UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CAROLINE GONÇALVES CAVALCANTE MOREIRA

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RELACIONADA À ACESSIBILIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOIÂNIA, 2016

sistema de bibliotecas ufg

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira

Título do trabalho: Satisfação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial relacionada à acessibilidade na assistência à saúde

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [ ] NÃO[1]

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira Data: 20 /12 /2016.

Assinatura do (a) autor (a)

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

ANA CAROLINE GONÇALVES CAVALCANTE MOREIRA

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RELACIONADA À ACESSIBILIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Gestão em saúde e em enfermagem

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elizabeth Esperidião

GOIÂNIA, 2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Moreira, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante
Satisfação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial relacionada à acessibilidade na assistência à saúde [manuscrito] / Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira. - 2016.
cxix, 119 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Esperidião.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2016.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Satisfação do paciente. 2. Acessibilidade aos serviços de saúde. 3. Serviços de saúde mental. 4. Saúde mental. 5. Enfermagem Psiquiátrica. I. Esperidião, Elizabeth , orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ANA CAROLINE GONCALVES CAVALCANTE MOREIRA. Aos trinta e um dias do mês de março de dois mil e dezesseis (31/03/2016), às 14h30 min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: **Profa. Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo, Profa. Dra. Ana Lucia Queiroz Bezerra, Profa. Dra. Camila Cardoso Caixeta,** sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Auditório da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada **SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RELACIONADA À ACESSIBILIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, de autoria de **Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira,** discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da **Banca Examinadora, Profa. Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo**, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, fez a apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinada, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a Dissertação foi **APROVADA**, por unanimidade, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAUDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela Banca e com o comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e ou internacional. Cumpridas as formalidades de pauta, às 17h30min, a presidência da mesa encerrou esta sessão de defesa de Dissertação de Mestrado e, para constar eu, Mayana Paula de Souza Santos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei esta ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em quatro vias de igual teor.

Profa. Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo
Presidente da Banca e Orientadora – FEN-UFG

Profa. Dra. Ana Lucia Queiroz Bezerra
Membro efetivo, interno ao Programa – FEN -UFG

Prof. Dra. Camila Cardoso Caixeta
Membro efetivo, externo ao Programa – FEN-UFG

DEDICATÓRIA

Especialmente, a meu avô Sebastião Cavalcante, pelo incentivo à minha formação educacional desde meus primeiros anos de vida.

A meu esposo Cássio, sempre presente ao meu lado, depositando em mim confiança e segurança para vencer as dificuldades.

À minha mãe, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar todos os dias de minha vida e a quem devo eterna gratidão pelo dom da existência.

À minha orientadora Prof.ª Dr.ª Elizabeth Esperidião, por me acolher e contribuir para o meu crescimento intelectual desde a graduação, tendo paciência em entender e me ajudar a vencer as dificuldades e obstáculos neste percurso. Meu "muito obrigada".

À Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia, pelas contribuições desde a elaboração do projeto de pesquisa até a fase de qualificação. Suas correções foram imprescindíveis para o desenvolvimento da pesquisa.

À Prof.ª Dr.ª Camila Caixeta, por compartilhar suas experiências na área da saúde mental e contribuir tão ricamente para a construção deste trabalho.

Ao professor Douglas, pela parceria, especialmente na etapa de coleta de dados desta investigação.

À professora Roselma Lucchese pelo aceite gentil em participar da banca de defesa desta dissertação.

À professora Márcia Maria, pela disponibilidade e atenção dedicada a este trabalho.

À meu avô, Sebastião Cavalcante, pelo incentivo e participação no meu processo de formação educacional e profissional desde meus primeiros passos.

À minha mãe Gizelda, por estar sempre ao meu lado me apoiando e incentivando minhas escolhas.

Ao meu esposo Cássio, pela cumplicidade e paciência nesta trajetória. Obrigada pelo cuidado dispensado a mim e por me dar força para alcançar meus sonhos.

À minha família, tios e primos, por sempre estarem na torcida por mim.

Aos meus sogros e cunhados, que me acolheram em sua família e torceram pela conclusão deste sonho. Obrigada pelas orações.

Às colegas do grupo de pesquisa RECUID, Nathália, Eurides, Raquel e Adrielle pela disponibilidade e parceria incondicional.

As alunas de graduação de Enfermagem Joyce e Regiany, pela contribuição no desenvolvimento do trabalho.

À equipe do CAPS Novo Mundo, pelo apoio no desenvolvimento do estudo e por acreditarem nos frutos advindos da pesquisa, vislumbrando a melhoria da assistência ofertada aos usuários.

Aos usuários e familiares que gentilmente aceitaram participar deste estudo e acolheram toda a equipe de pesquisa com disponibilidade e atenção.

“É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”
(Fernando Pessoa)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES 12
LISTA DE TABELAS 13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 14

RESUMO 15
ABSTRACT 16
RESUMEN 17

APRESENTAÇÃO 18

1. INTRODUÇÃO 21

2. OBJETIVO 27

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 30

3.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 30
3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 35
3.3 ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE 40

4. PERCURSO METODOLÓGICO 43

4.1 TIPO DE ESTUDO 44
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO 44
4.2.1 Local *44*
4.2.2 *Caracterização do local do estudo 46*
4.3 PARTICIPANTES 48
4.4 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA 48
4.5 COLETA DE DADOS 49
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS 52
4.7 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS 53

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 54

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 55
5.2 DIMENSÕES E CATEGORIAS DE ANÁLISES 60
5.2.1 Categoria 1 - Localização e estrutura do serviço 60
5.2.2 Categoria 2 - Acolhida da equipe e ajuda recebida 69
5.2.3 Categoria 3 - Competência e compreensão da equipe 72
5.2.4 Categoria 4 - Elementos intervenientes do modelo psicossocial 77

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 83
7. REFERÊNCIAS 88

8. APÊNDICES 97

APÊNDICE 1 - Roteiro para identificar perfil sócio demográfico dos usuários..... 98
APÊNDICE 2 - Roteiro para identificar perfil sócio demográfico dos familiares 99
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... 100
APÊNDICE 4 - Questões norteadoras das entrevistas em grupo com usuários..... 103
APÊNDICE 5 - Questões norteadoras das entrevistas em grupo com familiares..... 104

9. ANEXOS 105

ANEXO 1- Escala de avaliação Satisfação dos Pacientes (SATIS-BR) 106
ANEXO 2 - Escala de avaliação Satisfação dos Familiares (SATIS-BR)..... 110
ANEXO 3 - Parecer do Comitê de Ética..... 113
ANEXO 4 - Parecer do Comitê de Ética para Emenda..... 115

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Rede de atenção à saúde mental..... 30

Figura 2. Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO..... 34

Figura 3. Mapa do estado de Goiás e sua capital..... 45

Figura 4. Distritos Sanitários de Goiânia-GO..... 45

Quadro 1. Atividades desenvolvidas no CAPS em estudo..... 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio demográficas dos usuários do CAPS..... 56

Tabela 2. Características sócio demográficas de familiares de usuários do CAPS 59

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ATLAS-ti – *Archivfuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache. Text interpretation*

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CC: Centro de Convivência

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CnR: Consultório na Rua

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

FEN: Faculdade de Enfermagem

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PIVIC: Programa de Iniciação Científica Voluntária

PNH: Política Nacional de Humanização

PNSM: Política Nacional de Saúde Mental

PSF: Programa de Saúde da Família

PTS: Projeto Terapêutico Singular

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UFG: Universidade Federal de Goiás

WHO: *World Health Organization*

RESUMO

Há recomendação de organizações de saúde internacionais para a avaliação dos serviços de saúde mental no mundo, especialmente pelos atores envolvidos na assistência, trabalhadores, usuários e familiares. No Brasil, existem vários investimentos que visam atender o modelo de atenção psicossocial, a partir das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação de usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação à acessibilidade na assistência à saúde. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza qualitativa, da qual participaram 35 usuários e 11 familiares de um CAPS do município de Goiânia-GO. Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental, observação participante, diário de campo, além de entrevistas grupais. Foram submetidos à análise de conteúdo, com auxílio do *software* ATLAS.ti e organizados em quatro categorias: *localização e estrutura do serviço, acolhimento pela equipe e ajuda recebida, competência e compreensão da equipe a respeito do problema do usuário, e elementos intervenientes do modelo psicossocial*. Os resultados mostraram que é variável a satisfação dos participantes quanto à localização do serviço, ao preparo da equipe para oferecer escuta qualificada e orientação, ao espaço para troca de saberes e vivências, entre outros aspectos. Entretanto, é comum a insatisfação especialmente em relação à estrutura física do CAPS, disponibilidade de materiais e equipamentos para realização de grupos e oficinas, assim como para atendimento a intercorrências clínicas/psiquiátricas, além da falta de serviço hospitalar de apoio a urgência e emergência. Foi discutido o acolhimento dentre as práticas oportunas de produção de saúde em que se salientou a escuta e compreensão da equipe a respeito do problema do usuário, assim como a diminuição dos sintomas relacionados ao adoecimento mental, mudanças na dinâmica familiar e redução do número de internações, a partir do tratamento recebido no serviço. É preciso, portanto, empoderar os clientes, visando sua autonomia, mesmo diante de limitações e outras adversidades. Reflete-se também a necessidade de incentivar os processos avaliativos como prática fundamental no planejamento e gestão dos serviços para melhor atender às necessidades e demandas dos usuários dos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: satisfação do paciente; acessibilidade aos serviços de saúde; serviços de saúde mental; saúde mental; enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

There are international health organizations recommendation for the evaluation of mental health services in the world especially by the actors involved in assistance, workers, users and their families. In Brazil there are several investments that aim to meet the psychosocial model of attention, from the guidelines of the national policy on mental health. This study aimed to assess the satisfaction of users and family Psychosocial Attention Center (CAPS-Brazilian acronym) with respect to accessibility in health care. This is a descriptive-exploratory research qualitative in nature, which was attended by 35 users and 11 relatives of a “CAPS” of the municipality of Goiania-GO. The data were obtained through documentary research participant observation, field journal and in addition to group interviews. Were subjected to content analysis with the aid of *software ATLAS.ti* and organized into four categories: Location and structure of the service the host team and aid received competence and understanding of the team about the problem of user, psychosocial model and elements involved. The results showed that varies the satisfaction of participants regarding the location of the service to prepare the team to offer qualified and guidance listening to space for exchange of knowledge and experiences inter alia. However dissatisfaction is common especially in relation to the physical structure of the “CAPS” availability of materials and equipment for performing groups and workshops as well to attend the clinical intercurrences/psychiatric hospital service apart from the lack of urgency and emergency support. The host was discussed among the timely production of health practices in which they stressed the listening and understanding the team about the problem of the users as well and also the reduction of symptoms related to mental illness; changes in family dynamics and reducing the number of hospitalizations from the treatment received in the service. We must therefore empower customers, targeting their autonomy, even in the face of limitations and other adversities. It reflects also the need to encourage the evaluative processes as fundamental practice in planning and management of services to better meet the needs and demands of users of mental health services.

Keywords: Patient satisfaction; health services accessibility; mental health services; mental health; psychiatric nursing.

RESUMEN

Hay recomendaciones de las organizaciones internacionales de salud para la evaluación de los servicios de salud mental en el mundo, sobre todo por los actores involucrados en la atención, trabajadores, usuarios y familias. En Brasil, hay varias inversiones diseñadas para cumplir con el modelo de atención psicosocial, sobre la base de las directrices de la Política Nacional de Salud Mental. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de los usuarios y miembros de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de la familia en relación con la accesibilidad en la atención sanitaria. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria, cualitativa, a la que asistieron 35 miembros y 11 miembros de la familia de CAPS en la ciudad de Goiânia-GO. Los datos fueron recolectados a través de la investigación documental, la observación participante, diario de campo y entrevistas grupales. Fueron sometidos a análisis de contenido, con la ayuda de software ATLAS.ti y organizados en cuatro categorías: ubicación y estructura del servicio, que aloja el equipo y ayudas recibidas, la competencia y la comprensión del personal sobre el problema del usuario, y los elementos del modelo implicados psicosocial. Los resultados mostraron que la variable es la satisfacción de los participantes en la ubicación del servicio, la preparación del equipo para proporcionar la escucha cualificado y orientación, espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias, entre otros. Sin embargo, es la insatisfacción común, especialmente en relación con la estructura física del CAPS, la disponibilidad de materiales y equipos para la realización de grupos y talleres, así como para satisfacer las complicaciones médicas / psiquiátricos, y la falta de servicios de apoyo hospital para recibir atención de emergencia. Se discute el anfitrión de las prácticas de producción de salud adecuados que hacían hincapié en la escucha y la comprensión del personal sobre el problema del usuario, y la reducción de los síntomas relacionados con la enfermedad mental, los cambios en la dinámica familiar y la reducción del número de ingresos del tratamiento recibido en el servicio. Por tanto, es necesario facultar a los clientes, por su autonomía, incluso con las limitaciones y otras adversidades. También refleja la necesidad de fomentar los procesos de evaluación como una práctica fundamental en la planificación y gestión de los servicios para satisfacer mejor las necesidades y demandas de los usuarios de los servicios de salud mental.

Palabras clave: Satisfacción del paciente; accesibilidad a los servicios de salud; servicios de salud sental; salud mental; enfermería psiquiátrica.

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo cuidado à saúde humana acompanha-me ao longo de minha vida, sendo este o principal motivo para a escolha da formação profissional na área da Enfermagem. Os anos em que cursei a graduação foram decisivos para compreender a importância do cuidado do enfermeiro na promoção e no restabelecimento da saúde das pessoas, nos distintos cenários da área da saúde. De modo especial, a disciplina Enfermagem Psiquiátrica ocasionou-me a proximidade com o campo da Saúde Mental, por valorizar a importância do ser humano em suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais, considerando o contexto social e familiar do indivíduo, bem como sua vivência na comunidade a qual faz parte.

Pouco tempo depois tive a oportunidade de participar de uma pesquisa que apresentou o panorama dos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás. Este momento foi oportuno para compreender as potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde mental, além de desenvolver uma visão crítica sobre a assistência ofertada aos usuários.

Foi assim que me inseri no contexto da área de pesquisa como aluna do Programa de Iniciação Científica (PIVIC) e também me aproximei de outros estudos de avaliação dos serviços de saúde mental, vinculados ao grupo de pesquisa Refletir para Cuidar – Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental (RECUID) da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), certificado pelo Diretório de grupos de pesquisa do CNPq.

Um destes estudos avaliou os processos de trabalho em um CAPS do município de Goiânia, tendo como sujeitos de pesquisa, os profissionais inseridos no serviço.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em 2014, decidi dar seguimento a esta pesquisa, avaliando desta vez, a satisfação de usuários e familiares quanto aos aspectos relacionados à acessibilidade a este mesmo serviço. O intuito de inserir estes participantes no processo de investigação considerou a importância da visão deles para reordenar a execução das ações assistenciais, visto que o usuário é considerado o “alvo” do serviço.

Este trabalho foi organizado de forma a possibilitar a compreensão por parte do leitor em todas suas etapas. Para tanto, a Introdução contém elementos sobre o contexto da assistência psiquiátrica no Brasil e o processo avaliativo dos serviços de

saúde mental, seguida da justificativa e do objetivo que norteou a presente investigação.

A Fundamentação Teórica dividiu-se em três capítulos. O primeiro contempla a descrição da Rede de Atenção Psicossocial, em seus distintos componentes. No segundo, são abordados aspectos relativos à avaliação dos serviços de saúde mental, abrangendo a relevância da participação de usuários e familiares neste processo. O terceiro capítulo abrange aspectos referentes à acessibilidade aos serviços de saúde.

Logo em seguida, estão descritos os passos metodológicos da investigação, desde a caracterização do cenário do estudo, dos participantes da pesquisa, planejamento e desenvolvimento da coleta de dados, análise de dados, até os preceitos éticos.

Os Resultados e Discussão estão apresentados em duas partes: a primeira, que contém a caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa e a segunda, com elementos de categorização dos dados, a qual encontra-se subdividida em quatro tópicos condizentes com as categorias: *localização e estrutura do serviço; acolhida da equipe e ajuda recebida; competência e compreensão da equipe*; *elementos intervenientes do modelo psicossocial.*

Por fim, encontram-se as Considerações Finais, com reflexões a respeito do tema estudado, a partir desta investigação.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças da assistência psiquiátrica brasileira foram legitimadas com a criação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental, estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Houve um longo processo de discussão para a efetivação desta Política, iniciada entre trabalhadores de saúde mental, sucedendo as Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992 e 2001. Neste contexto, foram propostas medidas como a implantação da rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional, desativação progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos, criação de leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, integração da saúde mental a outros programas de saúde, além de movimentos sociais (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

A PNSM busca consolidar o modelo de atenção com base comunitária que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e comunidade oferecendo cuidados com base nos seus recursos sociais.

As proposituras deste processo que indicam a criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como a inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilitaram novas abordagens e novos princípios às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura (HIRDES, 2009).

Neste sentido, vários investimentos têm sido feitos para expandir a rede de serviços de saúde mental no Brasil na busca da real efetivação das diretrizes das políticas públicas vigentes no país.

Como componente da atenção psicossocial especializada, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) revelaram-se como serviços de atenção individualizada e diferenciada, que objetivam diminuir as internações em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais (OLIVEIRA *et al.*, 2014) e têm papel estratégico na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo desde a assistência direta até a ordenação do cuidado, atuando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Diante das mudanças na assistência psiquiátrica nos últimos anos em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) recomenda a avaliação e o

monitoramento dos serviços de saúde mental, incluindo a avaliação dos resultados do tratamento.

Para avaliação da dimensão Resultado, Donabedian (1984) recomenda a medida de satisfação dos usuários que se refere às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares e que podem influenciar a continuidade do tratamento e a estabilidade na relação terapêutica entre usuário e profissional de saúde.

No que diz respeito à avaliação dos serviços substitutivos de saúde mental, vale destacar que a prática é primordial para visualizar suas potencialidades e fragilidades no atendimento a essa demanda (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Este processo de questionamento pode diminuir o risco de reproduzir o mesmo espaço de cronificação do hospital psiquiátrico (WETZEL *et al*., 2011).

A avaliação constitui-se num processo formativo que potencializa as práticas nos serviços, e, desta forma, os configura como um dos possíveis dispositivos de mudança. Uma avaliação formativa, incluindo os diversos atores envolvidos no serviço e nos processos sociais, pretende superar as limitações das avaliações tradicionais, agindo sobre as práticas de saúde a partir do entendimento daqueles que as constroem (KANTORSKI *et al.*, 2010).

Em estudo de revisão integrativa da literatura, Silva, Melo e Esperidião (2012) destacaram os aspectos mais avaliados nos serviços de saúde mental nos últimos anos: participação de usuários e familiares na assistência, adequação e/ou construção de instrumentos para avaliação dos serviços de saúde mental, e formação e/ou capacitação de profissionais para trabalhar na saúde mental.

Costa, Colugnati e Ronzani (2015) também destacaram, em estudo semelhante que as estratégias substitutivas de tratamento em saúde mental são mais eficazes do que o modelo hospitalocêntrico, sugerindo o desenvolvimento de mais pesquisas, a fim de avançar para desenvolvimento de estudos sobre os entraves da Política vigente.

As mudanças na assistência em saúde mental no país resultaram na expansão quantitativa de serviços ao longo dos últimos anos, consequentemente, aumentando a cobertura dos CAPS. Em 2002, ano que marca a primeira habilitação destes serviços, o Brasil dispunha de 0,21 CAPS para cada 100 mil habitantes. Em 2014, a cobertura aumentou para 0,86 serviços para cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

A expansão da rede de serviços é importante, no entanto, apenas este indicador isolado não garante que o usuário tenha acesso ao cuidado de saúde. É preciso conhecer outros aspectos relativos ao tratamento para saber como está sua satisfação relacionada a acessibilidade ao serviço, a fim de se ter parâmetros de avaliação da assistência oferecida.

Assim, o acesso é um importante determinante da utilização dos serviços e o uso efetivo dos serviços de saúde pode ser influenciado por fatores como barreiras geográficas, barreiras organizacionais, informacionais ou culturais (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Donabedian (1984) considera os termos *acesso* e *acessibilidade* sinônimos, e dizem respeito à facilidade do indivíduo em iniciar e manter o cuidado à saúde. Abrangem as dimensões geográfica e organizacional. A primeira refere-se à distância, tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, custo de deslocamento. A segunda abrange a adequação dos profissionais frente às necessidades dos usuários.

A respeito do aspecto geográfico, torna-se importante conhecer a satisfação dos usuários e familiares quanto à dimensão *localização e condições físicas* do serviço. A localização dos serviços de saúde é um elemento importante, pois influencia as condições de acesso, podendo atrair usuários do entorno do serviço, e também outras regiões próximas. Portanto, deve-se considerar a proximidade com a residência dos usuários, facilitada pela diversidade de opções do transporte coletivo, ou mesmo disponibilidade das vias de acesso ao serviço (SPILLER *et al*., 2009). Enquanto que o espaço físico abrange o conforto, as percepções visual, sonora e olfativa. Essas medidas propiciam a criação de ambientes acolhedores para o desenvolvimento do processo de produção em saúde (KANTORSKI *et al.*, 2012a).

O aspecto organizacional abarca as duas dimensões, *acolhida da equipe e ajuda recebida, competência e compreensão da equipe a respeito do problema do usuário*. A adequação dos profissionais relaciona-se, portanto, à capacidade da equipe em acolher o usuário no serviço e oferecer um atendimento efetivo e resolutivo que garanta a adesão do usuário ao tratamento proposto.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que implica na escuta qualificada ao usuário em suas necessidades, garantindo acesso oportuno a tecnologias adequadas e reconhecendo seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A escuta

qualificada possui potencial terapêutico e favorece o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, contribuindo para a melhoria da atenção centrada na pessoa (MAYNART *et al.*, 2014).

Quanto ao conceito de *competência*, Perrenoud (1999) a define como a capacidade de agir de forma eficaz em determinada situação, apoiada em conhecimento, utilizando recursos cognitivos, como saberes, capacidades e conhecimentos.

A competência na área da saúde envolve: comunicação, que se refere à capacidade de desenvolver diálogo, negociação e comunicação interpessoal; competência pessoal, capacidade de ter iniciativa, aprender com mudanças e assumir responsabilidade pelo trabalho; competência de cuidado, ao interagir com o usuário, levando em conta suas necessidades e valorizando a autonomia; competência sociopolítica, ao refletir sobre o trabalho, tendo consciência da qualidade e das implicações éticas decorrentes dele, ter compromisso social e desenvolver a cidadania (DELUIZ, 2001).

A avaliação destas dimensões relacionadas à assistência à saúde torna-se pertinente para subsidiar o planejamento e a gestão do cuidado, e reordenar as ações nos serviços.

Kantorski *et al*. (2010) consideram que o envolvimento dos grupos de interesse neste processo avaliativo, em especial usuários e familiares, tem como objetivos buscar questões que tenham significado para eles e potencializar a possibilidade de que o processo aprimore a capacidade de ação desses grupos.

É fundamental que os profissionais dos serviços valorizem a participação da família no processo de reabilitação psicossocial (DUARTE; KANTORSKI, 2011).

Os familiares atuam como sujeitos sociais que opinam sobre temas pertinentes aos CAPS, à organização do serviço e às políticas de saúde mental, e contribuem para a produção de uma atenção conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e com os pressupostos da reforma psiquiátrica (CAMATTA *et al.*, 2011).

As famílias devem ser empoderadas como facilitadores e agentes de avaliação do serviço, com resultados na busca da qualidade e atenção às demandas dos usuários (OLIVEIRA *et al*., 2014). De acordo com Santos e Cardoso (2014), a percepção do familiar mostra-se relevante na perspectiva de maior participação social nos processos decisórios.

Apesar da importância deste tipo de avaliação, sabe-se que ainda são poucos os estudos que avaliam a qualidade de assistência ao usuário, bem como a efetividade dos CAPS em relação às instituições manicomiais. Essa carência pode estar relacionada à baixa produção científica ou mesmo à falta de interesse dos serviços em avaliar a qualidade da assistência ofertada aos usuários (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012; TOMASI *et al.,* 2010).

Em pesquisa de Silva (2012) no estado de Goiás, ficou evidente a escassez de estudos sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde mental ressaltando a necessidade de processos avaliativos sobre a assistência em Saúde Mental no Estado, principalmente as iniciativas de avaliação dos serviços com a participação dos usuários e seus familiares.

Neste cenário, viabilizar este projeto de pesquisa remete a meta de avaliar, com base no referencial de Donabedian (1984), a satisfação com relação a acessibilidade da assistência prestada em um Centro de Atenção Psicossocial, sob a perspectiva de usuários e familiares.

Acredita-se que a avaliação da satisfação relacionada a acessibilidade é fundamental para discutir fatores que dificultam ou facilitam a continuidade do tratamento nos CAPS. Os resultados podem influenciar diretamente a eficácia e a resolutividade dos serviços. A equidade na acessibilidade favorece a integralidade na assistência também na área de saúde mental, contribuindo com a efetivação da PNSM, que objetiva garantir o atendimento aos portadores de transtornos mentais ou portadores de necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Diante desta premente necessidade de avaliação, pretende-se responder a seguinte questão de pesquisa: Os usuários e familiares estão satisfeitos com a acessibilidade ao CAPS?

Discutir as práticas de saúde dispensadas no CAPS, certamente contribuirá para a reflexão de seus pontos fortes e possíveis necessidades, de forma a atender os usuários e suas famílias com qualidade, direcionando, assim, as ações sustentadas no modelo psicossocial.

Incluir estes atores sociais no processo de avaliação dos serviços reforça sua atuação como sujeitos participantes e corresponsáveis pela transformação do cuidado sendo detentores de direitos para usufruir da assistência à saúde equânime, integral e humanizada.

2. OBJETIVO

Avaliar a satisfação de usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial em relação a acessibilidade na assistência à saúde prestada nas dimensões: localização e estrutura do serviço, acolhimento pela equipe e ajuda recebida, competência e compreensão da equipe a respeito do problema do usuário.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo encontra-se estruturado em três partes que visam fundamentar o tema em estudo. A primeira delineia o panorama da Rede de Atenção Psicossocial, identificando seus componentes. A segunda delimita aspectos teóricos sobre a avaliação da qualidade dos serviços no campo da saúde mental, incluindo a satisfação dos usuários. Por fim, a terceira parte conceitua a acessibilidade aos serviços de saúde, e identifica suas principais dimensões.

3.1 Rede de Atenção Psicossocial

A atenção psiquiátrica no Brasil, desde o ano 2001, contou com a redução dos leitos psiquiátricos em detrimento da criação dos serviços substitutivos, entre os quais se destacam os CAPS.

Este serviço tem papel estratégico na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cumprindo assistência direta e atuando como regulador da porta de entrada da rede assistencial, conforme regulamenta o Ministério da Saúde (2004) (Figura 1).

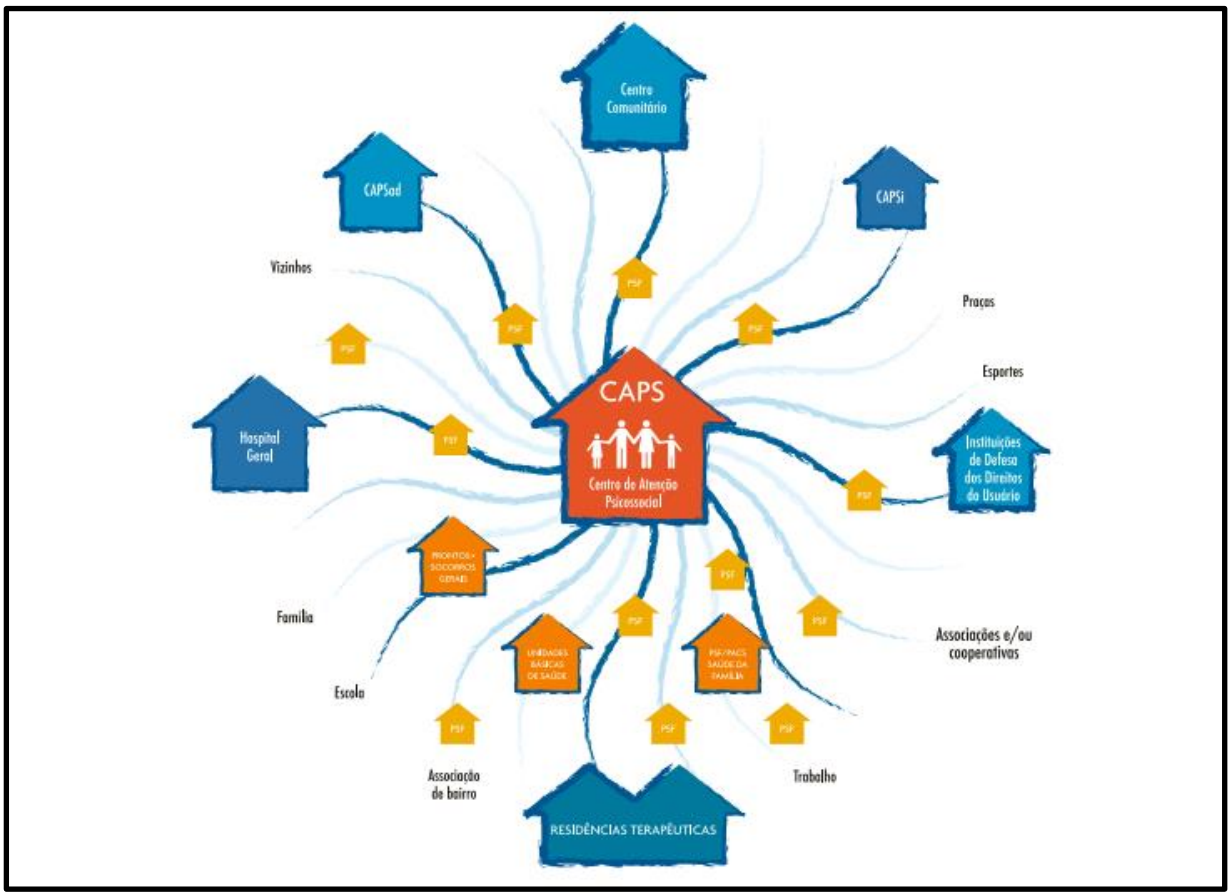

Figura 1: Rede de atenção à saúde mental.
Fonte: Ministério da Saúde (2004).

Em 2002, o Brasil contava com 424 CAPS, em 2014 este número aumentou para 2209 serviços. Isso corresponde a um aumento da cobertura de 0,21 CAPS por 100.000 habitantes para 0,86 CAPS por 100.000 habitantes em 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Neste processo de expansão da rede de serviços de saúde mental, foi criada a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabeleceu diretrizes para funcionamento dos CAPS, classificados de acordo com porte e abrangência populacional (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2002).

O CAPS I é indicado para municípios com população de 20 a 70 mil habitantes e funciona de 08h00min às 18h00min, cinco dias úteis da semana. Devem contar com equipe mínima composta por médico com formação em saúde mental, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo), profissionais de nível técnico (técnico e/ou auxiliar em enfermagem, técnico administrativo, técnico administrativo e artesão) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS II é indicado para municípios com população entre 70 a 200 mil habitantes e deve funcionar de 8h00min às 18h00min, nos cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h00min. A equipe mínima é formada por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo), profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS III atende municípios com mais de 200 mil habitantes, fornece atendimento 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Deve estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral, que faz o suporte de atenção médica, e deve ofertar retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. Oferece atendimento individual, em grupos, oficinais terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, acolhimento noturno nos feriados e finais de semana para eventual repouso/observação. A equipe mínima é formada por médico psiquiatra, enfermeiro com experiência em saúde mental, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo), e

profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar em enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPSi II é indicado para municípios com população acima de 200 mil habitantes, fornece atendimento a crianças e adolescentes. O horário de funcionamento é das 08h00min às 18h00min, durante os cinco dias úteis da semana. A equipe mínima conta com médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou pedagogo), profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os CAPS ad II atendem adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas. São indicados para municípios com mais de 70 mil habitantes e funcionam de 8h00min às 18h00min. A equipe deve contar os seguintes profissionais: médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional ou pedagogo), profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As modalidades de CAPS atendem usuários em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O atendimento intensivo destina-se a indivíduos que necessitem de acompanhamento diário. Semi-intensivo refere-se ao tratamento de usuários que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam de atendimento diário. E o regime não-intensivo refere-se a usuários que necessitam de uma frequência menor no CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ao longo do tempo, o atendimento nestes serviços foi sendo aprimorado, de forma que as ações dos CAPS podem ser realizadas em grupos, individualmente, com familiares, ou mesmo na comunidade, podendo acontecer no espaço do serviço e/ou nos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O cuidado nestes serviços substitutivos é desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado conjuntamente entre equipe, usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De acordo com Boccardo *et al.,* (2011), o PTS é uma estratégia de cuidado que objetiva garantir atenção integral, por meio do acolhimento, vínculo e responsabilização de usuários e familiares, tornando o atendimento mais adequado.

A Portaria SAS/MS n. 854/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a) define as estratégias que podem compor o PTS: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atendimento às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; promoção de contratualidade – com acompanhamento de usuários nos cenários da vida cotidiana; articulação de rede intra e intersetoriais; matriciamento de equipes da atenção básica, urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento ou apoio ao serviço residencial terapêutico.

Com vistas a oferecer assistência à saúde de forma integral e territorial, foi instituída a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) objetivando ampliar o acesso à atenção psicossocial. Esta rede conta com sete componentes: a 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 (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

A atenção básica conta com os seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e Centros de Convivência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Faz parte também da RAPS a atenção de Urgência e Emergência, que inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Atenção residencial de caráter transitório conta com as unidades de acolhimento e serviços de atenção em regime residencial, incluindo também as Comunidades Terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Atenção hospitalar, por sua vez, é constituída por enfermarias especializadas em hospital geral e serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

E por fim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, incluem-se entre as estratégias de desinstitucionalização, sendo as moradias para acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais) de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A RAPS em Goiânia conta com uma diversidade de serviços nos diferentes componentes da assistência, atendendo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) a qual recomenda assistência integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Figura 2 apresenta os serviços e seus respectivos quantitativos que atendem a demanda desta localidade e da região metropolitana, que corresponde à unificação de cidades ao redor do município.

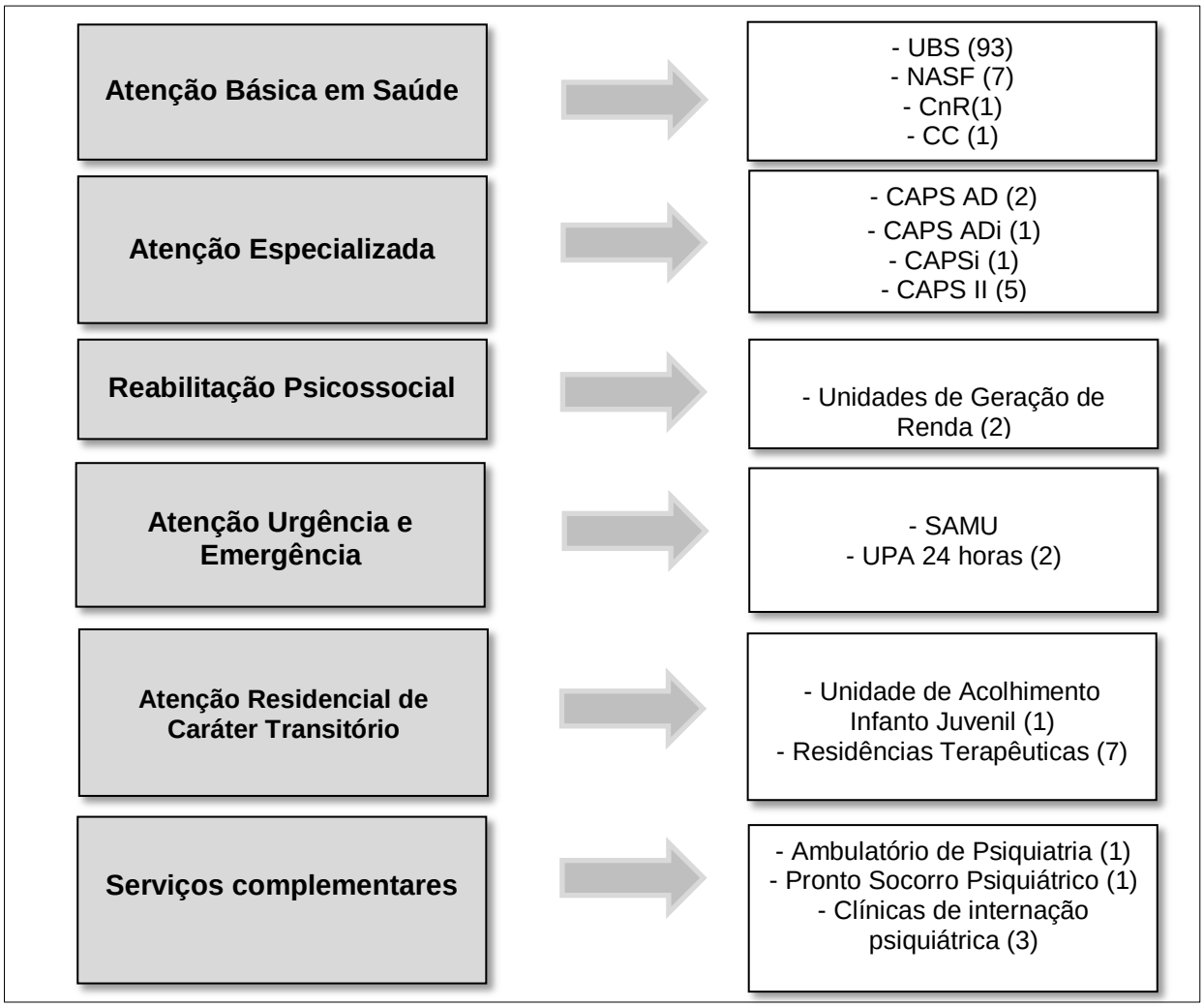

Figura 2. Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO, Goiânia, 2016.

Vale ressaltar que o município não possui leito de saúde mental para atendimento em hospital geral e, até o presente momento, nenhum CAPS do tipo III foi habilitado, embora tal processo esteja em tramitação junto à Secretaria Municipal de Saúde. Ainda há algumas etapas políticas, administrativas e ajustes no processo de trabalho da equipe a serem cumpridas para que, definitivamente, seja instalado o serviço que funcione 24 horas por dia, interruptamente durante a semana.

Por sua vez, os serviços complementares apontados na Figura 2, foram assim denominados neste trabalho, por não se enquadrarem nos componentes da RAPS, conforme regulamenta a Portaria nº 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), ainda que atendam as demandas no campo da saúde mental do município.

3.2 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental e a satisfação do usuário

As várias mudanças na assistência psiquiátrica ocasionaram a recomendação de organizações de saúde internacionais - OMS e OPAS (Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, respectivamente), para a avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil e no mundo, especialmente pelos atores envolvidos na assistência, trabalhadores, usuários e familiares (WHO, 2001).

Destacam-se duas recomendações para avaliação na área da saúde mental: contemplar o envolvimento da família, usuários e comunidades na formulação e tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços, e também o apoio à pesquisa na área de saúde mental (WHO, 2001).

A avaliação busca analisar determinada intervenção ou qualquer um de seus componentes (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), promover reflexão a respeito das práticas dos serviços, e consequentemente, fornecer contribuições para o planejamento, gestão e administração dos serviços (SCHIMDT, 2007).

Entende-se que a avaliação pode contribuir para o desenvolvimento de ações especializadas de atendimento aos usuários dos serviços (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2014), além de promover a melhoria da terapêutica disponibilizada aos usuários e a qualidade dos serviços (WHO, 2001)

Este processo constitui-se como instrumento potencial para a compreensão de diferentes conceitos sobre os novos serviços, ampliação da utilização dos resultados avaliativos, valorização do caráter político da pesquisa e empoderamento dos grupos envolvidos com os serviços (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nos últimos anos, grande parte dos estudos sobre qualidade dos serviços de saúde mental têm-se baseado na tríade Estrutura, Processo e Resultado, proposta por Donabedian (1984). Vale destacar a relevância da avaliação dos resultados, tendo em vista a finalidade de adequar à assistência em saúde (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

A Estrutura abrange área física, recursos humanos (número, tipo e qualificação), recursos materiais, recursos financeiros, sistemas de informação, instrumentos normativos e condições organizacionais (DONABEDIAN, 1984).

O Processo envolve as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e pacientes, métodos diagnósticos e cuidados prestados, abarcando também a relação equipe de saúde e paciente (DONABEDIAN, 1984).

O componente Resultado indica a mudança no estado de saúde decorrente da assistência, que inclui também a satisfação do usuário e do trabalhador relacionada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1984).

A avaliação do resultado tem grande importância, na medida em que permite identificar o impacto das ações dos serviços de saúde mental sobre a mudança no padrão de saúde dos usuários, e a satisfação destes sujeitos quanto à assistência recebida, objetivando compreender se as ações empreendidas estão em consonância com as prerrogativas da PNSM.

As pesquisas que adentram nas questões relativas à satisfação do usuário buscam avaliar dimensões relacionadas aos cuidados à saúde, relação médico-paciente, qualidade das instalações dos serviços e qualidade técnica dos profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Donabedian (1984) considera a satisfação do usuário um indicador da qualidade de saúde, além de se constituir como ferramenta do aperfeiçoamento de estratégias na gestão de saúde (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Avaliar a satisfação dos usuários implica analisar as características dos serviços, e fornecer, consequentemente, informações para completar e equilibrar a qualidade destes serviços (ATKINSON, 1993), servindo também como medida para avaliar o desempenho global do sistema de saúde em relação às suas expectativas. A relação entre custo-benefício gera a função definida como satisfação. Sendo assim, o conceito pode ser relacionado ao acúmulo de vivências relacionadas aos serviços utilizados, somado às expectativas em relação ao desempenho do sistema (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1992).

A satisfação pode ser considerada como consequência de fatores como: atitudes de vida, autoestima, comportamento relacionado à doença, experiências anteriores com os serviços e características dos serviços. Portanto, as diferentes perspectivas sobre satisfação devem ser consideradas ao interpretar os resultados da avaliação em saúde mental (RUGGERI, 2010).

Pascoe (1983) estabeleceu um modelo próprio de avaliação da satisfação dos pacientes ao relacionar variáveis em três categorias: características do paciente, comportamento do paciente quanto aos serviços de saúde e características do serviço.

Considerar as caraterísticas do paciente significa relacionar a atitude, que envolve opiniões, expectativas e sua satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas, que incluem idade, nível educacional, renda, classe social, gênero, raça e ocupação (PASCOE, 1983).

A categoria de comportamento do paciente em relação aos serviços de saúde abrange a utilização do serviço, mudança de serviço e conformidade com o tratamento. As características do serviço, por sua vez, foram divididas em sete subcategorias: acessibilidade, disponibilidade e conveniência dos serviços; características estruturais e custos dos serviços; qualidade da interação do profissional de saúde com o usuário; habilidades interpessoais do profissional; duração da consulta; reciprocidade entre usuário e profissional; resultados clínicos (PASCOE, 1983).

O grau de satisfação pode decorrer tanto das relações interpessoais entre o profissional e o paciente, como também dos aspectos da infraestrutura material dos serviços. Além disso, a avaliação de atributos como cobertura, qualidade técnico-científica e satisfação do usuário possibilita fornecer subsídios para avaliar o impacto de atividades em relação aos problemas de saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Usuários satisfeitos com o serviço ocasionam proveitos, como diminuição de reclamações e ações legais, indicação da instituição para outras pessoas, cumprimento das recomendações e procedimentos adotados pelo serviço de saúde, consequentemente, obtendo melhores resultados (SPICER, 2002).

De acordo com Cruz e Melleiro (2010), a satisfação é atendida quando as percepções do usuário são positivas e os resultados esperados são alcançados Neste sentido, o estudo de Esperidião e Trad (2006) evidenciou que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, fornecer informações importantes para o cuidador e continuar utilizando os serviços de saúde.

Estudos de Oliveira *et al*. (2014) e Silva (2014) apontam que a satisfação com o serviço está ligada, dentre outros aspectos, ao vínculo do usuário com a equipe de saúde, ao acolhimento, redução da sintomatologia, competência da equipe, acessibilidade ao serviço, continuidade do cuidado e qualidade das condições físicas do serviço. Todos estes aspectos podem refletir a adesão ao tratamento.

O questionário mais utilizado neste contexto compreende a escala de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental (SATIS-BR) elaborada pela Divisão de Saúde Mental da OMS, adaptada e validada para o contexto brasileiro (BANDEIRA; SILVA, 2012).

As escalas de avaliação da satisfação são importantes indicadores de qualidade do serviço, no entanto, evidencia-se a importância de desenhos de avaliação privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto de estudo (OLIVEIRA *et al*., 2014; MIRANDA; SOUZA; FERREIRA, 2014).

É inegável que pesquisas de avaliação da satisfação dos usuários resultem em benefícios, na medida em que tragam informações precisas quanto às necessidades dos usuários, relação de lealdade resultante de ações corretivas dos aspectos insatisfatórios, além da confiança decorrente da aproximação com os usuários e, por fim, uma visão positiva destes quanto à instituição (CASTELLANOS, 2002).

Considerando a amplitude do conceito de qualidade da assistência, Donabedian (1990) designou uma forma complementar de avaliação, considerando sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A eficácia associa-se ao melhor resultado do cuidado quando se tem condições favoráveis para a assistência. A eficiência relaciona-se a estratégias de cuidado que produzem melhoria ao sujeito e ao mesmo tempo possui menor custo. A efetividade compreende o grau em que a assistência alcança os níveis de melhoria da saúde. A otimização diz respeito aos resultados do cuidado, considerando o parâmetro relativo aos custos. A aceitabilidade representa as expectativas de pacientes e familiares. A equidade determina a oferta justa do cuidado e os benefícios para os usuários. A legitimidade é a aceitabilidade da assistência por parte da sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Valendo-se, portanto, da amplitude do conceito de qualidade da assistência em saúde, é possível utilizar diferentes parâmetros para avaliar os serviços, e um deles relaciona-se à utilização de indicadores de qualidade.

No campo da saúde mental, Furtado *et al*. (2013) ressaltam a pouca utilização de indicadores, se comparado a outras áreas, principalmente por conta da dificuldade em estabelecer consensos sobre parâmetros mínimos dentre os atores sociais (trabalhadores, usuários e familiares).

No âmbito do SUS, foram elencados dois indicadores mais comumente utilizados: taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes (principal) e taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa (complementar) (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Com base nisso, existe a necessidade de conceber modos de avaliação que valorizem o protagonismo de trabalhadores e usuários, incorporando a ideia de que a avaliação deve ser feita em uma rede móvel e que envolva os processos de trabalho em saúde (CECILIO, 2011).

Pesquisadores têm objetivado criar indicadores que respondam às reais necessidades dos serviços, processo este que pode exigir o compartilhamento de saberes do grupo responsável pela condução cotidiana dos CAPS (FURTADO *et al*., 2013).

3.3 Acessibilidade aos serviços de saúde

A assistência à saúde, no âmbito do SUS, prevê o atendimento que garanta os princípios de igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios; preservação da autonomia das pessoas; participação da comunidade; integralidade da assistência; e universalidade de acesso a todos os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Segundo Campos *et al*. (2009), o acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário.

O Acesso aos Serviços de Saúde é definido como a "possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras, entre outras" (DECS, 2015).

No SUS é possível identificar serviços que procuram atender as dimensões do acesso, explicitadas através das diversas políticas que aproximam o senso comum das práticas, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF), dos Centros de Atenção Psicossocial e de outros serviços na área de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Vale ressaltar que o conceito de acesso é amplo e pode variar de acordo com os autores. Os termos acesso e acessibilidade são equânimes e muitos enfatizados pela sociedade. A acessibilidade está relacionada ao atendimento das necessidades dos usuários, assim como a garantia da resolubilidade da assistência. Possui, portanto, direta ligação com a qualidade do atendimento, assim como à eficácia da gestão no serviço. O acesso, por sua vez, não é alcançado com portas abertas, mas também pela qualidade do atendimento prestado.

Neste estudo adotaremos o conceito de Donabedian (1984) para tratar do conceito de acessibilidade que é entendido como a entrada ao serviço de saúde, e a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para as necessidades de saúde do paciente/usuário.

A acessibilidade compreende duas dimensões, a geográfica e a sócio organizacional (DONABEDIAN, 1984). A dimensão geográfica caracteriza-se pelo tempo e forma de deslocamento do usuário até o serviço de saúde, além da

distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde, seja ela a pé, de ônibus ou mesmo de carro.

As barreiras geográficas englobam as características do espaço físico e localização que impedem os usuários de chegarem aos serviços de saúde. Ou seja, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços. Isso inclui fatores importantes como o tempo de deslocamento e o custo financeiro (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Por sua vez, as barreiras financeiras aumentam, consideravelmente, as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, à medida que o usuário precisa gastar para utilizar o serviço de saúde. Este é um fator que afeta negativamente o acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

De acordo com Ramos e Lima (2003), os fatores facilitadores do acesso ocasionam a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo um bom vínculo. Mas, ao contrário disso, podem existir fatores dificultadores para o acesso aos serviços.

A dimensão sócio organizacional tem como exemplo a política formal ou informal que seleciona os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Barreiras organizacionais englobam características da organização do serviço, tipo e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos que facilitam ou dificultam sua utilização. Estas características incluem tempo de espera para ser atendido, horário de funcionamento dos serviços, profissionais (especialidade, idade, gênero), acolhimento e políticas de humanização (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

As barreiras informacionais podem dificultar consideravelmente o acesso. Porém, não basta apenas fornecer informações sobre a saúde, é necessário adequar à cultura e nível educacional de cada usuário (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). A comunicação entre profissional e usuário é considerada efetiva quando se estimula o direito à informação sobre a saúde. Desta forma, o indivíduo é estimulado ao empoderamento, gerando conhecimento e assim, exercendo a cidadania (LEITE *et al.*, 2014).

Com base nisso, é possível saber que o comportamento do indivíduo será responsável pelo primeiro contato com o serviço de saúde, e os profissionais de

saúde são os responsáveis pelos contatos subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Alguns indicadores são utilizados para avaliar a acessibilidade de usuários nos serviços comunitários de saúde mental. Estes são chamados também de marcadores e podem descrever a inserção dos usuários nos serviços, sinalizar a capacidade organizacional, taxa de abandono, impacto da quantidade de usuários em cuidado intensivo, número de altas, dentre outros. A avaliação de categorias de utilização dos serviços permite problematizar as barreiras de acesso e acessibilidade aos serviços comunitários, permitindo a reflexão crítica sobre o funcionamento da Política Nacional de Saúde Mental (COSTA; CORRÊA; SILVA, 2015).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 - Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza qualitativa. Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva permite uma visão ampla acerca de determinado fenômeno. Objetiva descrever as características de determinadas populações, identificar possíveis relações entre variáveis ou mesmo determinar a natureza desta relação.

A pesquisa exploratória tem a finalidade de esclarecer determinado fenômeno, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa procura compreender a lógica de grupos, instituições e atores quanto a universo de significados, valores culturais e representações sobre temas específicos, atitudes, processos históricos e sociais de políticas públicas e sociais, bem como também as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais. Trata-se, portanto, de um entendimento mais profundo dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

4.2 – Cenário do estudo

4.2.1 Local

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II situado na região leste de Goiânia, capital do Estado de Goiás, localizada na região centro-oeste do Brasil (Figura 3). O município possui uma área territorial de 729 km^2, com população total de 1,4 milhões de habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015 (IBGE, 2015).

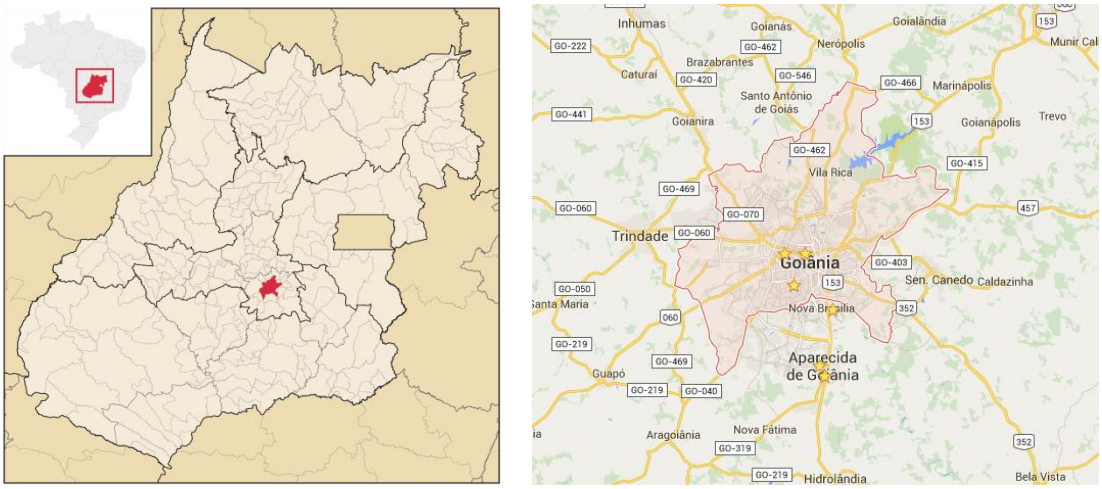

Figura 3. Mapa do estado de Goiás e sua capital, Goiânia, 2016.

Importante destacar que a cidade de Goiânia é considerada como referência para todos os municípios do interior de Estado de Goiás, e devido à proximidade a outros municípios da região metropolitana, sabe-se que alguns usuários utilizam os serviços de saúde da capital.

Seguindo as diretrizes do SUS, o município de Goiânia tem sua regionalização organizada em sete distritos sanitários (Leste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul e Sudeste) conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4. Distritos Sanitários de Goiânia-GO, 2015.

4.2.2 Caracterização do local do estudo

O CAPS onde a presente investigação foi desenvolvida localiza-se no território de referência do Distrito Sanitário Leste de Goiânia e destina-se a atender pessoas com 18 anos ou mais, portadores de transtornos mentais severos, psicóticos e/ou neuróticos graves.

Sua área de abrangência envolve as regiões Leste e Norte de Goiânia, que atende 88 bairros, e em 2011 correspondia a uma população de aproximadamente 332.000 pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011).

A escolha do local deu-se por conta da importância histórica do serviço no cenário da rede de atenção em Saúde Mental de Goiânia, e também por conta da concentração de atividades práticas e estágio supervisionado do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. É um serviço onde tem sido desenvolvidas várias ações de ensino, pesquisa e extensão desta Unidade Acadêmica. Destacam-se estudos vinculados ao Programa de Pós-graduação da mesma instituição e desenvolvidos por pesquisadores do grupo de pesquisa Refletir para Cuidar - Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental RECUID, pertencente ao diretório de grupos de pesquisa no Brasil da Plataforma Lattes, devidamente certificado pela Universidade Federal de Goiás.

Em etapas anteriores de pesquisas do RECUID, objetivou-se avaliar a estrutura e os processos de trabalho do serviço e, no sentido de completar a tríade do processo avaliativo, o presente estudo foi delineado e desenvolvido.

Este serviço é o primeiro CAPS regionalizado do município de Goiânia, inaugurado em 2000. No ano de 2013, a unidade passou por uma readequação da estrutura física, com 986,16 m^2, para atender como modalidade de CAPS tipo III. A unidade passou a contar com oito leitos, sendo quatro femininos e quatro masculinos. Entretanto, atualmente, ainda funciona apenas nos períodos matutino e vespertino, encontrando-se em processo de transição de CAPS II para CAPS III (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

Em 10 anos de existência, foram acolhidos mais de 2.000 usuários no serviço, sendo que a média de usuários ativos, de acordo com levantamento no ano de 2015, seria em torno de 800 usuários (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, 2015).

Ao todo são 72 profissionais que compõem a equipe do serviço, sendo englobadas a equipe de apoio (serviços gerais, vigilância, serviços administrativos) e a equipe técnica, composta por diferentes categorias e especialidades, a saber: Enfermagem (nível superior e médio), Medicina (Psiquiatria e Clínica Geral), Educação Física, Psicologia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Arteterapia, Artes cênicas e Musicoterapia.

Neste contexto, o CAPS oferece atividades variadas com atendimentos individuais e em grupo, a depender da necessidade do usuário e especificidade dos membros da equipe multiprofissional (Quadro 1). Assim, há grupos operativos, oficinas de trabalhos manuais, ações de educação em saúde, grupos psicoterapêuticos, práticas corporais, práticas expressivas e operativas, atendimento à família, todos em continência com o Projeto Terapêutico Singular que visa dar a conotação de tratamento integral e inclusivo aos usuários e seus familiares.

Quadro 1. Atividades desenvolvidas no CAPS em estudo. Goiânia- GO, 2015

<table>
<tr><th>TURNO</th><th>SEGUNDA</th><th>TERÇA</th><th>QUARTA</th><th>QUINTA</th><th>SEXTA</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Manhã</td><td>Grupo Psicoterapêutico</td><td rowspan="2">Oficina de geração de renda</td><td rowspan="2">Grupo psicoterapêutico</td><td rowspan="2">Grupo Encontro Criativo</td><td rowspan="5">Reunião de Equipe</td></tr>
<tr><td>Grupo de orientação às mulheres</td></tr>
<tr><td>Grupo Saúde e Movimento</td><td rowspan="3">Grupo Saúde do Homem</td><td>Grupo de Arteterapia</td><td>Grupo Corpo e Expressão</td></tr>
<tr><td>Grupo Projeto de Vida</td><td rowspan="2">Grupo Ecologia</td><td>Grupo de Família</td></tr>
<tr><td>Grupo de Boas Vindas</td><td>Grupo de Boas Vindas</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Tarde</td><td rowspan="2">Grupo Teatro em Movimento</td><td>Grupo Ouvir e Transformar</td><td>Oficina de trabalhos manuais</td><td rowspan="2">Grupo Saúde e Autoestima</td><td rowspan="2">Grupo Mais Saúde</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Grupo de Convivência</td><td>Grupo de Família</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Grupo de Arteterapia</td><td>Grupo de Musicoterapia</td><td rowspan="2">Grupo de Musicoterapia</td><td rowspan="2">Grupo Sexta Cultural</td></tr>
<tr><td>Grupo Arte de Viver</td><td>Grupo Superação</td></tr>
<tr><td></td><td>Grupo de Boas Vindas</td><td>Grupo Boas Vindas</td><td></td><td></td></tr>
</table>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, 2015.

4.3 - Participantes

Participaram deste estudo usuários e familiares cadastrados no serviço há pelo menos seis meses, que fazem parte de atividades em grupos e oficinas oferecidas pelo CAPS.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que estavam em período de crise ou que apresentaram dificuldade em compreender e responder as questões norteadoras das entrevistas em grupo.

Sendo assim, participaram no total, 35 usuários e 11 familiares.

4.4 Aproximação com o campo de pesquisa

No ano de 2013, no mesmo serviço, foi desenvolvido um estudo de avaliação, com enfoque na Estrutura e Processos de Trabalho, conduzido por uma aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN-UFG) sob orientação da Prof.ª Dr.ª Elizabeth Esperidião.

Nesta ocasião, fui convidada a participar como auxiliar de pesquisa, engajando-se no processo de coleta de dados, desde o planejamento, bem como dos encontros grupais para este fim. No ano de 2014, já como aluna do Programa de Pós-graduação da FEN-UFG, foi planejado desenvolver uma pesquisa que avaliasse os resultados da assistência daquele mesmo CAPS, especialmente focando na satisfação relacionada a acessibilidade ao serviço.

Assim, foi feita uma reunião com a coordenadora do serviço com a proposta de uma nova investigação, visando nesta ocasião, avaliar a satisfação de usuários e familiares, a qual integra o componente resultado, na perspectiva de Donabedian (1984). Também no processo de aproximação com o campo de pesquisa, participamos da reunião de equipe, quando os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo, havendo o interesse e apoio para o seu desenvolvimento no que fosse necessário.

Após esta etapa, nos meses de novembro e dezembro de 2014, a pesquisadora passou a participar das várias atividades do CAPS como grupos terapêuticos, oficinas, ações de acolhimento, repasses entre a equipe e reuniões de equipe.

Quanto a aproximação do pesquisador à realidade da qual se pretende investigar, Minayo (2002) destaca sua importância, pois é um modo de estabelecer a interação com os atores envolvidos no cuidado e compreender o contexto da pesquisa. Nesta perspectiva, torna-se essencial que o pesquisador desenvolva uma relação de confiança com o participante, aproximando-se dele e conhecendo sua subjetividade (MEDEIROS, 2012).

Neste sentido, a imersão no campo de pesquisa foi fundamental para conhecer a dinâmica do serviço, estabelecer interação com os possíveis participantes da pesquisa, orientar o delineamento metodológico do estudo, além de obter elementos que contribuiriam para subsidiar a análise dos dados.

4.5 - Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental, roteiro de caracterização dos participantes, observação participante, diário de campo, e entrevistas grupais com usuários e familiares do CAPS.

Os documentos consultados estavam à disposição no serviço e incluíram prontuários, planilha de usuários ativos e inativos, bem como registros em caderno de repasse da equipe, largamente utilizado pelos profissionais.

Para a caracterização dos participantes utilizou-se um instrumento estruturado, elaborado especificamente para esta pesquisa, tendo sido analisado criteriosamente por pesquisadores do grupo de pesquisa RECUID. O questionário permitiu obter dados sócio demográficos tanto de usuários, incluindo dados do início do tratamento no serviço em questão (APENDICE 1), quanto as características sócio demográficas dos familiares (APÊNDICE 2).

Especialmente no período em que a pesquisadora esteve presente no dia-a-dia do serviço, participando das suas atividades juntamente com a equipe multiprofissional, a observação participante foi valiosa, na medida em que permitiu captar elementos importantes do cotidiano assistencial, os quais foram registrados em diário de campo.

As entrevistas em grupo foram conduzidas pela pesquisadora juntamente com outro pesquisador do grupo de pesquisa RECUID, o qual tem proximidade considerável e necessária para tal procedimento. Entretanto, é importante destacar que, para o planejamento das entrevistas houve a participação de vários membros

do RECUID, num movimento de participação coletiva no processo de coleta de dados.

Munari *et al*. (2008) destacam a importância de considerar os aspectos técnicos operacionais para o desenvolvimento de grupos, que abrangem o planejamento da coleta de dados, a seleção de participantes e composição dos grupos, local, número de encontros e tempo de duração, coleta e registro dos dados, e finalmente, o desenvolvimento do processo em si.

As entrevistas grupais permitem a exploração da dinâmica grupal sobre questões e tópicos que se deseje investigar, utilizando métodos para os participantes comentarem e discutirem opiniões. Desta forma, espera-se compreender as relações sociais em geral, bem como os processos e dinâmicas sociais em particular. Importante destacar, também, a cautela ao generalizar a opinião desses grupos a populações inteiras (MAY, 2004).

A utilização do grupo como técnica de pesquisa não significa apenas reunir pessoas, mas discutir e registrar os resultados das entrevistas, e isso só é possível quando se dispõe da definição clara do objeto de estudo (MUNARI *et al*., 2008).

Considerando tais premissas técnicas, partiu-se para o procedimento das entrevistas em grupo, as quais foram realizadas no mês de dezembro de 2015, num total de quatro, sendo duas com usuários do serviço e duas com familiares.

A entrevista, em si, contemplou dois momentos. No primeiro, era feita a apresentação da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3). Em situações em que algumas pessoas apresentaram incapacidade para assinar o TCLE, foi feito o registro da impressão digital. No segundo momento, os usuários e familiares apresentaram-se, e foram estimulados a refletir e responder a questão inicial: “o CAPS pra mim é...”, com vistas a se apropriarem do tema a ser debatido durante a coleta de dados. Após esse momento, foram feitas as perguntas norteadoras e as discussões em grupo.

Nas entrevistas com usuários, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras (APÊNDICE 4): *o que você acha da localização do CAPS? O que você acha da estrutura do CAPS? O que você acha da forma como você foi acolhido no CAPS? Demorou para ser atendido? O profissional lhe escutou e compreendeu o que precisava? Como você vê o preparo da equipe para lhe atender? Diga-nos como você estava antes de iniciar o tratamento no CAPS, e como está agora durante o tratamento recebido neste CAPS?*

As questões norteadoras foram elaboradas com base na versão abreviada da escala de avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde, composta por 12 itens que contemplam três dimensões (SATIS-BR) (ANEXO 1). Após a construção da primeira versão das perguntas norteadoras, procedeu-se a análise criteriosa das mesmas, pelos membros do RECUID, com vistas a validar as questões pertencentes às dimensões já mencionadas.

Vale dizer que a escala original SATIS-BR foi elaborada pela OMS (WHO-SATIS, 1996), adaptada e validada para o contexto brasileiro (BANDEIRA; SILVA, 2012).

Assim também as questões norteadoras das entrevistas contêm elementos que visam explorar as três dimensões presentes na escala original.

A primeira dimensão relaciona-se à localização e condições físicas do CAPS, compreendendo o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais voltados para uma atenção acolhedora e resolutiva. Norteia-se pelos eixos do conforto, que proporciona uma ferramenta facilitadora dos processos de trabalho, ocasionando espaços de encontro entre os sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A segunda diz respeito ao acolhimento e à ajuda recebida. O Acolhimento constitui-se numa tecnologia assistencial que proporciona a humanização do atendimento e caracteriza-se pela escuta, trabalho interdisciplinar, constituindo como elemento organizador do processo de trabalho nos CAPS (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

E a terceira dimensão corresponde à competência e compreensão da equipe acerca do problema do usuário, que se refere ao conceito pertinente à competência pessoal, de comunicação, de cuidado e a sociopolítica (DELUIZ, 2001).

Nesta mesma lógica, para as entrevistas em grupo com familiares, foram empregadas questões norteadoras (APENDICE 5), igualmente baseadas na versão abreviada da escala de avaliação da satisfação dos familiares com os serviços de saúde (ANEXO 2), quais sejam: *o que você acha da localização do CAPS? O que você acha da estrutura do CAPS? Os profissionais prestam atendimento com privacidade e confidencialidade? O que você acha da forma como seu familiar foi acolhido no CAPS? O profissional o escutou e compreendeu o que precisava? Demorou a ser atendido? Como você vê o preparo da equipe para lhe atender?*

Diga-nos como seu familiar estava antes de iniciar o tratamento CAPS, e como seu familiar está agora durante o tratamento recebido neste CAPS?

Ao final das entrevistas, os pesquisadores perguntaram se os participantes tinham alguma sugestão para a melhoria do CAPS em estudo.

4.6 Procedimentos para análise de dados

Todas as entrevistas foram registradas em gravador digital e transcritas literalmente para posterior apreciação de seus conteúdos.

O processo de análise dos dados foi orientado por Bardin (2011), especificamente voltado à análise de conteúdo, que se seguiu em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

A primeira fase, de pré-análise, consiste na organização dos dados e leitura flutuante, a fim de estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Na fase de *exploração do material* o pesquisador identifica palavras ou expressões associadas ao conteúdo e codifica dos dados. E na terceira fase, é feito o tratamento dos dados de maneira significativa e válida.

A etapa referente ao tratamento e interpretação dos resultados foi realizada com auxílio do *software ATLAS.ti 6.2.* Ao explorar o material, os dados foram codificados, que na linguagem do *software* formam os *codes* e categorizados, constituindo-se em *families*, para posteriormente serem relacionados formando o agrupamento em rede, *network.*

É importante ressaltar que as categorias de análise foram eleitas *a priori*, a partir da escala de avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde (SATIS-BR) que norteou a construção das questões norteadoras das entrevistas. Deste modo, os resultados foram dispostos em três categorias: *localização e estrutura do CAPS, acolhida da equipe e ajuda recebida, e competência e compreensão da equipe*.

Entretanto, houve dados que emergiram no processo de análise que permitiu nomear uma quarta categoria, visto apresentarem conteúdos relevantes sobre o tratamento e que não haviam sido englobados nas três categorias citadas. Considerando sua importância na dimensão Resultados, que compõe a tríade de avaliação, alvo deste estudo, e estando relacionados aos aspectos para efetivação

da PNSM, criou-se a categoria denominada *elementos intervenientes do modelo psicossocial*.

Todos os relatos dos participantes que ilustram os resultados foram codificados utilizando a letra “U” para identificar usuários e “F” para familiares, seguidas do número da ordem com que foram entrevistados.

4.7 - Aspectos éticos- legais

Para atender as orientações da Resolução 466/12 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b) da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) o projeto de pesquisa “Avaliação da estrutura e processos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial em Goiânia” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, do qual obteve parecer favorável com número de protocolo 623.678/2014 (ANEXO 3).

Considerando que o presente estudo é parte do projeto anteriormente aprovado, ampliando os aspectos avaliativos para a dimensão Resultado, com a participação de usuários do serviço, foi submetida emenda junto à Plataforma Brasil, com as devidas especificações, tendo parecer favorável com protocolo 1.365.451/2015 (ANEXO 4).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo encontram-se os resultados da pesquisa, iniciando com os dados relativos ao perfil sócio demográfico dos participantes seguido do conteúdo expresso nas entrevistas em grupo com usuários e familiares, devidamente discutidos e fundamentados nos achados da literatura.

As características gerais dos participantes estão dispostas distintamente, tendo em vista o propósito de analisá-las separadamente por grupo.

A seguir, serão apresentadas as quatro categorias que emergiram na análise de conteúdo: *localização e estrutura do serviço, acolhida da equipe e ajuda recebida, competência e compreensão da equipe,* e *elementos intervenientes do modelo psicossocial*.

Embora as entrevistas tenham sido empreendidas separadamente com os dois grupos de participantes, usuários e familiares do serviço, a análise dos dados mostra convergência nos resultados, no que se refere à satisfação à sua acessibilidade na assistência à saúde.

Por esta razão, serão apresentados conjuntamente, fazendo-se tão somente a sinalização quando os depoimentos se referirem a cada um dos grupos e apontando, de igual maneira, quando for necessário, certas diferenças destacadas entre eles.

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 35 usuários do CAPS indicado para a investigação, sendo que 68% eram do sexo feminino. A média de idade variou entre 18 e 75 anos, ficando a maioria acima de 49 anos de idade (68%). Os estados civis solteiro e casado tiveram a mesma frequência (42% cada) e sobressaíram sobre os demais. Quanto à escolaridade, apenas 8% possui segundo grau completo e 88% declarou não trabalhar. E quanto ao tempo de permanência no serviço, 17% têm entre 10 e 15 anos de tratamento no CAPS e participam de alguma forma das atividades oferecidas, como grupos terapêuticos, grupos de família, oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda ou oficinas culturais.

Todas as características sócio demográficas dos usuários encontram-se representadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sócio demográficas dos usuários do CAPS II da Região Leste de Goiânia-GO (n=35), 2015

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	11	31%
	Feminino	24	68%
Faixa Etária	Até 29 anos	5	14%
	30 a 39 anos	12	34%
	40 a 49 anos	7	20%
	Acima de 50 anos	11	31%
Estado Civil	Solteiro	15	42%
	Casado	15	42%
	Viúvo	2	5%
	Amasiado	1	2%
	Separado	2	5%
Escolaridade	Sem Escolaridade	2	5%
	1º Grau Incompleto	10	28%
	1º Grau completo	13	37%
	2ºGrau completo	3	8%
	Curso Técnico	7	20%
	Curso superior	---	---
Trabalho	Sim	4	11%
	Não	31	88%
Tempo de Tratamento no CAPS	0 a 4 anos	14	40%
	5 a 9 anos	15	42%
	10 a 15 anos	6	17%

A predominância do sexo feminino nos serviços de saúde mental também foi constatada em outros estudos na área, em se tratando de CAPS que atendem transtornos mentais (BANDEIRA *et al.*, 2011; MIRANDA; SOUZA; FERREIRA, 2014).

Os dados apontaram para quantidade expressiva de usuários que cursaram até o primeiro grau de escolaridade, estando em concordância com os resultados do estudo de Kantorski *et al*. (2012b).

Pode-se notar o índice expressivo (88%) de usuários que declararam não trabalhar. Neste contexto, vale dizer que a fragilidade do acesso ao trabalho, ainda, apresenta-se como obstáculo para inserção social, apresentando-se como vulnerabilidade para as condições sociais, ou mesmo como resultado da possível dificuldade da equipe em pensar possibilidades, junto ao usuário, para inserção no mercado de trabalho. Tal fragilidade pode ser um reflexo também da cultura

estigmatizante, que por vezes considera a impossibilidade do usuário assumir um cargo ocupacional, do estigma internalizado e baixa auto percepção do usuário a respeito desta problemática.

Lussi e Morato (2012) afirmam que a atividade laboral pode promover a aproximação do usuário a outros cotidianos, fazendo com que se sintam inseridos no universo de relações e trocas, do qual, antes eram excluídos. Este aspecto é fundamental para ampliar as relações sociais, refletindo positivamente no processo de reabilitação psicossocial e resultando na satisfação pessoal dos usuários.

O trabalho permite que o sujeito constitua um novo jeito de viver, descubra e reconheça suas capacidades e habilidades (BÜRKE; BIANCHESSI, 2013).

Lussi e Pereira (2013) destacam, com relação a este aspecto, a importância de superar o conceito de trabalho como indicativo de sustento, e considerar principalmente seu fator de inserção ou reinserção social. Isso acontece, à medida que favorece a autonomia, produzindo e estimulando maior independência do usuário (BÜRKE; BIANCHESSI, 2013).

Para isso, o CAPS deve estar articulado a redes sociais ligadas ao trabalho, a fim de potencializar o cuidado dispensado para reabilitação psicossocial, componente importante valorizado pela PNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O aspecto relacionado ao longo tempo de tratamento, representado pelo índice de 17% dos usuários com mais de 10 anos de permanência no CAPS, considera a data do acolhimento e abarca situações em que o usuário interrompe o tratamento, em alguns casos, e depois retorna ao serviço. Moll *et al.* (2012) ressaltam que o abandono do tratamento pode estar relacionado à não adaptação do usuário à terapia proposta. Para isso, sugerem a avaliação periódica do índice de abandono, a fim de estimular a elaboração e implementação de ações que minimizem este percentual.

Neste sentido, quanto ao longo tempo de tratamento, Wetzel *et al.* (2011) apontam a dificuldade da equipe dos CAPS em estabelecer projetos de alta para usuários, até mesmo para outros serviços fora do CAPS. Desta forma, este serviço pode tornar-se um espaço de cronificação característico do modelo manicomial, num espaço substitutivo. Tais autores compreendem que a alta não corresponde à desassistência, mas representa que o usuário deixa de necessitar de atendimento intensificado do CAPS.

A equipe precisa discutir com o usuário os benefícios advindos da alta, mostrando que este processo caracteriza uma importante fase do tratamento que lhe oportunizará construir vínculos com outras pessoas e expandir sua rede social (MIELKE *et al*., 2011).

De igual maneira, é possível pensar estratégias de cuidado para além do espaço do CAPS, sem necessariamente dar alta, mas tão somente por meio da assistência articulada com a atenção básica. Consequentemente, a articulação da rede de serviços pode estimular a autonomia do sujeito, à medida que contempla a disponibilidade de serviços no próprio território, favorecendo o acesso ao cuidado.

Figueiredo e Onocko Campos (2009) destacam a importância do apoio matricial para modificar o foco da assistência centrada nos serviços de saúde mental, para se dar a partir das necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem. A inserção da assistência em Saúde Mental nas Unidades Básicas objetiva descentralizar a Saúde Mental para os territórios, vinculando a assistência à rede social do usuário, a fim de desenvolver sujeitos mais saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes para transformar a realidade.

O cuidado oferecido no território contempla a corresponsabilização do usuário por seu tratamento e proporciona a valorização das escolhas do sujeito, considerando e respeitando sua singularidade, ao romper com a lógica biologicista, que reduz o indivíduo aos sintomas da doença.

A corresponsabilização é uma parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar e tem como objetivo o estímulo à capacidade do indivíduo para enfrentamento de seus problemas e a melhoria da qualidade de vida do usuário (JORGE *et al.*, 2011).

Quanto aos dados sócios demográficos dos familiares, a maioria (54%) pertence ao sexo feminino e têm 50 anos de idade ou mais (54%). Destes indivíduos, 54% têm até o 1º grau de escolaridade completo e 63% não trabalham. Em relação ao grau de parentesco, 27% são mães de usuários (Tabela 2).

Tabela 2. Características sócio demográficas de familiares de usuários do CAPS II da Região Leste de Goiânia-GO (n=11), 2015

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	5	45%
	Feminino	6	54%
Faixa Etária	Até 29 anos	1	9%
	30 a 39 anos	3	27%
	40 a 49 anos	1	9%
	Acima de 50 anos	6	54%
Estado Civil	Solteiro	4	36%
	Casado	5	45%
	Viúvo	2	18%
	Amasiado	---	---
	Separado	---	---
Escolaridade	Sem Escolaridade	---	---
	1º Grau Incompleto	4	36%
	1º Grau completo	2	18%
	2ºGrau incompleto	1	9%
	2º Grau completo	1	9%
	Curso Técnico	1	9%
	Ensino superior	2	18%
Trabalho	Sim	4	36%
	Não	7	63%
Grau de parentesco	Pai	2	18%
	Mãe	3	27%
	Filha	2	18%
	Esposo	2	18%
	Irmão	1	9%
	Neta	1	9%

A maior frequência de familiares do sexo feminino, especialmente, com grau de parentesco materno, corrobora com outros estudos, que demonstram maior presença de mulheres cuidadoras, especificamente, mães, filhas ou irmãs (SANTOS, 2009; KANTORSKI *et al*., 2012b). A participação de outros integrantes do núcleo familiar, nesta investigação, evidenciado pela participação da neta de uma usuária, também vale ser destacada, indicando o envolvimento de diferentes pessoas no processo terapêutico.

Entretanto, encontrou-se entre os cuidadores uma diferença não tão expressiva entre gêneros feminino e masculino, 54% e 45%, respectivamente. Tal

situação pode estar relacionada à inserção dos homens no processo de cuidado, os quais 18% são pais, 9% são irmãos e 18% são cônjuges. Este resultado faz refletir quanto a inserção da mulher no mercado de trabalho, deixando o processo de cuidado ao familiar a cargo do homem ou ao aumento da taxa de desemprego masculina atualmente.

Kantorski *et al.* (2012b) lembram da importância em responsabilizar o homem no cuidado ao familiar com transtorno mental, aspecto este que pode reforçar os laços de afeto entre o grupo familiar, além de evitar o desgaste de um único indivíduo nas ações de cuidado.

5.2 Dimensões e categorias de análises

Neste tópico estão evidenciadas as categorias de análise indicadas pelos resultados, sendo que as três primeiras foram pré-estabelecidas pelas dimensões existentes no instrumento SATIS-BR: *localização e estrutura do serviço, acolhida e ajuda recebida, competência e compreensão da equipe.* A quarta categoria, intitulada *elementos intervenientes do modelo psicossoci*al emergiu a partir da analise dos relatos dos participantes, a qual contém dados relevantes para discussão sobre o tratamento, e que não se enquadravam nas demais categorias sobre aspectos da acessibilidade ao serviço do estudo.

5.2.1 Localização e estrutura do serviço

Nesta primeira dimensão presente no instrumento SATIS-BR, estão descritos os principais aspectos relativos à localização do CAPS, bem como dados referentes à estrutura, que compreende a estrutura física, os recursos materiais e equipamentos dos serviços, conforme prevê o referencial de Donabedian.(1984).

No que diz respeito à localização deste serviço, a Portaria nº 336/2002 regulamentou o funcionamento do CAPS em estrutura específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, atendendo em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade ou bairro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Tal recomendação visa contribuir para que os usuários sejam atendidos no próprio território do qual fazem parte, facilitando assim, o acesso às unidades de cuidado.

Em concordância com esta prerrogativa, o estudo mostrou que, de modo geral, os participantes encontram-se satisfeitos com a localização do CAPS, por estar próximo às suas residências, conforme relato de um usuário.

> *"A localização pra mim é ótima, eu venho a pé, não precisa pegar ônibus, nem nada." (U1)*
>
> *"Pra mim é fácil chegar no CAPS, o ônibus para aqui perto. (U7)"*

Aqueles que moram um pouco mais distantes do serviço relatam que este fator não é impeditivo do deslocamento e permanência no CAPS, demonstrando uma relação positiva entre a busca pela assistência ao cuidado e a satisfação com o serviço. Isso quer dizer que, o usuário satisfeito com o atendimento oferecido, não necessariamente, se importa com a distância, mesmo que o serviço seja longe de sua residência, conforme exemplificado na citação seguinte.

> *"Pra mim é longe, mas eu gosto daqui, não quero ir pra outro lugar." (U2)*
>
> *"Eu moro um pouco mais longe, venho de carro, mas se fosse pra vim de ônibus seria ótimo também." (F1)*
>
> *"Pra mim vai ficar longe, porque eu vou mudar pra outro setor. Mas eu vou dar o máximo de mim pra vir toda semana." (U10)*

Entretanto, a localização dos serviços de saúde é um assunto importante para discussão e encontra-se inserida no princípio da regionalização do SUS. A região é um atributo considerável para organização e funcionamento da rede, constituindo um conjunto de unidades que atuam de forma articulada no território, de modo a atender as necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Por outro lado, houve relato de um usuário residente em um município da região metropolitana que apresentava dificuldade financeira para pagar a passagem de ônibus até o CAPS e, portanto, considerou este aspecto dificultador para dar

continuidade ao tratamento, não comparecendo aos grupos e/ou oficinas com a frequência que necessitaria.

> *"Para mim era fácil, mas depois que eu me mudei daqui, está sendo difícil, porque eu não tenho o Sitpass. Tem que gastar todas vezes para vir... Tem vez que nem tem como vir, porque as condições não estão boas. "(U3)*

O fator econômico é considerado uma barreira financeira, que prejudica o acesso e adesão ao tratamento. Os usuários deveriam ser atendidos na própria cidade onde residem, porém há muitos municípios goianos que não têm CAPS, em razão do número populacional não ser compatível com a habilitação deste serviço, conforme preconiza a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesta perspectiva, sabe-se que alguns municípios não dispõem de ações e serviços de saúde estruturados, proporcionando a outros o papel de referência e garantia ao atendimento da população de municípios vizinhos e com objetivo de garantir acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Discute-se, nesse caso, a importância de construção de estratégias regionais que surgem como solução para superar as restrições do acesso e ampliando a capacidade de atendimento à população.

Quanto às condições físicas do serviço, foi possível notar problemas estruturais (goteiras, teto danificado) e alguns participantes demonstraram-se insatisfeitos com a ambiência do espaço, embora a unidade tenha passado por uma readequação estrutural recentemente, finalizada em 2013, para atender na modalidade CAPS III.

> *"Acho que a estrutura aqui não é muito boa, por ser uma construção nova...na outra sala tem infiltração, chegou a cair um pedaço do teto"(F2).*

> *"A gente olha assim, tem um monte de infiltração. A gente acha que o serviço pode ter sido mal feito."(F4)*

O comprometimento da estrutura física pode acarretar riscos à segurança de usuários e profissionais, além de ocasionar a desativação temporária destes espaços, comprometendo o atendimento no serviço.

Leal e Antoni (2013) destacam a importância do espaço físico, tendo em vista o papel do CAPS para os usuários, muitos dos quais participam de repetidos atendimentos durante a semana. A estrutura física pode ser considerada ainda um importante fator de análise, que permite compreender a valorização do serviço, a adequação do seu espaço às demandas de atividades existentes e à capacidade de acolher tanto os profissionais como os usuários do serviço.

Neste sentido, sabe-se que um ambiente acolhedor, que atenda aos pressupostos da ambiência, pressupõe o acesso satisfatório ao serviço.

Também houve referências do mau aproveitamento do espaço físico do CAPS, que possui uma ampla área verde, com quadra de esporte, porém desativada no momento. Entende-se que fomentar atividades de naturezas recreativa e esportiva pode ser salutar, especialmente na presença de espaço viável e equipe com profissionais que poderiam desempenhar projetos que atendessem outras necessidades básicas dos usuários, relacionadas também às relações sociais.

> *"Tinha uma quadra de esportes de areia. Eles [usuários] jogavam, tinha atividade, agora não está tendo nada" (F2).*

Nestes aspectos, tanto usuários quanto familiares fizeram sugestões de melhoria para o serviço, especialmente a aquisição de recursos materiais e equipamentos, melhoria da estrutura física e inclusão de profissionais de outras áreas à equipe multiprofissional (acupuntura e nutrição). Mencionaram ainda o desejo de outras atividades de diversão e oficinas de trabalhos manuais.

> *"Eles podiam colocar uma academia aqui. A gente podia vir fazer ginástica todo dia"(U4).*
>
> *Tinha que fazer mais salas, colocar ventiladores, ar condicionado. É muito quente na época do calor."(U8)*
>
> *"Podia ter nutricionista, educador físico, acupuntura"(U12)*

Tais reivindicações nos despertam ainda mais para a necessária e cuidadosa atenção em não valorizar em demasia atividades restritas ao espaço do CAPS. As diretrizes da PNSM deixam clara a importância da articulação da rede de atenção psicossocial com serviços no território, desenvolvendo relações com os recursos da comunidade, perpassando nos campos da saúde mental ou saúde em

geral, ou mesmo de políticas públicas: previdência, ministério público, esporte, lazer, cultura (AMARANTE, 2011).

Tanto os profissionais, como usuários e seus familiares devem procurar explorar ações que visem a reinserção social do indivíduo no meio social onde convive, aspecto bastante valorizado na PNSM.

Apesar das propostas constantes na PNSM, as equipes correm o risco de efetuar e reproduzir velhas práticas excludentes no interior do serviço, favorecendo o que Wetzel *et al*. (2011) denominam de "encapsulamento" do usuário, ao limitar sua proposta terapêutica ao CAPS. Os autores reforçam que há necessidade de planejar e executar ações que garantam o livre trânsito dos usuários pelos espaços da comunidade. O modelo assistencial em saúde mental deve contemplar uma rede de atenção e cuidados que inclui distintos segmentos sociais, com a proposta de garantir estratégias que pressupõe um olhar para além da doença. Desta forma, entende-se que o território ultrapassa o espaço geográfico, e envolve também o espaço relacional dos indivíduos numa comunidade (YASUI, 2010).

Tal problemática, muitas vezes, também envolve a dependência dos usuários nos serviços, conteúdo que foi evidenciado num relato demonstrando o forte vínculo na unidade de saúde, impedindo a possibilidade de novos espaços sociais para transitar e novas pessoas com as quais se possa compartilhar vivências e angústias.

> *"o CAPS pra mim significa muita coisa, o CAPS pra mim é uma mãe, é meu socorro, meu braço direito, meu ombro, onde eu choro, onde eu desabafo, onde eu procuro meu socorro... tudo é aqui (U5)".*

Em tais situações, é possível entender que a maior parte da rede social dos usuários fica restrita a outros usuários e profissionais do CAPS (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

A fala desta usuária merece uma análise cuidadosa, tendo em vista que a relação usuário-CAPS é complexa. Ao mesmo tempo em que pode fomentar, por vezes, a dependência e o "encapsulamento", o serviço muitas vezes constitui-se como único lugar que acolhe e compreende o usuário em suas necessidades, considerando que outros serviços da saúde apresentam dificuldade para atender essa demanda.

Foi encontrado um aspecto positivo relativo à acessibilidade para portadores de necessidades especiais no CAPS, a existência de rampas para cadeirantes, barras de proteção, sanitários adequados para este fim, atendendo os quesitos necessários relativos a ambiência adequada, devidamente preconizados pelo Ministério da Saúde (2010a), que dizem respeito à facilitação física para acesso, para que não excluam pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas, assim como a portadores de agravos da saúde mental, que pela doença psíquica ou uso de medicamento, apresenta dificuldade para locomoção.

Entretanto, ao abordar sobre outros aspectos da estrutura do serviço, todas as entrevistas apontaram para a falta de medicamentos e alimentos, causando insatisfação tanto para usuários quanto para familiares. Alguns deles afirmaram que, por vezes, a equipe ou os próprios usuários se disponibilizam para suprir a falta de alimentos. Tal situação denuncia a imensa fragilidade do setor saúde no Brasil, com sinais evidentes de sucateamento dos serviços de saúde, que inevitavelmente compromete o tratamento e recuperação dos usuários.

> *"A parte do lanche, nós temos que colaborar cada um" (U6)*
>
> *"O ruim aqui é que faltam medicamentos" (U7)*
>
> *"Sou acompanhado aqui, venho todo mês pra consulta com a médica... Mas na hora de pegar medicamento, não tem. Todo mês falta. E quando tem, é muito pouco"(U9).*

A insatisfação dos usuários quanto a aspectos deficitários semelhantes, como falta de materiais para oficinas, falta de medicamentos e escassez de profissionais da equipe do CAPS, também é uma realidade de outros serviços de saúde mental, tornando importante os investimentos na estrutura material e medicação do serviço (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Por outro lado, deve-se refletir cuidadosamente a insatisfação com a falta de medicamentos, uma vez que se pode pensar na supervalorização do seu uso, pois embora tenham sua importância, é preciso discutir outras formas de cuidado.

Referente à alimentação, a Portaria/GM nº 336 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) estabelece que seja oferecida uma refeição diária aos usuários assistidos no CAPS em um turno (04 horas) e duas refeições diárias para aqueles que permanecem no serviço em dois turnos (08 horas).

Durante as discussões nas entrevistas, houve um familiar que descreveu uma situação em que procurou o Ministério Público para reivindicar melhorias para o CAPS, em especial, para solicitar o fornecimento de medicamentos para os usuários.

> *"Teve uma vez que eu já fui pro Ministério Público, passou até na televisão. Foi um ónibus lotado de usuários e familiares porque estavam faltando muitos medicamentos aqui"(F1).*

O relato deste familiar sinaliza o empenho da equipe do serviço em organizar ações de reivindicação pelos direitos à saúde, relativa à participação social, outro relevante princípio do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Este processo caracteriza-se como uma forma do indivíduo solicitar condições adequadas de assistência à saúde e também de se reconhecer como responsável e participante do processo de transformação, ocasionando o sentimento de pertencimento ao CAPS.

A participação social, no campo da saúde mental, teve um impulso decisivo com a realização de três Conferências Nacionais de Saúde Mental (nos anos de 1987, 1992 e 2001), e que ofereceu possibilidades de participação dos atores sociais na construção das políticas de atenção psicossocial (AMARANTE, 2011). A quarta Conferência, realizada em 2010, permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos que tinham propostas a fazer sobre o tema saúde mental, reforçando o caráter da intersetorialidade, representando um avanço em relação às conferências anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Torna-se premente empreender discussões com as esferas públicas, a fim de formular estratégias para execução de ações de saúde condizentes com as Políticas Públicas vigentes no país.

O empoderamento do usuário está intimamente ligado a uma nova produção de cuidado, que objetiva o alcance da autonomia e da possibilidade decisória dos indivíduos (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Ainda nas reflexões relativas à estrutura do serviço, o aspecto sobre o atendimento a intercorrências clínicas/psiquiátricas no serviço foi trazido à tona por um familiar, destacando a falta de materiais e equipamentos, além de profissionais

não preparados para atender casos desta natureza, podendo sugerir também a insegurança do familiar em não poder contar com o serviço em momentos de crise.

> *"Talvez você não vê um equipamento de primeiros socorros. (...) Quer dizer, precisa de um pouco mais de preparo para o atendimento físico e não só psíquico, você entende? (...) Não é que o CAPS precise internar as pessoas, mas precisa dar respaldo para aquele que está passando mal. Quer dizer, precisa de injeção, de um enfermeiro que acompanhe ele (F2).*

A preocupação com este aspecto é legítima e expõe a urgente necessidade de repensar os processos de trabalho neste serviço, que se encontra em transição para atender na modalidade de CAPS III. É importante que os profissionais estejam capacitados para atender o usuário em crise, seja no próprio serviço ou no alcance do território, visando, basicamente, a desinstitucionalização por meio também de algumas ações de reabilitação e reinserção social.

Nicácio e Campos (2004) reiteram o desafio do atendimento às situações de crise, tendo em vista sua complexidade e o risco de reproduzir o modelo asilar. Pinho (2015) destaca relatos da equipe multiprofissional de um CAPS quanto à dificuldade no manejo à crise, atribuindo a responsabilidade à falta de apoio da RAPS e dos serviços de pronto atendimento, como UPA e SAMU.

As ações articuladas com a rede de serviços do território devem abranger os atores envolvidos e atuar com base nos contextos socioculturais, podendo produzir respostas às situações de crise que possibilitem a superação da demanda de internação no hospital psiquiátrico (NICÁCIO; CAMPOS, 2004; FERIGATO; ONOCKO CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A este respeito, Wetzel *et al.* (2011) chamam a atenção do atendimento nas crises e quadros agudos utilizando tecnologias da clínica ampliada, possibilitando suporte ao usuário e família no momento de sofrimento. A desresponsabilização pelo cuidado pode incentivar o encaminhamento do usuário para o hospital psiquiátrico, com o risco de caracterizar o CAPS como serviço complementar a essa instituição.

A clínica ampliada constitui-se numa diretriz da PNH que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença. Valoriza a qualificação do diálogo e a responsabilização por meio das equipes de referência e do apoio matricial, possibilitando decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia do usuário, família e comunidade. Objetiva acolher a necessidade do

usuário, por meio da escuta, da compreensão ampliada do processo saúde doença para além do diagnóstico, procurando elucidar os motivos pelos quais ele adoeceu (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Busca, portanto, desconstruir o conceito tradicional da clínica relacionado ao conceito de doença, superando a ótica biologicista e considera o processo saúde-doença como resultado de fatores sociais, políticos, econômicos, históricos e culturais (YASUI, 2010).

É necessário que os serviços de atenção psicossocial possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, que estas possam ser ouvidas, e estimuladas a expressar suas dificuldades e expectativas (AMARANTE, 2011; WETZEL *et al.*, 2011).

Existe a necessidade de se formar, ampliar e capacitar os trabalhadores dos serviços, a fim de que possam atender o usuário e seus familiares em suas demandas de sofrimento psíquico (KANTORSKI *et al*., 2009).

Além da insatisfação quanto ao atendimento a intercorrências no serviço, foi falado da importância de um serviço hospitalar para apoio ao atendimento a urgência e emergência. Atualmente, o município onde o estudo foi desenvolvido, conta com um Pronto Socorro Psiquiátrico que faz atendimento e encaminha os usuários para clínicas psiquiátricas conveniadas com o SUS. No entanto, ainda não conta com leito de saúde mental para atendimento em hospital geral, componente importante da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

> *"E eu queria também um pronto socorro, porque eu já vi pessoas chegando ruins aqui, quebrando coisas, surtando. Tinha que ter um pronto socorro pra cuidar naquele momento"(F3).*

Kantorski *et al*. (2009) destacam também a associação entre insatisfação com o serviço e as dificuldades de circulação na rede de serviços de saúde mental, especialmente nas situações de internação.

O relato corrobora com a realidade de outros serviços de saúde mental, onde se destaca a continuidade do hospital psiquiátrico como o espaço com condições de atender pacientes em crise (WETZEL *et al*., 2011).

Há de se discutir novos espaços de atendimento a crises, em detrimento da ideologia que somente serviços hospitalares e de pronto atendimento atendem

situação de urgências, pois ainda há usuários, familiares e também profissionais que possuem descrédito no CAPS para esse tipo de atendimento.

5.2.2 Acolhida da equipe e ajuda recebida

Nos últimos anos, no âmbito do SUS, algumas mudanças foram estabelecidas a fim de atender as demandas em saúde. Neste sentido, foi estabelecida a incorporação do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS. O acolhimento é considerado como "o ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Especialmente, no campo da saúde mental, o acolhimento tem grande importância, pois o indivíduo que está em sofrimento psíquico deseja ser olhado e escutado. Este processo pressupõe um lugar de escuta e possibilidades de encontro, como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados singular para cada usuário (YASUI, 2010).

Quando perguntados sobre a acolhida da equipe, tanto usuários quanto familiares relataram o acolhimento rápido, não havendo longo tempo de espera para ser atendido, e o momento de escuta e apoio oferecido neste momento de chegada ao serviço.

> *"Quando cheguei eu fui muito bem tratada, os profissionais me escutaram, fizeram orientações (U4)".*
>
> *"O acolhimento é o lugar onde a gente conta os problemas, porque está vindo. Isso é uma maneira deles [profissionais] saberem o que a gente precisa (F4)".*
>
> *"Eu fui bem recebido e o acolhimento foi feito na hora (F2)".*

Essa organização dos processos de trabalho facilita o acesso do usuário ao serviço, na medida em que se evita obstáculos burocráticos entre a necessidade e a potencialidade cuidadora da equipe (YASUI, 2010).

Alguns usuários relataram que, há alguns anos, o acolhimento só era feito após triagem. Desta forma, o usuário chegava ao serviço e logo depois passava por atendimento médico e começava a participar de grupos.

> *"Eu passei por uma triagem, conversei com a psicóloga, que fazia acolhimento. Na época eram duas. E depois minha mãe passou por outro atendimento, que já foi o médico. No primeiro dia foi assim (F2)".*

O movimento do CAPS de sair da lógica da triagem (característica do modelo ambulatorial), para a lógica do acolhimento, valida o processo de trabalho calcado no modelo da escuta. Este modelo tira o foco do tratamento do médico e o centra na equipe.

Vale destacar que a equipe deve romper com a visão biológica reducionista, e propor um intenso diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano, constituindo possibilidades distintas de pensar e fazer o cuidado. Para tanto, deve pautar suas ações no princípio da interdisciplinaridade, pactuando um projeto de cuidado feito nas relações que emergem no encontro entre demanda e o sofrimento do usuário (YASUI, 2010).

Atualmente, chegando ao serviço, o usuário é atendido por dois profissionais responsáveis pela "primeira escuta". Caso a demanda do usuário seja para o CAPS, o profissional agenda a participação dele para o grupo de Boas Vindas, para assim dar continuidade ao tratamento. Se a demanda for para outro serviço de saúde, os profissionais orientam o usuário e sua família quanto ao serviço de saúde mais adequado para ser atendido.

> *"Agora está tendo o primeiro acolhimento para pessoa integrar no grupo. Porque de primeiro, você vinha e fazia o acolhimento. Igual eu, já fui pro médico e pronto. Hoje você tem acompanhamento no grupo, aí você participa durante cinco dias, cinco terças-feiras, pra fazer o acolhimento, pra conhecer o que tem aqui." (U3)*

A mudança na forma de acolher usuários e familiares demonstra uma reestruturação dos processos de trabalho no referido CAPS, em consonância ao que se espera deste tipo de serviço substitutivo.

Scheibel e Ferreira (2011) destacam a importância do acolhimento como ação de saúde, ao passo que representa a disponibilidade da equipe para estabelecer relações humanizadas com os usuários. Entende-se que um bom acolhimento principia a relação e o vínculo entre estes atores (YASUI, 2010).

O fato de o CAPS ter portas abertas e atender pelo SUS facilita o acesso, considerando que o fator financeiro pode atuar como barreira para a obtenção de cuidado.

> *"A gente procurou um lugar, um apoio, é o único lugar que eu tive de apoio, porque pelas condições financeiras, eu não podia pagar uma clínica. Então, procuro o apoio do governo, e o lugar que mais achei favorável, mais próximo da minha residência foi o CAPS"(F2).*

Uma familiar ressalta que se sentiu bem acolhida no serviço, mas em alguns momentos tem a sensação de que o profissional médico não oportuniza um espaço para a família relatar elementos importantes do processo de adoecimento psíquico do familiar.

> *"É bem acolhido, só que tem horas que penso que eles [médicos] não nos entendem. Minha mãe, quando está ruim, não lembra o que fez. Mas quando ela volta ao normal, a gente trata ela como uma pessoa normal...porque você que está do lado dela vê realmente a diferença ...aí eu vou falar para o médico sobre que aconteceu e ele não deixa a gente falar. (F3)*

O relato desta familiar caracteriza a fragilidade de uma escuta qualificada, de atitude do profissional para ouvir e compreender as demandas da família.

Este resultado reflete o contato insipiente dos familiares com o médico, revelando um distanciamento deste profissional em relação ao tratamento do usuário, em que alguns familiares demonstraram incerteza na compreensão da equipe sobre o problema e ajuda que precisava. A dificuldade de relacionamento com a equipe pode ocasionar menor satisfação com os resultados do tratamento (MIRANDA; SOUZA; FERREIRA, 2014).

Mielke *et al.* (2012) assinalam a dificuldade de escutar o outro, processo este que envolve empatia, plasticidade para desenvolver formas distintas para

acolhimento das necessidades das famílias, respeitando a singularidade de cada grupo familiar.

Em pesquisa realizada no mesmo serviço onde este estudo foi desenvolvido, Souza (2015) percebeu a influência do atendimento médico centrado no modelo ambulatorial, denotando a dificuldade deste profissional em empreender a articulação com a equipe multiprofissional.

A ideia de autossuficiência por parte de algum profissional e/ou especialidade pode dificultar as práticas interdisciplinares (MENEZES; YASUI, 2013). No modelo psicossocial, a importância do medicamento e do médico na relação com o usuário precisa ser discutida (PITTA, 2011).

Além de todos os aspectos abordados, um familiar sugeriu que além do atendimento em grupo, fosse ofertado também o atendimento individual, de acordo com as necessidades de cada pessoa.

> *"Minha mãe faz tratamento, mas assim, eu queria também um tratamento individual. Eu sinto falta disso, ai lá [outro serviço de saúde] tem esse tratamento individual. Eu gostaria que aqui também tivesse um tratamento individual de vez em quando (F6).*

Vale destacar que o CAPS do estudo oferece atendimento individual, conforme preconiza a Portaria nº 336/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e complementarmente, oferta também os atendimentos em grupo, em suas diversas modalidades.

O relato demonstra o desconhecimento do familiar quando às atividades desenvolvidas no serviço. Por isso, é tão importante discutir entre usuário, profissional e familiar, a construção PTS, que tem por finalidade atender as necessidades de cada um e reavaliar as estratégias de atendimento a eles dispensadas.

5.2.3 Competência e compreensão da equipe

Competência é uma palavra utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. O conceito é pensado como conjunto de conhecimentos,

habilidades e atitudes que se articulam para um alto desempenho. Na literatura acadêmica, a referência que baliza o conceito de competência é a tarefa e o conjunto de tarefas pertinentes a um cargo. Na prática profissional, a competência envolve: saber agir com responsabilidade, implicando mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor social ao indivíduo (LEME; FLEURY, 2001).

A competência profissional procede da capacidade de desempenho em determinadas situações, e seu desenvolvimento requer um longo processo decorrente da reflexão sobre a formação e a realidade do trabalho. Envolve a educação, experiência profissional e a formação específica adquiridas ao longo da vida além do desenvolvimento de atributos intelectuais, psicomotores e/ou afetivos (AMARANTE, 2011; LUCCHESE; BARROS, 2009).

Na dimensão que contempla aspectos relativos à competência e compreensão da equipe, no grupo de familiares, houve participantes que descreveram o CAPS como local de escuta e orientação. Um espaço para troca de saberes e vivências, para falar dos anseios e problemas, e onde se aprende a lidar melhor com o familiar que necessita de cuidados.

Tal condição contribui para que a corresponsabilização seja efetivada também entre os serviços de saúde e seus profissionais, de forma a reestruturarem sua forma de trabalho com a família. Em geral, o que a família busca é apoio e orientação para maneiras de cuidar e conviver com seu familiar (MIELKE *et al*., 2012).

Os familiares responderam ainda que a equipe tem preparo para atender os usuários, oferecendo atendimento baseado na escuta qualificada.

.

> *"eles [profissionais] escutam o seu problema (...) da melhor forma possível nos aconselham. Se algum dia você chegar e falar 'estou chateado, será que estou agindo direito com meu familiar?'. Aí ele te orienta."(F1)*

Quanto à escuta qualificada, houve usuários que consideraram esta ação presente no cuidado, embora outros não identificassem tal competência em todos os profissionais, na medida em que alguns deles não promovem oportunidades de centrar a fala do usuário na sua real necessidade.

> *"o médico e as psicólogas são muito bons...Eles nos suportam, quando a gente vem na crise. Eles nos escutam (U7).*
>
> *"Quando eu cheguei eu fui muito bem tratada. Até hoje eu sou bem tratada...Só que a psicóloga fala muita coisa, e não deixa a gente falar, expressar, muitas vezes ela fica em outros assuntos. E às vezes a gente sai daqui com o problema, como se não tivesse resolvido nada." (U1)*

O depoimento de um desses usuários demonstra, por um lado a satisfação do acolhimento, mas por outro denuncia a fragilidade na escuta. Neste sentido, destaca-se a importância da escuta atenta do universo do usuário, suas demandas e percepções, para que o profissional, a partir daí, possa abrir espaço para que seja atendido na sua real necessidade.

A competência comunicativa e relacional é considerada um atributo importante do trabalhador da área de saúde mental para desenvolver satisfatoriamente a interação com usuários, uma vez que permite à pessoa expor seus problemas, compreendê-los e adaptar estratégias para lidar com suas necessidades (VELOSO, 2014).

O profissional de saúde deve evitar uma atitude impositiva, representada pela figura de detentor do saber (MIELKE *et al.*, 2012). Oliveira, Andrade e Goya (2012) destacam a manipulação como forma de desassistência ou "não atenção" em saúde mental, seja ela oriunda de profissionais, familiares ou comunidades.

A escuta qualificada possui potencial terapêutico e está calcada na disponibilidade, compreensão, confiança e respeito ao usuário. Quando ofertada, contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa, e quando deficitária, dificulta tais expressões, contribuindo com agravamento do estado mental e manutenção da vida (MAYNART *et al.*, 2014).

Muitas vezes o cuidado em saúde mental ainda está focado na doença, e este pode ser um reflexo da prática manicomial ou mesmo da formação dos profissionais com base no modelo biomédico (MIELKE *et al*., 2011).

De igual maneira, a satisfação relacionada ao atendimento do médico aparece de formas variadas. Há usuários e familiares que expressaram satisfação, enquanto que outros denotam descontentamento.

> *"Hoje com o tratamento, mudou muito coisa, eu tomando o remédio, e o médico, é muito bom. Eu estou satisfeita (U10)".*

> *"Psiquiatra não te dá assunto. Minha mãe mesmo quando trocou a medicação aqui, ela estava sendo atendida por esse médico. Ela passou mal e desmaiou comigo de madrugada. Então, eu pensei que poderia ser o remédio que tinha trocado. Aí eu vim aqui, seria consulta dela pra falar com ele, a pressão dela baixou demais. Ele nem deu assunto, falou "vou trocar a medicação dela". Nem mediu a pressão dela. Aí então, existe uma diferença muito grande de um psicólogo para um psiquiatra. Todos que eu já passei, é só aquela receita ali, ele não te dá nem assunto. Não sei se a profissão é mesmo de não dar assunto, né. Mas é porque a gente não sabe lidar com a situação" (F2).*

A produção do cuidado se dá no encontro entre o usuário com suas necessidades e o profissional de saúde com suas opções na oferta do tratamento (YASUI, 2010). Quando não há escuta, o usuário tem potencializado seus sentimentos negativos geradores de conflitos interiores (MAYNART *et al.*, 2014).

Uma usuária destacou que não vê resultados do tratamento, por conta da falta da escuta e compreensão da equipe sobre seu problema. Em seu relato, deixa a ideia também da sua própria dificuldade em se expor além de que se ressente da falta da escuta por parte da equipe, quando se manifesta diferentemente da forma esperada.

> *"eu chego aqui e me sinto sem oportunidade de falar realmente, como eu me sinto (...)às vezes você precisa falar, e quando você chega é abordado outros assuntos, e aquele assunto não termina (...) Você entra vazio e sai vazio, e é muito ruim. Você sai assim como se você tivesse perdido seu tempo (...)às vezes você não tá legal, e eles [profissionais] acham que você tá legal. (...) Então, acho também que às vezes há muita manipulação também com a gente"(U2).*

A pouca habilidade do profissional para entender as reais demandas dos usuários pode gerar muitos desconfortos e insatisfação. O sofrimento psíquico é individual, e envolve fatores pessoais, que por vezes, a pessoa não consegue expressar por meio de palavras ou ações. O profissional deve estar atento aos

relatos do usuário e familiar, a fim de coletar informações para ajudá-lo no processo de cuidado, procurando não suscitar outras sensações além das decorrentes do seu problema principal.

O atendimento ao usuário deve contemplar ações de escuta desenvolvidas em espaços individuais e coletivos, podendo ser variável em função da especificidade de cada caso.

Amarante (2011) reitera a importância de a equipe estabelecer vínculos afetivos e profissionais com usuários, estando comprometida a ajudá-los, para que se sintam realmente ouvidos e cuidados em suas necessidades. Os serviços não devem ser espaços burocráticos, repetitivos, pois podem representar a valorização do contexto da doença e não a valorização das pessoas.

A respeito da privacidade e confidencialidade, todos os participantes deste estudo responderam que a equipe presta atendimento privativo e confidencial sempre que necessário.

> *"Em minha opinião, tem privacidade... Porque tem uma salinha ali para o profissional atender alguém ali individual (U2)".*

A privacidade é um componente da ambiência e diz respeito à proteção da intimidade do usuário, que pode ser garantida com uso de divisórias ou cortinas, ou móveis que permitam integração e privacidade do ambiente, facilitando o processo de trabalho. Este mesmo espaço visa a confortabilidade voltada para a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

O espaço privativo é essencial no contexto do cuidado em saúde mental, que se permeia no universo de vivências produtoras de sofrimento psíquico, e compartilhadas apenas quando o sujeito sente-se acolhido e respeitado em sua individualidade. O profissional deve ter clareza de que sua prática depende da concepção que compreenda o usuário como sujeito, tendo o direito de dispor sobre seu próprio processo saúde-doença.

5.2.4 Elementos intervenientes do modelo psicossocial

A análise dos relatos de usuários e familiares possibilitou agrupar dados com elementos importantes sobre o tratamento baseado no modelo psicossocial, agrupados nesta quarta categoria, que abrangeu aspectos relativos à aceitação dos problemas, evolução do tratamento, reabilitação psicossocial, estigmas e mitos quanto ao transtorno mental e reinserção pelo trabalho.

Os dados desta pesquisa revelaram que os familiares reconhecem como os usuários eram antes de iniciar o tratamento: inquietos, agressivos, apresentavam confusão mental, isolamento social e passavam por internações recorrentes em clínicas psiquiátricas.

> *"Meu filho foi muito agressivo, passou época sem querer tomar remédio, ficava assim toda época que tinha problema. Ele foi internado várias vezes. E depois da última vez que ele ficou internado, já foi um caso que ele também já se conscientizou que ele não pode ficar sem o remédio. (...) Era agressivo, tinha que internar porque ele era insuportável. Mas hoje ele melhorou no sentido que ele acalmou mais. Hoje ele não é tão agressivo assim"(F6).*

Houve vários relatos apontando que após o tratamento no CAPS perceberam diminuição dos sintomas relacionados ao adoecimento mental, menor dependência da família e maior participação em atividades de vida diária, como cozinhar e passar roupas.

> *"Antigamente eu tinha que dar opinião na roupa que ela tinha que vestir, em tudo dentro de casa"(F1).*
>
> *"Depois que ela passou fazer tratamento no CAPS ela não precisou internar mais"(F4)*

Um familiar relatou que o tratamento no CAPS proporcionou mudanças na vida de toda família, tendo em vista a melhora do quadro de saúde da usuária.

> *"O atendimento aqui mudou tanto a minha família, a minha menina não aceitava o irmão, agora tá tudo na paz, e foi através dessas reuniões, que é a coisa mais importante que tem"(F4).*

Houve relatos mostrando o efeito do medicamento na diminuição dos sintomas relacionados ao sofrimento psíquico. É indiscutível que a terapia medicamentosa tem grande valia para o controle dos sintomas dos transtornos mentais, desde que se releve sua associação com diferentes propostas terapêuticas oferecidas no CAPS, as quais buscam autonomia do usuário, base do modelo de atenção psicossocial. Este resultado é possível por conta da atuação da equipe multiprofissional no sentido de estimular o empoderamento do usuário.

Mielke *et al*. (2011) consideram que, para o tratamento ser efetivo, o indivíduo necessita ser reinserido na vida em sociedade. A reinserção social consiste na retomada da autonomia e da cidadania, sendo garantido à pessoa, a livre circulação nos espaços da cidade e a promoção de novas relações sociais. Além disso, os autores ressaltam a importância da utilização dos dispositivos do território onde a vida acontece.

Há consenso de que as práticas voltadas para autonomia do usuário é um dos pilares do tratamento e deve ser uma prática dos profissionais do CAPS (MIELKE *et al.*, 2011).

As políticas públicas também reforçam questões relativas à autonomia e protagonismo dos usuários, estabelecidas pela Política Nacional de Humanização (PNH) e PNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a; 2013). .

Na PNH, o princípio da autonomia e o protagonismo dos sujeitos aparecem como forma legítima de garantia de direitos e valorização da atuação na produção de saúde. Isso implica na produção de diferentes realidades sociais, econômicas, políticas, institucionais e culturais, baseadas em mudanças na gestão e na atenção à saúde. Indivíduos autônomos são protagonistas nos coletivos de que participam e corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No âmbito da assistência em saúde mental, o protagonismo surge como prática voltada para construção de projetos terapêuticos que incluam a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma. Desta forma, é possível alcançar os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Durante as entrevistas, quando questionados sobre como eram antes e o que mudou com o tratamento, os usuários, em sua grande maioria, relataram a redução do número de internações, desde quando aderiram ao tratamento no CAPS.

Uma série de estratégias possíveis e já conhecidas de cuidado às crises fora do hospital pode ser acionada: a internação domiciliar, a articulação com a família e com a rede social do usuário, a contenção química, mediante o uso de psicofármacos, dentre os quais são algumas tecnologias já utilizadas no serviço e que permitiram aos usuários com crises graves viver esse momento sem passar por uma internação, sempre traumática e desabilitadora (WETZEL *et al*., 2011).

Entre os usuários entrevistados encontrou-se um depoimento que atesta a satisfação com o tratamento no CAPS ao qual o compara às internações em clínicas psiquiátricas, onde há mais vulnerabilidade quanto à sua pessoa.

> *"eu só andava internada. Agora eu não fico internada mais. Porque o CAPS não vê assim...Lá [clínica de internação] pega piolho, lá os doido bate na gente"(U5)*

O paradoxo da manutenção de um hospital psiquiátrico em uma proposta de mudança de modelo de atenção evidencia-se quando se consideram as experiências negativas de usuários e familiares em relação a esse espaço. Os maus-tratos denunciados por familiares revelam a face cruel de uma forma de atendimento manicomial que ainda existe, como política pública, e que, para essas famílias, em momentos de crise, ainda aparece como a única opção de "tratamento (WETZEL *et al*., 2011).

Por outro lado, o CAPS é descrito como espaço de tratamento e de sociabilidade, lugar em que se estabelecem relações sociais novas e alternativas de reinserção social. Sobretudo, para estes sujeitos, o CAPS se configura como a primeira alternativa de participação na esfera pública (SANTOS, 2009).

Houve, ainda, menção de melhora dos sintomas associados à doença psíquica, mas não a cura. Por isso, a importância da continuidade do tratamento de saúde, e também do seguimento da terapia medicamentosa e demais atividades ofertadas pelo CAPS.

Tanto familiares quanto usuários falaram do estigma da sociedade e do preconceito quanto aos transtornos mentais. Por vezes, os usuários sentem-se mal compreendidos diante do que apresentam e são rotulados como "loucos", até mesmo pela própria família.

> *“Quem tem pessoas como nós temos, às vezes é muito difícil as pessoas compreenderem. Só quem tem, sabe.”(F4)*

> *“Os parentes nos chamam de loucos. Eles falam: ‘você está no CAPS? É louco’. Eles não ajudam. Eu não me sinto louca, eu me sinto bem. Louco é aquele que não está no CAPS, louco é aquele que não toma remédio. Eu estou aqui”(U5)*

Alguns usuários relataram a necessidade de aposentar-se por conta do adoecimento mental, mas encontram dificuldade, pois segundo eles, os profissionais não emitem laudo para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Este foi um assunto levantado, gerando desconforto e descontentamento pelos participantes durante a entrevista.

> *“Acho que todo mundo que está aqui no CAPS precisaria aposentar, a gente só fica no CAPS. Virou, você está aqui. Agora vai virar CAPS III, vai internar aqui. Então, quem passa mal, vem. Então eles cortam nosso benefício. A gente já está mal, não pode trabalhar. Vêm 3 a 4 vezes na semana aqui, não presta pra trabalhar.” (U12)*

> *“Eu tive uma sorte nesse ponto, mas depende muito do laudo do médico”. Se o médico falar que deu uma alteração, que deu uma melhorada, eles já cortam (o benefício). Mas ninguém fica lá em casa pra saber quantas noites eu levanto pra sair pra rua, não. O INSS não me paga nada, não me dá um centavo. Então o médico faz um relatório que não supre os que eles querem lá. “Não você tá boa, você tá boa pra trabalhar.” (U4).*

Ainda é necessário avanços neste sentido, uma vez que esta população alvo esteve institucionalizada e marginalizada por muito tempo. É preciso pensar em outro lugar social para os usuários do CAPS, possibilitando trocas sociais (PEDROZA *et al.*, 2012), e um deste espaços compreende o do trabalho.

Alguns usuários têm dificuldade em reconhecer possibilidades para o trabalho, e por conta disso, busca-se primeiro a aposentadoria, sendo que, nem sempre há indicação. Soma-se a isso, o estigma internalizado sobre a incapacidade de conseguir e manter-se num emprego, devido aos sintomas psíquicos e preconceitos por parte da sociedade. A equipe do CAPS deve atuar na sensibilização e discussão junto à rede de atenção em saúde, a fim de aproximar-se aos profissionais de outros serviços que ainda não têm conhecimento de como atender usuários com demandas de sofrimento psíquico. Isso pode ser uma lacuna

na formação profissional e também resultado da cultura de que o “louco” deve ser internado ou tutelado.

A reabilitação psicossocial compreende um conjunto de ações que visam aumentar as habilidades do indivíduo, e envolve as pessoas que fazem parte do processo saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2006).

As políticas de saúde mental adotaram estratégias para criação de projetos de geração de renda para pessoas em acompanhamento na rede. Houve uma mudança significativa na questão do trabalho com o surgimento das cooperativas e empresas sociais. O trabalho deixou de ser terapêutico, ou como simples forma de ocupação, para tornar-se uma estratégia de cidadania, autonomia e emancipação social (AMARANTE, 2011).

Para Silva e Lussi (2010), alguns projetos de trabalho e renda desenvolvidos com usuários de serviços de saúde mental apresentam um viés terapêutico forte. Percepções sobre o trabalho na vida dos usuários indicam que a atividade laboral assume o papel secundário na vida dos mesmos, não indicando o trabalho como prioridade. Por outro lado, foi identificado percepções relativas à inclusão.

Importante fornecer subsídios para a elaboração e implementação de políticas públicas que fomentem efetivamente a geração de trabalho e renda, criando possibilidades de ingresso ou retorno de pessoas que se encontrem em situação de desvantagem social ao mundo do trabalho (LUSSI; MORATO, 2012).

O governo federal, em parceria com Secretaria Nacional de Economia Solidária, estabeleceu uma política com vistas a criar condições para usuários participarem de atividades produtivas através da economia solidária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Lussi e Pereira (2013) levantaram os principais conceitos dados por usuários sobre trabalho. Na interpretação dos participantes deste estudo, o trabalho é uma ferramenta para a emancipação social através, principalmente, da independência financeira. Outra consideração relevante diz respeito ao contexto de acolhimento e convivência proporcionados pelo ambiente das oficinas. E complementar a isso, existe o resgate de sentimentos, atitudes, habilidades e capacidades.

Interessante destacar que, no presente estudo, houve uma similaridade nos relatos de usuários e familiares a respeito das dimensões relacionadas a acessibilidade, constituindo uma importante fonte de informações para subsidiar a

avaliação da assistência prestada no CAPS. A participação destes dois atores sociais, usuários e familiares, como sujeito de pesquisa validaram seu papel na tomada de decisão no que diz respeito à gestão do serviço.

Os resultados desta pesquisa sobre satisfação quando a acessibilidade ao CAPS mostraram questões pertinentes à qualidade da assistência recebida, sinalizou as potencialidades deste serviço como dispositivo regulador da RAPS, e ainda assim, sensibilizou usuários e familiares para atuarem como agentes transformadores da assistência neste serviço substitutivo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação relacionada à acessibilidade ao CAPS, por parte dos usuários e familiares, mostrou-se como um processo revelador de características associadas à obtenção de cuidados à saúde e continuidade no tratamento.

A localização do serviço revelou-se, ao mesmo tempo, como fator de satisfação, à medida que o serviço apresentou-se próximo à residência do usuário, mas também como fator insatisfatório para obtenção do cuidado, tendo em vista que alguns usuários residiam distantes do serviço ou mesmo em outros municípios da região metropolitana que não possuem CAPS. Neste sentido, é fundamental empreender ações com vista à consolidação da RAPS, na busca de garantir o acesso aos cuidados de saúde, relacionado à demanda específica de cada serviço.

As condições estruturais do serviço foram consideradas inadequadas, especialmente por conta da falta de insumos, medicamentos, alimentos e materiais para desenvolvimento de atividades grupais como oficinas, por exemplo. Vale destacar, que a falta de medicamentos apresentou-se como aspecto insatisfatório para os dois grupos de sujeitos, levando-os a se organizarem para reivindicações de oferta adequada de insumos necessários para o pleno e efetivo atendimento no CAPS. Outrossim, faz-se necessário, a discussão ampliada das condições dos serviços de saúde, junto à gestão pública, através do controle social, tendo em vista o atual cenário de sucateamento dos vários serviços de saúde.

A fragilidade da estrutura também abarcou a composição da RAPS do município, que não dispõe de serviço de saúde especializado em psiquiatria para atendimentos de urgência ou emergência. A situação influencia a acessibilidade, à medida que os usuários não dispõem de atendimento adequado para quadros psiquiátricos eminentemente agudos.

Os resultados referentes à dimensão do acolhimento e ajuda recebida destacam o valor de particularidades relacionadas à escuta qualificada do usuário e sua família, pois o contrário, a falta de tais atributos por parte de alguns profissionais da equipe foi um fator de destaque entre as dimensões de satisfação na acessibilidade do serviço pesquisado. Esta dimensão requer ser cuidadosamente apreciada, também por todos os profissionais, pois as pessoas que demandam os serviços valorizam o quesito do atendimento eficaz, norteado pelos pressupostos da relação terapêutica, que quando bem conduzida tende a ter assertividade no tratamento.

Os aspectos relativos à dimensão da competência da equipe mostraram-se, ao mesmo tempo, satisfatórios e insatisfatórios, deixando clara a natureza subjetiva da avaliação da satisfação, especialmente pelo caráter qualitativo dado ao tema estudado.

Com relação aos aspectos relativos à dimensão da competência da equipe, os resultados deste estudo mostram-se insuficientes para um posicionamento mais contundente, visto que os relatos deixaram de apresentar elementos palpáveis que balizassem uma avaliação de satisfação neste sentido.

Por outro lado, um fator importante de satisfação no processo do cuidado está atrelado à habilidade interpessoal de alguns profissionais da equipe, a qual favorece o vínculo do usuário com o serviço, ao mesmo tempo em que pode fragilizar a relação entre eles, traduzindo-se em insatisfação.

Os aspectos relacionados à autonomia do usuário, inserção social pelo trabalho e às mudanças na saúde decorrentes do tratamento no CAPS chamam atenção para uma realidade que se desponta com fragilidades. Quando o tempo de permanência de alguns usuários no serviço ultrapassa o período de 10 anos, onde as ações que recebem são basicamente empreendidas pelo próprio serviço, com poucas inserções terapêuticas e reabilitadoras em outros dispositivos do território, há fortes indícios que permanecem institucionalizados, ferindo frontalmente um das maiores premissas da PNSM.

Interessante, por outro lado que esta análise não perpasse pelos usuários e seus familiares, que se ressentem de o CAPS não ter no seu *locu* tantas outras especialidades terapêuticas além de outras opções de lazer, recreação ou ocupacionais. Neste cenário é preciso empoderar os clientes dos serviços, esclarecendo e ainda, os orientandos do real significado do CAPS num determinado momento da vida, visando a autonomia de vida, mesmo diante de limitações e outras adversidades.

Vale destacar a importância de criar parcerias com redes de trabalho, lazer, assistência social e outros tantos quantos forem necessários a fim de garantir a assistência no território onde os usuários vivem, com vistas o cuidado integral às suas necessidades.

O CAPS ao ser reconhecido, pelos usuários e seus familiares, como referência positiva no modelo de atenção psicossocial, especialmente por dar conta de forma exitosa no tratamento dos transtornos mentais, com a redução da

sintomatologia e remissão das internações em clínicas psiquiátricas, mostra claramente a satisfação dessas pessoas no quesito acessibilidade. A dimensão Resultado, alvo de avaliação deste estudo, contém fortes indícios que o serviço pesquisado tem cumprido seu papel, a despeito de algumas fragilidades experienciadas no seu cotidiano, demostrada em alguns dos depoimentos dos participantes. Fica evidente que o modelo assistencial vigente no Brasil, ainda que precise ser aprimorado e fortalecido desponta para caminhos certeiros, deixando para traz um modelo manicomial excludente, vivido há pouco tempo, na história da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O desenvolvimento de ações avaliativas por parte dos usuários e familiares busca problematizar questões pertinentes à realidade destes grupos. A avaliação é um instrumento para a gestão do SUS, que subsidia a tomada de decisão dos serviços, e também a produção de indicadores para sua avaliação, além de identificar oportunidade de melhoria, reorientando as necessidades da assistência na área da saúde mental.

Os resultados da pesquisa reforçam a importância de incentivar a avaliação do serviço como prática elementar para o planejamento e para a gestão dos serviços de saúde.

A avaliação das dimensões citadas neste estudo permite ainda reorientar as ações de educação permanente para as necessidades do serviço, tendo como parâmetro a opinião dos principais atores sociais beneficiados com o tratamento.

Espera-se provocar discussões focadas na formação profissional em saúde mental, considerando a importância do conteúdo teórico e vivencial nos serviços da RAPS, num processo reflexivo das competências, que abarcam conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais envolvidos no cuidado. É importante ainda, repensar as diretrizes curriculares dos cursos na área da saúde, de forma a superar o ensino biologista calcado na valorização da doença. Sem falar no preparo e atualização do corpo docente voltado às politicas publicas vigentes no país e que norteiam as ações assistenciais.

Sugere-se que sejam desenvolvidos projetos de pesquisa e extensão no sentido de investigar as inquietações que emanam dos serviços e de seus usuários, capacitar recursos humanos, abordando as competências especificas da especialidade para trabalhar em acordo com a Política Nacional de Saúde Mental.

Acreditamos, por fim que é possível oferecer atendimento de qualidade, na medida em que se incentiva a participação e responsabilização do próprio sujeito na gestão do cuidado, junto à equipe e sua família, estando livre para opinar e ter suas escolhas respeitadas.

REFERÊNCIAS

Almeida KS, Dimenstein M, Severo AK. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. Interface (Botucatu). 2010; 14(34): 577-92.

Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Anderson EW, Fornell C, Lehmann DR. Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability. Working Paper, NQRC (National Quality Research Center): The University of Michigan; 1992.

Atkinson, SJ. Anthpropology in research on the quality of health services. Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):283-99.

Bandeira M, Silva MA, Camilo CA, Felício CM. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. J Bras Psiquiatr. 2011; 60(4): 284-93.

Bandeira M, Silva MA. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. J. Bras. Psiquiatr. 2012; 61(3): 124-132.

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Boccardo ACS; Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O Projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2011; 22(1): 85-92.

Bürke KP, Bianchessi DLC. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. Estudos e Pesquisa em Psicologia. 2013; 13(3): 957-76.

Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP, Schneider JF. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. Cien Saude Colet. 2011; 16(11): 4405-4414.

Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama GAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1): 16-22.

Castellanos PL. Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação [dissertation]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo/FGV; 2002. 235 p.

Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface. 2011; 15(37): 589-99.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos

conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.

Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Cien Saude Colet. 2015; 20(10): 3243-3253.

Costa NR, Corrêa SGP, Silva PRF. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. Cien Saude Colet. 2015; 20(10): 3139-3150.

Cruz WBS, Melleiro MM. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(1): 147-153.

DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Server - List Terms. Pesquisa sobre SAUDE MENTAL. 2015.

Deluiz N. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Formação/Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, DF: v.1, n.2, 2001. p. 5-15.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

Donabedian. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990; 114(11):1115-1118.

Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. Rev Bras Enferm. 2011; 64(1): 47-52.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saude Publica. 2006; 22(6): 1267-1276.

Ferigato SH, Onocko Campos RT, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP. 2007; 6(1): p.31-44.

Figueiredo MD, Onocko Campos RT. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cien Saude Colet. 2009;14(1): 129-138.

Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. Acta Paul Enferm. 2006; 19(2): 207-211.

Furtado JP; Onocko Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad Saude Publica. 2013; 29(1):102-110.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2010.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Cien Saude Colet. 2009; 14(1): 297-305.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS) [internet]. [cited 2016 fev 06]. Available from: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=520870&idtema=130&search=goias|goiania|estimativa-da-populacao-2016-

Jesus A, Assis WL. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Cien Saude Colet. 2010; 15(1): 161-170.

Jorge SB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Cien Saude Colet. 2011; 16(7): 3051-3060.

Kantorski LP, Wetzel C, *Olschowsky A, Jardim VMR, Coimbra VCC, Schineider JF et al*. Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2010; 6 (especial): 387-408.

Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM *et al*. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 Suppl.1: 29-35.

Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, Quadros LCM, Coimbra VCC, Jardim VMR. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. Ciência cuidado e saúde. 2012a; 11(1).

Kantorski LP, Jardim VMR, Delpino GB, Lima LM, Schwartz E, Heck RM. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2012b; 33(1):85-92.

Leal BM, Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Aletheia . 2013 (40): 87-101.

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. Interface (Botucatu). 2014; 18(51): 661-672.

Leme MTF, Fleury A. Construindo o conceito de competência. RAC - Revista de Administração Contemporânea. 2001; 5;(Esp) :183-186.

Lucchese R, Barros S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1): 152-60.

Lussi IAO, Morato GG. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2012; 20(3): 369-380.

Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Júnior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev. Lat. Amer. Enf. 2006; 13(3): 448-456.

Lussi IAO, Pereira MAO. Concepções sobre trabalho elaboradas por usuários. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2013; 24(3): 208-15.

May T. Pesquisa social: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Maynart WHC, Albuquerque MCS, Mércia Zeviani, Jorge Jorgina Sales. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Acta paul. Enferm. 2014; 27(4): 300-304.

Medeiros M. Pesquisas de abordagem qualitativa. Rev. Eletr. Enf. 2012;14(2): 224-5

Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(6):1817-1826.

Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trab. educ. saúde. 2011; 9(2): 265-276.

Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. Rev. bras. enferm. 2012; 65(3): 501-507.

Minayo MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.

MINAYO, M. C. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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 (Brasil): Ministério da Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde. Portaria nº. 353 /GM, de 7 de março de 2005. Divulga relatório final do grupo de trabalho saúde mental e economia solidária. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental em Dados – 12. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº. 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do

SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012a.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 446/2012. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012b.

Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1990.

Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), classificados de acordo com porte e abrangência populacional. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

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). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010a.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília (Brasil): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010b.

Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

Miranda PO, Souza OF, Ferreira TF. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. J. bras. psiquiatr. 2014; 63(4): 332-340.

Moll MF, Silva KJ, Dias ER, Ventura CA. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. J Nurs Health. 2012; 2(1):18-27.

Munari DB, Esperidião E, Medeiros M, Garcia CM. Considerações teóricas e técnicas da utilização do grupo na investigação científica. R. Enferm UERJ. 2008; 16(1):113-8.

Nicácio F, Campos GWS. A complexidade da atenção. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2004; 15(2): 71-81.

Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2014; 38(101): 368-378.

Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Cien Saude Colet. 2012; 17(11): 3069-3078.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: World Health Organization; 2001.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22(5): 1053-1062.

Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983; 6(3-4):185-210.

Pedroza AP, Oliveira FB, Fortunato ML, Soares PFC. Articulação Saúde Mental e Economia Solidária: Relato de Projeto de Inclusão Social. Rev Rene. 2012; 13(2): 454-62.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Pinho ES. Processos de trabalho de um centro de atenção psicossocial tipo III: reflexão de práticas e saberes. 2015. 150 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Cien Saude Colet. 2011;16(12): 4579-4589.

Ramos DD, Lima MA. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Cad Saude Publica. 2003; 19(1): 27-34.

Ruggeri M. Satisfaction with mental health services. In: Thor-Nicroft G, Tansella M. Mental Health Outcome Measures. 2010. Londres: RCPsych, p.99-115.

Santos AFO, Cardoso CL. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. Estud. psicol. 2014; 19(1): 13-21.

Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Cien Saude Colet . 2009; 14(4): 1177-1182.

Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011; 35(4).

Schimdt MB. Avaliação da qualidade de serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Caps Profeta Gentileza [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 450p.

Secretaria Municipal de Saúde. Inauguração do CAPS Novo Mundo. [internet] Goiânia; 2011. [cited 2016 25/01/2016]; Available from: http://saudementalgoiania.blogspot.com.br/2011/07/inauguracao-do-caps-novo-mundo.html

Silva LMV, Formigli VLA.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 1994; 10(1): 80-91.

Silva MDP, Lussi IAO. Geração de Renda e Saúde Mental: o cenário do município de São Paulo. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2010; 18(1): 35-48.

Silva MA. Satisfação dos usuários com os serviços de saúde. In: Bandeira MA, Lima LA, Barroso S. Avaliação dos Serviços de Saúde Mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida. Petrópolis: Vozes; 2014. p.55-80.

Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. REME. 2012,16(2): 280-288.

Silva NS. O panorama dos serviços de saúde mental do interior do estado de Goiás [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG; 2012. 232 f.

Souza ACS. Avaliação da estrutura e processos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG; 2015. 215f.

Spicer J. How to measure patient satisfaction. Qual Prog. 2002;35(2):97-8.

Spiller ES, Sena AM, Santos JF, Vilar JM. Gestão dos serviços em saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: ed. FGV; 2009.

Tanaka OO, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Cien Saude Colet. 2009;14(2): 477-486.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H *et al*. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad Saúde Pública. 2010, 26(4): 807-815.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L *et al*. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. *p.183-206*

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(Supl 2): 190-S198.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Cien Saude Colet. 2005; 10(3): 599-613.

Veloso ASF. Competências para o trabalho na área de reabilitação psicossocial. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2014; (11): 39-44.

Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Cien Saude Colet. 2011; 16(4): 2133-2143.

World Health Organization. WHO-SATIS consumer's and caregivers' satisfaction with mental health services a multisite study. Geneva: Mental Health World Organization; 1996.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro para identificar o perfil sócio demográfico dos usuários do CAPS em estudo

1	**Identificação**	
2	**Data de nascimento**	
3	**Sexo**	( ) F ( )M
4	**Estado civil**	( ) solteiro ( ) casado ou vive com companheiro ( ) separado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) outros: _____
5	**Escolaridade**	( ) sem escolaridade ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) curso técnico ( ) universidade ( ) pós-graduação ( ) outros: _____
6	**Trabalho**	( ) Sim ( ) Não
7	**Data que iniciou o tratamento neste serviço**	

APÊNDICE 2

Roteiro para identificar o perfil sócio demográfico dos familiares de usuários do CAPS em estudo

1	**Identificação**	
2	**Data de nascimento**	
3	**Sexo**	( ) F ( )M
4	**Estado civil**	( ) solteiro ( ) casado ou vive com companheiro ( ) separado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) outros: _____
5	**Escolaridade**	( ) sem escolaridade ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) curso técnico ( ) universidade ( ) pós-graduação ( ) outros: _____
6	**Trabalho**	( ) Sim ( ) Não
7	**Grau de parentesco com usuário**	

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário de um Projeto de Pesquisa intitulado Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia. Meu nome é Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira, sou enfermeira e pertenço à equipe de pesquisadores da referida pesquisa, que tem como responsáveis Profª. Drª. Elizabeth Esperidião e Adrielle Cristina Silva Souza.

Após ler com atenção este documento sobre as informações e esclarecimentos da citada pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, assine todas as folhas deste documento, o qual também será assinado por mim. São duas vias do documento, sendo uma sua e a outra da equipe de pesquisadores. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Tendo dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Profª Drª Elizabeth Esperidião no telefone: (62) 3209- 6280, Ramal 213, Adrielle Cristina Silva Souza (62) 8265-3254 ou Ana Caroline G. C. Moreira (62) 8290-3702 .

Caso queira informar-se sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa:

Título do Projeto: *Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia.*

Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós Graduação/ Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, tendo como objetivo geral avaliar os processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo, no município de Goiânia. Nesta etapa, eu, Ana Caroline G. C. Moreira, sob a orientação da Profª Drª Elizabeth Esperidião, investigarei a Satisfação dos

usuários do Centro de Atenção Psicossocial com relação à sua acessibilidade na assistência à saúde.

Nesta etapa, pretende-se conhecer sua satisfação quanto ao acolhimento e competência da equipe multiprofissional, condições físicas e conforto do serviço, privacidade e confidencialidade, e resultados da assistência recebida no CAPS.

A pesquisa será realizada em forma de discussões em grupo com técnicas grupais, coordenados pela pesquisadora. Um dos grupos será feito com os usuários do serviço, e o outro grupo contará com a participação dos familiares. Será utilizado um gravador de áudio e câmera fotográfica/filmadora para se garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes possam ser recuperados e analisados posteriormente.

Informamos que os riscos ao participar do estudo são de exposição de opiniões e ideias pessoais perante a equipe de trabalho, sujeitando-se a julgamento destes, porém o Sr(a) não é obrigado a expor nada pessoal na pesquisa, nem dar opiniões em temas que o deixa desconfortável. O Sr (a) possui total liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o inicio do estudo. Garantimos o sigilo quanto ao seu nome. Como benefícios, esperamos melhora na qualidade de assistência aos usuários e família oferecida no serviço. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, bem como não terá despesas ao participar. Os resultados poderão ser publicados em congressos, revistas científicas, em que as informações permanecerão em anonimato. Assim, asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa. Colocamo-nos a disposição para qualquer tipo de esclarecimento que se fizer necessário.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

EU,_____
RG,_____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Goiânia, ____de _____ de _____.

_____ _____

Nome do participante Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

_____ _____

Nome da testemunha Assinatura da testemunha

_____ _____

Nome da testemunha Assinatura da testemunha

Observações complementares:

APÊNDICE 4

QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS EM GRUPO COM USUÁRIOS

1. O que você acha da localização do CAPS? Qual sua opinião sobre a estrutura do CAPS?
2. O que você acha da forma como você foi acolhido no CAPS? Demorou para ser atendido? O profissional lhe escutou e compreendeu o que precisava?
3. Como você vê o preparo da equipe para lhe atender?
4. Diga-nos como você estava antes de iniciar o tratamento no CAPS, e como está agora durante o tratamento recebido neste CAPS?

APÊNDICE 5

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA EM GRUPO COM FAMILIARES

1. O que você acha da localização do CAPS? Qual sua opinião sobre a estrutura do CAPS?
2. O que você acha da forma como seu familiar foi acolhido no CAPS? Na sua opinião, o profissional o escutou e compreendeu o que precisava? Demorou para ser atendido?
3. Como você vê o preparo da equipe pra lhe atender? Os profissionais prestam atendimento com privacidade e confidencialidade?
4. Diga-nos como seu familiar estava antes de iniciar o tratamento CAPS, e como está agora durante o tratamento recebido neste CAPS?

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de avaliação da Satisfação dos Pacientes (SATIS-BR) versão abreviada[1]

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Nome (Opcional):_____ Idade: _____
Estado civil:_____ Escolaridade: _____
Sexo:_____ Trabalho: _____
Nome do serviço:_____ Início do atendimento: _____
Data ___/___/___

Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

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

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

2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?

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

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

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

[1] Escala que baseou as questões norteadoras das entrevistas com os participantes deste estudo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

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

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

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

Sim	1
Não	2
Não sei	3

15.1. Se sim, de que maneira?

.....
.....
.....
.....

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO 2

Escala de avaliação da Satisfação dos Familiares (SATIS-BR) versão abreviada[2]

SATIS-BR - FORMA ABREVIADA

ESCALA DE AVALIACAO DA SATISFACAO DOS FAMILIARES EM SERVICOS DE SAUDE MENTAL

Nome do paciente(Opcional):_____
Nome do entrevistado (Opcional):_____Idade:_____
Estado civil:_____ Sexo:_____ Escolaridade:_____
Nome do Serviço:_____ Tempo de atendimento_____
Data ___/___/___

Nós vamos lhe fazer agora algumas perguntas sobre a impressão que você teve do tratamento dispensado ao seu parente ou dos servicos que vocês receberam no (nome do servico). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas nem erradas. Queira responder segundo sua própria opinião.

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

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

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

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

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

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

[2] Escala que baseou as questões norteadoras das entrevistas com os participantes deste estudo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. De que você gostou mais neste serviço?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Sim	1
Não	2
Não sei	3

11.1 Se sim, como?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOIÂNIA

Pesquisador: Adrielle Cristina Silva Souza

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 23468013.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.678

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Não se aplica

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e projetos modificados conforme solicitação quanto a risco em potencial(Postagens em 14/04/14,PBrasil).

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.
Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.
O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.
Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 23 de Abril de 2014

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

ANEXO 4

Parecer Comitê de Ética para Emenda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOIÂNIA

Pesquisador: Adrielle Cristina Silva Souza

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 23468013.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.365.451

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda ao Projeto de Pesquisa "Avaliação da Estrutura e Processos de Trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, no município de Goiânia.

Objetivo Secundário:

-> Conhecer a dinâmica assistencial do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental;-> Identificar a articulação do Centro de Atenção Psicossocial com os demais serviços e equipamentos sociais do município;-> Identificar as ações dos profissionais constantes no projeto terapêutico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental;-> Relacionar as ações dos

profissionais do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, na perspectiva da interdisciplinaridade de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental;-> Mapear o processo de construção e dinâmica do projeto terapêutico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, no município de Goiânia;-> Problematizar e

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

refletir as potencialidades e fragilidades dos processos de trabalho dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial.-> Avaliar a satisfação de usuários e familiares quanto a acessibilidade ao Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No presente estudo não há riscos potenciais, salvo se algum participante sentir-se desconfortável ao emitir suas ideias e pensamentos acerca da problemática abordada.

Benefícios:

Entre os benefícios, espera-se que ao final da investigação, por sua natureza reflexiva e problematizadora, tenha-se levantado questões significativas quanto ao funcionamento do serviço com possíveis soluções e ou perspectivas de aplicabilidade, ocorrendo o redirecionamento necessário para a assistência de qualidade, de forma atender às necessidades dos usuários e seus familiares, além da dinâmica favorável do trabalho da equipe multiprofissional, tal como propõe a Política Nacional de saúde Mental. Acredita-se que seja possível estimular o empoderamento dos usuários, além de incentivar a capacidade de ação destes na busca pela qualidade dos serviços. Espera-se também que o processo pelo qual se desenvolverá esta investigação seja motivador para os demais serviços especializados da rede de atenção psiquiátrica, no sentido de problematizarem suas rotinas, visando excelência na assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Considerando atingir o objetivo central deste Projeto de Pesquisa em problematizar e refletir as potencialidades e fragilidades dos processos de trabalho dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), acessando profissionais e gestores do serviço, visualizamos a necessidade em ampliar o enfoque avaliativo a partir da análise da satisfação dos usuários do serviço e seus familiares. Cabe salientar que o estudo está calcado no referencial teórico de Avedis Donabedian, o qual prevê que o processo de avaliação de serviços seja focado nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. No projeto original as duas primeiras dimensões foram atingidas, restando doravante adentrar nos aspectos relativos ao Resultado, possíveis de serem captados e analisados também por meio do acesso aos próprios usuários dos serviços. Há fortes recomendações dos organismos de saúde nacionais e internacionais (Ministério da Saúde do Brasil, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde)
que sejam investigados os vários atores do cenário assistencial, sejam gestores, profissionais e os

usuários, considerando o contexto social onde as práticas se desenvolvem. Buscando atender tal direcionamento, este projeto de pesquisa segue investindo em questões que envolvem a dinâmica assistencial que dizem respeito ao acolhimento e competência da equipe multiprofissional, condições físicas e conforto do serviço, privacidade e confidencialidade, bem como resultados da assistência recebida no CAPS. Igualmente importante destacar que os investimentos desta proposta são abarcados pelas linhas de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFG e do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental – RECUID, o qual tem fortalecido suas publicações científicas com desdobramentos na assistência em saúde mental no Estado de Goiás. Assim, torna-se relevante alteração nos seguintes campos: assistentes de pesquisa, equipe de pesquisa, desenho, resumo, palavra-chave, introdução, objetivo secundário, metodologia, tamanho da amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão, grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa, cronograma de execução, folha de rosto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Certamente tais alterações/acréscimos contribuirão para outras reflexões sobre as práticas de saúde dispensadas nos CAPS, com possíveis implicações no ensino pesquisa e assistência nesta área do conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória encontram-se anexados e adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações/acréscimos constantes na emenda analisada atende as Normas de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Resolução 466/12 não apresentando nenhum óbice ético. Recomendamos sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação desta Emenda.

Situação: Emenda aprovada.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Continuação do Parecer: 1.365.451

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_608315_E1.pdf	27/11/2015 13:54:49		Aceito
Folha de Rosto	folharostoemenda.pdf	27/11/2015 13:53:15	Adrielle Cristina Silva Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemenda.pdf	27/11/2015 13:49:11	Adrielle Cristina Silva Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisaemenda.pdf	27/11/2015 13:48:05	Adrielle Cristina Silva Souza	Aceito
Outros	19 - funcao na pesquisa.pdf	19/12/2013 16:36:16		Aceito
Outros	18 - curriculo atualizado.pdf	19/12/2013 16:35:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	20 - anuencia da SMS.pdf	05/12/2013 11:06:16		Aceito
Outros	16 - obtenção do TCLE.pdf	05/12/2013 11:05:07		Aceito
Outros	14 - declaracao do pesquisador.pdf	05/12/2013 11:04:15		Aceito
Outros	13 - declaracao do orientador.pdf	05/12/2013 11:04:06		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	11 - carta de autorizacao do responsavel pela guarda dos prontuarios.pdf	05/12/2013 11:03:53		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	10 - carta autorizando manuseio de prontuarios.pdf	05/12/2013 11:03:42		Aceito
Outros	9 - carta de solicitacao do pesquisador.pdf	05/12/2013 11:03:29		Aceito
Outros	8 - justificativa certidao de ata.pdf	05/12/2013 11:03:22		Aceito
Outros	7 - declaracao da unidade onde sera a pesquisa.pdf	05/12/2013 11:03:10		Aceito
Outros	6 - Carta da area de conhecimento enfermagem.pdf	05/12/2013 11:02:28		Aceito
Outros	5 - parecer favoravel da instituicao proponente.pdf	05/12/2013 11:01:59		Aceito
Outros	4 - finalidade do estudo.pdf	05/12/2013 11:01:43		Aceito
Outros	2 documento nucleo de pesquisa.docx.pdf	05/12/2013 11:01:32		Aceito
Outros	1 carta de encaminhamento.pdf	05/12/2013 11:01:20		Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 14 de Dezembro de 2015

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br