

(Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

## **Agradecimentos**

À Deus, por iluminar a minha vida, possibilitando a realização deste sonho.

À minha mãe, Nedi, pelo amor, dedicação e pela luta que ela trava todos os dias para me apoiar e oportunizar a realização deste sonho.

Ao meu pai, Ademir, pelo apoio dispensado, pelos conselhos dados nos mais variados momentos.

Aos meus irmãos Ueslei e Wellington, obrigado por tudo! Vocês sempre foram um ponto de apoio, sempre houve uma cumplicidade entre nós.

Aos meus familiares, que de alguma forma ou outra contribuíram na minha formação.

Aos meus três colegas de apartamento Glauber, Catiucia e Felipe, por suportarem minha desorganização, meus medos, minhas ansiedades e minhas alegrias. Além de compartilharem o mesmo teto durante estes últimos 2 anos.

Ao Diretório Acadêmico Anna Néry, que me deu muitas dores de cabeça, mas que foi um dos espaços mais gratificantes do qual eu participei, e que me instrumentalizou nesta jornada.

À gestão da Coordenação do Diretório Acadêmico Anna Néry de 2012/2013, por ter me acolhido.

Aos meus amigos Léo Jaime, Diony, Jeniffer, Beatriz Antunes, Juliana Bessa e Andressa Leão, pelos momentos de discussão e descontração que foram muito importantes para passar por diversos momentos.

Aos diversos estudantes da Faculdade de Enfermagem que acompanharam minha trajetória e tiveram um importante papel na minha formação, não apenas como profissional, mas como pessoa.

À querida amiga, professora e orientadora Luciane Kantorski, por ser minha mentora. Obrigado pelas palavras de conforto, pelos conselhos, pelos momentos dispensados comigo. Obrigado por tudo!

À querida professora Vanda Maria da Rosa Jardim, por ter me auxiliado no desenvolvimento deste trabalho, além de todos os outros momentos que estivemos juntos, em especial no momento em que estava desanimado com o mestrado.

Às professoras Valéria e Michele, pela amizade, dedicação e contribuição com seus amplos conhecimentos. Obrigado por participarem da minha caminhada.

Ao Grupo de Saúde Mental, obrigado por todos os momentos que compartilhamos.

Ao CAPS Fragata e aos estudantes da ATEN 2015/01, por terem me acolhido durante a docência orientada. Agradeço pela cumplicidade, pelas trocas oportunizadas por este espaço de aprendizagem.

Aos professores e enfermeiros que contribuíram na minha jornada dentro da Faculdade de Enfermagem.

Ao VER-SUS Extremo Sul e seus integrantes, pelo intenso aprendizado e por cada vez me fazer valorizar o SUS.

À CIES (3ª CRS), ao CEP (FEN-UFPEl) e ao Coletivo VIVER-SUS, por todos os momentos de vivência em que pude compreender tantas coisas na saúde e na vida da sociedade.

À toda minha turma, pelo companheirismo, amizade e principalmente por todos os momentos que passamos juntos. Muito obrigado!

À Faculdade de Enfermagem, por ter sido uma das minhas casas.

Ao movimento estudantil da Universidade Federal de Pelotas, por ter contribuído na minha formação crítica.

Ao Programa de Pós-Graduação pelos ensinamentos. À CAPES, por oportunizar minha bolsa.

Aos meus amigos Vinicius, Sérgio, Osvaldo, Cristiano, Josiane, Julio, Janderson, Fabio, Tiago, Diego, por todos os momentos que passamos juntos e fizeram minha vida mais feliz.

Àqueles que participaram em algum momento da minha vida e contribuíram em minha trajetória. Obrigado!

*Um homem sábio uma vez disse: "Você pode ter qualquer coisa nessa vida se sacrificar todas as outras por isso". O que ele quis dizer é que tudo tem seu preço. Então antes de entrar numa batalha, é melhor você decidir o quanto você está disposto a perder. Muitas vezes, ir atrás daquilo que faz a gente se sentir bem significa abrir mão do que você sabe que é certo. E deixar uma pessoa entrar significa derrubar o muro que você passou a vida inteira construindo. É claro que os sacrifícios mais pesados são aqueles que aparecem de repente. Quando não temos tempo de pensar em uma estratégia para escolher lados... ou para avaliarmos a possível perda. Quando isto acontece, quando a batalha nos escolhe, e não o contrário é quando o sacrifício pode acabar sendo maior do que se pode suportar." Grey's Anatomy*

## Resumo

FRANZMANN, Uliasser Thomas. **Resultado da Reabilitação Psicossocial: a Mudança Percebida pelos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil**. 2014. 90 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

**Introdução:** À medida que há o fortalecimento do Controle Social no SUS, surge o interesse na participação do usuário no processo de avaliação do serviço, como um dos principais atores envolvidos. Neste sentido, o objetivo do estudo é investigar a mudança percebida pelos usuários de CAPS relacionando com características sócio-demográficas, econômicas, clínicas, suporte social e características dos serviços. **Metodologia:** estudo transversal realizado de junho a dezembro de 2011, com 1597 usuários de 40 CAPS da região Sul do Brasil. A mudança percebida foi definida a partir da Escala de Mudança Percebida pelo Paciente (EMP-Paciente), associada a fatores do perfil sócio-demográfico, econômico, clínicas, suporte social e características dos serviços. Para análise obteve-se escores da escala EMP por meio do cálculo das médias e desvios-padrão dos itens, das subescalas e dos escores globais do instrumento, e regressão logística, com as porcentagens de melhora percebida, Odds Ratio (OR) bruta e ajustada, intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p dos fatores associados. **Resultados:** Do total de sujeitos entrevistados, 84,85% perceberam a ocorrência de melhora, na sua vida em geral, desde o início do tratamento. O escore médio global de percepção de mudança foi de 2,51 (DP  $\pm$  0,41) e das subescalas variaram de 2,40 (DP  $\pm$  0,48), na dimensão “Ocupação e saúde física”, a 2,60 (DP  $\pm$  0,44), na dimensão “Aspectos psicológicos e sono. Os homens têm 25% de chances maiores de perceberem melhora no tratamento do que as mulheres. Ser do estado do Rio Grande do Sul aumenta em 59% as chances de perceber a melhora. Considerar sua saúde nas últimas quatro semanas “muita boa” aumenta aproximadamente 11 vezes a percepção da melhora no tratamento em relação a quem considerou sua saúde “ruim”. Já quem é favorável à participação da família no seu tratamento tem aproximadamente 3 vezes mais chances de perceber a melhora dos que são desfavoráveis. **Considerações Finais:** A partir dos resultados apresentados, pode-se inferir grande associação da melhora percebida com fatores relacionados a características sociodemográficas, condições de saúde e características do serviços. Importante destacar que este estudo apontou aspectos que não apresentaram melhora ou ainda houve piora, necessitando focar nestes aspectos durante o tratamento. Paralelamente apontou aspectos que apresentaram melhora elevada, demonstrando que o tratamento está sendo efetivo e que a reforma psiquiátrica poderia estar contribuindo positivamente na transformação do cuidado em saúde mental na vida destes sujeitos.

**Palavras Chave:** Saúde Mental, Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde), Avaliação de Serviços de Saúde. CAPS. Mudança Percebida.

## Abstract

FRANZMANN, Uasser Thomas. **Results of Psychosocial Care: The Perceived Change by Users from Centers of Psychosocial Attention from the Southern of Brazil**. 2014. 90 p. Dissertation (Master) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

**Introduction:** As the same time there is the fortification of the Social Control in SUS, it arise the interest in the user's participation in the process of service evaluation, as one of the main involved actors. In this meaning, the objective of this study is to seek the change realized by users from CAPS relating it with sociodemographic, economic, clinical, social support, and service characteristics. **Methodology:** Transversal study performed since June to December of 2011, with 1597 users of 40 CAPS from the southern region of Brazil. The change realized was defined through the Scale of Perceived change by Patient (SCR-Patient), associated to factors of sociodemographic, economical, clinical profile, social support and service characteristics. To analysis, it was obtained scores of scale SCR through calculation of averages and standard deviations of items, subscales and global scored of instrument, and logistic regression, with percentages of realized improvement, Odds Ratio (OR) crude and adjusted, confidence intervals of 95% (95% CI) and values of p from associated factors. **Results:** From the total of interviewed subjects, 84,85% realized the occurrence of improvement as a treatment. The global medium score of change perception was 2,51 (DP  $\pm$  0,41), and from subscales, varied from 2,40 (DP  $\pm$  0,48), in the size "Avocation and Physical Health", to 2,60 (DP  $\pm$  0,44), in the size "Psychological Aspects and Sleepiness". Men have 25% more chances to realize improvement in treatment when compared to women. Be from the state of Rio Grande do Sul increases in 59% the chances to realize improvement. To considerate its health in the last 4 weeks "very good" increases approximately 11 times the perception of improvement in relation to whom considerate its health "worst". To who is favorable to the participation of family in its treatment have approximately 3 times more chances to realize the improvement from who are unfavorable. **Final Considerations:** Through presented results, it is possible infer a huge association of improve realized with factors related to sociodemographics characteristics, health conditions and service characteristics. This study pointed to aspects that did not present improvement or there's a worsening, a sexuality. At the same time, it was pointed aspects that presented high improvement, demonstrating that the treatment is being effective and the psychiatric reform has effect in the transformation of care in mental health in life of these subjects.

**Keywords:** Mental Health, Outcome Assessment (Health Care), Health Services Evaluation. CAPS. Perceived change.

## Sumário

<b>I Projeto de Pesquisa .....</b>	<b>10</b>
<b>II Relatório de Campo .....</b>	<b>51</b>
<b>III Artigo Científico .....</b>	<b>56</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>77</b>

## **I – PROJETO DE PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**RESULTADO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A MUDANÇA  
PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL**

**UIASSER THOMAS FRANZMANN**

**Pelotas, 2013.**

**UIASSER THOMAS FRANZMANN**

**RESULTADO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A MUDANÇA  
PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL**

Projeto de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Orientadora: Enf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2013.

**Banca Examinadora:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Luciane Prado Kantorski

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Ricardo Azevedo da Silva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria da Rosa Jardim

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michele Mandagará de Oliveira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Cristina Christello Coimbra

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Variáveis sócio-demográficas-econômicas.....	40
<b>Quadro 2</b> – Variáveis clínicas.....	41
<b>Quadro 3</b> – Quadro dos recursos financeiros.....	43
<b>Quadro 4</b> – Quadro do cronograma da pesquisa.....	44

## Lista de Figuras

<b>Figura 1 – Modelo Hierárquico Analítico.....</b>	<b>36</b>
---	-----------

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Série histórica CAPS por Tipo.....	28
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

EMP-Paciente – Escala de Mudança Percebida pelo Paciente

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

1 Introdução.....	19
1.1 Justificativa.....	22
2 Revisão de Literatura.....	24
2.1 A Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil.....	24
2.2 Escala de Mudança Percebida – Paciente (EMP – Paciente).....	30
3 Objetivos.....	34
3.1 Objetivo Geral.....	34
3.2 Objetivos Específicos.....	34
4 Hipóteses.....	35
5 Modelo Analítico.....	36
6 Metodologia.....	37
6.1 Caracterização do estudo.....	37
6.2 Local do estudo.....;	38
6.3 Amostra do estudo.....	38
6.4 Critérios de inclusão.....	38
6.5 Procedimento para coleta dos dados.....	39
6.6 Variáveis do estudo.....	39
6.7 Análise dos dados.....	41
6.8 Procedimentos Éticos.....	41
6.9 Divulgação dos resultados.....	42
7 Recursos e plano de despesa.....	43
8 Cronograma.....	44
9 Referências.....	45

## 1 Introdução

Inicialmente, o cuidado a pessoas com transtorno mental era feito em Hospitais Psiquiátricos, nos quais a população era mantida em isolamento social. Com o passar do tempo, foi se modificando o entendimento do transtorno mental e, conseqüentemente, a atenção a este sujeito também foi modificada. Neste sentido, se faz necessário abordar esta trajetória para entender o que motivou estas mudanças e quais as bases conceituais para estas (JUNIOR, 2002).

O Hospital Psiquiátrico é considerado uma instituição total, ou seja, é uma instituição de caráter fechado, com muros (GOFFMAN, 2001). Esta instituição nada mais foi do que uma reprodução da forma como se davam as relações sociais predominantes da época, desta forma, quem não contribuía economicamente para a sociedade não tinha valor social e era colocado atrás destas instituições com muros, em que a principal característica era a divisão entre os que detinham o poder e os que não o detinham, possibilitando uma relação de opressão com violência e exclusão (JUNIOR, 2002).

Estas relações acabam por caracterizar o sujeito como normal ou anormal, poder este atribuído ao médico, que ao considerar o sujeito como anormal o estigmatiza e o excluí.

Canguilhem (2009) traz a discussão de normal e anormal em sua tese de doutorado em 1943, discutindo o significado de normal como norma; e também normal teria o sentido do que não está nem à direita e nem à esquerda, sendo o mais frequente dentro dos eventos, considerando a média estatística.

Porém, a estatística não consegue afirmar que determinado desvio é normal ou anormal, o que determina é uma norma arbitrária imposta pela sociedade (BONETTI, 2004).

Portanto, quem define o que é normal ou anormal é o sujeito vivendo em sociedade, de acordo com sua época, e a partir desta visão é proposta uma forma de tratamento. Pode-se notar isto através da própria história dos diagnósticos dos Transtornos Mentais.

Antigamente era difícil fazer uma análise melhor sobre os Transtornos Mentais, visto que ainda não havia uma uniformização adequada destes e também pelas suas características, sendo que os principais conflitos relacionavam-se a como era estudado o fenômeno dos transtornos, às suas causas e à definição das características (LAURENTI, 2007). E, conseqüentemente, como não havia uma uniformização, o tratamento seguia os ditames biomédicos e era centrado no hospital.

A partir do momento que a OMS assumiu a responsabilidade pela revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), publicando sua sexta revisão em 1950, houve o início desta uniformização, em que pela primeira vez houve um capítulo específico sobre os transtornos mentais. Porém, um dos principais avanços foi no CID-9, havendo a elaboração de um glossário para cada categoria e subcategoria, com a finalidade de definir os diagnósticos (LAURENTI, 2007).

A mesma autora aponta que atualmente está em uso o CID-10 e que, para aspectos estatísticos e relacionados à morbidade, usa-se principalmente o 4º Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), mantendo próxima relação com o CID-10 (LAURENTI, 2007).

Paralelamente a isto, durante o século XX, percebem-se alguns avanços e reformas em diversos países, e temos diversos autores que explanam seus ideais, traçando a história da loucura e analisando a realidade da época com o intuito de construir a mudança do paradigma asilar para o paradigma psicossocial, com princípios da desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia, demonstrando a sociedade no processo de construção do saber psiquiátrico.

No Brasil, a partir da década de 70, a reforma começa a se materializar através da crítica às práticas de violência e exclusão que tornaram-

se evidentes nos manicômios. Influenciado pela psiquiatria italiana e pelo final da ditadura, se abriu espaço para novas formas de intervenção na saúde mental. A proposta higienista em saúde mental, que visava tirar os doentes mentais da cidade ou limpá-la dos loucos foi sendo refutada pelo princípio da desinstitucionalização (PELISOLI; MOREIRA, 2005).

Salienta-se que a finalidade das práticas higienistas era no sentido de que quem estivesse doente e não tivesse capacidade de contribuir produtivamente seria afastado da sociedade, assim não seria visto.

Através destas críticas surgiram propostas de modificação da ótica da assistência e consolidou-se a crítica ao saber psiquiátrico, em especial à cronificação do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Partindo destas premissas, Paulo Delgado propõe um projeto de lei que entrou em tramitação no Congresso Nacional em 1989, sobre a regulamentação dos direitos do portador de sofrimento psíquico e a gradativa diminuição dos manicômios no país até sua sucessiva extinção. Esta lei foi aprovada em 06 de abril de 2001, e dispôs sobre a proteção e os direitos dos sujeitos com transtornos mentais redirecionando a assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

Apesar de todos os avanços neste processo do cuidado em liberdade, ainda se precisa lutar para consolidar realmente a Reforma, ao mesmo tempo, que se necessita avaliar os impactos que esta nova forma de cuidar está proporcionando aos atores envolvidos, em especial aos usuários.

Por isto, a uniformização dos diagnósticos dos transtornos mentais é útil como um dos fatores para obter dados epidemiológicos, que avaliem quem é a população acometida por estes transtornos, os impactos gerados na vida desta e suas necessidades.

Neste sentido, estudos epidemiológicos afirmam que entre 25% (WHO, 2001) e 35% (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006) da população adulta não institucionalizada apresenta em alguma fase de sua vida algum sofrimento psíquico. Nos estudos, não há diferença significativa da prevalência entre os sexos destes em geral, as diferenças estão relacionadas aos tipos de transtornos acometidos entre os sexos (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; WHO, 2001; WHO, 2009, LAURENTI, 2007).

Entretanto, as variações destas estatísticas se modificam de país para país, devido às limitações transculturais dos instrumentos e os vieses das pesquisas, além de estigma e preconceito (WHO, 2009).

Segundo o DATASUS, a base de dados do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2010, houve 12.759 mortes causadas por Transtornos Mentais e Comportamentais (CID-10 Capítulo V) no Brasil, levando-se em conta que a população em 2010 era de 190.755.799, a sua frequência é igual a 0,007%, sendo que a maior prevalência foi na região sudeste com 5.951 mortes, seguido das regiões nordeste com 3.619, região sul com 1.984, região centro-oeste com 847 e região norte com 358 mortes (BRASIL, 2010).

No Brasil, há poucos estudos epidemiológicos, entretanto, temos os dados secundários, como morbidade e mortalidade (LAURENTI, 2007), e as pesquisas financiadas (principalmente pelos órgãos de fomento estatais), que podem servir como base para propor e implementar políticas públicas relacionadas aos transtornos mentais.

### **1.1 Justificativa**

A avaliação está presente nos mais diferentes aspectos de nossa vida, tanto pessoal como profissional. Na escola ou faculdade, sofremos processos avaliativos para checar nossos conhecimentos. No trabalho, os processos eles visam verificar resultados ou o alcance de objetivos específicos. E com base nisto, nos organizamos socialmente, à medida que aceitamos ou não a inclusão de novas pessoas em nossos grupos (categorias profissionais, amigos, instituições), a partir de uma avaliação pessoal, psicológica, técnica, entre outras (CRUZ, 2011).

Neste sentido, também se avalia a saúde, e a entende-se como um processo contínuo e sistemático definido pelo âmbito em que se deseja analisar o serviço prestado. E esta, não é exclusivamente de natureza técnica, necessitando estar atrelada a pactuações e negociações entre os sujeitos envolvidos. Ainda, salienta-se a implementação de mecanismos que permitam a participação democrática dos atores envolvidos, para que o caráter punitivo não imponha um viés no resultado da avaliação (BRASIL, 2003).

Na avaliação dos serviços de saúde, um dos principais focos é analisar o impacto da intervenção para os diferentes atores envolvidos. Assim, para que

haja interferência nas decisões que modifiquem ou não as políticas e a forma de atuação nos serviços de saúde, não é suficiente a participação de apenas um ator, mas sim de vários atores, e que eles entendam a importância da avaliação para a melhora do atendimento prestado (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Neste contexto, há um interesse na participação do usuário no processo, como um dos principais atores envolvidos, sendo considerada muito importante, devendo ser pesquisada esta participação, objetivando a melhoria dos serviços de saúde. Este interesse surge à medida que há o fortalecimento do Controle Social no SUS, visto que a comunidade passa a ter papel na formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde, antes estas atividades eram exclusivas dos gestores e trabalhadores (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Ainda é reforçado pela OMS, a qual aponta que para adesão ao tratamento e conseqüente melhora do sujeito, alguns fatores como a capacidade de comunicação dos profissionais, a convicção do indivíduo sobre a eficácia do tratamento e a facilidade de obter os medicamentos são necessários analisar (WHO, 2003).

Alguns estudos demonstraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde, sendo referido, ainda, que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Uma das formas de participação do usuário é a Escala de Mudança Percebida pelo Paciente (EMP-Paciente), que avalia a mudança percebida pelos usuários em relação ao tratamento recebido, considerando diferentes aspectos da vida destes usuários.

Portanto, a relevância deste estudo está no fato de avaliar o impacto do tratamento recebido pelo usuário na sua vida cotidiana, contribuindo para subsidiar políticas públicas de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, e melhorar a qualidade do atendimento prestado a esta pessoa, partindo justamente da sua percepção.

Diante do exposto, a questão que norteará este estudo será: ***Qual a mudança percebida pelos usuários de CAPS do Sul do Brasil?***

## **2 Revisão de Literatura**

### **2.1 A Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil**

Entre as décadas 60 e 80, a América Latina foi marcada pelas ditaduras militares, havendo muita repressão política e militar, e o regime voltou suas atenções para a expansão da economia, deixando de lado as políticas sociais. Um dos espaços em que não houve muita repressão foi a Igreja Católica, sendo este um espaço de resistência importante para a população, pois propiciou espaços de aprendizagem e aproximação dos intelectuais com as classes populares, fomentando a criação de movimentos de discussão das políticas sociais. (VASCONCELOS, 2004)

Um destes movimentos foi a Reforma Sanitária, que visava uma sociedade mais digna e justa, além de negar o modelo biomédico existente, adotando o modelo biopsicossocial. Esta Reforma foi mais do que uma simples reforma na saúde, perpassou diversos setores e por um momento de diversas lutas e movimentos na história deste país; almejou a construção de uma sociedade mais digna e justa.

Este movimento conseguiu consolidar um Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população em 1988, mas este sistema ainda está sendo construído diariamente.

Nele, a saúde é multifatorial, ou seja, determinada por vários fatores, entre eles o meio em que se vive, fatores biológicos e psicológicos, entre outros. Além disto, está legitimado na Constituição, como direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde e dever do Estado a responsabilidade deste direito. Este sistema funcionaria através de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, e os seus usuários teriam direito a participar do seu controle (BRASIL, 1990).

Com este Sistema, se possibilitou a superação da oferta de serviços de acordo com as condições financeiras ou de trabalhos, como era antigamente. Também oportunizou reduzir a diferença no atendimento a pessoas que moram na cidade e no campo, e entre as regiões do país, diminuindo assim as desigualdades em relação ao acesso às ações em saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Paralelo à Reforma Sanitária, seguindo esta mesma linha de atenção e influenciada por outros países, tivemos outro movimento, a Reforma Psiquiátrica, que se caracteriza por um movimento de luta contra o manicômio, visando o cuidado em liberdade.

Este movimento é um processo de formulação crítica e prática em relação ao modelo hospitalocêntrico e psiquiátrico, questionando e elaborando novas propostas de cuidado (AMARANTE, 1995).

O mesmo autor reflete sobre a reforma psiquiátrica destacando que esta ocorreu em um momento em que saíamos das ditaduras militares no país e lutávamos pela redemocratização do país, e esta reforma era embasada na crítica ao saber, aos manicômios e ao subsistema nacional de saúde mental.

No final da década de 70 aparecem muitas críticas à forma como a assistência em saúde e as políticas de saúde do Estado estavam, além das denúncias relativas ao financiamento dos serviços. Para a Reforma Psiquiátrica, o crucial foram as atrocidades vivenciadas pelos pacientes internados nos Hospitais Psiquiátricos (TENÓRIO, 2002).

Um movimento merece importante destaque neste contexto: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como um processo embrionário de reflexões teóricas e práticas acerca das alternativas no campo da assistência psiquiátrica (PAULIN; TURATO, 2004).

Com este contexto entre a Reforma Sanitária e a Psiquiátrica, houve duas conferências que marcaram a saúde: a 8ª Conferência Nacional de Saúde que reconhecia a saúde como um direito de todos e dever do estado, além de debater a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, considerando a saúde como o centro de uma profunda transformação social, revendo o papel dos trabalhadores de saúde mental como agentes de exclusão e de dominação. Ainda no relatório desta última conferência, há proposições que objetivam a mudança da saúde mental,

em uma luta que perpassa a especificidade (GUIMARÃES; MEDEIROS; SAEKI; ALMEIDA, 2001).

“[...] durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental [...] foram traçadas estratégias para processar modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, civil e penal, modificações essas que dariam suporte ao novo enfoque de cidadania que se queria constituir. Nessa mesma Conferência foram definidos os pontos principais do novo modelo de assistência em saúde mental [...]” (SOUZA; BRAGA, 2006, p. 208).

As autoras ainda relatam que houve a proposição, pelo Deputado Federal Paulo, do Projeto de Lei No. 08/91, que objetivava formalizar a Reforma Psiquiátrica como lei nacional. Este projeto encontrou muitas barreiras, mas proporcionou muitas discussões, inclusive a imprensa contribuiu para a conscientização da sociedade sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica. (SOUZA; BRAGA, 2006).

Enquanto este projeto não era aprovado em âmbito nacional, várias regiões do país implementaram políticas de atenção em saúde mental voltada para dispositivos extra-hospitalares, como por exemplo o estado do Rio Grande do Sul.

Com isso, antes que houvesse regulamentação por lei nacional, em muitas regiões do país, foram promulgadas leis estaduais proibindo a internação psiquiátrica involuntária, promovendo a criação e ampliação de hospitais psiquiátricos e definindo a criação de recursos extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Só em 2001 é que foi aprovada a Lei n.º 10.216, cujo texto final incorporou outras proposições, perdeu algo do texto original, mas pode ser considerado que, atribuí ainda assim, à lei um caráter progressista.

Com o intuito de dar maior resolubilidade, evitando a necessidade de internação, promovendo a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico e qualificando a assistência, a Lei propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção, por uma rede de serviços de atenção integral à saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS, de acordo com a legislação em Saúde Mental, é composta pelos componentes de Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial, e cada um destes componentes conta com diferentes dispositivos para atender às necessidades integralmente (BRASIL, 2011), mas essa realidade ainda não está presente na maior parte dos municípios brasileiros, pois temos ainda a presença de serviços isolados.

Na Tabela 1, pode-se observar que houve uma expansão muito grande da quantidade de CAPS, independente do tipo, nos últimos anos. Destaca-se que o crescimento foi de aproximadamente 72,5% entre os anos de 2006 e 2011, relativos a todos os tipos de CAPS. Referente aos tipos, no mesmo período, o CAPSi teve um crescimento aproximado de 98%, o CAPSad de 97% e o CAPS I 88,1%. Também é importante lembrar a criação de 5 CAPSad III no ano de 2011.

Tabela 1 – Série histórica CAPS por Tipo (BRASIL 2006 – 2011)

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2012).

Outro dado importante publicado pelo MS é em relação à quantidade de CAPS e à cobertura populacional, que em 2011 chegou a 0,72 CAPS/100.000 habitantes. E o que chamou mais a atenção foi os dados da região Sul do Brasil com um índice de 0,91 CAPS/100.000, seguida da região Nordeste com 0,87 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

Não foram apenas os CAPS que aumentaram, os outros dispositivos que compõe a RAPS aumentaram maciçamente como o Residencial Terapêutico, que cresceu de 85 Residenciais para 625, entre outros dispositivos. Também se evidencia a existência de 3910 leitos psiquiátricos em

HG, em caso de agravamento de condições agudas. Paralelamente a isto, houve uma redução gradual dos leitos em HP, que passaram de 51.393 leitos para 32.284 leitos, redução aproximada de 37,2%, mas que ainda é superior à cobertura populacional dos CAPS, com aproximadamente 1,71 leitos em HP/100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

Em relação à verba destinada a SM, a OMS, em seu relatório de 2001, aponta que na época, no mundo, os países tinham gastos inferiores a 1% da receita total da saúde (WHO, 2003). Já no Brasil, segundo dados do MS, em 2002 a verba destinada à saúde mental era de aproximadamente 2,19% de todos os gastos em saúde do país. Atualmente, os gastos significam 2,31% de toda verba destinada a saúde (BRASIL, 2012).

Os dados por si só refletem os diversos avanços na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, entretanto, entende-se a necessidade de avaliar e acompanhar os dispositivos que compõem a RAPS para que não se tornem “mini-manicômios”, ou seja, para que a RAPS realmente cumpra seu papel de transformação social, devolvendo a autonomia e liberdade aos sujeitos, antes furtada.

Alguns autores apontam que há uma estreita relação entre a Reforma e novas formas de produção do cuidado, permitindo a subjetivação e refutando o modelo asilar que se utiliza das normatizações impostas pela sociedade e a tutela do sujeito em sofrimento (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Um dos pontos cruciais para a Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização, que seria o resultado da busca pela autonomia do sujeito, roubada por seu adoecimento (FEUERWERKER; MERHY, 2008). A qual busca também quebrar muros e paradigmas, ou seja, desconstruir o imaginário do louco trancafiado no manicômio que a sociedade tem (MELMAN, 2001).

Salienta-se a importância de um cuidado mais individualizado aos usuários, possibilitando a reabilitação de aspectos importantes de produção material de sua vida, que impeça o círculo vicioso das re-internações hospitalares e o processo de cronificação da doença, assim indicando novas formas de cuidado e reinserção social (FIORATI, SAEKI; 2008).

Para que ocorra este cuidado mais individualizado, necessita-se a estimulação da autonomia do sujeito, esta sendo o instante em que a pessoa

consegue coexistir com suas dificuldades sem necessitar de tanto apoio assistencial (SANTOS et al, 2000). Outra autora ainda traz a autonomia como um processo que inclui a capacidade da pessoa pensar, refletir, tomar atitudes e as executar livremente, refutando o paternalismo exercido, muitas vezes, pelos profissionais que possuem “o conhecimento” (WANSSA, 2011).

Este último conceito de autonomia faz uma referência clara ao conceito de cidadania trazida por alguns autores como uma competência humana de se fazer sujeito da própria história e titular dos direitos civis, políticos e sociais (DEMO, 1995, OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

No entanto, para que este sujeito exerça sua cidadania, necessita-se de um processo de re-significação de práticas enraizadas na sociedade como um todo, em que não se pode ficar limitado à obtenção formal e legal de um conjunto de direitos. (DAGNINO, 2004).

A partir do momento em que o sujeito (re)conquista a sua cidadania, ele passa a acolher ou não as sugestões do profissional que o atende, e quando isto não o satisfaz, ele começa a traçar caminhos próprios para que sua demanda seja atendida singularmente. Estes são movimentos nômades, que demonstram a sua forma de entender o mundo e a sua forma de disputar espaços socialmente construídos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA, 2013).

Neste sentido, a participação do sujeito nos processos de avaliação dos diferentes serviços de saúde se faz necessário, visto que o trabalho dos profissionais é acolher a demanda individual e coletiva, de forma a produzir um cuidado adequado.

## **2.2 Escala de Mudança Percebida – Paciente (EMP – Paciente)**

Tait e Lester (2005 apud Bandeira, 2009) destacam diversas vantagens na participação dos usuários na avaliação dos resultados. Uma das vantagens é o fato do usuário ter a vivência da doença mental em seus diferentes aspectos, podendo contribuir na construção do conhecimento sobre as doenças em si. Outro ponto importante é a participação do sujeito no seu processo de reabilitação, tendo efeito terapêutico, na medida em que aumenta a autoestima deles e, conseqüentemente, empodera estes sujeitos.

Neste sentido, Mercier et al (2004) propuseram um instrumento que avaliasse a mudança percebida pelos usuários em relação ao tratamento recebido, considerando diferentes aspectos da vida destes usuários. Eles elaboraram o *Questionnaire of Perceived Changes* que é uma escala que avalia o impacto do tratamento recebido sobre o sujeito.

No Brasil, as pesquisas acerca da percepção de mudança em função do tratamento recebido nos serviços de saúde mental estão apenas começando. Um deles se refere à adaptação transcultural do Questionnaire of Perceived Changes para o Brasil, que foi denominada Escala de Mudança Percebida – EMP (Bandeira et al, 2009).

Esta escala foi submetida a procedimentos de adaptação transcultural e recebeu algumas modificações. Esta adaptação passou por 5 etapas: a tradução, em que um tradutor bilíngue, com língua materna portuguesa traduziu para o português; a retradução, em que um tradutor bilíngue, com língua materna francesa fez a retradução para o francês; comparação entre as duas versões, em que os tradutores e pesquisadores discutiram sobre as duas versões, procurando erros e fazendo as adequações necessárias; análise por uma comissão de especialistas (dois psiquiatras e um psicólogo que trabalhavam em serviços de saúde mental), que analisaram e fizeram sugestões de adequação para a realidade brasileira; e a última etapa foi o estudo piloto em que foi aplicada a escala a 23 pacientes. Nesta etapa, a entrevista foi oral e pediu-se que os pacientes justificassem as respostas para ter certeza que eles estavam entendendo a pergunta. Ainda, após cada entrevista, eram feitas as adaptações para próxima entrevista, e isto ocorreu até que não houvesse mais falta de entendimento (BANDEIRA et al, 2009).

As autoras ainda destacaram outras modificações em relação à escala original. Uma delas se refere à aplicação da escala, pois inicialmente era autoaplicada, mas no Brasil optou-se por transformá-la em forma de entrevista aplicada por entrevistadores, permitindo que pessoas de baixa escolaridade fossem pesquisadas. Outra mudança é relacionada às alternativas de resposta, que no original são 4 ( 1= pior do que antes, 2 = sem mudança; 3 = um pouco melhor do que antes, 4 = muito melhor do que antes) e na brasileira são 3 (1 = melhor do que antes, 2 = sem mudança e 3 = pior do que antes), esta

adequação tem por finalidade facilitar a compreensão dos entrevistados e para que não haja desequilíbrio entre a melhora e piora (BANDEIRA et al, 2009).

Houve mais quatro alterações, uma relacionada à exemplificação em cinco itens da escala, outra relacionada a reformulação da redação de alguns itens da escala, ambos para ajudar no entendimento. Outro se refere à retirada do item relacionado à situação financeira, pois na escala original se referia aos usuários de drogas. E por fim foram incluídas duas questões abertas no final da escala para contribuir em melhorias do atendimento ofertado pelo serviço (BANDEIRA et al, 2009).

Para validação desta escala, entrevistou-se 300 usuários de CAPS, Núcleo de Saúde Mental e Ambulatório de Psiquiatria. Foram incluídos pacientes que estavam em tratamento há no mínimo um ano, e excluídos aqueles que estavam em crise, possuíam alguma comorbidade relacionada à dependência de substâncias psicoativas ou retardo mental ou não conseguiram responder ao questionário (BANDEIRA et al, 2011).

Neste sentido, a escala, após adaptada e validada, ficou com 19 itens, sendo que 18 avaliavam as mudanças percebidas relacionadas à ocupação e saúde física, dimensão psicológica e sono, relacionamentos e estabilidade emocional. E o último item avalia de forma global a mudança percebida. (BANDEIRA et al, 2011).

A escala EMP brasileira possui duas versões. A primeira avalia as mudanças percebidas pelos pacientes em função do tratamento recebido, sob o seu próprio ponto de vista. A segunda avalia as mudanças percebidas nos pacientes em função do tratamento recebido, sob a perspectiva dos seus familiares. (MUSSI; BANDEIRA, 2009, SILVA; BANDEIRA; CALZAVARA, 2007).

Há ainda outros estudos que se referiram à avaliação da escala em si e os resultados obtidos mostraram que ambas as versões possuem indicadores de validade e fidedignidade adequados, e podem, portanto, ser utilizadas na avaliação dos resultados do tratamento nos serviços de saúde mental (COSTA; BANDEIRA; ANDRADE; 2009, CESARI; BANDEIRA; FELÍCIO, 2009).

E há dois estudos que se referiram à investigação dos fatores associados à percepção de mudança sob o ponto de vista dos familiares

(MUSSI; BANDEIRA, 2009) e pacientes (SILVA; BANDEIRA; CALZAVARA, 2007).

Com relação aos fatores associados às mudanças percebidas pelos próprios pacientes, Silva, Bandeira e Calzavara (2007) conduziram um estudo com uma amostra de 100 pacientes psiquiátricos, 39% do sexo masculino e 61% feminino, atendidos no Centro de Atenção CAPS Del-Rei e Núcleo de Saúde Mental da cidade de São João Del-Rei. Os resultados mostraram que a percepção de mudança variou em função das condições dos pacientes e das dimensões avaliadas. Por exemplo, o escore global de melhora foi maior quando era menor o número de psicofármacos usados pelo paciente. No que se refere especificamente à melhora percebida na saúde física, observou-se que os pacientes mais jovens, e aqueles que tomavam seus psicofármacos sozinhos, apresentaram resultados melhores com relação aos pacientes com idades mais avançadas e que necessitavam de ajuda de outras pessoas para tomar seus remédios. Na dimensão psicológica, constatou-se maior percepção de melhora entre os pacientes que tiveram menor número de crises no último ano. Os resultados indicaram ainda maior grau de percepção de melhora na dimensão psicológica e na vida social entre os pacientes que não apresentavam doença física.

Outro estudo (CESARI, 2010) apontou algumas associações importantes: o fato do usuário trabalhar colabora significativamente para sua percepção de melhora, tendo uma média de 2,62 e  $p$  de 0,02; relacionado à subescala de “Aspecto Psicológicos e sono”, usuários que vivem com companheiro apresentam uma percepção de melhor com média de 2,72 e  $p$  de 0,02. Quando analisada a subescala “Relacionamento e estabilidade emocional”, quem trabalha apresenta percepção de melhora significativa com média de 2,62 e  $p$  de 0,01.

Relacionado ao escore global e ao número de anos passados na escola, aponta que quanto menor o tempo de estudo maior é o grau de percepção de melhora. Este estudo apontou que apenas seis variáveis associadas à escala tiveram impacto significativo na percepção dos usuários: o tipo de medicação, se o paciente exercia algum trabalho ou atividade remunerada; se o paciente vivia com um companheiro, a ocorrência de

tentativa de suicídio, o número de anos que os pacientes passaram na escola e a duração da última internação. (CESARI, 2010).

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Investigar a mudança percebida pelos usuários de CAPS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Investigar a mudança percebida pelos usuários através da escala global e das subescalas Ocupação e Saúde física, Dimensão psicológica e sono, Relacionamentos e estabilidade.

Identificar os fatores relacionados à mudança percebida pelo usuário conforme características socioeconômicas e demográficas, condições de saúde, suporte social, características do serviço e jornada de trabalho.

#### **4 Hipóteses**

Quanto mais jovem menor tempo de estudo, e o fato de viver com companheiro influencia positivamente para a melhora percebida pelo usuário.

Usuários que já tiveram internações em Hospital Psiquiátrico influenciam negativamente na mudança percebida.

A utilização de maior número de medicações faz com que os usuários não percebam uma melhora muito significativa.

## 5 Modelo de Análise

Figura 1 – Modelo Hierárquico Analítico



## **6 Metodologia**

### **6.1 Caracterização do estudo**

O presente estudo será um recorte da pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUI II”. Esta pesquisa se subdividiu em duas etapas, a qualitativa e a quantitativa. A etapa de Avaliação Quantitativa de CAPS possui abordagem epidemiológica, usou como referencial teórico Donabedian (1988), que afirma que a avaliação dos serviços deve abordar análises de estrutura, processo e resultados. Esta etapa envolveu trinta e nove municípios dos três estados da Região Sul do Brasil e buscou-se caracterizar os CAPS quanto à sua estrutura física, recursos humanos e materiais, seu processo de atendimento e de trabalho, satisfação dos trabalhadores de saúde, seu perfil, as condições de trabalho e sobrecarga; avaliar o padrão de saúde, autonomia, mudança percebida pelo usuário, satisfação, inserção e cidadania do usuário, e a satisfação e a sobrecarga do familiar.

Este recorte utilizará parte da etapa quantitativa, mais especificamente a Escala de Mudança Percebida pelos Pacientes (EMP-Pacientes) que será cruzada com outras variáveis do perfil dos usuários.

Segundo Pereira (2008), os estudos descritivos objetivam informar sobre a frequência e a distribuição de um fato em uma determinada população, em termos quantitativos. Para Gil (2011), as pesquisas descritivas ainda estabelecem relações entre as variáveis, bem como determinam a natureza destas relações.

## 6.2 Local do estudo

Em razão das diferenças regionais, a definição dos CAPS selecionados para a amostra foi estruturada levando-se em conta a oferta de serviços nos três estados da região Sul do Brasil, a concentração populacional dada por capital X interior e a distribuição geográfica, além dos diferentes modelos de CAPS (I, II e III). Neste sentido, foram realizadas entrevistas em 39 municípios da região, compreendendo o Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, sendo que em um dos municípios foram feitas as entrevistas em dois CAPS, totalizando 40 serviços.

## 6.3 Amostra do estudo

Para o estudo do impacto do modelo de atenção foi entrevistada uma amostra de usuários conforme o seguinte cálculo.

O cálculo da amostra foi orientado pelos desfechos do usuário – satisfação do usuário; padrão de saúde e autonomia, inserção e cidadania, na perspectiva de aproximação com um efeito possível na mudança do modelo assistencial. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual a 5% e um poder de 95% e realizou-se o cálculo no software Epi-info 6.04 através de diferentes medidas e indicadores de variabilidade, encontrados na literatura, no sentido de obter valores com menor possibilidade de erro, mesmo frente a um incipiente acúmulo de investigações sobre esta perspectiva de atenção em saúde mental.

A amostra para usuários deveria atingir 1600 sujeitos, permitindo estudar relações de exposto/não exposto de 3:1, com uma prevalência de 15% em não expostos e um risco relativo de 1,5, o que totalizou 1232 pessoas, ao que foi acrescido 30% para controle de fator de confusão e perdas, totalizando 1600 pessoas. No entanto, a amostra final foi constituída de 1597 usuários de CAPS.

## 6.4 Critérios de inclusão

Os sujeitos selecionados para o presente estudo preencheram os seguintes requisitos:

- Ser usuário de CAPS I, II ou III, nas diferentes modalidades: Intensivo, Semi-Intensivo ou Não Intensivo;
- Ser maior de 18 anos;

## 6.5 Procedimento para coleta dos dados

A coleta de dados e aplicação dos questionários necessários ao estudo transversal de resultados foi realizada por 20 duplas de entrevistadores.

Os entrevistadores foram selecionados a partir de um processo de seleção e treinados em um curso de 40 horas, incluindo aplicação de instrumentos.

Após o treinamento, os entrevistadores realizaram um estudo piloto para análise final do instrumento e do desempenho do entrevistador em serviços não incluídos na amostra.

Ao término do estudo piloto, foram realizadas as adequações necessárias ao instrumento de coleta de dados e discutidos com os entrevistadores os problemas identificados na aplicação dos questionários.

O questionário (ANEXO 1) foi aplicado pelas 20 duplas no período de julho a dezembro de 2011.

Os dados sofreram dupla digitação por dois digitadores independentes no software EPI-INFO. A limpeza dos dados ocorreu por comparação dos dois arquivos e avaliação de erros de amplitude e consistência. A base de dados foi utilizada para as correções necessárias.

Os dados para este estudo serão utilizados após autorização da Coordenação da Pesquisa CAPSUL II (ANEXO 2).

## **6.6 Variáveis do estudo**

As variáveis utilizadas neste estudo fazem parte da EMP-Pacientes, em que se fará um escore geral e posteriormente será cruzado com outras variáveis:

Quadro 1 – Variáveis sócio-demográficas-econômicas

Variável	Definição	Escala
Sexo	dicotômica	Feminino/Masculino
Idade	discreta	Em anos
Renda Familiar	discreta, total de renda recebida pela família	Em reais
Escolaridade	nominal	sem escolaridade, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, curso técnico completo, curso técnico incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduação completa, pós-graduação incompleta
Estado Civil	nominal	Solteiro, casado ou vive com companheiro, separado, divorciado, viúvo
Trabalho	nominal	Jornada integral remunerada, jornada parcial remunerada, jornada integral não remunerada, jornada parcial não remunerada, não trabalha, trabalho eventual

Quadro 2 – Variáveis clínicas

Variável	Definição	Escala
Sabe Diagnóstico	dicotômica	Sim, Não
Internação em Hospital	dicotômica	Sim, Não
Psiquiátrico		
Uso de Psicofármaco	dicotômica	Sim, Não
Técnico de Referência	dicotômica	Sim, Não
Participa de Grupos	dicotômica	Sim, Não
Participa de Oficina	dicotômica	Sim, Não
Participa de Atendimento Individual	dicotômica	Sim, Não

### 6.7 Análise dos dados

Os dados serão analisados no programa Stata 9.0. Será realizado análises descritivas da amostra de pacientes e dos escores e de fatores associados à percepção de mudança e dos pacientes. Para todas as análises, será adotado o nível de significância de  $p < 0,05$ .

### 6.8 Procedimentos Éticos

Os dados da pesquisa foram utilizados após autorização prévia da coordenadora do estudo, conforme apêndice A. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel sob parecer nº 176/2011, conforme Anexo 3.

Serão respeitados os princípios éticos, de forma a manter o anonimato dos sujeitos e responsabilização com os dados da pesquisa. Todos os entrevistados assinaram o Consentimento Livre e Informado para Participação na Pesquisa, assim respeitando os princípios éticos e preservando o anonimato dos sujeitos. Para confecção do Consentimento Livre e Informado foi utilizado a Resolução 196<sup>1</sup> de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007)

<sup>1</sup> Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde: incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

nº 311 de 08 de janeiro de 2007. Este Consentimento Livre e Informado segue no Anexo 5.

### **6.9 Divulgação dos resultados**

Os resultados provenientes deste estudo serão divulgados mediante a elaboração de uma dissertação para a conclusão do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde. Outros artigos científicos serão encaminhados a periódicos indexados da área da enfermagem e áreas afins. Os resultados também serão apresentados ao serviço no qual os dados foram coletados, bem como em eventos científicos relacionados ao tema.

## 7 Recursos e plano de despesas

Quadro 3 – Quadro de Recursos Financeiros

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo Unitário R\$</b>	<b>Custo Total R\$</b>
Caneta	04	2,00	8,00
Papel A4 -pacote 500 f.	05	16,00	80,00
Cartucho p/ impressora	04	17,00	68,00
Encadernação	06	14,00	84,00
Cd	06	1,50	9,00
Encadernação final	06	25,00	150,00
Revisão de Português	03	100,00	300,00
Revisão em Espanhol	02	30,00	60,00
Revisão em Inglês	02	30,00	60,00
Total de Despesas			819,00

Obs: Os gastos serão custeados pelo autor.

## 8 Cronograma

Quadro 4 – Quadro do cronograma da pesquisa.

<b>Período</b>  <b>Atividades</b>	2012				2013			
	1º Semestre		2º Semestre		1º Semestre		2º Semestre	
Definição do tema		X	X					
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto			X	X	X	X		
Qualificação do projeto						X		
Análise dos dados						X	X	
Elaboração da dissertação					X	X	X	X
Apresentação da dissertação								X
Elaboração de artigos		X	X	X	X	X	X	X

## 9 Referências

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.33, n.2, pp. 43-54. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA. VER-SUS BRASIL: cadernos de textos. FERLA, A. A. (org). Porto Alegre: Rede Unida, 2013, 106p.

BANDEIRA, M. B.; ANDRADE, M. C. R.; COSTA, C. S.; SILVA, M. A. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicol. Reflex. Crit.** 2011, vol.24, n.2, pp. 236-244.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; COSTA, S. C.; CESARI, L. Avaliação dos serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **J Bras Psiquiatr.** Vol.58, n.2, p.107-14, 2009.

BONETTI, A. O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. **Pensar a Prática.** vol.7, n.1, p.45-58. mar, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Disponível em: [www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm) (acessado em 21/01/2013)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 137p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU** nº 247, de 26 dez 2011, Seção 1, págs. 230/232.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> (acesso em 21/01/2013)

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barroca. 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CESARI, L. **Percepção de Mudança e Qualidade de Vida em Pacientes com Esquizofrenia**. São João del-Rei. 2010, 141p. [Dissertação] PPGPSI-UFSJ.

CESARI, L.; BANDEIRA, M.; FELÍCIO, C. B. Propriedades psicométricas da Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão dos familiares In: **Anais IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos**, Campinas, SP, Brasil. Julho, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução 311/207, de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>> acesso em 30 de out 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.11, n.3, pp. 705-711. 2006.

COSTA, C. S.; BANDEIRA, M.; ANDRADE, M. C. R. Propriedades psicométricas da Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão dos pacientes. In: **Anais IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos**, Campinas, SP, Brasil. Julho, 2009.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], p.180-198. 2011. Disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D (coord.), **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Ed. Autores Associados, Campinas. 171p. 1995.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol 1, no1, jan-abr. 2009.

DONABEDIAN, Avedis. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194 p.

ESPERIDIAO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**. vol.22, n.6, pp. 1267-1276. 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica** . 2008, vol.24, n.3, pp. 180-188.

FIORATI, R.C.; SAEKI, T. Acompañamiento terapéutico en la internación hospitalaria: inclusión social, rescate de ciudadanía y respeto a la singularidad. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.763-72, out./dez. 2008.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. 4ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2011. 200p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S. M.; SAEKI, T.; ALMEIDA, M. C. P. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**. Vol.25, n.º 58, maio/ago, p.5-11, 2001.

JUNIOR, O. G.. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicol. Soc**, vol.14, n.1, pp. 87-102. 2002.

LAURENTI, R. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. **SMAD**, vol. 3, n. 2, 2007.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERCIER, C.; LANDRY, M.; CORBIERE, M.; PERREAULT, M. Measuring clients' perception as outcome measurement. In: ROBERTS, A. R.; YEAGER, K. R. **Evidence-based Practice Manual: Research an Outcome Measures in Health and Human Services**. Oxford: University Press; 2004, p. 904-9.

MUSSI, S. V.; BANDEIRA, M **Fatores associados à percepção pelos familiares dos serviços de saúde mental** (Relatório de pesquisa/2009), São João del-Rei, MG, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei. 2009.

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

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos. 2004, vol.11, n.2, pp. 241-258.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K.; Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev Psiquiatr RS**. vol.27, n.3, p.270-277. set/dez 2005.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 12º Reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 2008. 596p.

SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A. T.; DELGADO, P. G. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.** vol.20, n.4, pp. 46-53. 2000

SILVA, M.; BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P. As mudanças percebidas pelo paciente em função do seu tratamento em serviços de saúde mental. **Anais do VI Congresso de Produção Científica da UFSJ.** São João del-Rei. 2007.

SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B.. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta paul. enferm.** vol.19, n.2, pp. 207-211. 2006.

TAIT, L.; LESTER, H. Encouraging user involvement in mental health services. **Adv Psychiatr Treat.** vol.11, p.168-75. 2005.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos. v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr, 2002.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S., et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 531 a 562.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67- 83. 2004.

WANSSA, M. C. D. Autonomia versus beneficência. **Rev. Bioét.,** vol.19, n.1, p. 105 – 17. 2011.

WHO. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** Portugal. 2009

WHO. **Atlas de salud mental em el mundo 2001**. Determinantes de la Salud Mental y Poblaciones Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.

## **II – Relatório de Trabalho de Campo**

O presente relatório de campo integra a Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com área de concentração em Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva, sendo um dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Abordará o trabalho de campo da etapa quantitativa do Projeto de Pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II) que possui abordagem epidemiológica, usando como referencial teórico Donabedian (1988), que afirma que a avaliação dos serviços deve abordar análises de estrutura, processo e resultados.

O projeto de pesquisa CAPSUL teve duas edições, sendo a primeira edição realizada de 2006, com financiamento através do CNPq, edital 07/2005, apoiado pelo Ministério da Saúde (MS). Em 2011, houve proposta do MS para realização de um novo estudo dos CAPS da região Sul do Brasil, tendo início a segunda edição do estudo, o CAPSUL II, que foi delimitado no campo da avaliação dos serviços de saúde mental, observando estrutura, processo e resultado, de enfoque quantitativo e abordagem epidemiológica e de enfoque qualitativo, caracterizada como responsiva, construtivista de abordagem hermenêutico dialética (CAPSUL, 2006).

O Projeto CAPSUL II foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel sob parecer nº 176/2011.

O cálculo da amostra foi orientado pelos desfechos do usuário – satisfação do usuário; padrão de saúde e autonomia, inserção e cidadania, na perspectiva de aproximação com um efeito possível na mudança do modelo assistencial. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual a 5% e um poder de 95%, e realizou-se o cálculo no software Epi-info 6.04 através de diferentes medidas e indicadores de variabilidade, encontrados na literatura, no sentido de obter valores com menor possibilidade de erro, mesmo frente a um incipiente acúmulo de investigações sobre esta perspectiva de atenção em saúde mental.

A amostra para usuários deveria atingir 1600 sujeitos, permitindo estudar relações de exposto/não exposto de 3:1, com uma prevalência de 15% em não expostos e um risco relativo de 1,5, o que totalizou 1232 pessoas, ao que foram acrescentados 30% para controle de fator de confusão e perdas, totalizando 1600 pessoas. No entanto, a amostra final foi constituída de 1597 usuários de CAPS, devido a recusas em participar.

A amostra selecionada deve-se em razão das diferenças regionais e a definição dos CAPS ter sido estruturada levando-se em conta a oferta de

serviços nos três estados da região Sul do Brasil, a concentração populacional dada por capital X interior e a distribuição geográfica, além dos diferentes modelos de CAPS (I, II e III).

Neste sentido, foram realizadas entrevistas em 39 municípios da região, compreendendo o Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, sendo que em um dos municípios foram feitas as entrevistas em dois CAPS, totalizando 40 serviços. Buscou-se caracterizar os CAPS quanto à sua estrutura física, recursos humanos e materiais, seu processo de atendimento e de trabalho, satisfação dos trabalhadores de saúde, seu perfil, as condições de trabalho e sobrecarga; avaliar o padrão de saúde, autonomia, mudança percebida pelo usuário, satisfação, inserção e cidadania do usuário, e a satisfação e a sobrecarga do familiar.

Os municípios visitados no Rio Grande do Sul foram Pelotas, São Lourenço do Sul, Piratini, São Sepé, Alegrete, Quaraí, Gravataí, Porto Alegre, Sapiranga, Taquara, Caxias do Sul, Encantado, Erechim, Vacaria, Frederico W., Tenente Portela, Cruz Alta, São Luiz Gonzaga, totalizando 18 municípios e serviços. No estado de Santa Catarina foram Criciúma, Imbituba, Florianópolis, Ibirama, Navegantes, Rio Negrinho, Joinville (CAPS III), Joinville (CAPS II), Concórdia, Xanxerê, totalizando 9 municípios e 10 serviços. No estado do Paraná foram Rio Branco do Sul, Coronel Vivida, Irati, Cacavel, Toledo, Cianorte, Palotina, Londrina, Ivaiporã, Cornélio Procópio, Santo Antônio da Platina, Curitiba, totalizando 12 municípios e serviços.

A coleta de dados e entrevistas necessárias ao estudo transversal de resultados foi realizada por 20 duplas de entrevistadores. Os entrevistadores foram selecionados a partir de um processo de seleção e treinados em um curso de 40 horas, incluindo aplicação de instrumentos.

Após o treinamento, os entrevistadores realizaram um estudo piloto para análise final do instrumento e do desempenho do entrevistador em serviços não incluídos na amostra. Ao término do estudo piloto, foram realizadas as adequações necessárias ao instrumento de coleta de dados e discutidos com os entrevistadores os problemas identificados na aplicação dos questionários.

O questionário foi aplicado pelas 20 duplas no período de julho a dezembro de 2011, sendo entrevistados usuários, familiares e trabalhadores

dos CAPS. A coleta que ocorreu entre julho e agosto de 2011 abrangeu 36 municípios e 37 serviços, sendo realizada por 19 duplas. Nos três municípios e serviços restantes, o questionário foi aplicado no período de novembro e dezembro, por uma das duplas que já haviam coletado dados no período anterior e uma nova dupla, e ocorreu após liberação dos conselhos de ética vinculados às secretárias municipais de saúde dos municípios.

Durante a coleta de dados, houve a supervisão de Campo pela Professora Doutora Vanda Maria da Rosa Jardim e pelo Enfermeiro Mestre Sidnei Teixeira Junior, com o intuito de esclarecer dúvidas e contribuir na resolução de dificuldades nos campos de coleta de dados. Após a coleta os dados foram armazenados na Faculdade de Enfermagem da UFPel.

Para a digitação dos dados, houve uma seleção e posterior capacitação de digitadores no software EPI-INFO 6.4. Os dados sofreram dupla digitação por digitadores independentes neste software. A limpeza dos dados ocorreu por comparação dos dois arquivos e avaliação de erros de amplitude e consistência. A base de dados foi utilizada para as correções necessárias.

Garantiu-se o controle de qualidade dos dados coletados pela conferência do questionário ao final do preenchimento, na checagem dos supervisores da pesquisa ao receber os questionários e na replicação de 5% dos mesmos.

O Projeto de Dissertação intitulado “Resultado da Reabilitação Psicossocial: A Mudança Percebida pelos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil” é um recorte da Avaliação Quantitativa com enfoque na Escala de Mudança Percebida pelo Paciente (EMP-Paciente) que integra o questionário aplicado aos usuários de CAPS entrevistados.

Para análise dos dados, utilizou-se o software Stata 9.0, sendo realizadas análises dos escores da escala EMP por meio do cálculo das médias e desvios-padrão dos itens, das subescalas e dos escores globais do instrumento. Além de análises estatísticas descritivas e analíticas, com as porcentagens de melhora percebida, *Odds Ratio* (OR), intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p, das variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde, suporte social e características do serviço, para todas as análises, foi adotado o nível de significância de  $p < 0,05$ .

As variáveis utilizadas neste estudo fazem parte da EMP-Pacientes, em que se fará um escore geral e posteriormente feitas análises com as seguintes variáveis: Sexo, Idade, Renda Familiar, Escolaridade, Sabe Ler, Estado, Tipo de CAPS, Estado Civil, Possui Plano de Saúde, Sabe Diagnóstico, Internação em Hospital Psiquiátrico, Uso de Psicofármaco, Idade que descobriu sofrimento psíquico, Outro problema de saúde, Fuma, Saúde Física nas últimas 4 semanas, Com quem vive atualmente, Participação da Família no Tratamento, Técnico de Referência, Participa de Grupos, Participa de Oficina, Participa de Atendimento Individual, Tempo que está no serviço, Visita Domiciliar, Quem encaminhou para o CAPS, Facilidade em chegar no CAPS, Participa do Processo de Avaliação do CAPS, Voltaria ao CAPS, Geração de Renda, Jornada de Trabalho.

O autor deste trabalho participou da coleta de dados em dois municípios (Toledo e Cascavel) em julho e agosto de 2011, e posteriormente na limpeza e análise dos dados.

### **III – ARTIGO CIENTÍFICO**

## RESULTADO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: A MUDANÇA PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUL DO BRASIL

Results of Psychosocial Care: *The perceived change by users from Centers of Psychosocial Attention from Southern of Brazil*

### Resumo

**Introdução:** Na medida em que há o fortalecimento do Controle Social no SUS, surge o interesse na participação do usuário no processo de avaliação do serviço, como um dos principais atores envolvidos. Neste sentido, o objetivo do estudo é investigar a mudança percebida pelos usuários de CAPS relacionando com características sociodemográficas, econômicas, clínicas, suporte social e características dos serviços. **Metodologia:** estudo transversal realizado de junho a dezembro de 2011, com 1597 usuários de 40 CAPS da região Sul do Brasil. A mudança percebida foi definida a partir da Escala de Mudança Percebida pelo Paciente (EMP-Paciente), associada a fatores do perfil sociodemográfico, econômico, clínicas, suporte social e características dos serviços. Para análise, obtiveram-se escores da escala EMP e regressão logística dos fatores associados. **Resultados:** Do total de sujeitos entrevistados, 84,85% perceberam a ocorrência de melhora com o tratamento. O escore médio global de percepção de mudança foi de 2,51 (DP  $\pm$  0,41). Os homens têm 25% de chances maiores de perceberem melhora no tratamento do que as mulheres. Moradores do estado do Rio Grande do Sul aumenta em 59% as chances de se perceber a melhora. Considerar sua saúde nas últimas quatro semanas “muita boa” aumenta aproximadamente 11 vezes a percepção da melhora no tratamento em relação a quem considerou sua saúde “ruim”. Já quem é favorável à participação da família no seu tratamento tem aproximadamente 3 vezes mais chances de perceber a melhora dos que são desfavoráveis. **Considerações Finais:** Este estudo apontou aspectos que não apresentaram melhora ou ainda houve piora, como a sexualidade. Paralelamente apontou aspectos que apresentaram melhora elevada, demonstrando que o tratamento está sendo efetivo e que a reforma psiquiátrica poderia estar contribuindo positivamente na transformação do cuidado em saúde mental na vida destes sujeitos.

**Palavras Chave:** Saúde Mental, Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde), Avaliação de Serviços de Saúde. CAPS. Mudança Percebida.

### ABSTRACT

**Introduction:** As the same time there is the fortification of the Social Control in SUS, it arise the interest in the user's participation in the process of service evaluation, as one of the main involved actors. In this meaning, the objective of this study is to seek the perceived change by users from CAPS relating it with sociodemographic, economical, clinical, social support, and service characteristics. **Methodology:** Transversal study performed since June to December of 2011, with 1597 users from 40 CAPS from the southern region of Brazil. The perceived change was defined through the Scale of Perceived

Change by Patient (SCR-Patient), associated to factors about the sociodemographic, economical, clinical, social support profile and characteristics of service. To analysis, it was obtained scores from the EMP scale and logistic regression from associated factors. **Results:** From the total of interviewed subjects, 84,85% realized the occurrence of improvement as a treatment. The global medium score of change perception was 2,51 (DP  $\pm$  0,41). Men have 25% more chances to realize improvement in treatment when compared to women. Be from the state of Rio Grande do Sul increases in 59% the chances to realize improvement. To considerate its health in the last 4 weeks "very good" increases approximately 11 times the perception of improvement in relation to whom considerate its health "worst". To who is favorable to the participation of family in its treatment have approximately 3 times more chances to realize the improvement from who are unfavorable. **Final Considerations:** this study pointed to aspects that did not present improvement or there's a worsening, a sexuality. At the same time, it was pointed aspects that presented high improvement, demonstrating that the treatment is being effective and the psychiatric reform has effect in the transformation of care in mental health in life of these subjects.

**Keywords:** Mental Health, Outcome Assessment (Health Care), Health Services Evaluation. CAPS. Perceived Change.

### **Introdução**

Entende-se a avaliação em saúde como um processo contínuo e sistemático definido pelo âmbito em que se deseja analisar o serviço prestado. E esta não é exclusivamente de natureza técnica, necessitando estar atrelada a pactuações e negociações entre os sujeitos envolvidos. Ainda salienta-se a implementação de mecanismos que permitam a participação democrática dos atores envolvidos, para que o caráter punitivo não imponha um viés no resultado da avaliação (BRASIL, 2003).

Na avaliação dos serviços de saúde, um dos principais focos é analisar o impacto da intervenção para os diferentes atores envolvidos. Assim, para que haja interferência nas decisões que modifiquem ou não as políticas e a forma de atuação nos serviços de saúde, não é suficiente a participação de apenas um ator, mas sim de vários atores e que eles entendam a importância da avaliação para a melhora do atendimento prestado (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Neste contexto, há um interesse na participação do usuário no processo, como um dos principais atores envolvidos, sendo considerada muito importante, devendo ser pesquisada esta participação, objetivando a melhoria dos serviços de saúde. Este interesse surge à medida que há o fortalecimento

do Controle Social no SUS, visto que a comunidade passa a ter papel na formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde, antes estas atividades eram exclusivas dos gestores e trabalhadores (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006, COSTA; PAULON, 2012).

Ainda é reforçado pela OMS que para adesão ao tratamento e consequente melhora do sujeito, alguns fatores como a capacidade de comunicação dos profissionais, a convicção do individuo sobre a eficácia do tratamento e a facilidade de obter os medicamentos são necessários analisar (WHO, 2001).

Alguns estudos demonstraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde, sendo referido, ainda, que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Participar do seu processo de reabilitação possibilita um entendimento do que está acontecendo em sua vida e possibilita o empoderamento do sujeito. E uma das formas de participar do seu processo avaliando a sua reabilitação é a Escala de Mudança Percebida pelo Paciente (EMP – Paciente) que avalia a mudança percebida pelos usuários em relação ao tratamento recebido, considerando diferentes aspectos da vida destes usuários.

Contudo, as pesquisas acerca da percepção de mudança em função do tratamento recebido nos serviços de saúde mental estão apenas começando no Brasil, carecendo de maiores investigação e possibilidades de participação dos sujeitos.

Assim, a relevância deste estudo está no fato de avaliar o impacto do tratamento recebido pelo usuário na sua vida cotidiana, contribuindo para subsidiar políticas públicas de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, e melhorar a qualidade do atendimento prestado a esta pessoa, partindo justamente da sua percepção.

O Objetivo deste estudo foi investigar a mudança percebida pelos usuários de CAPS, relacionando com características sócio-demográficas, econômicas, clínicas, suporte social e características dos serviços.

## **Metodologia**

Trata-se de um recorte da pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUI II”. Esta pesquisa se subdividiu em duas etapas, a qualitativa e a quantitativa. A etapa de Avaliação Quantitativa de CAPS possui abordagem epidemiológica, usou como referencial teórico Donabedian (1984), que afirma que a avaliação dos serviços deve abordar análises de estrutura, processo e resultados. Nesta etapa, se buscou caracterizar os CAPS do Sul do Brasil quanto a sua estrutura física, recursos humanos e materiais, seu processo de atendimento e de trabalho, satisfação dos trabalhadores de saúde, seu perfil, as condições de trabalho e sobrecarga; avaliar o padrão de saúde, autonomia, mudança percebida pelo usuário, satisfação, inserção e cidadania do usuário, e a satisfação e a sobrecarga do familiar.

O cálculo da amostra foi orientado pelos desfechos do usuário – satisfação do usuário; padrão de saúde e autonomia, inserção e cidadania, na perspectiva de aproximação com um efeito possível na mudança do modelo assistencial. Para o cálculo de amostra foi utilizado um valor de alfa igual a 5% e um poder de 95%, e realizou-se o cálculo no software Epi-info 6.04 através de diferentes medidas e indicadores de variabilidade, encontrados na literatura, no sentido de obter valores com menor possibilidade de erro, mesmo frente a um incipiente acúmulo de investigações sobre esta perspectiva de atenção em saúde mental.

A amostra para usuários deveria atingir 1600 sujeitos, permitindo estudar relações de exposto/não exposto de 3:1, com uma prevalência de 15% em não expostos e um risco relativo de 1,5, o que totalizou 1232 pessoas, ao que foram acrescidos 30% para controle de fator de confusão e perdas, totalizando 1600 pessoas. No entanto, a amostra final foi constituída de 1597 usuários de CAPS, em virtude de recusas. No Rio Grande do Sul, foram 18 municípios e serviços, em Santa Catarina foram 9 municípios e 10 serviços e no estado do Paraná foram 12 municípios e serviços. Ao todo envolveu 39 municípios dos três estados da Região Sul do Brasil e 40 CAPS.

A amostra selecionada deve-se em razão das diferenças regionais e à definição dos CAPS, que foi estruturada levando-se em conta a oferta de serviços nos três estados da região Sul do Brasil, à concentração populacional

dada por capital X interior e à distribuição geográfica, além dos diferentes modelos de CAPS (I, II e III).

Os dados para este estudo foram utilizados após autorização da Coordenação da Pesquisa CAPSUL II. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel sob parecer nº 176/2011.

Este recorte utilizou parte da etapa quantitativa, com o desfecho da mudança percebida pelo usuário relacionado com outras variáveis do perfil sócio-demográfico, econômico, clínicas, suporte social e características dos serviços.

Para o desfecho de mudança melhora, utilizou-se a Escala de Mudança Percebida pelo Paciente (EMP-Paciente). É uma adaptação transcultural do Questionnaire of Perceived Changes (Mercier et al, 2004), que foi denominada Escala de Mudança Percebida – EMP (Bandeira et al, 2009). A escala EMP brasileira possui duas versões. A primeira avalia as mudanças percebidas pelos pacientes em função do tratamento recebido, sob o seu próprio ponto de vista. A segunda avalia as mudanças percebidas nos pacientes em função do tratamento recebido, sob a perspectiva dos seus familiares. (MUSSI; BANDEIRA, 2009, SILVA; BANDEIRA; CALZAVARA, 2007).

A EMP-Paciente possui 19 itens, sendo que 18 avaliam as mudanças percebidas relacionadas à ocupação e saúde física, dimensão psicológica e sono, relacionamentos e estabilidade emocional, e o último item avalia de forma global a mudança percebida. Cada item apresenta respostas do tipo Likert de 3 pontos, em que 1 = pior do que antes, 2 = sem mudança e 3 melhor do que antes. Após adaptação e validação apresentou boa consistência interna ( $\alpha = 0,85$ ), (BANDEIRA et al, 2011).

Para definir a prevalência de Mudança Percebida entre os usuários de CAPS, foi calculada a média dos 18 itens da escala, sendo que foram excluídos os dados faltantes (“*missing data*”). Para a média global da Mudança Percebida foram considerados valores de 1 a 1,5 para Piora, valores de 1,51 a 2,5 para Sem mudança e valores de 2,51 a 3 para Mudança.

No sentido de avaliar a influência das variáveis independentes na prevalência da mudança percebida, optou-se por um desfecho dicotômico

sendo 0 como piora ou sem mudança e 1 como melhor do que antes,. O estrato utilizado foi 1.

Para as demais variáveis organizou-se de acordo com os cinco níveis hierárquicos, de acordo com o modelo teórico para controlar fatores de confusão. Assim o nível mais distal ao desfecho foi constituído pelas variáveis sociodemográficas e econômicas, tipo de serviço e estado: sexo (masculino, feminino), sabe ler (sim, não), estado (Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul), tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III), escolaridade (ensino superior/pós-graduação, ensino médio/técnico, ensino fundamental, sem escolaridade), estado civil (casado/vive com companheiro, solteiro, viúvo, separado/divorciado), possui plano de saúde (sim, não), renda familiar ( $\leq$  1 Salário Mínimo<sup>2</sup>,  $>1$  a 2 Salário Mínimo,  $> 2$  Salário Mínimo) e idade (categorizada em até 20, 21/40, 41/60, 61 ou mais anos).

O segundo nível possui as variáveis relacionadas as condições de saúde: saber seu diagnóstico (sim, não), internação em hospital psiquiátrico (sim, não), uso de psicofármaco (sim, não), idade que descobriu sofrimento psíquico (categorizada em até 20, 21/40, 41/60, 61 ou mais anos), possui outro problema de saúde (sim, não), fuma (sim, não) e saúde física nas últimas 4 semanas (ruim, regular, boa, muito boa, excelente). No terceiro nível estão as variáveis de suporte social: com quem vive (sozinho, companheiro, filho, outro membro da família, amigos e outros, mãe/pai) e participação da família no tratamento (desfavorável, indiferente, favorável).

O quarto nível se constitui pelas variáveis de características do serviço: possui técnico de referência (sim, não), participa de grupo (sim, não), participa de oficina (sim, não), participa de atendimento individual (sim, não), tempo que está no serviço (6 meses, 7 a 12 meses, 1 a 2 anos, 3 a 5 anos, 5 anos), visita domiciliar (sim, não), quem encaminhou (Própria Decisão, Familiar, Amigo, Profissional ou Serviço de Saúde, Policia/Judiciário), facilidade de chegar ao CAPS (difícil, mais ou menos, fácil), participa do processo de avaliação do CAPS (sim, não), voltaria ao CAPS (não, indiferente, sim), participa de geração de renda (sim, não). No nível mais proximal ao desfecho ficou apenas a

---

<sup>2</sup> Foi considerado Salário Mínimo o equivalente ao salário mínimo nacional do período em que foram coletados os dados, a saber R\$545,00, de acordo com a Lei nº 12.382 de 25 de fevereiro de 2011.

variável jornada de trabalho (integral/parcial, não trabalha, trabalho eventual, estágio/outro).

Os dados sofreram dupla digitação por digitadores independentes no software EPI-INFO 6.4. A limpeza dos dados ocorreu por comparação dos dois arquivos e avaliação de erros de amplitude e consistência. A base de dados foi utilizada para as correções necessárias. Para análise dos dados, utilizou-se o software Stata 9.0, sendo realizadas análises dos escores da escala EMP por meio do cálculo das médias e desvios-padrão dos itens, das subescalas e dos escores globais do instrumento. Além de análises estatísticas descritivas e analíticas, com as porcentagens de melhora percebida, Odds Ratio (OR) bruta e ajustada, intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e p valores, das variáveis sócio-demográficas, econômicas, condições de saúde, suporte social e características do serviço. Para as associações, foi adotado o nível de significância de  $p < 0,05$  e testadas as comparações pelo teste do qui quadrado. Para análise ajustada foram mantidas no modelo as variáveis com  $p \leq 0,20$ , com o intuito de controlar possíveis fatores de confusão relacionados às variáveis do mesmo nível e de níveis seguintes.

## **Resultados**

O perfil demográfico dos usuários de CAPS da região Sul do Brasil é composto por maioria do sexo feminino (59,24%), solteiros (45,46%), maioria possui ensino fundamental incompleto (48,99%) e não trabalham (83,08%). A grande maioria tem conhecimento sobre o seu diagnóstico, totalizando 70,63% (1.1128) usuários, além de que 95,55% (1.510) fazem uso de psicofármaco, 63,48% (1.008) participa de oficinas e 66,31% (1.053) tem atendimento individual.

Na Tabela 1, pode-se observar as médias de cada item, das subescalas, do item global e da escala global. Os dados referentes às porcentagens de pacientes que perceberam melhora com o início do tratamento também mostram um resultado global elevado. Do total de usuários, 84,85% perceberam a ocorrência de melhora, na sua vida em geral, desde o início do tratamento. Ao que na escala global apenas 55,38% perceberam melhora.

Pode-se observar que o escore médio global de percepção de mudança foi de 2,51 (DP  $\pm$  0,41). Os resultados das subescalas mostraram que as médias obtidas variaram de 2,40 (DP  $\pm$  0,48), na dimensão "Ocupação e saúde física", a 2,60 (DP  $\pm$  0,44), na dimensão "Aspectos psicológicos e sono".

Destaca-se o item Sexualidade, que apresenta o valor mais elevado de piora, com 21,65% e sem mudança, com 48,90% e média mais baixa (2,08). Ainda quando se analisa o item global e a escala global percebe-se uma diferença considerável entre a prevalência de sem mudança, com 12,44% e 42,54%.

Nas tabelas 2 e 3 estão descritos as prevalências da melhora percebida e os resultados da análise bruta entre a melhora e as variáveis selecionadas. A maioria que pertencia aos estados do Rio Grande do Sul e Paraná perceberam melhora (60,82% e 56,29%, respectivamente), enquanto no estado de Santa Catarina menos da metade percebeu melhora (44,58%). Estar solteiro ou viúvo tem uma percepção de melhora em 61,58% e 60%, respectivamente. O fato do sujeito não saber ler, ocasiona uma percepção de melhora em 63,16%. Apenas 48,89% das pessoas que possuem ensino superior percebem melhora e as que não possuem escolaridade tem prevalência de 61,62% de melhora. Dos sujeitos que já foram internados em Hospital Psiquiátrico 61,83% percebem melhora, enquanto 50,86% dos que nunca foram internados em Hospital Psiquiátrico percebem melhora.

Os sujeitos que vivem com companheiro ou filho percebem com menor prevalência a melhora (47,86% e 47,73%, respectivamente), enquanto viver com mãe/pai, outro membro da família ou com amigos ou outros percebem em sua grande maioria a melhora (64,36%, 63,98% e 62,82%, respectivamente). Aqueles que estão em tratamento a mais de 5 anos percebem melhora em sua grande maioria, com 62,87%. Já aqueles que estão em tratamento há seis meses ou menos percebem melhora em menor prevalência, apenas 47,70% dos sujeitos.

Aqueles que participam do processo de avaliação do CAPS e que consideram ser fácil chegar ao CAPS percebem em sua grande maioria melhora, com prevalência de 60,67% e 61,43%, respectivamente.

As variáveis que mostraram-se associadas estatisticamente com a melhora foram: estado, tipo de CAPS, sexo, estado civil, sabe ler, sabe seu

diagnóstico, internação em hospital psiquiátrico, possui outro problema de saúde, idade que descobriu sofrimento psíquico, saúde física nas últimas quatro semanas, com quem vive, participação da família no tratamento, participa de oficina, tempo que está no serviço, recebeu visita domiciliar do CAPS, quem encaminhou para o CAPS, facilidade de chegar ao CAPS, participa do processo de avaliação do CAPS, voltaria ao CAPS e participa de geração de renda.

Na tabela 4 percebe-se, após o ajuste, que os homens têm 25% de chances maiores de perceberem melhora no tratamento do que as mulheres. Ser do estado do Rio Grande do Sul aumenta em 59% as chances de perceber a melhora. Estar solteiro aumenta as chances de melhora em 67%, quando comparado a pessoas casadas ou que vivem com companheiro. Considerar sua saúde nas últimas quatro semanas muita boa aumenta aproximadamente 11 vezes a percepção da melhora no tratamento em relação a quem considerou sua saúde ruim. Já quem é favorável à participação da família no seu tratamento tem aproximadamente 3 vezes mais chances de perceber a melhora dos que são desfavoráveis.

As variáveis: tipo de CAPS, escolaridade, plano de saúde, internação em hospital psiquiátrico, há quanto tempo está no serviço, perderam relevância estatística, no entanto foram mantidas no modelo, por serem possíveis confundidoras.

A partir das tabelas percebe-se que algumas variáveis estavam associadas antes da regressão logística, mas perderam associação com a mudança após. As variáveis foram Tipo de CAPS, Internação em Hospital Psiquiátrico e Tempo que está no serviço.

A variável idade não está associada antes da regressão logística, no entanto após passou a estar associada.

## **Discussão**

Nunes e Torrenté (2009) apontam que apesar de toda transformação na política de atenção a saúde mental, ainda há dificuldades em apontar quais dimensões devem se concentrar os esforços para a superação de processos que estigmatizam os sujeitos, como o modelo asilar.

Neste sentido, este estudo consegue apontar algumas dimensões e fatores associados em que apresentam potencial significativo na melhora, e dimensões e fatores associados que necessitam de maiores esforços. Como pode ser observado a seguir.

Ao se analisar os itens específicos da escala, a maior porcentagem de melhora percebida se referiu aos problemas pessoais dos pacientes, sendo que 76,99% deles relataram perceber melhora nesse aspecto desde o início do tratamento. Este índice é semelhante ao de outros dois estudos que encontraram 81,90% (CESARI; BANDEIRA, 2010), 81,00% (COSTA; BANDEIRA; CAVALCANTI; SCALON, 2011).

O item que apresentou maior quantitativo de usuários que perceberam piora desde o início do tratamento se referiu à sexualidade com 21,65% dos usuários, indo ao encontro com dois estudos (SILVA; BANDEIRA; SCALON; QUAGLIA, 2012, COSTA; BANDEIRA; CAVALCANTI; SCALON, 2011), 26% e 21,80% respectivamente. No entanto, em outro estudo o item que houve maior piora foi 26,4% na saúde física (CESARI; BANDEIRA, 2010).

Com relação aos resultados das subescalas, pode-se constatar que, na subescala “Ocupação e saúde física”, o maior índice de melhora encontrado se referiu ao Interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa, com um total de 62,82% dos sujeitos. Quanto à percepção de ausência de mudança e de piora, o maior índice, 48,90% e 26,40%, respectivamente, sendo relacionado à sexualidade. Já no estudo de Cesari e Bandeira (2010), o maior índice de melhora percebida, nesta subescala, foi a capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões 59,7%, e o maior índice de piora foi 26,4% na saúde física.

Como se pode perceber, a sexualidade é um item de grande destaque na percepção de mudança, podendo estar relacionada a diversos fatores. Estudos apontam que a sexualidade dos usuários do CAPS é negada, censurada e silenciada pelos profissionais do CAPS e pela construção histórica da sexualidade na sociedade, o que pode dificultar a percepção de melhora, já que não podem expressar sua sexualidade. (MIRANDA, FUREGATO, AZEVEDO, 2008; SANTOS, 2009).

Em se tratando da subescala “Aspectos psicológicos e sono”, a média apresentada 2,60 corrobora com Cesari e Bandeira (2010) e Picoli (2013), que apresentam média de 2,62 e 2,70, respectivamente. E na subescala

“Relacionamentos e estabilidade emocional”, a média apresentada foi de 2,58, valor superior aos 2,44 encontrados por Cesari e Bandeira (2010) e inferior aos 2,69 encontrados por Picoli (2013).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, entende-se a família com uma unidade do cuidado, possibilitando que os usuários permaneçam com a mesma (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, BIELEMANN et al, 2009). No item da escala “Convivência com sua Família”, 67,91% dos usuários perceberam melhora com o tratamento. Neste sentido, percebe-se que a participação da família no contexto da reabilitação favorece a melhora percebida pelos usuários, salientando-se que aqueles usuários que são favoráveis à participação da família tendem a ter aproximadamente 3 vezes mais chances de perceber melhora do que os desfavoráveis.

Ao analisar as diferenças regionais, percebe-se que os usuários do Rio Grande do Sul têm maior prevalência de percepção de melhora (60,82%) do que os estados do Paraná (56,29%) e Santa Catarina (44,58%). Isto pode estar relacionado ao fato do Rio Grande do Sul ser um dos estados do Brasil pioneiros na área, com a implementação de legislação específica (CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009), além de possuir a maior cobertura de CAPS por habitante da região sul (BRASIL, 2012).

Percebe-se que os usuários com menor grau de escolaridade e idade mais avançada apresentam tendência maior a perceber melhora, quando comparados aos com maior grau de escolaridade e mais novos. Alguns estudos tem associado ao fato de que sujeitos com menor escolaridade e mais velhos tendem a ter menores expectativas em relação ao tratamento, sendo mais sensíveis a qualquer melhora percebida (CESARI; 2010, ESPERIDIÃO; TRAD, 2006, SILVA; BANDEIRA; SCALON; QUAGLIA, 2012).

Apesar da avaliação positiva de percepção de melhora de usuários que estão nos CAPS de 3 a 5 anos e 5 anos ou mais, necessita-se de cautela, pois este dado pode mascarar uma nova forma de cronificação do sujeitos. Estes agora não ficam mais presos e isolados fisicamente, mas ficam institucionalizados e dependentes do serviço, tendo dificuldades de transitar pela sociedade, devido a dificuldade em colaborar na construção da autonomia deste sujeito.

No entanto, este estudo, por si só, não é suficiente para afirmar tal cronificação, pois se sabe que há usuários oriundos de longas internações psiquiátricas que tem maior dificuldade de se adaptar a nova realidade, e também usuários que a medida que melhoram se afastam do serviço, e quando tem uma crise voltam a frequentar o serviço (PANDE; AMARANTE, 2011, COSTA; PAULON, 2012).

Paralelo a isto, um importante ponto a se destacar no processo de reabilitação psicossocial, é justamente o empoderamento e desenvolvimento da autonomia deste sujeito com o seu processo de significação.

Neste estudo pode-se perceber que a maioria dos usuários que participam do processo de avaliação do CAPS, consideram mais fácil chegar ao CAPS e trabalham com uma percepção de melhora mais elevada. Isto poderia estar relacionado a um processo de participação social e desenvolvimento de autonomia, pois há uma subjetivação deste processo que se dá na busca pelo pertencimento do sujeito a determinado espaço, grupo ou território. Assim, o CAPS seria um destes lugares, possibilitando a construção de uma trajetória singular, resignificando e reivindicando seu espaço na sociedade.

Ainda Santos (2009) aponta que o CAPS é um dos primeiros espaços de participação na esfera pública, colaborando positivamente para o sujeito se reconhecer como cidadão.

Quando questionados se voltariam ao CAPS, caso necessitassem novamente, 1542 usuários apontaram que sim, e destes, os que perceberam melhora têm 3 vezes mais uma melhora significativa no seu tratamento em relação aos que não voltariam. Segundo Nunes e Torrenté (2009), os usuários apontam como positivos a maioria dos aspectos relacionados ao CAPS, e que era satisfatório, o que poderia contribuir para sua percepção de melhora e consequentemente voltariam ao CAPS caso necessitassem.

Este estudo pode ter algumas limitações, devido a ser um estudo transversal, que caracteriza a percepção do sujeito apenas naquele momento. Além de não possibilitar fazer uma associação causal entre os fatores e a melhora percebida.

### **Considerações Finais**

A partir dos resultados apresentados pode-se inferir grande associação da melhora percebida com os fatores relacionados a estado, sexo, idade, estado civil, se sabe ler, idade que descobriu o sofrimento psíquico, saúde física nas últimas quatro semanas, participação da família no tratamento, quem encaminhou para o CAPS, facilidade de chegar ao CAPS, participa do processo de avaliação do CAPS e se voltaria ao CAPS.

Salienta-se que os fatores que estão mais associados a melhora percebida, são fatores mais intimamente ligados ao sujeito em si, do que ao serviço ou sociedade. Necessitando, neste sentido, maior aprofundamento das investigações da estrutura do serviço, e de como se efetiva as trocas sociais.

Este estudo apontou aspectos que não apresentaram melhora ou ainda apresentam piora, necessitando focar nestes aspectos durante o tratamento. O principal apontamento se relacionou com a sexualidade do sujeito, podendo estar relacionada a diversos fatores sociais e individuais. Aqui cabe destacar a importância de estudos que consigam propor estratégias para melhorar a sexualidade dos sujeitos, e podendo inclusive melhorar a inserção e trocas sociais do sujeito.

Paralelamente apontou aspectos que apresentaram melhora elevada, demonstrando que o tratamento está sendo efetivo e que a reforma psiquiátrica poderia estar contribuindo positivamente na transformação do cuidado em saúde mental na vida destes sujeitos.

Por fim, acredita-se que estudos como este são necessários para contribuir na consolidação a Reforma Psiquiátrica e um cuidado singular as pessoas em sofrimento psíquico, de forma que não anule a existência do sujeito.

### **Referências**

BANDEIRA, M. B.; et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicol. Reflex. Crit.** 2011, vol.24, n.2, pp. 236-244.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; COSTA, S. C.; CESARI, L. Avaliação dos serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **J Bras Psiquiatr.** Vol.58, n.2, p.107-14, 2009.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto - enferm.**, vol.18, n.1, pp. 131-139. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> (acesso em 21/01/2013)

CESARI, L. **Percepção de Mudança e Qualidade de Vida em Pacientes com Esquizofrenia.** 2010. 141p. [Dissertação] Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei. 2010.

CESARI, L; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **J. bras. psiquiatr.**, vol.59, n.4, pp. 293-301. 2010.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D.. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, n.1, pp. 117-128. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.11, n.3, pp. 705-711. 2006.

COSTA, C. S.; BANDEIRA, M.; CAVALCANTI, R. L. A. e SCALON, J. D.. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, vol.27, n.5, pp. 995-1007. 2011.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M.. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, vol.36, n.95, pp. 572-582. 2012.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], p.180-198. 2011. Disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

DONABEDIAN, Avedis. **La calidad de la atención medica: definición y metodos de evaluación**. Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194 p.

ESPERIDIAO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**. vol.22, n.6, pp. 1267-1276. 2006.

MERCIER, C.; LANDRY, M.; CORBIERE, M.; PERREAULT, M. Measuring clients' perception as outcome measurement. In: ROBERTS, A. R.; YEAGER, K. R. **Evidence-based Practice Manual: Research an Outcome Measures in Health and Human Services**. Oxford: University Press; 2004, p. 904-9.

MUSSI, S. V.; BANDEIRA, M **Fatores associados à percepção pelos familiares dos serviços de saúde mental** (Relatório de pesquisa/2009), São João del-Rei, MG, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei. 2009.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.4, pp. 2067-2076. 2011.

PICOLI, C. M. C.. **ADESÃO DE USUÁRIOS DE CRACK AO TRATAMENTO NUM CAPS I DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**. 2013. 135p. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2013.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A.. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.42, n.1, pp. 127-134. 2008.

SILVA, M. A.; BANDEIRA, M.; SCALON, J. D.; QUAGLIA, M. A. C.. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **J. bras. psiquiatr.**, vol.61, n.2, pp. 64-71. 2012.

SILVA, M.; BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P. As mudanças percebidas pelo paciente em função do seu tratamento em serviços de saúde mental. **Anais do VI Congresso de Produção Científica da UFSJ. São João del-Rei. 2007.**

WHO. **Atlas de salud mental em el mundo 2001**. Determinantes de la Salud Mental y Poblaciones Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.

**Tabela 1- Médias, desvio padrão e proporção da escala e subescalas, relacionados a Mudança Percebida pelos usuários de CAPS do Sul do Brasil, 2011.**

<b>Itens</b>	<b>Médias* e desvio padrão</b>	<b>% Piora</b>	<b>% Sem mudança</b>	<b>% Melhora</b>
<b>Ocupação e Saúde Física</b>	<b>2,40 (0,48)</b>	<b>7,05</b>	<b>48,71</b>	<b>44,24</b>
Atividades de lazer	2,45 (0,71)	13,12	28,58	58,30
Energia	2,41 (0,75)	15,85	26,96	57,20
Tarefas de casa	2,44 (0,71)	13,00	29,97	57,03
Capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	2,48 (0,68)	10,45	31,41	58,14
Interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	2,51 (0,70)	11,87	25,32	62,82
Sexualidade	2,08 (0,71)	21,65	48,90	29,45
Apetite	2,45 (0,70)	11,79	31,02	57,19
Saúde física	2,37 (0,73)	14,83	33,69	51,48
<b>Aspectos Psicológicos e sono</b>	<b>2,60 (0,44)</b>	<b>2,83</b>	<b>33,79</b>	<b>63,37</b>
Confiança em você mesmo	2,63 (0,60)	6,51	24,21	69,28
Humor	2,64 (0,59)	5,86	24,62	69,52
Problemas pessoais	2,72 (0,55)	5,11	17,91	76,99
Interesse pela vida	2,63 (0,61)	6,89	22,69	70,42
Capacidade de suportar situações difíceis	2,50 (0,69)	10,93	28,23	60,84
Sono	2,51 (0,72)	13,48	22,17	64,36
<b>Relacionamentos e estabilidade emocional</b>	<b>2,58 (0,47)</b>	<b>4,09</b>	<b>39,14</b>	<b>56,77</b>
Convivência com seus amigos ou amigas	2,57 (0,63)	7,43	28,65	63,91
Estabilidade das suas emoções	2,60 (0,62)	7,01	25,65	67,34
Convivência com as outras pessoas	2,58 (0,61)	6,37	29,32	64,31
Convivência com sua família	2,59 (0,66)	9,29	22,80	67,91
<b>Item Global - Avaliação Global das Mudanças</b>	<b>2,83 (0,45)</b>	<b>2,71</b>	<b>12,44</b>	<b>84,85</b>
<b>Escala Global</b>	<b>2,51 (0,41)</b>	<b>2,08</b>	<b>42,54</b>	<b>55,38</b>

\* Foram considerados valores de 1 a 1,5 para Piora, valores de 1,51 a 2,5 para Sem mudança e valores de 2,51 a 3 para Mudança.

**Tabela 2: Prevalência e razão de Odds Ratio (OR) de melhora percebida de acordo com variáveis a seguir, em usuários de CAPS da região Sul do Brasil, 2011. (n=1.589)**

Variável	n	Melhora	OR (IC 95%)	p valor
<b>Estado</b>				<0,0001
Santa Catarina	397	44,58%	1	
Parana	485	56,29%	1,60 (1,23 – 2,09)	
Rio Grande do Sul	707	60,82%	1,93 (1,50 – 2,47)	
<b>Tipo de CAPS</b>				0,0114
CAPS I	912	55,70%	1	
CAPS II	518	58,11%	1,10 (0,89 – 1,37)	
CAPS III	159	44,65%	0,64 (0,46 – 0,90)	
<b>Sexo</b>				0,0011
Feminino	942	52,02%	1	
Masculino	647	60,28%	1,40 (1,14 – 1,71)	
<b>Idade</b>				0,1600
Até 20 anos	51	60,78	1	
21 a 40 anos	593	51,77	0,69 (0,39 – 1,24)	
41 a 60 anos	802	56,98	0,86 (0,48 – 1,53)	
61 anos ou mais	110	59,09	0,93 (0,47 – 1,84)	
<b>Estado Civil</b>				<0,0001
Casado/com companheiro	557	48,65	1	
Solteiro	721	61,58	1,69 (1,35 – 2,12)	
Viúvo	75	60,00	1,58 (0,97 – 2,59)	
Separado/divorciado	227	51,10	1,10 (0,81 – 1,50)	
<b>Sabe Ler</b>				0,0207
Sim	1399	54,32	1	
Não	190	63,16	1,44 (1,05 – 1,97)	
<b>Escolaridade</b>				0,1799
Ensino Superior	90	48,89	1	
Ensino Médio	374	54,55	1,26 (0,79 – 1,99)	
Ensino Fundamental	923	54,82	1,27 (0,82 – 1,96)	
Sem escolaridade	198	61,62	1,68 (1,02 – 2,78)	
<b>Renda Familiar</b>				0,1163
≤ 1 SM	386	58,55	1,31 (0,99 – 1,72)	
>1 a 2 SM	437	51,95	1	
> 2 SM	456	52,63	1,03 (0,79 – 1,34)	
<b>Plano de Saúde</b>				0,1584
Não Possui	1.389	54,72	1	
Possui	200	60,00	1,24 (0,92 – 1,68)	
<b>Sabe seu Diagnóstico</b>				0,0124
Não	465	60,22	1	
Sim	1.124	53,38	0,76 (0,61 – 0,94)	
<b>Internação em Hospital Psiquiátrico</b>				<0,0001
Não	926	50,86	1	
Sim	655	61,83	1,57 (1,28 – 1,92)	
<b>Faz uso de Psicofarmaco</b>				0,0888
Não	84	64,29	1	
Sim	1.505	54,88	0,68 (0,43 – 1,07)	
<b>Outro Problema de Saúde</b>				0,0009
Não	867	59,17	1	
Sim	720	50,83	0,71 (0,59 – 0,87)	
<b>Idade diagnóstico</b>				<0,0001
Até 20 anos	491	63,14	1	
21 a 40 anos	607	47,78	0,53 (0,42 – 0,68)	
41 a 60 anos	285	51,58	0,62 (0,46 – 0,84)	
61 anos ou mais	206	64,56	1,06 (0,76 – 1,49)	

---

				<0,0001
<b>Saúde física</b>				
Ruim	324	27,16	1	
Regular	555	46,49	2,33 (1,73 – 3,13)	
Boa	554	74,37	7,78 (5,71 – 10,61)	
Muito Boa	53	83,02	13,11 (6,15 – 27,97)	
Excelente	100	77,00	8,98 (5,31 – 15,20)	
<b>Fuma</b>				0,3367
Não	1.080	56,20	1	
Sim	509	53,63	0,90 (0,73 – 1,11)	

---

\*Continuação da Tabela 2.

**Tabela 3: Prevalência e razão de Odds Ratio (OR) de melhora percebida de acordo com as variáveis a seguir em usuários de CAPS da região Sul do Brasil(n=1.589)**

Variável	n	Melhora	OR (IC 95%)	p valor
<b>Com quem vive</b>				<0,0001
Sozinho	209	54,07	1	
Companheiro	560	47,86	0,78 (0,57 – 1,07)	
Filho	176	47,73	0,76 (0,52 – 1,16)	
Outro membro da Família	161	63,98	1,51 (0,99 – 2,30)	
Amigos e outros	79	62,82	1,64 (0,96 – 2,80)	
Mãe/Pai	404	64,36	1,53 (1,09 – 2,16)	
<b>Participação da Família no tratamento</b>				<0,0001
Desfavorável	158	35,44	1	
Indiferente	103	40,78	1,25 (0,75 – 2,09)	
Favorável	1.309	58,98	2,62 (1,87 – 3,69)	
<b>Possui Técnico de Referência</b>				0,5559
Não	579	56,30	1	
Sim	995	54,77	0,94 (0,77 – 1,16)	
<b>Participa de Grupo</b>				0,1113
Não	785	53,38	1	
Sim	795	57,36	1,18 (0,96 – 1,43)	
<b>Participa de Oficina</b>				0,0243
Não	575	51,65	1	
Sim	1.005	57,51	1,27 (1,03 – 1,56)	
<b>Participa de Atendimento Individual</b>				0,7444
Não	532	56,02	1	
Sim	1.048	55,15	0,97 (0,78 – 1,19)	
<b>Tempo que está no serviço</b>				0,0023
6 meses	348	47,70	1	
7 a 12 meses	135	57,78	1,50 (1,01 – 2,24)	
1 a 2 anos	400	56,25	1,41 (1,06 – 1,88)	
3 a 5 anos	329	54,10	1,29 (0,96 – 1,75)	
5 anos	334	62,87	1,86 (1,37 – 2,52)	
<b>Recebeu Visita Domiciliar do CAPS</b>				0,0379
Não	1.051	53,57	1	
Sim	530	59,06	1,25 (1,01 – 1,55)	
<b>Quem encaminhou para o CAPS</b>				0,0032
Própria Decisão	141	64,54	1	
Familiar	304	61,84	0,89 (0,59 – 1,35)	
Amigo	86	55,81	0,69 (0,40 – 1,20)	
Profissional ou Serviço de Saúde	956	51,88	0,59 (0,41 – 0,86)	
Polícia/Judiciário	79	49,37	0,54 (0,31 – 0,94)	
<b>Facilidade de chegar ao CAPS</b>				<0,0001
Difícil	256	39,45	1	
Mais ou menos	215	43,72	1,19 (0,83 – 1,72)	
Facil	1.115	61,43	2,45 (1,85 – 3,23)	

---

<b>Participa do processo de avaliação do CAPS</b>				0,0021
Não	1.039	52,55	1	
Sim	534	60,67	1,39 (1,13 – 1,72)	
<b>Voltaria ao CAPS</b>				0,0016
Não	34	29,41	1	
Indiferente	8	25,00	0,8 (0,14 – 4,66)	
Sim	1.542	56,23	3,08 (1,46 – 6,49)	
<b>Participa de Geração de Renda</b>				0,0102
Não	1.260	53,73	1	
Sim	321	61,68	1,39 (1,08 – 1,78)	
<b>Jornada de Trabalho</b>				0,3891
Integral/Parcial	160	59,38	1	
Não trabalha	1.231	55,97	0,87 (0,62 – 1,22)	
Trabalho eventual	67	59,70	1,01 (0,57 – 1,81)	
Estágio/outro	24	70,83	1,66 (0,65 – 4,23)	

---

\*Continuação da Tabela 3

**Tabela 4: Análise ajustada do efeito das variáveis independentes sobre a melhora percebida em usuários de CAPS da região sul do Brasil, 2011.(n=1.589)**

Variável	OR* (IC 95%)	p valor
<b>Estado</b>		0,0012
Santa Catarina	1	
Parana	1,56 (1,18 – 2,06)	
Rio Grande do Sul	1,59 (1,21 – 2,09)	
<b>Tipo de CAPS</b>		0,1176
CAPS I	1	
CAPS II	0,99 (0,79 – 1,25)	
CAPS III	0,69 (0,47 – 0,99)	
<b>Sexo</b>		0,0420
Feminino	1	
Masculino	1,25 (1,01 – 1,57)	
<b>Idade</b>		0,0464
Até 20 anos	1	
21 a 40 anos	0,79 (0,44 – 1,44)	
41 a 60 anos	1,09 (0,60 – 1,99)	
61 anos ou mais	1,14 (0,56 – 2,33)	
<b>Estado Civil</b>		0,0004
Casado ou vive com companheiro	1	
Solteiro	1,67 (1,30 – 2,15)	
Viúvo	1,49 (0,89 – 2,50)	
Separado/divorciado	1,07 (0,78 – 1,47)	
<b>Sabe Ler</b>		0,0395
Sim	1	
Não	1,26 (0,95 – 26,50)	
<b>Escolaridade</b>		0,1825
Ensino Superior	1	
Ensino Médio	1,38 (0,86 -2,21)	
Ensino Fundamental	1,32 (0,84 – 2,07)	
Sem escolaridade	0,34 (0,63 -1,83)	
<b>Plano de Saúde</b>		0,1443
Não Possui	1	
Possui	1,26 (0,92 – 1,73)	
<b>Internação em Hospital Psiquiátrico</b>		0,0911
Não	1	
Sim	1,23 (0,97 – 1,57)	
<b>Idade do diagnóstico</b>		0,0001
Até 20 anos	1	
21 a 40 anos	0,54 (0,41 – 0,72)	
41 a 60 anos	0,61 (0,42 – 0,89)	
61 anos ou mais	1,02 (0,67 – 1,56)	
<b>Saúde física nas últimas 4 semanas</b>		<0,0001
Ruim	1	
Regular	2,30 (1,69 – 3,15)	
Boa	7,59 (5,43 – 10,61)	
Muito Boa	11,14 (5,01 – 24,39)	
Excelente	9,83 (5,62 – 17,20)	
<b>Participação da Família no tratamento</b>		<0,0001
Desfavorável	1	
Indiferente	1,18 (0,66 – 2,12)	
Favorável	2,82 (1,91 – 4,15)	

---

<b>Tempo que está no serviço</b>		0.1748
6 meses	1	
7 a 12 meses	1,68 (1,04 – 2,73)	
1 a 2 anos	1,31 (0,93 – 1,85)	
3 a 5 anos	1,05 (0,73 – 1,52)	
5 anos	1,27 (0,87 – 1,88)	
<b>Quem encaminhou para o CAPS</b>		0.0094
Própria Decisão	1	
Familiar	0,63 (0,38 – 1,04)	
Amigo	0,49 (0,25 – 0,95)	
Profissional ou Serviço de Saúde	0,48 (0,31 – 0,75)	
Polícia/Judiciário	0,40 (0,20 – 0,79)	
<b>Facilidade de chegar ao CAPS</b>		0.0001
Difícil	1	
Mais ou menos	1,29 (0,83 – 2,01)	
Facil	2,01 (1,43 – 2,82)	
<b>Participa do processo de avaliação do CAPS</b>		0.0009
Não	1	
Sim	1,57 (1,20 – 2,040)	
<b>Voltaria ao CAPS</b>		0.0120
Não	1	
Indiferente	0,97 (0,12 – 7,63)	
Sim	3,41 (1,34 – 8,69)	

---

\*Conforme modelo hierárquico

\*Continuação ds Tabela 4

## **IV – ANEXOS**

## Anexo 1

  <p style="text-align: center;"> <b>Universidade Federal de Pelotas</b>  <b>Faculdade de Enfermagem</b>  <b>Departamento de Enfermagem</b> </p>	
<b><i>CAPSUL2 - Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil</i></b>	
<b>Questionário para o Usuário do CAPS</b>	
*Questionário adaptado com as variáveis a serem utilizadas	
8. Qual sua idade? _ _ _ anos	uid _ _ _
9. Sexo:                   ( 1 ) feminino                   ( 2 ) masculino	usx _
13. Qual seu atual estado civil?  ( 01 ) solteiro                   ( 02 ) casado ou vive com companheiro  ( 03 ) separado                   ( 04 ) divorciado  ( 05 ) viúvo                   ( 06 ) outro, qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	uetcv _ _
15. O(a) Sr. (a) sabe ler?   ( 0 ) não                   ( 1 ) sim	usler _
16. Se sim, até que série o(a) Sr. (a) estudou? _____  ( 01 ) sem escolaridade  ( 02 ) ensino fundamental completo                   ( 07 ) curso técnico incompleto  ( 03 ) ensino fundamental incompleto                   ( 08 ) ensino superior completo  ( 04 ) ensino médio completo                   ( 09 ) ensino superior incompleto  ( 05 ) ensino médio incompleto                   ( 10 ) pós-graduação completa  ( 06 ) curso técnico completo                   ( 11 ) pós-graduação incompleta	unescl _ _
18. Se o(a) Sr. (a) atualmente está trabalhando, explique como é sua jornada de trabalho:  ( 01 ) jornada integral remunerada                   ( 05 ) não trabalha  ( 02 ) jornada parcial remunerada                   ( 06 ) trabalho eventual  ( 03 ) jornada integral não remunerada                   ( 07 ) outro, qual? _ _ _ _ _ _ _	ujorw _ _





( 3 ) Indiferente	( 5 ) Sim, com certeza			
<b>ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA PELO PACIENTE (EMP – PACIENTE)</b>				
<b>67. Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no CAPS e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.</b>				
Para cada item abaixo, dizer: “Desde que você começou a se tratar aqui,..”.	<b>Pior do que antes</b>	<b>Sem mudança</b>	<b>Melhor do que antes</b>	
a. Seus problemas pessoais	(1)	(2)	(3)	spp_ _
b. Seu humor	(1)	(2)	(3)	sh_ _
c. A estabilidade das suas emoções	(1)	(2)	(3)	ese_ _
d. Sua confiança em você mesmo	(1)	(2)	(3)	scvm_ _
e. Seu interesse pela vida	(1)	(2)	(3)	siv_ _
f. Sua capacidade de suportar situações difíceis	(1)	(2)	(3)	cssd_ _
g. Seu apetite	(1)	(2)	(3)	sa_ _
h. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	(1)	(2)	(3)	se_ _
i. Seu sono	(1)	(2)	(3)	ss_ _
j. Sua saúde física (Dores, tremores, etc.)	(1)	(2)	(3)	ssf_ _
l. Sua sexualidade (satisfação sexual)	(1)	(2)	(3)	ssx_ _
m. Sua convivência com sua família	(1)	(2)	(3)	scsf_ _
n. Sua convivência com seus amigos ou amigas	(1)	(2)	(3)	scsa_ _
o. Sua convivência com as outras pessoas	(1)	(2)	(3)	scop_ _
p. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	(1)	(2)	(3)	sito_ _
q. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	(1)	(2)	(3)	sal_ _
r. Suas tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	(1)	(2)	(3)	stc_ _
s. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	(1)	(2)	(3)	scod_ _
t. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	(1)	(2)	(3)	ctge_ _

**Anexo 2****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM****Carta de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa**

Eu, Luciane Prado Kantorski, coordenadora da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil (CAPSUL II) desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, autorizo o pós-graduando Uiasser Thomas Franzmann a utilizar os dados da pesquisa citada anteriormente para a sua Dissertação, desde que respeite os princípios éticos, ou seja, mantendo o anonimato dos sujeitos e a responsabilização para com a pesquisa.

Pelotas, 06 de dezembro de 2012.

---

Luciane Prado Kantorski  
Coordenadora do CAPSUL II

### Anexo 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N ° 176/2011

Prof<sup>a</sup> Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

**PARECER PROJETO DE PESQUISA**

Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "**Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II**".

Protocolo interno N ° 017/2011

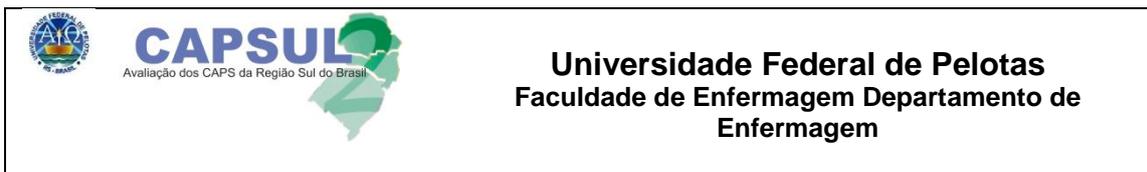
---

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilu Correa Soares  
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl  
COREN-RS 21885

## Anexo 4

**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA  
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II**", autorizando a observação, a entrevista, a realização de grupo focal e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.*

*Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo e do anonimato.*

*Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.*

LOCAL/DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**OBS:** Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas  
Prof<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski.  
Telefone: 53-39211427 ou 53 - 99832430. E mail: [kantorski@uol.com.br](mailto:kantorski@uol.com.br)  
Prof<sup>a</sup> Vanda Maria da Rosa Jardim – Fone 53-9983 4062