

WESLEY GOUVÊA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS MORADORES  
COM OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

São João del-Rei

PPGPSI – UFSJ

2018

WESLEY GOUVÊA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS MORADORES  
COM OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia  
Linha de Pesquisa: Instituições, Saúde e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Marina Bandeira, PhD.  
Co-orientador: Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade

São João del-Rei

PPGPSI – UFSJ

2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela força, saúde e motivação para trilhar essa jornada. Sem ele nada disso seria possível.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e companheirismo de sempre.

Aos mais próximos pela paciência, cuidado e carinho, capazes de tornar tudo mais leve.

À Profa. Dra. Marina Bandeira pelo profissionalismo, dedicação e comprometimento durante todo esse tempo de trabalho.

Ao Prof. Dr. Mário César que me co-orientou no desenvolvimento da pesquisa. Obrigado pela atenção.

À Prof. Dra. Daniela que me orientou na análise dos dados estatísticos desse estudo.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Vidal e ao Prof. Dr. Lucas Cordeiro por aceitarem fazer parte da banca de defesa da dissertação e por todas as contribuições para a finalização deste trabalho.

Aos colegas e amigos do Lapsam pela ajuda, compartilhamento de saberes e pelos bons momentos vividos.

Aos profissionais do Departamento de Saúde Mental de Juiz de Fora e da Ong Gedae pela abertura e receptividade ofertada para a realização da coleta de dados.

Aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos pela disponibilidade em participarem da pesquisa, pelo exemplo de superação e pelo aprendizado concedido.

## RESUMO

Com a reforma psiquiátrica e seu processo de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), ganharam destaque na promoção da reabilitação psicossocial dos pacientes egressos de longa internação psiquiátrica. Apesar do marcante desenvolvimento dos serviços de saúde mental comunitários, a continuidade dos cuidados e obtenção de tratamentos efetivos representam, ainda, um grande desafio. Preocupada com a qualidade da assistência dos serviços de saúde mental, a Organização Mundial de Saúde elaborou dez recomendações gerais para a saúde no mundo, destacando-se o desenvolvimento da pesquisa e o monitoramento dos serviços para avaliar seus resultados e sua qualidade. Com o novo modelo de tratamento adotado, os pacientes passaram a ser cada vez mais considerados como agentes ativos do cuidado. Nesse sentido, a avaliação da satisfação, realizada pela perspectiva dos pacientes, é um importante instrumento capaz de avaliar a qualidade dos serviços. Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de satisfação global e dos diferentes domínios da satisfação, assim como identificar quais fatores estão associados à satisfação dos moradores com os SRTs de Juiz de Fora, Minas Gerais. Foram entrevistados 60 moradores de 15 residências, utilizando um questionário para avaliar as variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos moradores e a escala validada SATIS-BR para avaliar o nível de satisfação. Os resultados mostraram uma média global de satisfação de 4,46 (em uma escala de 1 a 5), indicando que os pacientes estavam entre satisfeitos e muito satisfeitos com o serviço. O maior escore de satisfação foi na subescala 2 (4,57), que avalia a dimensão da “Acolhida e ajuda recebida”. O escore significativamente mais baixo (4,40) foi em relação à subescala 1, que avalia a dimensão “Competência e compreensão da equipe”. Os fatores associados à satisfação foram: participar de atividades no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), não receber visitas de profissionais da Saúde da Família, gostar da localização da residência, gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, estar de acordo com as regras da residência e achar que os outros moradores convivem bem entre si. Os resultados demonstraram uma boa qualidade dos serviços. Entretanto, alguns aspectos precisam ser melhorados, como a capacidade de escuta e compreensão da equipe sobre as necessidades dos moradores e a interação dos moradores com a comunidade.

**Palavras-chave:** satisfação, pessoas mentalmente doentes, moradias assistidas

## ABSTRACT

With the psychiatric reform and its process of deinstitutionalization, the Residential Therapeutic Services (SRTs), have gained prominence in promoting the psychosocial rehabilitation of patients with long psychiatric hospitalization. Despite the strong development of community mental health services, continuity of care and effective treatment are still a major challenge. Concerned with the quality of mental health services, the World Health Organization has developed ten general recommendations for health in the world, highlighting the development of research and the monitoring of services to evaluate their results and quality. With the new treatment model adopted, patients became increasingly considered as active agents of care. In this sense, satisfaction assessment, performed by the patients' perspective, is an important instrument capable of evaluating the quality of services. The objective of this study was to evaluate the degree of global satisfaction and the different domains of satisfaction, as well as to identify which factors are associated with the residents' satisfaction with SRTs in Juiz de Fora, Minas Gerais. We interviewed 60 residents of 15 settings, using a questionnaire to evaluate the sociodemographics, clinical and life conditions of the residents and a validated rating scale, SATIS-BR, to evaluate the degree of users' satisfaction. The results showed an average global satisfaction of 4,46 (on a scale of 1 to 5), indicating that patients were between satisfied and very satisfied with the services. The highest score of satisfaction score was in subscale 2 (4.57), regarding the domain "The quality of reception and help received". The significantly lowest level of satisfaction was in subscale 1 (4,40), regarding the domain "The competence and understanding skills of the staff". The associated factors of user' satisfaction were: to participate in the activities taking place in the Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), not receiving the assistance of the Program "Saúde da Família", to like the residence location, to like the way the other residents related to him, to approve the residence rules and to feel that the other residents have a good relationship. The results showed a good quality of services. However, some aspects need to improve regarding staff listening and understanding skills towards residents and the interaction of the residents with the community.

**Key-words:** satisfaction, people with mental disease, assisted residences.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos moradores .....	50
Tabela 2 - Características clínicas e de tratamento dos moradores .....	51
Tabela 3 - Características de condições de vida dos moradores .....	54
Tabela 4 - Características dos moradores avaliadas pelos cuidadores .....	56
Tabela 5 - Médias e desvios-padrão do escore global e das subescalas de satisfação e comparação entre as subescalas pela análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas e pelo teste <i>post hoc</i> de Bonferroni .....	58
Tabela 6 - Médias e desvios-padrão do grau de satisfação e porcentagens de sujeitos em três categorias de satisfação, para cada item.....	60
Tabela 7 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas em relação à satisfação global .....	61
Tabela 8 - Análise univariada das variáveis clínicas e de tratamento em relação à satisfação global .....	62
Tabela 9 - Análise univariada das variáveis de condição de vida em relação à satisfação global .....	64
Tabela 10 - Análise univariada das variáveis dos moradores avaliadas pelos cuidadores em relação à satisfação global .....	65
Tabela 11 - Análise de regressão linear múltipla das variáveis clínicas e de tratamento associadas à satisfação .....	67
Tabela 12 - Análise de regressão linear múltipla das variáveis de condição de vida associadas à satisfação.....	68

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>11</b>
A Desinstitucionalização Psiquiátrica .....	11
O impacto dos transtornos mentais.....	13
Os cuidados comunitários em saúde mental.....	15
Os serviços de saúde mental no Brasil .....	16
Avaliação dos serviços de saúde mental.....	19
Cuidados metodológicos das pesquisas avaliativas.....	26
Satisfação dos usuários com os Serviços de Saúde Mental.....	29
Estudos da satisfação dos usuários com os Serviços Residenciais.....	32
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
Objetivo Geral .....	39
Objetivos Específicos .....	39
<b>MÉTODO.....</b>	<b>40</b>
Delineamento.....	41
Descrição do local da pesquisa.....	41
População-alvo .....	42
Amostra .....	42
Instrumentos de medida.....	43
Procedimento de coleta de dados.....	45
Análise de dados .....	46
Considerações éticas.....	47
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
Descrição da amostra dos moradores .....	49
Características sociodemográficas .....	49
Características clínicas e de tratamento .....	50
Características de condição de vida dos moradores .....	53
Características dos moradores avaliadas pelos cuidadores .....	55
Normalidade da amostra .....	57

Análise descritiva da satisfação dos moradores .....	57
Análise da satisfação global e por subescalas .....	57
Análise da satisfação por itens .....	59
Análises univariadas .....	61
Análise univariada das variáveis sociodemográficas .....	61
Análise univariada das variáveis clínicas e de tratamento .....	62
Análise univariada das variáveis de condição de vida .....	63
Análise univariada das características dos moradores avaliadas pelos cuidadores.....	65
Análises multivariadas dos fatores associados à satisfação com os SRTs .....	66
Análise de regressão linear múltipla das variáveis clínicas e de tratamento .....	67
Análise de regressão linear múltipla das variáveis de condições de vida .....	67
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>82</b>
Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR – Versão Abreviada).....	82
Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	86
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MORADOR .....	90
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CUIDADOR.....	92



## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos psiquiátricos têm uma alta taxa de prevalência no mundo, sendo estimadas, em 2001, que 450 milhões de pessoas apresentaram algum transtorno dessa ordem, com pelo menos um caso a cada quatro famílias (OMS, 2001). O ônus dos transtornos psiquiátricos equivale a 13% da Carga Global de Doenças (CGD). Esta medida considera a soma dos anos de vida perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidade, ajustados pela gravidade do transtorno (OMS, 2008). Este índice é maior do que o das doenças cardiovasculares (9,7%) e câncer (5,1%). Até 2020, prevê-se um crescimento para 15% (OMS, 2008; Thornicroft & Tansella, 2010).

Os transtornos mentais e comportamentais exercem um grande impacto sobre os indivíduos, seus familiares e a comunidade. Os custos que a doença mental provoca perpassam pelos aspectos humanos como as privações sociais, econômicas e sobrecarga dos familiares cuidadores. Produzem interferências na vida social, profissional, na saúde, lazer, bem estar físico e psicológico. Os pacientes e seus familiares não só sofrem com os sintomas da doença, mas também com o impacto negativo provocado pelo estigma e pela discriminação (OMS, 2001; Thornicroft & Tansella, 2010).

Com a reforma psiquiátrica e seu processo de desinstitucionalização, o atendimento aos pacientes psiquiátricos, antes concentrado nos grandes hospitais, passa a ser desenvolvido nos serviços comunitários de saúde mental. Dentre estes, destaca-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), considerados pelo Ministério da Saúde (MS) como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização. Além de garantir moradia aos pacientes egressos de longa internação psiquiátrica, os SRTs têm como objetivo auxiliar o paciente em seu percurso de reintegração na comunidade e reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar do marcante desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitários, a continuidade dos cuidados e a obtenção de tratamentos efetivos, representam ainda um grande desafio nesse campo. Nesse contexto, para garantir a qualidade da assistência dos serviços de saúde mental, a OMS (2001) fez dez recomendações gerais para a saúde no mundo, destacando-se o desenvolvimento da pesquisa e o monitoramento dos serviços para avaliar seus resultados e sua qualidade. A saúde mental deve ser monitorada, mediante a inclusão de indicadores que

incluam tanto o número de indivíduos com estes problemas, quanto à qualidade dos cuidados que recebem nos serviços (OMS, 2001).

Para garantir a sua qualidade, os serviços de saúde mental devem ser julgados pelos próprios usuários em relação à sua satisfação com a acessibilidade, estrutura, higiene, organização, forma de atendimento, relacionamento entre profissionais e usuários, intervenções terapêuticas e os resultados do tratamento. Eles devem ainda, alcançar resultados significativos que atendam as necessidades dos pacientes em relação à sintomatologia e reinserção social (Donabedian, 1990).

Com o novo modelo de tratamento adotado, os pacientes psiquiátricos passaram a ser cada vez mais considerados como agentes ativos do cuidado. Nesse sentido, a avaliação da satisfação, realizada pela perspectiva dos pacientes, é um importante instrumento capaz de verificar a qualidade dos serviços. Ela é apropriada como medida de resultados e como indicador da qualidade dos serviços. Se a adequação do tratamento às necessidades dos pacientes não é levada em consideração, a tendência é que os serviços se deteriorem (Ruggeri, 1994; Donabedian, 1992).

Para identificar estudos quantitativos que avaliaram a satisfação dos pacientes com os serviços residenciais de saúde mental, foi realizada uma busca nos indexadores Scielo, MedLine e Lilacs, com os seguintes descritores: satisfação, pessoas mentalmente doentes, moradias assistidas, *satisfaction, people with mental disease, assisted residences*. Foram encontrados onze estudos internacionais (Fenton, Mosher, Herrell & Blyler, 1998; Kaspro, Frisman & Rosenheck, 1999; Hawthorne, Green, Lohr, Hough & Smith, 1999; Hanrahan, Luchins, Savage, & Goldman, 2001; Freeman, Malone & Hunt, 2004; Hawthorne, Green, Gilmer, Garcia, Hough, Lee, Hammond & Lohr, 2005; Piat, Perreault & Bloom, 2006; Greenfield, Stoneking, Humphreys, Sundby, & Bond, 2008; Robins, Callahan & Monahan, 2009; Osborn, Lloyd-Evans, Johnson, Gilbert, Byford, Leese & Slade, 2010; Rog, Marshall, Dougherty, George, Daniels, Ghose & Delphin-Rittmon, 2014) e apenas dois estudos nacionais (Jaegger, Guitton, Lyrio, Santos, Freitas, Gonçalves, Abelha & Legay, 2004; Maluf, Bandeira & Oliveira, 2017).

Dentre os estudos internacionais encontrados, verificou-se que alguns não utilizaram instrumentos de medida padronizados, podendo comprometer a validade interna dos resultados e a capacidade de comparação dos dados entre diferentes pesquisas (Bandeira, 2014). Nos estudos nacionais, Jaegger et al. (2004) utilizaram uma amostragem pequena (n = 15) para avaliar o grau

de satisfação dos moradores com os SRTs, o que pode comprometer a generalização dos resultados. Outro ponto relevante é que os autores não investigaram os fatores sociodemográficos, clínicos e de condições de vida associados ao grau de satisfação. Maluf et al. (2017) também utilizaram uma amostragem menor que o presente estudo ( $n = 45$ ), investigando também, um número menor de variáveis associadas à satisfação. Portanto, há limitações metodológicas nos estudos nacionais e internacionais citados. Além disso, os dois estudos nacionais foram realizados nas cidades de Barbacena e Rio de Janeiro, não havendo ainda um estudo que avaliasse a satisfação dos moradores com os SRTs de Juiz de Fora.

Os problemas encontrados na literatura consultada foram, portanto: a carência de estudos, principalmente no contexto nacional, sobre a avaliação da satisfação dos pacientes com SRTs, o uso de amostras pequenas e a ausência de investigação ou a investigação de um número reduzido dos fatores sociodemográficos, clínicos e de condições de vida associados à satisfação, o que demanda a realização de novos estudos. A questão de pesquisa que se coloca, no presente trabalho, é qual o grau de satisfação global e dos diferentes domínios da satisfação e quais fatores estão associados à satisfação dos moradores com os SRTs de Juiz de Fora, um local diferente dos estudos apresentados acima.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### A Desinstitucionalização Psiquiátrica

Ao longo dos séculos, as pessoas com transtornos mentais foram tratadas das mais diferentes formas, passando por um status elevado até o isolamento em grandes instituições. O século XIX, na Europa, foi marcado por divergentes tendências. Havia por um lado, o desenvolvimento da psiquiatria, considerando as doenças mentais como um campo legítimo para a investigação científica e, por outro, os portadores de transtornos mentais, marcados pelas formas indesejáveis de comportamento social, sendo banidos da sociedade e isolados nos grandes asilos de loucos (OMS, 2001).

A partir da segunda metade do século XX, uma mudança de paradigma se inicia. Tal mudança foi influenciada por três fatores independentes: a progressão da psicofarmacologia e as novas modalidades de intervenção psicossocial; a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seu movimento a favor dos direitos humanos e a incorporação dos componentes sociais e mentais na definição de saúde da OMS. Esses fatores contribuíram para a mudança nos cuidados em saúde mental, que deixaram de ser realizados nas grandes instituições hospitalocêntricas e passaram para um cuidado aberto na comunidade (OMS, 2001).

Segundo Thornicroft e Tansella (2010), a história do cuidado em saúde mental pode ser descrita em três períodos: O Nascimento do Asilo, o Declínio do Asilo e o Desenvolvimento do Cuidado na Comunidade. O Nascimento do Asilo, no período de 1880 a 1950, foi marcado pela ampliação das instituições asilares, em territórios distantes das casas dos pacientes, ofertando apenas a provisão das necessidades básicas de sobrevivência e a contenção das pessoas com “anormalidades” clínicas e sociais da época. O Declínio do Asilo compreende o período de 1950 a 1980, onde as mudanças sociológicas, farmacológicas e legais contribuíram para a desinstitucionalização e transferência dos cuidados do hospital psiquiátrico para a comunidade. A partir de 1950, os efeitos nocivos da internação, como por exemplo, a reafirmação dos sintomas negativos dos pacientes e as críticas à institucionalização de pacientes crônicos vieram à tona.

O Desenvolvimento do Cuidado na Comunidade ocorreu a partir de 1980. Neste período, destaca-se a construção e ampliação de centros comunitários de saúde, com empenho na emancipação dos pacientes psiquiátricos, a partir de uma ampla variedade de serviços, com foco

nas necessidades do indivíduo e de seus familiares e na presença de equipe multiprofissional. Além disso, o desenvolvimento da legislação para amparar as novas formas de cuidado e a realização de auditorias, pesquisas avaliativas e o monitoramento para a melhoria dessas práticas marcam este período (Thornicroft & Tansella, 2010).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se deu junto ao processo da Reforma Sanitária, em 1970, onde trabalhadores e usuários do sistema de saúde propunham uma mudança no modelo de atenção e gestão da saúde, pautada na saúde coletiva e na equidade dos cuidados. A Reforma Psiquiátrica faz parte de um contexto internacional de mudanças, onde no Brasil, os movimentos sociais se organizaram pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, denunciando a violência dos manicômios e a hegemonia da assistência privada em saúde mental (Delgado, Schechtman, Weber, Amstalden, Bonavigo, Cordeiro, Pôrto, Hoffmann, Martins & Grigolo, 2007).

Em 1990, uma iniciativa para a reestruturação da atenção psiquiátrica nas Américas é lançada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, resultando na Declaração de Caracas, propondo o desenvolvimento dos cuidados psiquiátricos vinculados à atenção primária em saúde, impulsionando uma revisão crítica do papel centralizador do hospital psiquiátrico e afirmando que os pacientes sejam cuidados em suas comunidades (OMS, 1990). Em 2001, após anos de tramitação, a Lei 10.216 é homologada, tornando a reforma psiquiátrica e seu processo de desinstitucionalização política pública no Brasil (Ministério da Saúde, 2001).

No entanto, Morgado e Lima (1994) destacaram cinco possíveis consequências negativas da desospitalização, a partir da experiência internacional, descritas a seguir. A primeira delas se refere ao fato dos pacientes mais graves ficarem desassistidos em termos de cuidados gerais, necessários para qualquer pessoa enferma. A segunda consequência chama atenção para o fenômeno da porta giratória ou *revolving door*, caracterizado pelo fato dos pacientes terem alta, mas ao invés de irem para a casa, serem admitidos em outro hospital. A terceira se refere ao custo não monetário da doença mental, onde o paciente desassistido fica sujeito a muitos problemas, expondo a si próprio e à sua família, constituindo uma relação desgastada e sobrecarregando os mais próximos. A quarta consequência destaca a possibilidade do paciente sem acompanhamento profissional se envolver em problemas com a justiça ou polícia. A última crítica diz respeito à politização do movimento de desinstitucionalização, onde os autores alertam para que ele não se torne uma questão político-partidária.

Para diminuir as consequências da desospitalização citadas acima, alguns cuidados precisam ser tomados a fim de se evitar as reinternações e garantir a reinserção social dos pacientes. Bandeira (1993) realizou um estudo como objetivo de identificar os fatores associados a uma reinserção social sem rehospitalização no contexto brasileiro, antes mesmo da reforma psiquiátrica. Fizeram parte da amostra 50 pacientes psiquiátricos com diagnóstico de psicose do Vale das Vertentes em Minas Gerais, que frequentavam hospitais públicos, distribuídos em dois grupos de sujeitos: um grupo de pacientes que não tiveram nenhuma hospitalização nos últimos quatro anos (G1), e outro grupo de pacientes que foram hospitalizados três vezes ou mais nos últimos quatro anos (G2).

Os pacientes que permaneceram na comunidade sem rehospitalização durante quatro anos apresentavam maior adesão à medicação; suporte social necessário ao seu funcionamento e ao controle dos momentos de crise, taxa mais elevada de abstinência de álcool e maior conformidade com a doença. Além disso, os pacientes não recidivistas apresentavam maior número de atividades sociais. Tais resultados demonstram a importância do cuidado contínuo para uma boa manutenção das pessoas com transtornos mentais na comunidade (Bandeira, 1993).

## **O impacto dos transtornos mentais**

Em 1996, pesquisadores da Universidade de Harvard e da OMS publicaram um estudo utilizando como medida a Carga Global de Doença (CGD). Essa medida utiliza a combinação do número de anos vividos com incapacidade (Years Lived With Disability – YLD) e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (Years of Life Lost – YLL), resultando no indicador o DALY (disability adjusted life of years) ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (Santos & Siqueira, 2010).

A Carga Global dos transtornos mentais no mundo foi avaliada em 13%. Esse índice é maior do que o das doenças cardiovasculares (9,7%) e o das neoplasias malignas (5,1%) (Thornicroft & Tansella, 2010). No Brasil, os transtornos mentais foram responsáveis por 9,5% do total de DALY, comparadas a todas as outras doenças, em uma avaliação referente ao ano de 2015 (Bonadiman, Passos, Mooney, Naghavi & Melo, 2017).

Thornicroft e Tansella (2010) consideraram os seguintes critérios para a avaliação do impacto dos transtornos mentais na saúde: prevalência, severidade, consequências, disponibilidade de intervenções e aceitação das intervenções. No que diz respeito à prevalência, os transtornos mentais atingem em média, 26,1 % da população adulta em 17 países no mundo. No Brasil, há poucos estudos que investigaram a prevalência para os transtornos mentais. Um estudo com adultos em São Paulo constatou uma prevalência de 26,6 %, sendo a ansiedade (19,9 %) e os transtornos de humor (11,0 %) os mais significativos (Bonadiman, et al., 2017).

Quanto à severidade, os transtornos mentais podem interferir na expectativa de vida e na vida pessoal e social dos pacientes. Os transtornos mentais apresentam taxa de mortalidade de 8,1%, comparados com os 9% das doenças respiratórias, 5,8% de todas as formas de câncer e 4,4% das doenças cardiovasculares, no mundo (Thornicroft & Tansella, 2010). No Brasil, essa taxa representava apenas 1,2% do total de YLL, em 2015. Entretanto, esses transtornos constituem a principal causa de incapacidade, com 24,9% do total de YLD (Bonadiman, et al., 2017).

Em relação às consequências, os transtornos mentais interferem consideravelmente na vida dos pacientes e seus familiares. Os pacientes sofrem com os sintomas, com a baixa qualidade de vida, a perda da independência, da capacidade de trabalho e da integração social. Seus familiares muitas vezes sofrem com a sobrecarga decorrente dos cuidados prestados e também com a redução da produtividade econômica (Thornicroft & Tansella, 2010).

O impacto dos transtornos mentais pode ser minimizado com a maior oferta e disponibilidade dos serviços. É necessário que os cuidados sejam acessíveis e proporcionais às necessidades dos pacientes. Entretanto, pesquisas tem mostrado a necessidade de maior regulação dos serviços. Os Estados Unidos, por exemplo, têm capacidade de tratar até dois terços das pessoas com transtornos mentais claramente definidos, mas na verdade, trata apenas um terço. A maioria das pessoas afetadas não recebe tratamento, enquanto muitas recebem sem de fato, necessitarem. Esse resultado destaca duas questões importantes dos cuidados em saúde mental: a cobertura e o foco. A cobertura diz respeito à proporção de pessoas que podem se beneficiar com os tratamentos e que realmente os recebem. O foco sinaliza o quanto essas pessoas realmente precisam dos tratamentos que recebem. Na saúde pública, o uso apropriado de recursos é de fundamental importância, tanto para aumentar a cobertura, quanto o foco (Thornicroft & Tansella, 2010).

A aceitação dos serviços de saúde mental pela sociedade também pode contribuir para diminuir o impacto dos transtornos mentais. Segundo Bonadiman, et al (2017), ainda existem muitas barreiras culturais, financeiras e estruturais que interferem na aceitação e adesão ao atendimento psiquiátrico. O estigma, o pouco conhecimento sobre a doença, o preconceito, a descrença no tratamento e a falta de capacitação de profissionais da atenção básica para identificação desses casos, são algumas dessas barreiras.

### **Os cuidados comunitários em saúde mental**

O termo “cuidado na comunidade” foi utilizado primeiramente na Grã-Betanha em 1957, significando, a princípio, ter serviços perto de casa. Esse conceito foi ampliado e tem sido compreendido como a promoção de cuidados fora das grandes instituições, a partir da oferta de serviços especializados na comunidade, buscando a adaptação à vida cotidiana (Thornicroft & Tansella, 2010).

A OMS (2001) preconiza que os cuidados comunitários em saúde mental sejam norteados por um diagnóstico correto e conseqüentemente a escolha do tratamento mais adequado, possibilitando assim uma intervenção precoce, a qual é capaz de controlar melhor os sintomas e bloquear a progressão da doença. Além disso, a continuidade dos cuidados é de fundamental importância, considerando que certos transtornos mentais têm uma evolução crônica, apesar de períodos de remissão e recorrência. Tal fato tem uma repercussão direta no que se refere ao acesso, ampla rede de serviços e à disponibilidade de pessoal. As equipes multidisciplinares são de extrema importância na oferta de cuidados em saúde mental, dadas as complexas necessidades dos pacientes e de seus familiares, nas diferentes etapas da evolução da doença.

Outro ponto importante nos cuidados comunitários em saúde mental é a parceria entre os pacientes, familiares, profissionais e a comunidade. O crescimento de movimentos de usuários e familiares mudou a forma como são consideradas as opiniões das pessoas com transtorno mental, estimulando sua participação nas decisões referentes ao tratamento, organização dos serviços e nas políticas públicas. Além disso, a colaboração entre familiares e equipe profissional possibilita a troca de informações relevantes da vida dos pacientes e de sua doença. Dessa forma, a família e os serviços podem se ajudar mutuamente na obtenção de cuidados mais eficientes. A



disseminação de informações corretas sobre os transtornos mentais estimula o envolvimento da comunidade local. O ambiente social é um importante determinante no resultado do tratamento, pois um ambiente favorável contribui para a recuperação e reintegração do paciente, enquanto um ambiente negativo pode reforçar o estigma e a discriminação (OMS, 2001).

A integração dos cuidados em saúde mental aos cuidados primários de saúde é outro ponto que também se faz necessário. A aproximação das equipes de atenção primária e de saúde mental possibilita ampliar a assistência e os cuidados tanto em relação à saúde mental, quanto física, em suas próprias comunidades. Dessa forma, os pacientes que recebem alta de serviços especializados podem dar continuidade ao tratamento perto de suas residências e manter suas atividades cotidianas (OMS, 2008).

No Brasil, o índice de recursos investidos em saúde mental com serviços de atenção comunitária passou de 24,76 % em 2002, para 79,39 % em 2013, em relação ao total de gastos com a saúde mental. Em contrapartida, o índice de investimento em serviços hospitalares em saúde mental diminuiu de 75,24% em 2002, para 20,61 % em 2013, também, em relação ao total de gastos com a saúde mental (Ministério da Saúde, 2015). Entretanto, em comparação com países desenvolvidos, que investem mais de 50,00 US\$ per capita no tratamento e prevenção de transtornos mentais, o Brasil investe menos de 2,00 US\$ per capita. Esse fato pode explicar as inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental, onde pesquisas mostram, por exemplo, que 78,8% dos brasileiros com sintomas depressivos não recebiam nenhum tipo de tratamento para esse transtorno (Bonadiman, et al., 2017).

## **Os serviços de saúde mental no Brasil**

O projeto Atlas da OMS mostrou, em 2005, que um terço dos países de todo mundo não tem programas específicos de saúde mental. Entretanto, o Brasil possui uma política e legislação de saúde mental definidas, além de serviços comunitários para tratamento dessas doenças (Kohn, Mello & Mello, 2007).

Os serviços de saúde mental estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual preconiza a promoção à saúde de forma regionalizada, descentralizada, coordenada por cada nível de governo e com participação da comunidade. O SUS cobre 75% da população brasileira,

principalmente a classe trabalhadora e segmentos pobres da sociedade. As pessoas de média e alta classe social complementam sua atenção à saúde por meio de seguros privados, correspondendo a um segmento de 19% da população (Andreoli et al., 2007).

A portaria 3.088, do Ministério da Saúde (2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Fazem parte dessa rede os seguintes serviços: Centro de Convivência, Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de urgência e emergência, Atenção residencial de caráter transitório, Atenção hospitalar e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

O Centro de Convivência é um serviço destinado à inclusão social das pessoas com transtornos mentais, por meio da construção de espaços e atividades de convivência. A UBS é constituída por uma equipe multiprofissional responsável por ações de saúde, individuais e coletivas, com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Podem ser constituídas também por Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, como os Consultórios na Rua, voltados para atenção a pessoas em situação de rua em geral. O NASF, vinculado à UBS, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada para apoiar as Equipes de Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2011).

Os principais resultados sobre a demanda potencial de pacientes com transtornos mentais no Brasil mostraram uma alta prevalência de transtornos mentais menores e um número pequeno de identificação pelos médicos clínicos. A prevalência de transtornos mentais menores varia entre 20 a 35%, sendo que apenas uma proporção de 36% é identificada pelos médicos clínicos (Andreoli, 2007).

O CAPS é constituído por uma equipe multiprofissional que realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades: o CAPS I é indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes. O CAPS II é indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes. O CAPS III funciona vinte e quatro horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. É indicado para municípios ou

regiões com população acima de duzentos mil habitantes. O CAPS AD atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. O CAPS AD III funciona vinte e quatro horas podendo ter até doze leitos de observação. É indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes. O CAPSi atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de álcool e outras drogas. É indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (Ministério da Saúde, 2011).

Em 2014, havia no Brasil, um total de 2.209 CAPS, representando um índice de cobertura nacional de 0,86 CAPS/100 mil habitantes, sendo considerada “muito boa (acima de 0,70)”, conforme os parâmetros de cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2015). Atualmente, o número total de CAPS é de 2.919, conforme dados do DataSUS.

Também fazem parte da RAPS os pontos de atenção de urgência e emergência, como por exemplo, o SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Pronto Socorro, dentre outros. Além disso, existem os pontos de atenção residencial de caráter transitório, como os serviços de Unidade de Acolhimento e as Comunidades Terapêuticas. Há, também, os pontos de atenção hospitalar com leitos em Hospital Geral. O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde, aos quais é referenciado, enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS ainda não se apresentar suficiente (Ministério da Saúde, 2011). No Brasil, a taxa de leitos psiquiátricos equivale a 3,2 para 10 mil habitantes, sendo considerada adequada, ao se comparar com a média do mesmo indicador para o mundo (1,7) e para as Américas (2,6). Entretanto, os recursos são distribuídos de forma desigual em termos geográficos (Andreoli et al., 2007).

Dentre os serviços da RAPS, destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos, por ser objeto desse estudo. Os SRTs são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência de hospitais psiquiátricos e de custódia. Tais serviços configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização, sendo caracterizados como um espaço de moradia, que busca garantir o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do paciente (Delgado et al., 2007).

Cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades e dinâmica de seus moradores. Para isso, uma equipe multiprofissional é designada a apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar e do circular na cidade, buscando a autonomia do usuário. A inserção de um usuário em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação e deverá ter como foco a progressiva inclusão social do morador (Ministério da Saúde, 2011).

A Portaria 3.090, do Ministério da Saúde (2011) define os SRTs nas modalidades Tipo I e Tipo II, a partir das necessidades específicas de cuidado. As unidades do Tipo I são moradias destinadas a pacientes que não possuem vínculos familiares e sociais, podendo acolher até oito moradores. Cada residência deverá estar vinculada a um serviço ou equipe de saúde mental de referência, responsável por dar suporte técnico profissional, bem como contar com cuidadores de referência em tempo integral. As unidades do Tipo II são destinadas a pacientes com maior grau de dependência e que necessitam de cuidados permanentes do ponto de vista da saúde em geral. Elas podem acolher até dez moradores, acrescentando em sua equipe um profissional técnico de enfermagem.

Entre 2002 e 2011, houve aumento de 85 para 625 residências no Brasil (Ministério da Saúde, 2012). Os moradores dos SRTs podem, ainda, ser beneficiados pelo Programa de Volta para Casa (PVC), criado pela Lei Federal 10.708. O PVC visa contribuir na reinserção social de pessoas com longo histórico de internações por meio do pagamento mensal de auxílio em dinheiro, desde que obtenham alta hospitalar (Delgado et al., 2007). Em 2014, o programa alcançou 4.349 beneficiários (Ministério da Saúde, 2015).

### **Avaliação dos serviços de saúde mental**

A avaliação é uma atividade bastante antiga, passando a ser mais desenvolvida após a Segunda Guerra Mundial, com a emergência da necessidade de avaliação dos serviços públicos. A partir desse período, o Estado assumiu a responsabilidade pelas áreas da educação, social e saúde, dentre outras, iniciando uma busca por formas mais eficazes para a utilização de seus recursos. Os métodos para analisar as vantagens e custos dos programas públicos, desenvolvidos pelos

economistas, foram os pioneiros da avaliação (Contandriopoulos, Champagne, Denis & Pineault, 1997).

A avaliação de serviços de saúde mental foi proposta pela OMS em 2001, ao apresentar dez recomendações gerais para a saúde mental no mundo. Dentre essas recomendações, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas nesta área e de monitoramento dos serviços, a fim de avaliar a qualidade do acesso, do atendimento, das intervenções e dos resultados do tratamento dos serviços. A avaliação da qualidade dos serviços, quando incorporada à sua rotina, é um importante instrumento capaz de fornecer informações pertinentes para subsidiar as decisões que visam à sua melhoria. Além disso, ela contribui no aumento do conhecimento científico sobre determinantes de melhor qualidade dos serviços, especialmente no que tange aos resultados do tratamento (OMS, 2001).

A qualidade dos serviços de saúde, em geral, foi definida por Donabedian (1990) como uma série de atributos considerados como os “sete pilares da qualidade dos serviços”. Tais atributos foram incorporados também na avaliação dos serviços de saúde mental, compreendendo: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, descritos a seguir.

A eficácia é a capacidade da ciência em oferecer o melhor que se pode fazer em termos de cuidado e tratamento. Ela é estabelecida por pesquisas clínicas bem controladas, usando delineamentos experimentais de pesquisa, com distribuição aleatória dos sujeitos para compor os grupos de comparação. A estratégia de tratamento mais eficaz é o limite superior do que pode ser alcançado, o melhor que pode ser feito, sob as condições mais favoráveis e controladas. A efetividade, em contraste com a eficácia, é a melhoria da saúde alcançada, nas circunstâncias reais da prática diária. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser identificada através do quanto o cuidado realizado se aproxima do melhor cuidado possível, determinado nos estudos de eficácia. Até aqui a questão do custo do cuidado não foi levada em consideração, sendo, no entanto, importante nos dois próximos pilares (Donabedian, 1990).

A eficiência é definida como a capacidade de se buscar os melhores resultados ao menor custo. Se duas estratégias de cuidados são igualmente eficazes ou efetivas, a menos onerosa é a mais eficiente. Algumas pequenas melhorias na saúde não valem os custos adicionais muito elevados, levando a uma discussão sobre o quarto pilar da qualidade, a otimização. A otimização se torna relevante quando os efeitos dos cuidados não são avaliados em termos absolutos, mas

sim em relação ao custo do cuidado. Ela é definida como o mais vantajoso balanço entre custos e benefícios (Donabedian, 1990).

A aceitabilidade se refere à adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. Ela depende das avaliações subjetivas do paciente sobre o serviço em relação aos seguintes elementos: acessibilidade ao cuidado, estrutura dos serviços, boa relação médico-paciente e os resultados do atendimento. A acessibilidade diz respeito ao fato do paciente obter cuidados quando necessário, de forma fácil e conveniente. Os pacientes desejam também, ser tratados com respeito, ter suas dúvidas respondidas e participar de decisões sobre sua própria saúde, aspectos estes que configuram uma boa relação médico-paciente e que interfere na satisfação e adesão ao tratamento proposto. As comodidades do cuidado são as propriedades da infraestrutura dos serviços onde o cuidado é fornecido. O conforto e um ambiente agradável são considerados aspectos de qualidade para os pacientes (Donabedian, 1990). Esse atributo de aceitabilidade se refere, portanto, à satisfação. O grau de satisfação dos pacientes está relacionado com a aceitabilidade dos serviços, pois permite avaliar até que ponto um tratamento é socialmente aceitável e pertinente (Bandeira, Pitta & Mercier, 2000).

Em relação à avaliação da satisfação, os pacientes podem ter visões diferentes dos profissionais e de outros pacientes a respeito dos resultados do tratamento em sua saúde, devido a suas características ocupacionais, situações sociais ou estado psicológico. Por isso, diante da escolha de qual tratamento adotar, é necessário que o profissional discuta esse assunto com o paciente ou seu representante. Quanto aos custos do cuidado, ainda que o método de tratamento e o preço sejam os mesmos, os pacientes podem diferir a quanto estão dispostos a pagar em troca dos benefícios na saúde, imediatos ou a longo prazo (Donabedian, 1990).

A legitimidade compreende a avaliação da sociedade em relação aos serviços, principalmente diante da questão da responsabilidade com o bem-estar da coletividade. Refere-se à percepção e aceitabilidade dos serviços pela sociedade, podendo haver diferenças quanto à percepção do indivíduo. O que a sociedade considera como um cuidado ótimo pode ser diferente da avaliação dos indivíduos. A equidade é o princípio pelo qual se determina o que é justo na distribuição de cuidados e seus benefícios entre os membros de uma população. No nível social, a distribuição equitativa do cuidado em saúde é realizada conforme com uma política social estabelecida, se tornando um compromisso moral (Donabedian, 1990).

A qualidade dos cuidados em saúde é julgada pela sua conformidade com um conjunto de expectativas ou padrões que derivam de três fontes: a ciência que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade e os valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Para a avaliação da qualidade, além do julgamento dos profissionais envolvidos com o cuidado, devem ser consideradas também, as preferências individuais dos pacientes e da sociedade em geral. Cada um dos atributos de qualidade se reforça mutuamente, mas podem gerar conflitos entre si, de modo que um equilíbrio deve ser buscado. Os conflitos podem surgir das diferenças entre as preferências sociais e individuais, uma vez que a sociedade tem uma percepção diferente do que é ótimo e equitativo (Donabedian, 1990).

Donabedian (1966) destacou, ainda, a tríade estrutura-processo-resultados para uma melhor compreensão das dimensões dos serviços a serem avaliados. A avaliação da estrutura compreende a adequação das condições físicas, conforto e organização do serviço em função dos objetivos propostos. Inclui também, a necessidade dos recursos humanos serem diversificados, bem preparados e com quantidade suficiente para promoverem os cuidados necessários aos pacientes.

A avaliação do processo inclui as atividades terapêuticas para o tratamento, acompanhamento dos usuários e a forma de funcionamento do serviço. Na saúde mental, se destaca o tratamento medicamentoso, as terapias psicológicas, a reabilitação psicossocial, o apoio às famílias, a continuidade do tratamento e o acompanhamento na comunidade, bem como a integração com outros serviços necessários para a reinserção social dos pacientes (Donabedian, 1966; OMS, 2001, Bandeira, 2014).

A avaliação dos resultados se refere aos efeitos do tratamento e seu impacto na vida e saúde dos usuários. Podem ser avaliados por meio de medidas objetivas e subjetivas aplicadas aos pacientes, familiares e profissionais envolvidos. Além da avaliação dos efeitos diretos na saúde dos pacientes, a avaliação dos resultados envolve também, a melhoria de sua reinserção social, incluindo as habilidades de vida cotidiana e autonomia, habilidade nas relações interpessoais, atividade e ocupacional, qualidade de vida, bem como sua percepção de mudança e sua satisfação com o serviço. A avaliação dos resultados também deve incluir os efeitos indiretos do tratamento, os quais fazem parte do custo não monetário dos serviços, tais como, a sobrecarga dos familiares e o impacto do trabalho na vida dos profissionais (Donabedian, 1966; Bandeira, 2014).

A avaliação consiste principalmente em um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, objetivando subsidiar uma tomada de decisão. Esse julgamento pode ser baseado em dados advindos de uma avaliação relacionada à aplicação de critérios e normas, denominada avaliação normativa, ou a um procedimento científico, como na pesquisa avaliativa, apresentados a seguir (Contandriopoulos et al., 1997).

A avaliação normativa consiste no julgamento de um serviço ou intervenção, comparando os elementos da estrutura, processo e resultados com os critérios e normas estabelecidos por um órgão regulador. Corresponde ao controle, acompanhamento e programas de qualidade, ajudando os gestores a cumprir suas funções habituais. Geralmente é realizada por meio de auditorias e comissões avaliadoras (Contandriopoulos et al., 1997). Em relação à estrutura, busca-se saber em que medida os recursos humanos e físicos são adequados para se atingir os resultados esperados, em comparação com critérios e normas correspondentes. Quanto ao processo, é analisado em que medida os serviços estão usando procedimentos, intervenções e tratamentos de forma adequada para se atingir os resultados, em comparação aos critérios e normas predeterminadas. A apreciação dos resultados consiste em saber se os efeitos obtidos com o tratamento correspondem aos esperados em função dos objetivos propostos (Contandriopoulos et al., 1997).

No Brasil, as avaliações normativas em saúde mental são realizadas por programas institucionais implantados após a reforma psiquiátrica. São alguns exemplos destes, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), utilizado na avaliação de hospitais psiquiátricos (Delgado et al., 2007) e o Avaliar Caps, para os serviços comunitários (Ministério da Saúde, 2008), além de pesquisas independentes, por exemplo, aquelas que utilizam a base de dados institucionais DataSus (Andreoli et al, 2007).

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção, com a finalidade de produzir conhecimentos sobre o fenômeno estudado, utilizando métodos científicos. São consideradas as várias estratégias de pesquisa e as várias perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção. Pode envolver seis tipos de análise: estratégica, de intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e de implantação, descritos a seguir (Contandriopoulos et al., 1997).

Na análise estratégica, é avaliado o grau de prioridade do problema de saúde e a pertinência da intervenção em relação a todas as intervenções possíveis. Na análise da intervenção, é analisada a relação entre o foco da intervenção e os recursos utilizados para



promover os objetivos definidos. A análise da produtividade visa avaliar a maneira como os recursos são utilizados para produzir os serviços. Questiona-se se seria possível produzir mais serviços com os mesmos recursos ou os mesmos serviços com menos recursos (Contandriopoulos et al., 1997; Bandeira, 2014).

A análise dos efeitos ou análise dos resultados avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde e qualidade de vida da população atendida, determinando sua eficácia. Considera, também, os efeitos não desejados e os efeitos de longo prazo. A análise do rendimento, denominada também de análise da eficiência, se refere a uma combinação da análise da produtividade econômica e da análise dos efeitos. Nela, relacionam-se os recursos empregados aos efeitos obtidos (Contandriopoulos et al., 1997; Bandeira, 2014).

A análise de implantação consiste em medir, por um lado, a influência da variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos ou até mesmo na ausência de efeitos. Por outro lado, ela mede a influência do ambiente e do contexto nos efeitos que interferem na implantação da intervenção. É importante quando a intervenção é complexa e composta por elementos sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes formas (Contandriopoulos et al., 1997; Bandeira, 2014).

A avaliação do processo e do resultado dos serviços, já destacada por Donabedian (1990), também foi abordada por dois outros autores. Segundo Contandriopoulos et al. (1997) e Selltiz, Wrightsman e Cook (1987), as pesquisas avaliativas podem, ainda, ser de dois tipos: pesquisa formativa e pesquisa somativa. A pesquisa formativa, também chamada de pesquisa de processo, se refere a uma pesquisa do tipo qualitativa, visando compreender como os serviços funcionam. Geralmente é realizada no início de implantação de um serviço para avaliar as atividades, intervenções terapêuticas desenvolvidas pela equipe e a forma como se organizam, sendo mais bem aceitas pelos administradores dos serviços. A pesquisa somativa, também denominada pesquisa de resultados, busca avaliar os efeitos de um serviço e seus custos diretos e indiretos na saúde e vida dos usuários, após certo tempo de funcionamento. São pesquisas quantitativas e utilizam instrumentos de medida validados para avaliar os resultados do tratamento.

As pesquisas avaliativas podem ser realizadas com diferentes tipos de delineamentos de pesquisa, os quais variam em relação a seu rigor metodológico, afetando assim a validade interna da pesquisa. A validade interna trata da garantia de que os resultados obtidos se devem, de fato, ao tratamento efetuado. São utilizadas três categorias de delineamento: experimentais, quase-

experimentais e pré-experimentais. A avaliação da eficácia dos serviços utiliza a primeira categoria, onde o controle dos vieses é mais rigoroso. A avaliação da efetividade utiliza as duas últimas categorias de delineamentos, que apresentam menor grau de controle de vieses (Bandeira, 2014; Selltiz et al., 1987; Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis & Boyle, 1994; Smith, 2004).

Smith (2004) fez uma distinção entre dois subtipos de pesquisa avaliativa dos efeitos dos serviços: a pesquisa de impacto e a pesquisa de resultados. A pesquisa de resultados é útil para uma avaliação rotineira dos efeitos do tratamento a partir de delineamentos quase experimentais e pré-experimentais, servindo para avaliar a efetividade de um serviço, mas não a eficácia. Por exemplo, pode-se comparar um grupo de tratamento com um grupo controle não equivalente, ou fazer uma avaliação antes e depois com um único grupo (Bandeira, 2014). Nos dois tipos de delineamento, deve-se preocupar com possíveis fatores que podem interferir nos resultados, como por exemplo, as diferenças preexistentes entre grupos com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas, as características dos tratamentos e as condições dos pacientes antes e depois do tratamento. A pesquisa de impacto avalia não somente se houve efeito, mas também se o efeito se deve, de fato, ao tratamento efetuado e não às variáveis interferentes. Este tipo de pesquisa avalia a eficácia de um serviço, utilizando o delineamento experimental. É considerado como o “padrão ouro” da pesquisa avaliativa. Apresenta como característica essencial a distribuição aleatória dos sujeitos aos grupos experimental e controle, visando torná-los equivalentes (Bandeira, 2014).

Para um maior nível de rigor na pesquisa avaliativa de impacto, é possível incluir um terceiro grupo na pesquisa, o grupo placebo, o qual receberia apenas uma cópia simulada do tratamento. Os sujeitos participantes são chamados de “sujeitos cegos”, pois não sabem à qual grupo pertencem. Pode-se também, controlar as expectativas das pessoas que aplicam o tratamento, no qual elas não teriam informações sobre a composição dos grupos, chamado de procedimento “duplo cego”. Pode-se ainda, adicionar um observador externo para analisar os dados da pesquisa no qual também não saberia da composição dos grupos, configurando um procedimento “triplo cego” (Selltiz et al., 1987; Bandeira, 2014).

Outros dois tipos de avaliação que, segundo Smith (2004) não são consideradas pesquisas propriamente ditas, mas também são utilizados na avaliação da qualidade dos serviços são: o monitoramento e os indicadores de desempenho. O monitoramento contínuo é realizado pelo

próprio serviço com medidas quantitativas de resultados a fim detectar os efeitos do tratamento. Os indicadores de desempenho avaliam os serviços, em níveis globais, tais como número de pacientes atendidos e o número de abandono do tratamento. Segundo o autor, há ainda, uma distinção entre avaliação de processos e monitoramento. A avaliação de processos é qualitativa, pontual e realizada no início da implantação do serviço, enquanto o monitoramento é um processo contínuo de avaliação, feito com medidas quantitativas. Independentemente do tipo de pesquisa realizada, é de extrema importância a inclusão da satisfação dos pacientes na avaliação dos serviços (Bandeira, 2014).

### **Cuidados metodológicos das pesquisas avaliativas**

Bandeira (2014) destaca a importância de se atentar para alguns cuidados metodológicos fundamentais no desenvolvimento de pesquisas avaliativas. O cuidado com a amostragem, com os instrumentos de medida, com as dimensões dos resultados e com as perspectivas avaliadas são alguns desses exemplos e serão descritos a seguir.

A amostragem se relaciona diretamente com a validade externa dos resultados, sendo importante se atentar para a questão da sua representatividade. Geralmente, as pesquisas utilizam amostras não aleatórias, ou de conveniência, devido à sua praticidade. Dentre os subtipos de amostra não aleatória, o mais comumente utilizado é o da amostragem acidental. Nesse subtipo, selecionam-se alguns pacientes que estão nos serviços, no momento que o pesquisador for colher os dados da pesquisa. Nem todos os pacientes que frequentam o serviço terão a mesma chance de ser selecionados, podendo comprometer a generalização dos resultados e assim sua validade externa (Contandriopoulos et al., 1994; Bandeira, 2014).

Para garantir a validade externa, a amostra aleatória é a mais recomendada. Nesse caso, sorteia-se uma amostra de pacientes a partir de uma lista do conjunto da população-alvo de todos os pacientes que frequentam o serviço. Outra recomendação mais exigente é a inclusão na população-alvo de pacientes que abandonaram o tratamento, para se obter uma avaliação mais completa. Caso contrário, a amostra poderia ficar enviesada, já que os pacientes mais aderentes e satisfeitos podem ser justamente os que ainda utilizam o serviço (Bandeira, 2014).

Em relação aos instrumentos de medida, um requisito fundamental para a avaliação dos serviços é a utilização de escalas padronizadas, o que possibilita realizar a comparação entre os dados obtidos em diferentes estudos, nacionais e internacionais. Suas qualidades psicométricas devem ser observadas, principalmente a validade e a fidedignidade. O uso de instrumentos de medida não validados pode afetar os resultados das pesquisas (Bandeira, 2014).

A validade se refere à qualidade do instrumento em medir, de fato, o construto que se propõe a avaliar, e não outro. Envolve diferentes subtipos como, por exemplo, validade de face, de conteúdo, de construto, de critério, convergente-discriminante, especificidade, sensibilidade, dentre outros. A fidedignidade é a qualidade do instrumento em medir, de forma confiável e reproduzível, o que está sendo avaliado. Inclui, também, diversos subtipos, como, consistência interna, estabilidade temporal teste-reteste e grau de acordo entre avaliadores (Contandriopoulos et al., 1994; Ruggeri, 2010).

Outro ponto importante a ser observado é o número de alternativas de respostas para os itens das escalas de medida e sua adequação à capacidade de compreensão da população-alvo. Um número grande de alternativas de resposta pode gerar dificuldades em discriminá-las, prejudicando a validade das respostas. Em contrapartida, um número muito reduzido pode diminuir a variância dos escores, podendo diminuir a validade e fidedignidade da escala. Instrumentos de medida com alternativas de respostas dicotômicas, como por exemplo, satisfeito/insatisfeito, não são indicados. Esse tipo de alternativa de resposta é pouco sensível aos efeitos das variáveis investigadas e impede as respostas intermediárias, podendo levar a um efeito de concordância pelos respondentes (Bandeira, 2014).

Os instrumentos de medida devem ser multidimensionais, avaliando diversas dimensões do fenômeno estudado. O uso de instrumentos com subescalas é capaz de fornecer escores diferentes para cada uma das dimensões estudadas, podendo demonstrar, por exemplo, que o tratamento teve efeito positivo em uma dimensão, mas não em outra (Contandriopoulos et al., 1994; Ruggeri, 2010).

Os instrumentos devem conter itens que permitam que eles sejam usados em diferentes tipos de serviços, possibilitando também a comparação dos seus resultados. Deve ser breve, de fácil compreensão e prático, tanto na sua aplicação, quanto na sua correção, assim como apresentar uma boa relação custo-benefício. Além disso, a participação dos próprios pacientes,

seja na construção desses instrumentos ou na apreciação das medidas utilizadas na avaliação, é também um fator relevante dos instrumentos de medida (Bandeira, 2014).

Quanto às dimensões dos resultados, geralmente são mais utilizadas as medidas objetivas sobre o estado clínico do paciente, e medidas objetivas indiretas sobre a frequência de utilização dos serviços. As medidas devem contemplar, também, a avaliação da funcionalidade do paciente, tais como, o bem-estar psicológico, grau de autonomia, suas relações interpessoais e ocupacionais, qualidade de vida e satisfação com os serviços, além de aspectos da saúde em geral. Todos esses pontos contribuem para a reinserção social dos pacientes, o qual constitui o objetivo maior dos serviços de saúde mental (Bandeira, 2014).

Em relação às perspectivas avaliadas, considerando a pluralidade das necessidades dos diversos agentes envolvidos com os serviços de saúde, bem como os diversos objetivos que levam à avaliação, a OMS (2001) recomenda que a avaliação dos serviços de saúde mental seja integrativa, incluindo os três agentes envolvidos: pacientes, familiares e profissionais. Ruggeri (2010) aponta, também, que a avaliação dos serviços deve ser multidimensional, compreendendo diversas dimensões e multiaxial, abrangendo as perspectivas dos diferentes agentes envolvidos.

Segundo Bandeira (2014), a avaliação na perspectiva dos pacientes tem recebido maior atenção nas últimas décadas, com um importante papel na promoção da qualidade dos serviços, fornecendo informações relevantes sobre o resultado dos tratamentos, seu impacto na saúde e vida dos pacientes e na relação entre usuários e profissionais. As medidas subjetivas dos resultados do tratamento têm sido denominadas como resultados relatados pelos próprios pacientes, ou “instrumentos PRO- *Patient-Reported Outcomes*”. Esse tipo de medida é importante, pois fornece informações que as medidas clínicas dos profissionais não contemplam, como por exemplo, sentimentos, disposição, bem-estar, observadas pelos próprios pacientes ou seus familiares. As medidas subjetivas de percepção do paciente são capazes de avaliar o impacto real das intervenções na saúde e vida dos pacientes, sendo, portanto, um importante instrumento de calibração das medidas objetivas de resultados, observadas pelos provedores de cuidado (Mercier, Landry, Corbière & Perreault, 2004).

Apesar de ser importante considerar as dificuldades cognitivas existentes nos casos de pacientes mais graves, há cada vez mais evidências de que os pacientes psiquiátricos têm condições de avaliar a qualidade do atendimento e do tratamento que recebem. Diversos estudos têm apontado que a inclusão da perspectiva dos pacientes contribui para o aumento de sua

satisfação com o tratamento, melhorando a adesão e a frequência de utilização dos serviços (Ruggeri, 2010).

Os instrumentos de medida que avaliam a percepção dos pacientes sobre os resultados do tratamento podem ser divididos em dois grupos de escalas: as que avaliam o bem-estar psicológico e as que avaliam os resultados do tratamento. No último grupo, as escalas avaliam: a satisfação com os serviços, necessidades percebidas de tratamento, a relação terapêutica, os sintomas, o conhecimento sobre a doença e o tratamento e as mudanças percebidas em função do tratamento. As medidas de satisfação têm sido mais utilizadas, pois abrangem diversas dimensões dos serviços (Bandeira et al., 2000, Bandeira, 2014).

### **Satisfação dos usuários com os Serviços de Saúde Mental**

A avaliação dos serviços de saúde mental, pela perspectiva dos pacientes, foi por muito tempo desconsiderada, devido à associação da gravidade da doença à incapacidade de *insight* dos pacientes (Ruggeri, 2010). Com o processo de desinstitucionalização, o envolvimento dos pacientes e seus familiares ganharam espaço no planejamento e avaliação dos sistemas de cuidado em saúde mental (Perreault, White, Fabrès, Landry, Anestin & Rabouin, 2010).

A partir de 1960, com a inclusão da perspectiva dos usuários na avaliação dos serviços, a avaliação da satisfação ganhou destaque na Europa, Estados Unidos e principalmente no Canadá, como forma de atender as recomendações governamentais e visando o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (Esperidião & Trad, 2006; Silva, 2014). No Brasil, a inclusão da satisfação dos usuários do SUS ocorreu a partir da Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria 1.559 de 2008. O governo passou a incluir a medida de satisfação nas avaliações dos serviços de saúde com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) para gestores e usuários (Ministério da Saúde, 2015). Donabedian (1966) ressalta que o indicador final da qualidade dos serviços advém da eficácia dos cuidados ao alcançar e produzir saúde e satisfação dos usuários.

O interesse pela temática foi reforçado, também, a partir dos resultados de estudos nesta área, ao mostrar que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento, a fornecer informações importantes sobre o serviço, a manter a continuidade de sua utilização e a ter melhor qualidade de vida (Esperidião & Trad, 2006). A qualidade dos cuidados pode se tornar sinônimo de qualidade

de vida e, portanto, a satisfação dos pacientes com o cuidado recebido pode ser um importante componente de satisfação com a vida (Ruggeri, 1994).

Apesar de ser amplamente utilizada, a satisfação ainda apresenta certa limitação em relação a sua conceituação teórica (Ruggeri, 1994; Esperidião & Trad, 2006). A satisfação é definida de forma diferente pelas pessoas, a partir de suas experiências com os serviços e como consequência da variação cultural existente (Silva, 2014). A consideração da subjetividade pode interferir na formulação de uma definição de satisfação clara e generalizável. Entretanto, a inclusão de variáveis subjetivas na avaliação dos serviços é de fundamental importância, pois considera e examina a perspectiva dos próprios usuários, com a vantagem de medir o impacto e as mudanças reais produzidas pelo tratamento em sua vida e sua saúde. Além disso, a percepção dos usuários geralmente difere da avaliação dos profissionais envolvidos com o cuidado, devendo, por tanto, receber igual atenção (Perreault et al., 2010; Silva, 2014).

Cinco principais modelos teóricos foram desenvolvidos para explicar o conceito de satisfação, sendo eles: Teoria da Discrepância, Teoria da Atitude, Teoria da Equidade, Teoria da realização (de expectativas e necessidades) e Teoria da Expectativa. Esse último modelo tem sido considerado mais forte conceitualmente e por isso mais utilizado. Para o modelo da Discrepância, a satisfação resulta da diferença entre as expectativas e a experiência do usuário com o serviço. Entretanto, ela não abrange a variação dos diversos níveis de satisfação. No modelo da Atitude, a satisfação pode ser alcançada através de uma atitude positiva ou negativa do usuário em relação a algum aspecto do serviço. O modelo da Equidade presume uma comparação social, avaliando a satisfação a partir de ganhos e perdas de um usuário ao ser comparado com a situação de outro usuário. No modelo de Realização, a satisfação advém da diferença entre o que o usuário espera do serviço e do que ele realmente recebe. Ela é criticada, pois pressupõe que as características do serviço não são, de fato, avaliadas (Esperidião & Trad, 2006; Silva, 2014).

Segundo Ruggeri (1994), a Teoria da Expectativa é a principal abordagem conceitual utilizada na avaliação da satisfação. De acordo com essa abordagem, os indivíduos buscam ajuda por várias razões e seus julgamentos se relacionam não apenas com a intervenção recebida, mas também com o processo de se tornarem clientes. A abordagem da Expectativa considera a satisfação como uma perspectiva cognitiva e emocional, determinada por uma comparação entre a experiência e a expectativa dos usuários em relação ao tratamento.

Os três principais modelos da Teoria da Expectativa que foram formulados são: o modelo de contraste, o modelo de assimilação e o modelo de assimilação-contraste. No modelo de contraste, a satisfação é definida a partir da diferença entre as expectativas do usuário e o desempenho do serviço. O desempenho maior que as expectativas será avaliado como satisfatório e o desempenho menor do que o esperado será julgado como insatisfatório. Conforme o modelo de assimilação, o desempenho que é apenas um pouco inferior às expectativas do usuário não resultará em insatisfação, porque a percepção deste desempenho será ajustada para corresponder às expectativas mais altas dos usuários. O modelo de assimilação-contraste é um híbrido dos anteriores e assume que os efeitos de assimilação ocorrem em reação a atributos ambíguos da experiência do sujeito com o tratamento, enquanto que os efeitos do contraste ocorrem quando os atributos do tratamento são menos ambíguos (Pascoe, 1983; Ruggeri, 1994).

A maioria dos estudos de satisfação dos pacientes empregou implicitamente o modelo de contraste. No entanto, a relação entre expectativas e satisfação nem sempre é direta, sendo importante considerar que outros fatores podem estar presentes. Além disso, os modelos da Expectativa devem ser complementados por outros modelos, a fim de alcançar uma compreensão mais completa da satisfação (Ruggeri, 1994).

Dentre os estudos de avaliação dos serviços na perspectiva dos pacientes, a satisfação tem sido a medida mais utilizada. A satisfação dos usuários com os serviços é apropriada como medida de resultados, como indicador de qualidade dos serviços e como um fator no processo de cuidado. Segundo Ruggeri (2010) a satisfação pode ser considerada como variável dependente e independente. Como variável dependente, a satisfação pode ser determinada por vários fatores, tais como, as expectativas dos sujeitos com os serviços, autoestima, comportamento da doença, experiência anterior com outros serviços, percepção de mudança em relação ao tratamento, além da avaliação dos usuários em relação à estrutura, processo e resultado dos serviços. Como variável independente, a satisfação pode influenciar a eficácia das intervenções e vários comportamentos dos usuários, como por exemplo, a adesão ao tratamento, à utilização e a frequência ao serviço e menor rehospitalização (Ruggeri, 2010; Silva, Bandeira, Scalon & Quaglia, 2012).

A revisão de literatura realizada por Silva (2014) mostrou que a percepção de melhora em função do tratamento recebido foi um forte preditor da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental. Além disso, a relação entre profissionais e pacientes foi outra variável



importante da satisfação, seguida das variáveis referentes aos resultados do tratamento. Todas essas variáveis citadas foram mais importantes do que as variáveis sociodemográficas e clínicas e as características estruturais do serviço para explicar a satisfação dos pacientes.

A avaliação da satisfação dos pacientes se destaca principalmente por ser um conceito multidimensional, capaz de avaliar as várias dimensões que compõem os serviços. É considerada uma das áreas mais promissoras na avaliação de serviços, requerendo para isso, o uso de instrumentos de medida padronizados na sua medição. Além disso, as escalas devem evitar a dicotomia satisfeito/insatisfeito em suas alternativas de resposta e os pesquisadores devem garantir o anonimato e a confirmação para o paciente de que sua participação na pesquisa não irá interferir em seu tratamento. Dessa forma, evita-se que as respostas dos sujeitos possam ser enviesadas (Ruggeri, 2010, Silva, 2014).

### **Estudos da satisfação dos usuários com os Serviços Residenciais**

Como apontado na introdução, foi realizada uma busca nos indexadores de pesquisas, objetivando identificar os estudos que avaliavam quantitativamente a satisfação dos usuários com os serviços residenciais. Foram encontrados onze estudos internacionais e apenas dois estudos nacionais, os quais serão descritos a seguir.

O estudo de Fenton et al. (1998) foi realizado com 185 pacientes, designados aleatoriamente para uma enfermagem psiquiátrica de um hospital geral ou para um serviço residencial comunitário, nos EUA. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia clínica do modelo de tratamento residencial intensivo para pacientes com transtorno psiquiátrico grave, por meio de medidas de gravidade dos sintomas do paciente e da satisfação com o tratamento. A gravidade dos sintomas foi avaliada usando a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), que mostrou que os pacientes dos dois serviços estavam comparativamente doentes no momento da admissão, diminuindo significativamente os sintomas do momento da admissão para a alta e, também, após seis meses, para ambos os serviços. A satisfação dos pacientes com os serviços foi medida por uma escala baseada em parte na *Quality of Life Scale* (QLS), com escore de 1 a 7, onde 1 significava “muito insatisfeito” e 7 “muito satisfeito”. A média total de satisfação entre os dois serviços, hospitalar e alternativo, foram iguais (5,1), demonstrando que os pacientes estavam

razoavelmente satisfeitos. Das dez áreas avaliadas, a satisfação dos pacientes diferiu significativamente apenas no quesito alimentação, onde os pacientes tratados nos serviços alternativos estavam significativamente mais satisfeitos ( $d = 0,71$ ). Concluiu-se que o modelo de programa alternativo residencial apresentava resultados comparáveis aos dos cuidados hospitalares.

Kasprow et al. (1999) avaliaram o ambiente de tratamento e a satisfação de 1.048 veteranos desabrigados, inseridos em serviços residenciais de saúde mental, nos EUA. A satisfação dos veteranos com serviços foi avaliada por quatro itens com base no *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8) e a *Community Oriented Programs Environment Scale* (COPES) foi utilizada para avaliar o ambiente de tratamento. A pontuação média obtida, na escala de satisfação de cinco pontos, onde 1 significava menor satisfação e 5 maior satisfação, foi de 4,06, demonstrando que os pacientes estavam satisfeitos com o serviço. Entre os participantes, 64,9% dos veteranos recomendariam o programa a um amigo e 30% disseram que provavelmente o recomendariam. Além disso, 56,9% relataram que certamente retornariam para o programa caso precisassem novamente e 33,1 % disseram que provavelmente retornariam. O maior tempo de estadia, a melhora clínica em relação a problemas com drogas e a problemas de saúde mental, normas claras, ênfase na ordem, envolvimento do paciente, orientação prática e apoio dos colegas foram associadas positivamente com a satisfação, enquanto que o controle excessivo pela equipe foi associado negativamente à satisfação. Verificou-se por fim, que as percepções dos clientes sobre o ambiente de tratamento estão relacionadas à sua satisfação.

Hawthorne et al. (1999) realizaram um estudo com 368 pacientes de serviços residenciais de curto prazo e 186 pacientes de programas hospitalares, a fim de comparar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes agudos, os resultados do tratamento e o grau de satisfação, nos EUA. O instrumento CSQ-8 foi utilizado para medir a satisfação dos usuários. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre os escores médios de satisfação para os dois grupos para a maioria das categorias de diagnóstico, exceto para a depressão maior. Foram encontrados níveis significativamente maiores de satisfação para os pacientes do programa residencial do que os pacientes do programa hospitalar com esse diagnóstico em duas questões. Na questão “como avaliavam a qualidade do serviço recebido”, os clientes residenciais tiveram uma pontuação média de 3,6, em uma escala de 1 a 4, onde 1 representava “muito insatisfeito” e 4 “muito satisfeito”, em comparação com o escore de 3,4

obtido para os pacientes hospitalares. Na questão “se os serviços os ajudavam a lidar mais efetivamente com seus problemas”, os pacientes residenciais apresentaram uma pontuação média de 3,6, em comparação com 3,3 para pacientes hospitalares. Os resultados mostraram também, que os dois tipos de programas admitem pessoas com níveis semelhantes de sofrimento agudo, com níveis comparáveis de melhora na alta, mantendo-se estável por quatro meses. Os custos foram consideravelmente menores para os programas residenciais, cerca da metade do valor gasto com o tratamento hospitalar. Concluiu-se que os tratamentos residenciais são menos onerosos e igualmente efetivos aos tratamentos psiquiátricos hospitalares.

Hanrahan et al. (2001) avaliaram a satisfação dos moradores com os programas de tratamento residencial em pequena escala e os dias de hospitalização entre os residentes dessas instalações, em Chicago, nos EUA. A Entrevista de Qualidade de Vida foi utilizada para avaliar a satisfação de 74 moradores, selecionados aleatoriamente entre nove moradias integradas na comunidade. Os resultados mostraram que os moradores tiveram uma classificação média de satisfação com sua residência de 5,2, em uma escala de 1 a 7, onde 1 significa “terrível” e 7 “encantada”, demonstrando que estavam em sua maior parte, satisfeitos. O uso do hospital por esses moradores, que era em média de 47,7 dias durante o ano, diminuiu para 5,3 dias durante o primeiro ano do programa. Diante dos resultados, concluiu-se que o programa residencial ajudou a manter os indivíduos com doença mental grave na comunidade.

Freeman et al. (2004) avaliaram 159 pacientes de serviços residenciais governamentais e não-governamentais, serviços rurais e urbanos, intensivos e não intensivos de Nova Gales do Sul. Nesse estudo, a satisfação dos pacientes foi avaliada por meio da medida de necessidades, utilizando para isso, a escala de Avaliação da Necessidade de Camberwell e do nível de funcionamento do serviço, utilizando a escala *Skills Profile-16*. Os resultados mostraram que os pacientes estavam mais satisfeitos com o tipo e a quantidade de ajuda que receberam em relação: a acomodação (89%), aos cuidados da casa (86%) e à alimentação (85%). Mostraram-se menos satisfeitos em relação: as informações sobre o tratamento (32%), ajuda para problemas com álcool (60%) e atividades diurnas (60%). Os pacientes tinham, em média, 7,6 necessidades, das quais 2,2 não foram atendidas, não havendo diferença significativa entre os diversos tipos de serviço. Os autores concluíram que os serviços estavam conseguindo satisfazer as necessidades práticas dos pacientes, devendo, entretanto, aprimorar as interações sociais e o apoio psicológico.

No estudo de Hawthorne et al. (2005) foram comparadas a satisfação, os sintomas, funcionamento e os custos com o tratamento de 99 veteranos de guerra, distribuídos aleatoriamente em dois tipos de serviços: em um hospital e no Programa de Tratamento Residencial de Curto Prazo (START), em San Diego, nos EUA. A Escala de Síndrome Positiva e Negativa (SC-PANSS) foi utilizada para avaliar os sintomas e a *VA Clinic Update do Short Form-36 (SF-36V)* foi utilizada para avaliar o funcionamento dos pacientes. Os custos foram calculados pela multiplicação de uma taxa diária pelo tempo de permanência nos serviços e a satisfação foi avaliada pela escala de Percepção de Cuidados para pacientes (POC). Os resultados mostraram que ambos os grupos de pacientes obtiveram melhorias nos sintomas e no funcionamento, no momento da admissão, alta e dois meses depois, não havendo diferença significativa entre eles. Os custos foram 65% menores para os participantes do programa START em relação aos pacientes tratados no hospital. A satisfação global foi significativamente maior para os pacientes do START (79.7) em comparação aos pacientes do hospital (70.5), bem como na subescala informação recebida (79,2) para pacientes do START e (69,6) para pacientes do hospital. Nas demais subescalas, a satisfação também foi maior para os pacientes residenciais: aspectos interpessoais (91,4) para pacientes do START e (90,5) para pacientes do hospital; continuidade e coordenação (75,3) para pacientes do START e (74,2) para pacientes do hospital. Os autores concluíram que o tratamento no modelo residencial fornece cuidados psiquiátricos efetivos com um custo significativamente menor.

Piat et al. (2006) avaliaram a satisfação dos moradores de serviços residenciais para pessoas com transtornos psiquiátricos graves em Montreal. A amostragem desse estudo incluiu em sua primeira fase, 803 pacientes que viviam em 143 casas de acolhimento supervisionadas pelo Hospital Douglas. As informações geradas nessa primeira etapa levaram ao desenvolvimento de um Questionário de Satisfação da Acomodação Supervisionada (QSHS), que foi aplicado durante a segunda fase do estudo, com 147 pacientes. Essa escala fornece mais detalhes sobre as fontes de satisfação ou insatisfação, de acordo com 7 dimensões: (1) o ambiente físico, (2) os serviços oferecidos, (3) a organização interna da residência, (4) as relações com o gerente de recursos, (5) o tratamento, (6) as relações com os outros moradores e a comunidade, (7) o ambiente geral da residência. Os resultados mostraram que os pacientes estavam satisfeitos com os serviços, com níveis mais altos para o ambiente físico (3,28) e o ambiente geral da

residência (3,16), do que para organização interna da residência (3,01), em uma escala de quatro pontos, onde 1 significa “muito insatisfeito” e 4 significa “muito satisfeito”.

Greenfield et al. (2008) compararam a efetividade de um sistema residencial aberto de saúde mental, gerenciado pelo usuário (CRP) com uma instituição psiquiátrica de internação (LIPF) para pacientes psiquiátricos graves, nos EUA. Participaram do estudo 393 usuários, designados aleatoriamente para um dos dois tipos de serviços. Os pacientes foram avaliados em seus sintomas, por meio da escala *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* e do *Hopkins Symptom Checklist - 40 (HSNH-40)*, em seu funcionamento, por meio do Inventário Uniforme de Dados do Cliente (UCDI) e em sua satisfação com os serviços, por meio da Escala de Satisfação de Serviço-Residencial (SSS-RES). Os resultados mostraram que os pacientes do CRP apresentaram maior redução da sintomatologia do que os pacientes do LIPF. Já em relação ao nível de funcionamento, não houve diferença significativa entre os dois tipos de serviços. Os pacientes do PCR estavam significativamente mais satisfeitos em todos os aspectos medidos comparados aos pacientes do LIPF. O escore global de satisfação dos pacientes em tratamento no sistema aberto foi de 3,97, comparado ao sistema fechado de 3,19, em uma escala de cinco pontos, onde 1 significa “menor satisfação” e 5 “maior satisfação”. Concluiu-se que os programas residenciais são uma alternativa viável à hospitalização psiquiátrica.

Robins et al. (2009) compararam o sentimento de coerção (o fato da habitação estar condicionada a adesão ao tratamento em saúde mental pelo morador) e a satisfação entre os residentes do Programa Moradia em Primeiro Lugar e do Modelo Tradicional de Moradia de Apoio, nos Estados Unidos. Participaram desse estudo 136 residentes, no qual responderam um questionário não padronizado, com seis perguntas a respeito da coerção ao tratamento e a Escala de Satisfação de Moradias para Pessoas com Doenças Psiquiátricas, de 5 pontos, onde 1 significava “muito insatisfeito” e 5 significava “muito satisfeito”. Os resultados mostraram que a exigência explícita de adesão ao tratamento de saúde mental, como condição para obter moradia foi significativamente mais provável de ser relatada por residentes do Modelo Tradicional de Moradia de Apoio, do que pelos moradores do Programa Moradia em Primeiro Lugar. Os dois programas apresentaram níveis médios de satisfação comparáveis (3,8). Os autores concluíram que o modelo inovador de Moradia em Primeiro Lugar está sendo implementado de uma maneira consistente com sua filosofia "sem tratamento coagido" e com um nível de satisfação do paciente comparável ao do modelo tradicional.

Osborn et al. (2010) compararam a satisfação de 142 pacientes atendidos nos serviços residenciais alternativos e 172 pacientes atendidos nos serviços-padrão da Inglaterra. Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: o *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8) e a Escala de Satisfação de Serviço - Formulário Residencial (SSS-RES), para avaliar a satisfação dos usuários; a *Ward Atmosphere Scale* (WAS), para avaliar o ambiente da enfermagem; e a *Admission Experience Scale* (AES), para avaliar a experiência de admissão no serviço. Os resultados mostraram níveis globais de satisfação maiores para os usuários dos serviços residenciais, tanto no CSQ (26,4 em comparação com 23,1), onde os escores variavam de 8 a 32, como no SSS-RES (125,8 em comparação com 114,5), onde os escores variavam de 33 a 165. Em ambos os casos, escores mais altos indicavam maior satisfação. Os participantes dos serviços residenciais estavam mais satisfeitos com seus cuidados do que os participantes de unidades tradicionais. As pessoas admitidas em unidades residenciais também relataram menos coerção e pressões negativas durante o processo de admissão e descreveram maiores níveis de autonomia e voz. Elas estavam mais satisfeitas com as instalações, programas de pessoal, disponibilidade de serviços diurnos e noturnos e seus medicamentos e cuidados posteriores. Concluiu-se que os serviços residenciais estavam associados à maior satisfação do usuário e a menos experiências negativas.

Rog et al. (2014), em sua revisão bibliográfica, analisou artigos entre 1995 a 2012, que descreviam o Programa de habitação de suporte permanente para pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas, a fim de verificar sua eficácia. Esse tipo de serviço tem como característica o não condicionamento a adesão ao tratamento em saúde mental como requisito para obter a moradia. As medidas de resultados mais utilizadas foram: estabilidade na moradia, internação hospitalar e uso de emergência, medidas de saúde comportamental e satisfação do morador. Os resultados mostraram que a provisão de moradia teve um efeito forte e positivo na promoção da estabilidade do tempo na moradia e na redução de faltas pelos pacientes, tendo o modelo de habitação de suporte permanente, maior efeito do que os demais modelos habitacionais. Os estudos também mostraram menos hospitalização e menos atendimento de emergência para pacientes desse modelo. Não foram encontradas diferenças significativas em relação aos sintomas psicológicos e comportamentais entre os modelos de habitação. Em relação à satisfação, os moradores do modelo de suporte permanente, comparados com outros modelos de habitação, receberam maiores classificações de satisfação. Os autores recomendaram, por fim,

que a habitação de suporte permanente seja incluída como um serviço na rede de opções que apoiam a recuperação de indivíduos com transtornos mentais e que fazem uso de substâncias.

No Brasil, o estudo de Jaegger et al. (2004) avaliou o grau de satisfação de 15 pacientes das residências terapêuticas do Instituto Juliano Moreira no Rio de Janeiro. Foi utilizada a Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), forma abreviada. Os resultados mostraram um alto grau de satisfação global com os serviços (4,52), assim como nas subescalas, de satisfação com a equipe técnica (4,54) e de satisfação dos usuários com o serviço (4,4), sendo as alternativas de resposta distribuídas em uma escala Likert de 1 a 5, onde 1 significa “muito insatisfeito” e 5 significa “muito satisfeito”.

O estudo de Maluf et al. (2017) avaliou, com uma amostragem não-aleatória, a satisfação de 45 moradores dos SRTs de Barbacena em Minas Gerais, também utilizando a escala SATIS-BR. Os resultados demonstraram alto grau de satisfação dos pacientes, tanto global (4,32) quanto em relação às três dimensões do serviço: competência e compreensão da equipe (4,22), acolhida da equipe e ajuda recebida (4,42) e condições físicas e conforto do serviço (4,48). A faixa de variação da escala é de 1 a 5, indicando que os pacientes estavam entre satisfeitos a muito satisfeitos com o serviço. Uma análise multivariada indicou maior grau de satisfação dos pacientes alfabetizados e que faziam algum tipo de tratamento além do medicamentoso e da terapia ocupacional.

Os estudos descritos acima mostraram que o grau de satisfação dos pacientes com os serviços residenciais tem sido em geral, elevado. No entanto, apenas dois estudos avaliaram os serviços residenciais brasileiros, sendo que um deles utilizou uma amostragem pequena e não investigou os fatores sociodemográficos, clínicos e de condições de vida associados ao grau de satisfação (Jaegger et al., 2004) e o outro também utilizou uma amostragem menor que o presente estudo (n = 45), investigando um número menor de variáveis associadas à satisfação (Maluf et al., 2017). Nenhum deles avaliou os SRTs da cidade de Juiz de Fora. Esses dados apontam para a necessidade da realização de estudos que avaliem a satisfação dos pacientes em serviços residenciais, no contexto brasileiro, com um número maior de sujeitos em sua composição, investigando os fatores associados à satisfação, em um local de estudo diferente dos investigados anteriormente, como propõe a presente pesquisa.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

O objetivo geral desse trabalho consiste em avaliar a satisfação dos moradores com os SRTs.

### **Objetivos Específicos**

1. Avaliar o grau de satisfação dos moradores dos SRTs, global e para cada domínio.
2. Avaliar o grau de satisfação de subgrupos de sujeitos da amostra em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida.
3. Identificar os fatores preditores - sociodemográficos, clínicos e de condições de vida - do grau de satisfação dos moradores com os serviços residenciais.



## MÉTODO

### Delineamento

O presente estudo configura-se como uma Pesquisa Avaliativa do tipo Somativa. Pesquisas Avaliativas são pesquisas aplicadas, realizadas para obter resultados que sejam aplicáveis, práticos e de utilidade imediata. A Pesquisa Avaliativa Somativa visa avaliar os efeitos ou resultados de um programa ou de um serviço após certo tempo de seu funcionamento (Selltiz et al., 1987; Contandriopoulos et al., 1994; Smith, 2004). Neste estudo, o serviço avaliado foram os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Esse tipo de pesquisa fornece informações para avaliar se o serviço está sendo efetivo, ou ainda, se deve ser submetido a reformulações que aumentem sua efetividade. Para avaliar os resultados do tratamento, foram utilizadas análises estatísticas de dados quantitativos, aferidos por indicadores objetivos ou por instrumentos de medida validados (Selltiz et al., 1987; Smith, 2004; Bandeira, 2014). No presente estudo, foi avaliado o grau de satisfação dos moradores.

Trata-se também, de uma Pesquisa de Levantamento, definida como a pesquisa que busca responder questões a cerca da distribuição das variáveis e das relações entre características de grupos, da maneira como ocorrem em situações naturais. Foi utilizado o delineamento mais simples das Pesquisas de Levantamento que visa realizar a descrição e investigar a distribuição e prevalência das características da população estudada. No presente estudo, a variável investigada foi a satisfação com os SRTs.

Para a comparação de subgrupos de sujeitos foi utilizado o delineamento de Comparação com Grupo Estático que procura explicar e interpretar as relações entre os níveis das variáveis comparando grupos naturais de sujeitos (Selltiz et al., 1987). Os grupos comparados neste estudo foram definidos pelas características sociodemográficas (ex.: gênero, faixa etária), clínicas (ex.: diagnóstico, uso de medicação) e de condições de vida (número de pessoas que moram junto na casa, se recebe visitas).

Esta pesquisa também é classificada como um estudo do tipo correlacional, que visa investigar a relação entre variáveis naturais, sem a manipulação de variáveis independentes, como ocorre em pesquisas verdadeiramente experimentais (Selltiz et al., 1987). Nesse estudo,

foram verificados os fatores sociodemográficos, clínicos e de condições de vida associados à satisfação dos moradores dos SRTs.

Para Smith (2004), a avaliação da satisfação constitui um dos tipos de estudo de Pesquisa Avaliativa Somativa ou de Resultados. Ela permite examinar o grau de satisfação global com o serviço e os domínios específicos, tais como, em relação à infraestrutura, acolhimento da equipe e resultados das intervenções.

Esse estudo consiste, por último, em uma pesquisa de corte transversal, na qual as medidas são tomadas em um mesmo momento no tempo (Campbell & Stanley, 1979). Neste caso, a medida de satisfação foi levantada em uma única entrevista com os moradores dos SRTs.

### **Descrição do local da pesquisa**

Este estudo foi realizado nos Serviços Residenciais Terapêuticos de Juiz de Fora. Segundo informações do Departamento de Saúde Mental (DSME), o município conta com 29 Residências Terapêuticas em funcionamento, sendo 9 residências femininas e 20 masculinas. Todas as casas são habilitadas pelo Ministério da Saúde como Residências do Tipo II, compostas por uma equipe de cuidadores em assistência integral (24 horas por dia), além de um técnico de enfermagem e um profissional de nível superior (psicólogo ou enfermeiro) de referência. Cada casa comporta 10 moradores egressos dos hospitais psiquiátricos da cidade e estão referenciadas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme a regionalização do território. A gestão dos SRTs é terceirizada, realizada por duas Organizações Não-Governamentais (ONGs) através de um convênio com a prefeitura, feito por Edital de Chamada Pública.

Enquanto dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o município conta também com o CAPS III Casa Viva e CAPS III álcool e drogas, o CAPS II Leste, o CAPS II Liberdade do Hospital Universitário (HU) e o CAPS infantil (i) Gentileza. Fazem parte também da rede o Centro de Convivência Recriar, o Centro de Assistência em Saúde Mental (CASME) com atendimento ambulatorial, e o Serviço de Urgência Psiquiátrico (SUP) em funcionamento no Hospital de Pronto Socorro (HPS) para acolhimento das urgências. A rede possui 24 leitos da atenção hospitalar que são retaguarda para a crise podendo receber os usuários referenciados.

## População-alvo

A população-alvo do presente estudo foi constituída por moradores de 15 Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Juiz de Fora, compreendendo, em sua totalidade, 150 moradores. Na época do presente estudo, o município contava com 29 SRTs que acolhiam 10 moradores por serviço, totalizando 290 moradores, sendo uma ONG responsável pela gestão de 14 SRTs e outra ONG responsável por 15 SRTs. Entretanto, a ONG responsável pela administração de 14 SRTs estava em processo de desligamento da gestão dos serviços. Diante desse processo de transição da gestão dos SRTs, a presente pesquisa teve acesso a 15 SRTs.

Para obter maior homogeneidade da amostra, foram adotados alguns critérios de inclusão e de exclusão da população-alvo. Os critérios de inclusão foram: ter a idade mínima de 18 anos concluída e ambos os gêneros. Foram excluídos os moradores que não demonstraram capacidade em compreender as questões dos instrumentos de medida utilizados. Para avaliar este último critério, foi aplicada a Técnica de Sondagem, que consistia em pedir aos participantes que justificassem cada uma de suas respostas, verificando a compreensão adequada das questões (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993; Bandeira, 2014).

## Amostra

Para a seleção dos moradores participantes, foi utilizada uma amostra não aleatória do subtipo acidental dos moradores dos Serviços Residências Terapêuticos. Nesse tipo de amostra, são selecionados os sujeitos que estiverem disponíveis num determinado local e momento da coleta de dados (Contandriopoulos et al., 1994). Foram entrevistados nas 15 Residências Terapêuticas avaliadas, os pacientes que satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão.

O tamanho da amostra foi determinado por meio do cálculo estatístico, visando um poder de amostra de 90%. Luiz e Magnanini (2000) fornecem a seguinte equação para o cálculo do tamanho amostral utilizado neste estudo:

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{E^2} = \frac{(1,96 + 1,282)^2 2^2}{1^2} \cong 42$$

Onde:

$\alpha$  = probabilidade do erro tipo I = 5% (com correspondente  $z_{\alpha/2} = 1,96$ );

$\beta$  = probabilidade do erro tipo II = 10% (com correspondente  $z_{\beta} = 1,282$ ), para garantir um poder da amostra comumente utilizado na literatura de  $100 - \beta = 90\%$ ;

$\sigma$  = desvio padrão = 2;

E = o erro tolerável de amostragem = 1, isto é, quanto de afastamento entre a prevalência populacional (parâmetro desconhecido) e a estimativa a ser obtida na amostra que o pesquisador tolera.

Além disso, o autor sugere aumentar a amostra em 30%, porque o estudo pode sofrer interferência da saída, desistência, perda, morte ou exclusão do indivíduo no decorrer da pesquisa. Utilizando os valores acima discriminados, para um poder igual a 90% é necessário coletar 42 pacientes, mais 30% deste valor, têm-se  $n = 55$  indivíduos.

Conforme disponibilidade no decorrer da coleta de dados, foram entrevistados 60 moradores que preencheram os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Dezesesseis moradores foram excluídos por não conseguirem compreender as questões dos instrumentos utilizados, conforme mostrou a Técnica de Sondagem.

Foi realizada, também, uma coleta de dados com um cuidador de cada SRT, que estava presente na casa no momento das entrevistas realizadas com os moradores. Os cuidadores responderam algumas questões sobre os moradores, as quais constavam no questionário sociodemográfico e clínico (ver anexo). Não houve recusa por parte dos cuidadores, totalizando um número de 15 cuidadores entrevistados.

## **Instrumentos de medida**

No presente estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) e um Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Condições de Vida.

**Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)**: Este instrumento teve sua origem a partir de um questionário elaborado pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, sendo sua adaptação e

uniformização realizadas em um estudo multicêntrico da OMS junto a 19 países (WHO-SATIS, 1996).

O processo de adaptação transcultural dessa escala, para o contexto brasileiro, foi realizado por pesquisadores da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e da Universidade de São Paulo, com participação do Centro Colaborador da OMS em Montreal. A validação foi realizada no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ (Bandeira et al., 2000).

A análise da validade de construto da SATIS-BR foi realizada por meio do estudo da validade fatorial e da validade convergente. A análise da estrutura fatorial pelo Método dos Eixos Principais, com rotação Varimax, identificou uma estrutura fatorial com 12 itens distribuídos em 3 fatores ou subescalas, que explicaram 53,12% da variância dos dados. Todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima de 0,45 (Bandeira & Silva, 2012).

A primeira subescala, Competência e Compreensão da Equipe, contém sete itens que avaliam a satisfação do usuário com os seguintes aspectos: capacidade de escuta de quem o acolheu, o grau de compreensão da equipe sobre seu problema e o tipo de ajuda necessária, o tipo de ajuda recebida no serviço, a qualidade da discussão sobre o tratamento e a competência da equipe e do terapeuta de referência. A segunda subescala, Ajuda e Acolhida, contém três itens que avaliam a forma de ser tratado no serviço e a qualidade da acolhida dos profissionais. A terceira subescala, Condições Físicas do Serviço, possui dois itens que avaliam os aspectos da estrutura do serviço, em termos de conforto e das condições físicas das instalações. As alternativas de resposta são dispostas em uma escala do tipo Likert, com cinco pontos, onde “1” representa muita insatisfação e “5” muita satisfação. A SATIS-BR possui ainda três questões abertas, de caráter complementar, perguntando o que o paciente mais gostou, menos gostou e o que poderia ser melhorado no serviço. Entretanto, tais questões não são incluídas no cálculo do grau de satisfação (Bandeira & Silva, 2012; Silva, 2014).

A validade convergente da escala foi avaliada por meio de uma análise correlacional com os escores da Escala de Mudança Percebida (EMP), onde se observou uma correlação de Pearson positiva e significativa entre as duas escalas ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ). Segundo Pasquali (2003), para a validação convergente de uma escala é preciso que haja uma “correlação moderada positiva significativa entre o escore global da escala e o escore de outro instrumento que avalia um construto com o qual ele está, pela teoria relacionado”.

A fidedignidade foi verificada a partir da consistência interna, obtendo-se um valor do coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,88 para a escala global e, 0,85, 0,61 e 0,74 para as três subescalas, respectivamente. Os valores são considerados adequados, tendo em vista o número de itens da subescala, indicando uma boa homogeneidade e um adequado índice de fidedignidade ou precisão para a avaliação da satisfação dos usuários (Vallerand, 1989).

A versão brasileira da escala SATIS-BR é um instrumento multidimensional e com propriedades psicométricas adequadas, sendo considerado, portanto, um instrumento de medida apropriado para os estudos de avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (Bandeira & Silva, 2012).

**Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Condições de Vida:** O questionário tem o objetivo de coletar dados para caracterizar a amostra e para analisar posteriormente os fatores associados ao fenômeno estudado. Este questionário foi elaborado no LAPSAM da UFSJ, a partir de variáveis importantes identificadas na literatura e testado em um estudo piloto, para verificar sua adequação e facilidade de compreensão da população-alvo. No questionário, são avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas e de condições de vida: idade, sexo, escolaridade, renda, número de pessoas que moram na residência, inserção em atividades fora da residência, dentre outras. Ele avalia, ainda, as variáveis clínicas dos pacientes, tais como: diagnóstico, presença de comorbidade, tipos de tratamento realizado e medicamentos utilizados.

### **Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, o qual passou por treinamento teórico e prático de aplicação do instrumento de medida SATIS-BR, a fim de garantir uma adequação das entrevistas com os sujeitos que fizeram parte da amostra. A aplicação da escala e do questionário sociodemográfico foi realizada nas residências terapêuticas, em encontros previamente agendados com os moradores e acordado com os profissionais de cada casa.

A aplicação ocorreu individualmente, por meio de entrevistas estruturadas, onde as perguntas foram lidas e as respostas anotadas pelo entrevistador. A ordem de aplicação dos instrumentos de medida foi, primeiramente, a SATIS- BR, seguida do questionário sociodemográfico. Segundo Gunther (2003), a entrevista deve ser iniciada com a apresentação e

aplicação dos instrumentos relacionados à temática de interesse. Informações mais pessoais, como as contidas no questionário sociodemográfico devem ser levantadas por último, quando o entrevistador já tiver estabelecido um *rapport* com o participante. Essa ordem de aplicação visa diminuir o desconforto do entrevistado diante das questões mais sensíveis, como por exemplo, se tem alguma renda e nível de escolaridade.

Foi utilizada, ainda, a Técnica de Sondagem, desenvolvida por Guillemín et al. (1993), a fim de avaliar a efetiva compreensão das questões pelo entrevistado. Esta técnica consiste em solicitar que o participante justifique suas respostas conforme a aplicação de cada item das escalas.

A participação dos moradores e cuidadores dos SRTs foi voluntária e a coleta de dados foi realizada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado e discutido com cada respondente antes da entrevista. Os participantes foram informados inicialmente sobre a duração aproximada da entrevista, o caráter confidencial de suas respostas e a possibilidade de interromperem a entrevista a qualquer momento. Foi garantido que sua participação na pesquisa não oferecia riscos e não interferia em seu tratamento, no caso dos moradores e em seu trabalho, no caso dos cuidadores. Cada entrevistado recebeu um telefone de contato do entrevistador para tirar dúvidas e saber a respeito do andamento da pesquisa, caso desejassem.

## **Análise de dados**

As análises estatísticas dos dados foram realizadas utilizando-se o Software Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Considerando o nível de significância igual a 0,05. Foram realizadas as seguintes análises estatísticas:

1. Análise da distribuição normal dos dados obtidos pela escala de medida SATIS-BR, utilizando-se o teste Kolmogorov-Smirnov, para identificar se as análises posteriores seriam feitas a partir da estatística paramétrica ou não-paramétrica. Uma vez constatado que os dados obtidos seguiam uma distribuição normal, utilizaram-se instrumentos de análise paramétrica, descritos a seguir.

2. Análises de estatística descritiva, calculando-se médias, desvios-padrão e porcentagens, visando descrever a amostra e analisar os escores globais da escala SATIS-BR e de suas três subescalas.
3. Para identificar em qual dimensão havia maior grau de satisfação, foi realizada uma Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas com o teste *post hoc* de Bonferroni, visando verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das três subescalas da SATIS-BR.
4. Para identificar as variáveis a serem utilizadas nas análises multivariadas posteriores, foram realizadas análises estatísticas univariadas das variáveis sociodemográficas, clínicas e de condição de vida dos moradores. Foi utilizado o teste *t de Student* para amostras independentes, para comparação das médias de dois grupos, cálculo de análise de Variância (ANOVA) e o teste *post hoc* de Bonferroni, para a comparação das médias de três ou mais grupos, e o teste de correlação de Pearson para duas variáveis contínuas.
5. Foi realizada uma análise multivariada de regressão linear múltipla para identificar os fatores preditores da satisfação. A variável dependente foi o grau de satisfação, medido pela escala SATIS-BR e as variáveis independentes foram as sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos moradores. Nestas análises, as variáveis independentes foram aquelas que nas análises univariadas mostrarem-se significativas ( $p \leq 0,05$ ) e as que apresentarem  $p \leq 0,25$ , conforme recomendações de Hosmer e Lemeshow (2000).

### **Considerações éticas**

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ. O estudo foi apresentado, também, ao Departamento de Saúde Mental de Juiz de Fora (DSME), em uma reunião realizada com a coordenadora do serviço, para a autorização da pesquisa. A coleta de dados, realizada por meio de entrevistas com aplicação dos instrumentos, ocorreu conforme os parâmetros éticos. A participação dos sujeitos foi voluntária e a coleta de dados foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os objetivos, procedimentos e a duração da entrevista de coleta de dados foram informados a todos os participantes da pesquisa.



Os sujeitos foram informados de que sua participação na pesquisa não ocasionaria riscos ou desconfortos e que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem sofrerem qualquer prejuízo. O anonimato dos sujeitos e o sigilo das informações fornecidas foram assegurados, pois as informações pessoais de todos os participantes foram mantidas confidenciais e os dados coletados anônimos, sendo divulgados somente os resultados como média do grupo, sem identificação individual dos resultados.

A cada participante, foi oferecido um número de telefone do pesquisador para que eles possam entrar em contato, visando tirar possíveis dúvidas e tomar conhecimento do desenvolvimento da pesquisa. Findada a pesquisa, será agendada uma reunião de retorno com a coordenação do DSME, a fim de apresentar os resultados obtidos.

## **RESULTADOS**

Serão apresentados, primeiramente, os resultados das análises descritivas das características sociodemográficas, clínicas e de condições de vida da amostra de moradores. Em seguida, serão apresentados os resultados das análises descritivas sobre a percepção dos cuidadores em relação aos moradores. Posteriormente, serão mostrados os dados referentes à análise da satisfação dos pacientes com os serviços. Por fim, serão apresentadas as análises univariadas e multivariadas dos fatores associados à satisfação dos moradores com os Serviços Residenciais Terapêuticos.

### **Descrição da amostra dos moradores**

#### **Características sociodemográficas**

Os resultados referentes às características sociodemográficas dos moradores da amostra estão dispostos na Tabela 1. Dos 60 participantes deste estudo, 46,70% eram do sexo masculino e 53,30% eram do sexo feminino. A idade média dos moradores era 51,92 anos, sendo a idade mínima de 25 e a idade máxima de 75 anos. Com relação ao estado civil, a maioria dos moradores (81,70%) era solteira. Seis moradores (10,00%) eram separados, três eram viúvos (5,00%) e apenas 2 eram casados (3,30%). Quanto ao grau de escolaridade, 65,00% eram alfabetizados (sabiam ler e escrever) e 35,00% não eram alfabetizados.

Do total de moradores entrevistados, nenhum estava trabalhando formalmente no momento, porém, 93,30% tinham alguma renda própria e apenas 6,70% disseram não ter nenhuma fonte de renda. A renda de 75,00% dos moradores era proveniente de benefícios, seguida de aposentadoria (13,30%) e de pensão (5,00%).

Tabela 1  
Características sociodemográficas dos moradores

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	28	46,70	
	Feminino	32	53,30	
<b>Idade</b>				51,92 anos/13,02
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	49	81,70	
	Casado	2	3,30	
	Viúvo	3	5,00	
	Separado	6	10,00	
<b>Alfabetizado</b>	Não	21	35,00	
	Sim	39	65,00	
<b>Trabalha</b>	Não	60	100	
<b>Tem renda própria</b>	Não	4	6,70	
	Sim	56	93,30	
<b>Proveniência da renda</b>	Benefício	45	75,00	
	Aposentadoria	8	13,30	
	Pensão	3	5,00	

### **Características clínicas e de tratamento**

Os dados referentes às características clínicas dos pacientes encontram-se na Tabela 2. Em relação à categoria diagnóstica, conforme a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde – CID-10 (OMS, 1998), a maioria dos moradores (68,30%) apresentava diagnósticos dentro da categoria “Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes”. Os “Transtornos de humor (afetivos)” representaram 15,00% da amostra, seguidos de “Retardo mental” com 10,00% e os “Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos” com 6,70%. Apenas 18,30% dos moradores apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica.

Quase que a totalidade dos moradores (98,30%) recebia tratamento medicamentoso e apenas um morador não fazia uso de medicamentos psiquiátricos. Foi encontrado um número médio de medicamentos de 9,05 medicamentos por pessoa, com desvio-padrão de 4,93. A forma de utilização oral das medicações era a mais comum (85,00%) seguida da forma oral combinada com a injetável (13,30%).

Dentre os moradores entrevistados, 95,00% já haviam passado por internações em hospitais psiquiátricos, sendo que atualmente quase todos os moradores (98,30%) eram acompanhados pelo psiquiatra do CAPS e apenas 1 morador acompanhado pelo psiquiatra do Centro Ambulatorial de Saúde Mental (CASME). Toda a amostragem recebia tratamento de algum outro médico clínico. Apenas 10,00% recebia tratamento com psicólogo, 3,30% recebia tratamento com fisioterapeuta e um morador estava em tratamento odontológico. O número de tratamentos recebidos além do psiquiátrico foi de 1,15 tratamento por morador, com desvio-padrão de 0,40.

Um total de 8,30% dos moradores declarou fazer uso de bebidas alcoólicas e 11,70% de drogas ilícitas. Quarenta por cento da amostra participava de atividades nos CAPS e 41,70% diziam receber visitas de profissionais da Saúde da Família, principalmente durante campanhas de vacinação.

Tabela 2  
Características clínicas e de tratamento dos moradores

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Diagnóstico</b>	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	4	6,70	
	Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	41	68,30	
	Transtornos de humor (afetivos)	9	15,00	
	Retardo mental	6	10,00	
<b>Comorbidade psiquiátrica</b>	Não	49	81,70	
	Sim	11	18,30	
<b>Uso de remédios</b>	Não	1	1,70	
	Sim	59	98,30	
<b>Número de medicamentos psiquiátricos</b>				9,05 medicamentos/4,93
<b>Forma de utilização</b>	Oral	51	85,00	
	Oral+Injetável	8	13,30	

Continuação da Tabela 2

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Tipo de tratamento psiquiátrico</b>	Acompanhamento ambulatorial CASME	1	1,70	
	Acompanhamento pelo psiquiatra do CAPS	59	98,30	
<b>Internação psiquiátrica</b>	Não	3	5,00	
	Sim	57	95,00	
<b>Faz outro tipo de tratamento</b>	Sim	60	100	
	Não	54	90,00	
<b>Tratamento com psicólogo</b>	Sim	6	10,00	
	Não	54	90,00	
<b>Tratamento com outros médicos</b>	Sim	60	100	
	Não	58	96,70	
<b>Tratamento com fisioterapeuta</b>	Sim	2	3,30	
	Não	59	98,30	
<b>Tratamento com outros profissionais</b>	Sim	1	1,70	
	Não	59	98,30	
<b>Número de tratamentos além do psiquiátrico</b>				1,15 tratamentos/0,40
<b>Visita da Saúde da Família</b>	Não	35	58,30	
	Sim	25	41,70	
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>	Não	55	91,70	
	Sim	5	8,30	
<b>Uso de drogas ilícitas</b>	Não	53	88,30	
	Sim	7	11,70	
<b>Participa de atividades no CAPS</b>	Não	36	60,00	
	Sim	24	40,00	

### **Características de condição de vida dos moradores**

Os dados referentes às características de condições de vida dos moradores encontram-se na tabela 3. Foi encontrado um número médio de 8,92 pessoas (entre 8 a 9 pessoas) com quem o morador dividia a residência, com desvio-padrão de 0,28 e um número médio de 1,75 pessoas (de 0 a 3 pessoas) com quem dividia seu quarto, tendo esse último, desvio-padrão de 0,82. Um total de 88,30% dos moradores concordavam em dividir seu quarto.

Dentre a amostragem, 61,70% declararam receber visitas de familiares ou amigos. Todos os entrevistados faziam alguma atividade de lazer dentro da residência, como por exemplo, assistir TV ou ouvir rádio, estando 88,30% contentes com o número de atividades que faziam dentro da residência. Um total de 66,70% dos moradores disseram não fazer atividades fora da residência, 78,30% afirmaram estar contente com o número de atividades que fazia fora da residência e 98,30% afirmaram gostar da alimentação servida.

Em relação à convivência, 50,00% disseram participar das decisões da residência. Um total de 91,70% dos moradores declararam estar contente com as regras da casa, 81,70% gostavam do jeito como eram tratados pelos demais moradores, 85,00% considerava que os demais moradores conviviam bem entre si e 98,30% achavam que eram bem tratados pelos vizinhos.

Quanto ao sentimento de segurança, 91,70% dos moradores afirmaram sentir-se seguros morando naquela residência, 90,00% achavam que seus pertences estavam guardados também, em um local seguro, 95,00% gostavam da localização da residência onde viviam e 88,30% estavam de acordo em viver ali. Dentre os entrevistados, 78,30% disseram que recebia visita do seu Técnico de referência sempre que queria e 56,70% tinha permissão para sair quando sentia vontade.

Tabela 3

Características de condições de vida dos moradores

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Número de pessoas morando com ele</b>				8,92 moradores/0,28
<b>Número de pessoas dividindo o quarto com ele</b>				1,75 moradores/0,82
<b>Recebe visitas</b>	Não	23	38,30	
	Sim	37	61,70	
<b>Participa das decisões da residência</b>	Não	30	50,00	
	Sim	30	50,00	
<b>Atividades de lazer na residência</b>	Sim	60	100	
<b>Atividades de lazer fora da residência</b>	Não	40	66,70	
	Sim	20	33,30	
<b>Satisfeito com as regras da residência</b>	Não	5	8,30	
	Sim	55	91,70	
<b>Gosta do jeito como os moradores lhe tratam</b>	Não	11	18,30	
	Sim	49	81,70	
<b>Sente seguro na residência</b>	Não	5	8,30	
	Sim	55	91,70	
<b>Pertences guardados em lugar seguro</b>	Não	6	10,00	
	Sim	54	90,00	
<b>Outros moradores convivem bem entre si</b>	Não	9	15,00	
	Sim	51	85,00	
<b>Técnico de referência visita sempre que você quer</b>	Não	13	21,70	
	Sim	47	78,30	
<b>Permissão para sair</b>	Não	26	43,30	
	Sim	34	56,70	
<b>Gosta da comida</b>	Não	1	1,70	
	Sim	59	98,30	
<b>Contente com o nº de atividades dentro da residência</b>	Não	7	11,70	
	Sim	53	88,30	

Continuação da Tabela 3

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Contente com o nº de atividades fora da residência</b>	Não	13	21,70	
	Sim	47	78,30	
<b>Concorda em dividir o quarto</b>	Não	7	11,70	
	Sim	50	83,30	
<b>Gosta da localização da residência</b>	Não	3	5,00	
	Sim	57	95,00	
<b>Concorda em viver nessa residência</b>	Não	7	11,70	
	Sim	53	88,30	
<b>Acha que os vizinhos lhe tratam bem</b>	Não	1	1,70	
	Sim	59	98,30	

### **Características dos moradores avaliadas pelos cuidadores**

Os dados referentes às características dos moradores avaliadas pelos cuidadores encontram-se na tabela 4. Foram entrevistados 15 cuidadores que responderam algumas questões contidas no questionário sociodemográfico, referentes aos moradores que estavam sob seus cuidados e que compunham a amostra desse estudo.

Em relação ao uso de medicações, os cuidadores responderam que 63,30% dos moradores tomavam seus remédios sozinhos. Os dados mostraram ainda, que 93,30% dos moradores realizavam atividades de vida cotidiana sozinhos, como por exemplo, alimentar-se e fazer sua própria higiene, 56,70% ajudavam em afazeres da casa e 73,30% não faziam atividades na comunidade.

Em relação a possíveis comportamentos problemáticos apresentados pelos moradores e que incomodavam os cuidadores, foram obtidos os seguintes resultados: ficar à toa em casa, com maior percentual (45,00%), comportamento agitado (30,00%), agressividade física (26,70%), pedir coisas na rua (23,30%), falta de higiene (23,30%), agressividade verbal (21,70%), não seguir as regras da casa (21,70%), sair da residência sem avisar (18,30%), uso de cigarros (16,70%), uso de drogas ilícitas (8,30%), comportamentos inadequados da sexualidade (6,70%) e uso de bebidas alcoólicas (3,30%). Foi obtido um número médio de 2,53 comportamentos problemáticos por morador, com desvio-padrão de 2,41. Em relação ao grau de dificuldade do



cuidador em cuidar dos moradores, 58,30% disseram achar “fácil”, 23,30% “muito fácil”, 11,70% “muito difícil” e 6,70% “difícil”.

Tabela 4  
Características dos moradores avaliadas pelos cuidadores

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Toma remédio sozinho</b>	Não	22	36,70	
	Sim	38	63,30	
<b>Realiza atividades de vida cotidiana sozinho</b>	Não	4	6,70	
	Sim	56	93,30	
<b>Ajuda em afazeres da casa</b>	Não	26	43,30	
	Sim	34	56,70	
<b>Faz atividades na comunidade</b>	Não	44	73,30	
	Sim	16	26,70	
<b>Agressividade física</b>	Não	44	73,30	
	Sim	16	26,70	
<b>Agressividade verbal</b>	Não	47	78,30	
	Sim	13	21,70	
<b>Agitação</b>	Não	42	70,00	
	Sim	18	30,00	
<b>Sair sem avisar</b>	Não	43	71,70	
	Sim	17	18,30	
<b>Não seguir as regras</b>	Não	47	78,30	
	Sim	13	21,70	
<b>Pedir coisas na rua</b>	Não	46	76,70	
	Sim	14	23,30	
<b>Falta de higiene</b>	Não	46	76,70	
	Sim	14	23,30	
<b>Ficar à toa</b>	Não	33	55,00	
	Sim	27	45,00	
<b>Sexualidade afluada</b>	Não	56	93,30	
	Sim	4	6,70	
<b>Uso de cigarros</b>	Não	50	83,30	
	Sim	10	16,70	
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>	Não	58	96,70	
	Sim	2	3,30	

Continuação da Tabela 4

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Média/DP</b>
<b>Uso de drogas</b>	Não	55	91,70	
	Sim	5	8,30	
<b>Número de comportamentos problemáticos</b>				2,53 comportamentos/2,41
<b>Grau de dificuldade em cuidar dele</b>	Muito difícil	7	11,70	
	Difícil	4	6,70	
	Fácil	35	58,30	
	Muito Fácil	14	23,30	

### **Normalidade da amostra**

Para determinar os tipos de análises estatísticas a serem feitas em relação aos fatores associados ao grau de satisfação dos moradores, os escores da escala de satisfação foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Os resultados mostraram que os dados seguiam uma distribuição normal. O valor obtido de  $K-S = 1,18$  ( $p = 0,13$ ), justificando a utilização de testes paramétricos nas análises que se seguem.

### **Análise descritiva da satisfação dos moradores**

Serão apresentados os resultados das análises descritivas dos escores de satisfação dos moradores em relação aos SRTs. Seguem, primeiramente, os resultados do escore global, das três subescalas da SATIS-BR e uma comparação entre elas. Posteriormente será apresentada uma análise por itens.

#### **Análise da satisfação global e por subescalas**

Na Tabela 5, encontram-se os escores médios de satisfação dos pacientes para a escala global e para as três subescalas da SATIS-BR. Para comparar os dados das subescalas, foi feita uma análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas e teste *post hoc* de Bonferroni. Os

resultados mostraram que a análise de variância foi significativa ( $p = 0,03$ ). O teste de Bonferroni indicou uma diferença significativa entre as subescalas 1 e 2 ( $p = 0,004$ ).

Tabela 5

Médias e desvios-padrão do escore global e das subescalas de satisfação e comparação entre as subescalas pela análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas e pelo teste *post hoc* de Bonferroni

Variáveis	Médias (DP)	<i>Post hoc de Bonferroni</i>		
		p (1-2)	p (1-3)	p (2-3)
<b>1. Competência e compreensão da equipe</b>	4,40 (0,46)			
<b>2. Acolhida e ajuda recebida</b>	4,57 (0,46)	0,004		0,66
<b>3. Condições físicas e conforto do serviço</b>	4,49 (0,56)		0,59	
<b>Escala Global</b>	4,46 (0,41)			

ANOVA:  $F = 3,78$  e  $p = 0,03$ ; Bonferroni:  $p$  (1-2): comparação entre as subescalas 1 e 2;  $p$  (1-3) comparação entre as subescalas 1 e 3;  $p$  (2-3): comparação entre as subescalas 2 e 3.

Pode-se observar, na Tabela 5, que as médias de satisfação foram bastante elevadas tanto para o escore global quanto para as subescalas. A média global de satisfação foi de 4,46, em uma faixa de variação entre 1 a 5, indicando que os pacientes estavam entre satisfeitos (4) e muito satisfeitos (5) com o serviço. As médias das subescalas também apresentaram um grau de sobrecarga entre satisfeito (4) e muito satisfeito (5). Os resultados mostraram que o grau de satisfação dos pacientes com relação à “Acolhida e Ajuda recebida” na residência (subescala 2) apresentou a maior média (4,57), significativamente superior à sua satisfação (4,40) com relação à “Competência e compreensão da equipe” (subescala 1), embora não significativamente diferente da média (4,49) da subescala 3 “Condições físicas e conforto do serviço”.

Os resultados descritos acima indicaram que a satisfação dos moradores com os SRTs, variou de acordo com as dimensões avaliadas na escala SATIS-BR. Os pacientes apresentaram maior grau de satisfação com a dimensão da “Acolhida e ajuda recebida”, que avalia os aspectos referentes a ser tratado de forma respeitosa e digna, assim como a satisfação do morador com a ajuda recebida e com o acolhimento de toda equipe de profissionais. Por outro lado, foi observado um menor grau de satisfação quanto à “Competência e compreensão da equipe”, que

avalia os seguintes aspectos: ser ouvido, ser compreendido quanto ao seu problema e tipo de ajuda que necessitava, discussão a respeito do seu tratamento e a competência da equipe.

### **Análise da satisfação por itens**

Na tabela 6, encontram-se os resultados descritivos dos escores de satisfação dos pacientes para cada item da escala SATIS-BR em termos de médias e desvios-padrão. A Tabela apresenta, também, os dados de porcentagens de pacientes em três categorias de satisfação: muito insatisfeitos ou insatisfeitos (escores 1 e 2), indiferentes (3) e satisfeitos ou muito satisfeitos (escores 4 e 5).

Com relação aos resultados das porcentagens, pode-se observar, que a maioria das respostas se situou nas categorias 4 e 5, o que indica satisfação ou muita satisfação com o SRT. A maioria dos pacientes (88,30% a 96,70%) relatou estar satisfeito ou muito satisfeito em relação aos diversos aspectos do serviço avaliados. As porcentagens mais elevadas de satisfação (resposta 4 e 5) foram para os itens: satisfação com a acolhida dos profissionais (96,70%), satisfação com o conforto e a aparência do serviço (96,70%) e satisfação com as condições gerais das instalações da casa (96,70%). Quanto às respostas relativas ao menor grau de satisfação (respostas 1 e 2), destacaram-se os que se consideraram insatisfeitos com: a discussão feita sobre seu tratamento na RT (6,70%) e insatisfeitos com a compreensão pela equipe do tipo de ajuda que necessitavam (3,30%). Os itens que obtiveram as maiores porcentagens de satisfação intermediária (resposta 3) foram: sentir-se ouvido pela pessoa que lhe admitiu na RT (8,30%), considerar que a equipe da RT estava lhe ajudando (8,30%) e classificação da equipe como competente (8,30%).

Tabela 6

Médias e desvios-padrão do grau de satisfação e porcentagens de sujeitos em três categorias de satisfação, para cada item.

Itens	Média (DP)	Muito Insatisfeitos ou insatisfeitos	Indiferente	Satisfeitos ou Muito satisfeitos
		Respostas 1 e 2	Respostas 3	Respostas 4 e 5
1. Qual sua opinião sobre a maneira que você foi tratado em termos de respeito e dignidade?	4,67 (0,57)		3 (5,00%)	57 (95,00%)
2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você na RT, você sentiu que ela te ouviu?	4,30 (0,70)	1 (1,70%)	5 (8,30%)	54 (90,00%)
3. Até que ponto que a pessoa que admitiu você na RT, pareceu compreender o seu problema?	4,37 (0,61)		4 (6,70%)	56 (93,30%)
4. Em geral, como você acha que a equipe da RT compreende o tipo de ajuda que você necessitava?	4,40 (0,79)	2 (3,30%)	5 (8,30%)	53 (88,30%)
5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pela RT?	4,72 (0,56)		3 (5,00%)	57 (95,00%)
6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feito com você sobre o seu tratamento na RT?	3,97 (0,76)	4 (6,70%)	6 (10,00%)	50 (83,30%)
7. Você considerou que a equipe da RT está lhe ajudando?	4,60 (0,64)		5 (8,300%)	55 (91,70%)
8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais da RT?	4,45 (0,62)	1 (1,70%)	1 (1,70%)	58 (96,70%)
9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe da RT?	4,45 (0,65)		5 (8,30%)	55 (91,70%)
10. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?	4,62 (0,59)		3 (5,00%)	57 (95,00%)
11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência da RT?	4,47 (0,68)	2 (3,30%)		58 (96,70%)
12. Como você classificaria as condições gerais das instalações?	4,52 (0,57)		2 (3,30%)	58 (96,70%)

## Análises univariadas

Nas tabelas a seguir, serão apresentados os resultados da análise estatística univariada, visando avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, de condições de vida e da percepção dos cuidadores sobre os moradores em relação à satisfação global dos moradores com os SRTs. Esta análise visou identificar as variáveis a serem utilizadas na análise de regressão posterior, que apresentassem  $p < 0,25$ , conforme descrito na parte de Análise de dados deste trabalho. Para essas análises, foram utilizados o teste *t de Student* de amostras independentes para variáveis categóricas e o teste de correlação de *Pearson* para variáveis contínuas.

### Análise univariada das variáveis sociodemográficas

Na tabela 7, encontram-se os resultados da análise univariada para identificar as variáveis sociodemográficas estatisticamente significativas em relação à satisfação global com os SRTs. Os resultados mostraram que não houve diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) no grau de satisfação dos moradores para nenhuma das variáveis estudadas. Entretanto, foram selecionadas, conforme sugestão de Homer e Lemeshow (2000), as variáveis “sexo” e “alfabetizado”, por apresentarem valores de  $p \leq 0,25$ .

Tabela 7  
Análise univariada das variáveis sociodemográficas em relação à satisfação global

Variáveis	Categorias	Escore Global Média (DP)	t	r	P
Sexo	Masculino	4,56 (0,36)	1,91		0,06
	Feminino	4,37 (0,43)			
Alfabetizado	Não	4,57 (0,31)	1,75		0,09
	Sim	4,40 (0,45)			
Tem renda própria	Não	4,50 (0,30)	0,2		0,84
	Sim	4,46 (0,42)			
Idade				0,03	0,85

## Análise univariada das variáveis clínicas e de tratamento

Na tabela 8, encontram-se os resultados da análise univariada para identificar as variáveis clínicas estatisticamente significativas em relação à satisfação global com os SRTs. Os resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) no grau de satisfação dos pacientes para duas variáveis: participar de atividades no CAPS e número de medicamentos. Estes resultados indicam que o grau de satisfação com a residência era mais elevado para aqueles moradores que participavam de atividades no CAPS e que tomavam um maior número de medicamentos psiquiátricos. Foram selecionadas, também, para a análise de regressão as variáveis “comorbidade psiquiátrica”, “visita da Saúde da Família” e “uso de drogas”, por apresentarem  $p \leq 0,25$ .

Tabela 8  
Análise univariada das variáveis clínicas e de tratamento em relação à satisfação global

Variáveis	Categorias	Escore Global Média (DP)	t	r	P
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	4,45 (0,39)	0,29		0,77
	Outros	4,48 (0,46)			
<b>Comorbidade psiquiátrica</b>	Não	4,42 (0,42)	-1,46		0,15
	Sim	4,62 (0,34)			
<b>Forma de utilização</b>	Oral	4,45 (0,41)	0,06		0,95
	Ambos	4,46 (0,44)			
<b>Visita da Saúde da Família</b>	Não	4,54 (0,29)	1,64		0,11
	Sim	4,35 (0,52)			
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>	Não	4,45 (0,41)	-0,42		0,68
	Sim	4,53 (0,48)			
<b>Uso de drogas ilícitas</b>	Não	4,44 (0,42)	-1,18		0,24
	Sim	4,63 (0,30)			
<b>Participa de atividades no CAPS</b>	Não	4,35 (0,40)	-2,75		0,008
	Sim	4,63 (0,37)			

Continuação da Tabela 8

Variáveis	Categorias	Escore Global Média (DP)	t	r	P
Número de medicamentos psiquiátricos				0,29	0,02
Número de tratamentos além do psiquiátrico				0,05	0,68

### **Análise univariada das variáveis de condição de vida**

Na tabela 9, encontram-se os resultados da análise univariada para identificar as variáveis de condição de vida estatisticamente significativas em relação à satisfação global com os SRTs. Os resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) no grau de satisfação dos pacientes nas seguintes variáveis: estar satisfeito com as regras, gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, achar que os outros moradores convivem bem entre si, achar que Técnico de referência lhe visita sempre quando você quer, gostar da localização da casa e concordar em viver naquela residência. Estes resultados indicam que a satisfação com a residência era mais elevada para os moradores que: estavam satisfeitos com as regras da casa, gostavam do jeito como os outros moradores lhe tratam, achavam que os outros moradores convivem bem entre si, achavam que Técnico de referência lhe visita sempre quando desejava, gostavam da localização da casa e concordavam em viver naquela residência.

Conforme o critério de Homer e Lemeshow (2000), foram selecionadas para análise de regressão as variáveis: “participar das decisões da residência”, “sentir-se seguro”, “achar que seus pertences estão guardados em um lugar seguro”, “estar contente com o número de atividades que faz dentro da residência”, “estar contente com o número de atividades que faz fora da residência” e “concordar em dividir o quarto”. Entretanto, devido a um número excessivo de variáveis nessa categoria, optou-se por considerar somente aquelas com  $p \leq 0,05$ , conforme descritas acima, a fim de não comprometer a análise estatística.



Tabela 9

Análise univariada das variáveis de condição de vida em relação à satisfação global

Variáveis	Categorias	Escore Global Média (DP)	t	r	P
Recebe visitas de amigos ou familiares	Não	4,52 (0,39)	0,92		0,36
	Sim	4,42 (0,42)			
Participa das decisões da residência	Não	4,39 (0,41)	-1,35		0,18
	Sim	4,53 (0,40)			
Atividades de lazer fora da residência	Não	4,42 (0,41)	-0,93		0,36
	Sim	4,53(0,42)			
Satisfeito com as regras da residência	Não	4,05 (0,49)	-2,43		0,02
	Sim	4,50 (0,38)			
Gosta do jeito como os moradores lhe tratam	Não	4,19 (0,36)	-2,53		0,01
	Sim	4,52 (0,39)			
Sente seguro na residência	Não	3,98 (0,55)	-2,88		0,06
	Sim	4,50 (0,37)			
Pertences guardados em lugar seguro	Não	4,26 (0,51)	-1,24		0,22
	Sim	4,48 (0,40)			
Outros moradores convivem bem entre si	Não	4,05 (0,40)	-3,60		0,001
	Sim	4,53 (0,37)			
Técnico de referência visita sempre que você deseja	Não	4,22 (0,46)	-2,51		0,01
	Sim	4,23 (0,37)			
Permissão para sair	Não	4,51 (0,34)	0,82		0,41
	Sim	4,42 (0,46)			
Contente com o nº de atividades dentro da residência	Não	4,29 (0,58)	-1,20		0,23
	Sim	4,48 (0,38)			
Contente com o nº de atividades fora da residência	Não	4,29 (0,50)	-1,73		0,08
	Sim	4,51 (0,37)			
Concorda em dividir o quarto	Não	4,31 (0,38)	-1,16		0,25
	Sim	4,49 (0,39)			
Gosta da localização da residência	Não	3,83 (0,55)	-2,88		0,006
	Sim	4,49 (0,38)			
Concorda em viver nessa residência	Não	4,05 (0,41)	-3,02		0,004
	Sim	4,51 (0,38)			
Número de pessoas que moram junto				0,11	0,42
Número de pessoas que divide o quarto				0,03	0,80

Análise univariada das características dos moradores avaliadas pelos cuidadores

Na tabela 10, encontram-se os resultados da análise univariada para identificar as variáveis dos moradores avaliadas pelos cuidadores que fossem estatisticamente significativas em relação à satisfação global com os SRTs. Os resultados mostraram que não houve diferenças estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) no grau de satisfação dos pacientes nas variáveis estudadas. Entretanto, as variáveis “toma remédios sozinho”, “ajuda em pequenos afazeres da casa” e “comportamento problemático de não seguir as regras da casa” foram selecionadas para a análise de regressão, por apresentarem  $p \leq 0,25$ .

Tabela 10

Análise univariada das variáveis dos moradores avaliadas pelos cuidadores em relação à satisfação global

Variáveis	Categorias	Escore Global Média (DP)	t	r	P
<b>Toma remédio sozinho</b>	Não	4,55 (0,35)	1,30		0,20
	Sim	4,41 (0,44)			
<b>Realiza atividades de vida cotidiana sozinho</b>	Não	4,48 (0,39)	0,10		0,92
	Sim	4,46 (0,41)			
<b>Ajuda em afazeres da casa</b>	Não	4,54 (0,32)	1,32		0,19
	Sim	4,40 (0,46)			
<b>Faz atividades na comunidade</b>	Não	4,44 (0,35)	-0,42		0,68
	Sim	4,51 (0,55)			
<b>Agressividade física</b>	Não	4,46 (0,42)	0,13		0,89
	Sim	4,45 (0,39)			
<b>Agressividade verbal</b>	Não	4,44 (0,43)	-0,65		0,52
	Sim	4,53 (0,32)			
<b>Agitação</b>	Não	4,42 (0,44)	-1,13		0,26
	Sim	4,55 (0,32)			
<b>Sair sem avisar</b>	Não	4,49 (0,39)	1,04		0,30
	Sim	4,37 (0,47)			
<b>Não seguir as regras</b>	Não	4,42 (0,43)	-1,57		0,12
	Sim	4,62 (0,30)			
<b>Pedir coisas na rua</b>	Não	4,47 (0,42)	0,51		0,61
	Sim	4,41 (0,40)			
<b>Falta de higiene</b>	Não	4,44 (0,43)	-0,60		0,55
	Sim	4,52 (0,36)			

Continuação da Tabela 10

Variáveis	Categorias	Escore Global Média (DP)	t	r	P
<b>Ficar à toa</b>	Não	4,45 (0,42)	-0,11		0,92
	Sim	4,47 (0,41)			
<b>Sexualidade a florada</b>	Não	4,46 (0,42)	0,02		0,99
	Sim	4,46 (0,11)			
<b>Uso de cigarros</b>	Não	4,45 (0,39)	-0,27		0,75
	Sim	4,44 (0,11)			
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>	Não	4,46 (0,42)	-0,27		0,79
	Sim	4,54 (0,06)			
<b>Uso de drogas</b>	Não	4,47 (0,41)	0,72		0,48
	Sim	4,33 (0,41)			
<b>Número de comportamentos problemáticos</b>				0,05	0,73
<b>Grau de dificuldade em cuidar dele</b>	Muito difícil			-0,01	0,95
	Difícil				
	Fácil				
	Muito Fácil				

### **Análises multivariadas dos fatores associados à satisfação com os SRTs**

Para identificar a importância relativa das variáveis associadas ao maior grau de satisfação dos pacientes com os SRTs, foram realizadas análises multivariadas utilizando o teste de regressão linear múltipla. Foram incluídas, na análise multivariada, as variáveis significativas identificadas nas análises univariadas ( $p \leq 0,05$ ) e as variáveis que apresentaram relações com a escala global de satisfação com valores de  $p \leq 0,25$ .

Segundo Hosmer e Lemeshow (2000), variáveis com  $p \leq 0,25$  identificadas nas análises univariadas devem ser incluídas no modelo de regressão linear, pois podem ser significativas nas análises multivariadas. Utilizando o método de seleção de variáveis Stepwise, com probabilidade de entrada igual a 0,10 e de saída igual a 0,15, as tabelas a seguir apresentam as variáveis explicativas da satisfação dos moradores com os SRTs. As variáveis sociodemográficas e as variáveis dos moradores avaliadas pelos cuidadores foram excluídas por não apresentarem relação significativa com a satisfação e, portanto, não serão apresentadas abaixo.

#### **Análise de regressão linear múltipla das variáveis clínicas e de tratamento**

Na tabela 11, encontram-se os resultados das análises de regressão linear múltipla das variáveis clínicas e de tratamento em relação à satisfação dos moradores com os SRTs. Os resultados mostraram as seguintes variáveis preditoras da satisfação em ordem decrescente de importância: participar de atividades no CAPS e não receber visitas de profissionais da Saúde da Família. A equação que representa a reta de regressão obtida nesse modelo foi: Satisfação = 4,43 + 0,30 x participar de atividades no CAPS – 0,21 x não receber visitas de profissionais da Saúde da Família. Estes resultados indicam que participar das atividades no CAPS e não receber visitas de profissionais do ESF foram preditoras da satisfação dos moradores.

Tabela 11  
Análise de regressão linear múltipla das variáveis clínicas e de tratamento associadas à satisfação

Variáveis	Coeficientes não Padronizados		Coeficientes Padronizados		
	Beta	Erro Padrão	Beta	t	P
<b>Constante</b>	4,43	0,07		60,007	< 0,001
<b>Participa de Atividades no CAPS</b>	0,30	0,10	0,36	2,97	0,004
<b>Recebe visitas da Saúde da Família</b>	-0,21	0,10	-0,25	-2,1	0,04

R<sup>2</sup> = 0,15  
DW = 1,61  
F = 6,21  
P = 0,004

#### **Análise de regressão linear múltipla das variáveis de condições de vida**

Na tabela 12, encontram-se os resultados das análises de regressão linear múltipla das variáveis de condição de vida em relação à satisfação dos moradores com os SRTs. Os resultados mostraram as seguintes variáveis preditoras da satisfação dos moradores em ordem decrescente de importância: gostar da localização da residência, gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, estar satisfeito com as regras da residência e achar que os outros moradores convivem bem entre si. A equação que representa a reta de regressão obtida nesse modelo foi: Satisfação = 3,05 + 0,27 x achar que outros moradores convivem bem entre si + 0,60 x gostar da localização da residência + 0,30 x gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam + 0,41 x estar

satisfeito com as regras da residência. Estes resultados indicam que o grau de satisfação dos moradores era maior quando eles consideravam que os demais moradores conviviam bem entre si, quando gostavam da localização da residência, do jeito de ser tratado pelos demais e quando apreciavam as regras da casa.

Tabela 12

Análise de regressão linear múltipla das variáveis de condição de vida associadas à satisfação

Variáveis	Coeficientes não Padronizados		Coeficientes Padronizados			
	Beta	Erro Padrão	Beta	t	P	
<b>Constante</b>	3,05	0,26		11,51	< 0,001	
<b>Acha que os outros moradores convivem bem entre si</b>	0,27	0,14	0,24	2,01	0,05	R <sup>2</sup> = 0,35
<b>Gosta da localização da residência</b>	0,60	0,20	0,32	2,99	0,004	DW = 2,18
<b>Gosta do jeito como os outros moradores lhe tratam</b>	0,30	0,12	0,29	2,63	0,01	F = 8,78
<b>Satisfeito com as regras da residência</b>	0,41	0,17	0,28	2,36	0,02	P < 0,01

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram alto grau de satisfação dos moradores com os SRTs avaliados. Para cada um dos 12 itens da escala SATIS-BR, que avaliam o grau de satisfação, mensurados pela escala Likert de cinco pontos, a maioria dos moradores ( $\geq 88,30\%$ ) relatou estar satisfeito ou muito satisfeito com os serviços (escores 4 a 5), enquanto apenas uma minoria ( $\leq 6,70\%$ ) declarou-se insatisfeita ou muito insatisfeita (escores 1 a 2). A média global de satisfação encontrada foi de 4,46, indicando que os pacientes estavam entre satisfeitos (4) e muito satisfeitos (5) com o serviço.

Para as subescalas, os resultados médios de satisfação obtidos foram todos a partir de 4,40, indicativos de satisfação a muita satisfação dos moradores com as três dimensões do serviço: competência e compreensão da equipe, acolhida da equipe e ajuda recebida no serviço e condições físicas e conforto. A maior média de satisfação foi encontrada na subescala2 (4,57), que avalia a dimensão da “Acolhida e ajuda recebida”. O sentimento de ser acolhido e ajudado pelos serviços, portanto, foi um dos fatores que mais contribuíram para a alta satisfação dos pacientes. O escore significativamente mais baixo (4,40) foi em relação à subescala 1, que avalia a dimensão da “Competência e compreensão da equipe”, o que sugere a necessidade de serem melhoradas estas qualidades dos profissionais dos serviços residenciais.

Como descrito anteriormente, foram encontrados na literatura onze estudos internacionais e apenas dois estudos nacionais que avaliavam quantitativamente a satisfação dos usuários com os serviços residenciais. Seus resultados serão analisados comparativamente a seguir.

No contexto nacional, o estudo de Jaegger et al. (2004) avaliou o grau de satisfação de 15 pacientes das residências terapêuticas do Instituto Juliano Moreira no Rio de Janeiro, utilizando a SATIS-BR, forma abreviada. Os resultados mostraram um alto grau de satisfação global com os serviços (4,52), assim como nas subescalas, de satisfação com a equipe técnica (4,54) e de satisfação dos usuários com o serviço (4,40), semelhante aos resultados obtidos no presente estudo. Foi usada uma versão anterior do instrumento, por isto havia apenas duas dimensões. No entanto, não foram investigados os fatores preditores de satisfação, o que impede uma comparação mais detalhada dos resultados entre o presente estudo e a pesquisa de Jaegger et al. (2014), com relação a fatores associados à satisfação dos moradores.

O estudo de Maluf et al. (2017) avaliou a satisfação de 45 moradores dos SRTs de Barbacena em Minas Gerais, também utilizando a escala SATIS-BR. Assim como no presente estudo, os resultados demonstraram alto grau de satisfação dos moradores, embora com valores menores tanto no resultado global (4,32) quanto em relação às três dimensões do serviço: 1- competência e compreensão da equipe (4,22), 2- acolhida da equipe e ajuda recebida (4,42) e 3- condições físicas e conforto do serviço (4,48). Neste estudo, portanto, a dimensão dos SRTs na qual os moradores estavam mais satisfeitos foi em relação às condições físicas dos serviços e a dimensão em que eles estavam menos satisfeitos foi em relação à competência e compreensão da equipe. No presente estudo, os resultados referentes ao menor nível de satisfação concordam com os dados de Maluf et al. (2017), pois também ocorreram em relação à competência e compreensão da equipe. A dimensão com maior nível de satisfação, porém, diferiu entre os dois estudos, pois no presente trabalho ocorreu para a dimensão “Acolhida e ajuda recebida”, enquanto que no estudo de Maluf et al. se relacionou com as condições físicas dos serviços.

Com relação aos fatores associados à satisfação, o estudo de Maluf et al (2017) indicou maior grau de satisfação para os pacientes alfabetizados e que faziam algum tipo de tratamento além do medicamentoso e da terapia ocupacional. No presente estudo, os fatores preditivos da satisfação foram: participar de atividades no CAPS, não receber visitas de profissionais da Saúde da Família, gostar da localização da residência, gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, estar satisfeito com as regras da residência e achar que os outros moradores convivem bem entre si. Estas diferenças talvez se expliquem pelo fato de terem sido investigados, no presente trabalho, um maior número de variáveis como possíveis fatores associados.

No contexto internacional, foram identificados estudos com diferentes populações-alvo e diversos instrumentos de medida para avaliar a satisfação, validados ou não (Fenton et al., 1998; Kaspro et al., 1999; Hawtorne et al., 1999; Hanrahan et al., 2001; Freeman et al., 2004; Hawtorne et al., 2005; Piat et al., 2006; Greenfield et al., 2008; Robins et al., 2009; Osborn et al., 2010 e Rog et al., 2014). A maioria deles encontrou elevado grau de satisfação global dos moradores com os serviços residenciais.

Alguns estudos compararam a satisfação entre serviços residenciais e hospitalares, com resultados variados. Por exemplo, Fenton et al. (1998) verificaram que pacientes submetidos ao tratamento residencial alternativo apresentavam níveis de satisfação igual aos dos pacientes internados em serviços hospitalares, diferindo significativamente apenas no quesito alimentação,

onde os pacientes de serviços residenciais estavam mais satisfeitos. No presente estudo, também foi observado que a grande maioria dos moradores (98,30%) estava satisfeita com a alimentação oferecida nos SRTs. Hawthorne et al. (1999) também não encontraram diferenças significativas de satisfação para pacientes de serviços residenciais e hospitalares, exceto para o grupo de pacientes com diagnóstico de depressão maior, onde foram encontrados níveis significativamente maiores de satisfação para os pacientes do programa residencial. No presente estudo, a variável diagnóstica não foi um fator preditivo em relação à satisfação. Por outro lado, Hawthorne et al. (2005) constataram que participantes do programa residencial START apresentaram maior grau de satisfação com estes serviços do que aqueles internados em hospital. Greenfield et al. (2008) também encontraram melhores níveis de satisfação dos pacientes psiquiátricos de um sistema residencial aberto de saúde mental, gerenciado pelo próprio usuário, do que os dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos.

Na Inglaterra, Osborn et al. (2010), comparando serviços residenciais alternativos em relação aos tradicionais, verificaram que os usuários dos serviços residenciais alternativos obtiveram índices de satisfação significativamente mais elevados. Analisando apenas um tipo de serviço residencial, Hanharan et al. (2001) verificaram que pacientes psiquiátricos moradores de residências na comunidade estavam, em sua maior parte, satisfeitos e tiveram reduzido drasticamente o seu número de dias de internação hospitalar, passando de 47,7 dias por ano, para 5,3 dias durante o primeiro ano do programa residencial.

Freeman et al. (2004) avaliaram a satisfação dos pacientes de vários tipos de serviços residenciais de New South Wales, na Austrália. Os resultados mostraram que, em geral, os pacientes estavam mais satisfeitos em relação: à acomodação, aos cuidados da casa e à alimentação. Mostraram-se menos satisfeitos em relação: às informações sobre o tratamento, ajuda para problemas com álcool e atividades diurnas. No presente estudo, analisando a satisfação por cada item da escala aplicada, pode-se observar, uma semelhança com os resultados de Freeman et al (2004), já que os moradores também estavam mais satisfeitos com o conforto e a aparência do serviço (96,70%), com as condições gerais das instalações da casa (96,70%) e com a alimentação (98,30%), estando menos satisfeitos em relação à discussão feita sobre seu tratamento (6,70%) e a compreensão pela equipe do tipo de ajuda que necessitava (3,30%).

Robins et al. (2009) compararam a satisfação entre os residentes de dois tipos de moradia: Programa “Moradia em Primeiro Lugar” e o “Modelo Tradicional de Moradia de Apoio,” nos



EUA. Os resultados mostraram que os dois programas apresentaram níveis médios de satisfação comparáveis. Em uma revisão bibliográfica, Rog et al. (2014) analisaram artigos que descreviam o Programa de habitação de suporte permanente para pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas, a fim de verificar sua eficácia. Os resultados mostraram que, em relação à satisfação, os moradores do modelo de suporte permanente, comparados com outros modelos de habitação, receberam maiores classificações de satisfação.

Kaspro et al. (1999), nos EUA, analisando veteranos de guerra moradores de rua inseridos em serviços residenciais de saúde mental, constataram que os pacientes estavam satisfeitos com o serviço. O maior tempo de estadia, a melhora clínica em relação a problemas com drogas e a problemas de saúde mental, normas claras, ênfase na ordem, envolvimento do paciente, orientação prática e apoio dos colegas foram fatores associados positivamente com a satisfação, enquanto que o controle excessivo pela equipe foi associado negativamente à satisfação. No presente estudo, variáveis relacionadas à convivência dos moradores, como por exemplo, gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, estar satisfeito com as regras da residência e achar que os outros moradores convivem bem entre si, também foram fatores preditivos da satisfação.

Piat et al. (2006) avaliaram a satisfação dos moradores de serviços residenciais para pessoas com transtornos psiquiátricos graves, em Montreal. Os resultados mostraram que os pacientes estavam satisfeitos com os serviços, com níveis mais altos de satisfação para a dimensão do ambiente físico e do ambiente geral da residência, do que para a dimensão da organização interna da residência.

Os resultados da presente pesquisa, em geral, estão de acordo com os resultados da literatura, pois demonstraram também altos níveis de satisfação dos usuários com os serviços residenciais. O alto grau de satisfação obtido, no presente trabalho, pode ser explicado pelo contexto anterior em que os moradores pesquisados se encontravam. Quase que a totalidade da amostra (95,00%) havia passado por longas internações em instituições psiquiátricas, que apresentavam condições precárias de atendimento, recebendo, inclusive, indicativo de fechamento pelo Ministério da Saúde em 2013. A experiência negativa vivenciada anteriormente com os serviços hospitalares, pode ter gerado baixas expectativas com o modelo residencial, se contrapondo ao atendimento mais adequado recebido. Esse fato pode ter determinado os altos índices de satisfação encontrados, em conformidade com o modelo teórico da satisfação da

abordagem da expectativa. Segundo Pascoe (1983), dentro do modelo teórico da expectativa, o modelo de contraste define a satisfação como resultado de uma comparação entre a expectativa prévia do usuário e a experiência concreta vivenciada posteriormente com o serviço. Quando a experiência concreta vivenciada no serviço ultrapassa a expectativa prévia, observa-se a satisfação.

A análise de regressão linear múltipla identificou, na presente pesquisa, dois conjuntos de fatores mais fortemente associados à satisfação dos pacientes com os SRTs: as variáveis clínicas e as variáveis de condições de vida. Em relação às variáveis clínicas, os resultados mostraram as seguintes variáveis que explicam a satisfação em ordem decrescente de importância: em primeiro lugar, participar de atividades no CAPS e, em segundo lugar, não receber visitas de profissionais da Saúde da Família. Esta última variável pode ser explicada pelo fato dos moradores associarem a visita dos profissionais da Saúde da Família ao fato de terem que tomar vacinas, como foi amplamente verbalizado por eles durante as entrevistas.

Em relação às variáveis de condição de vida, os resultados mostraram as seguintes variáveis preditivas da satisfação em ordem decrescente de importância: em primeiro lugar, gostar da localização da residência, em seguida gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, estar satisfeito com as regras da residência e achar que os outros moradores convivem bem entre si. Destaca-se aqui as variáveis psicossociais relacionadas a uma boa convivência entre os moradores e um bom funcionamento da casa. As variáveis sociodemográficas e as características dos moradores avaliadas pelos cuidadores não foram estatisticamente significativas para explicar a satisfação.

Os resultados do presente estudo apontam para alguns aspectos que necessitam de maior atenção dos profissionais, visando melhor nível de satisfação dos moradores. Conforme mencionado anteriormente, o menor nível de satisfação dos moradores dos SRTs de Juiz de Fora, foi referente à subescala 1 que avalia a dimensão “Competência e compreensão da equipe”. Nessa subescala, é avaliada a satisfação dos moradores em relação ao sentimento de ser ouvido e compreendido. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Maluf et al (2017) que avaliou os SRTs de Barbacena. Essas duas cidades, Juiz de Fora e Barbacena, tem em comum o fato de terem feito parte do chamado “Corredor da Loucura”, devido à concentração de grandes hospitais psiquiátricos em seus territórios durante muito tempo. Além disso, no presente estudo, a análise dos itens mostrou baixa porcentagem de moradores que apresentaram satisfação com

relação aos seguintes aspectos: à discussão feita sobre seu tratamento na RT (6,70%) e à compreensão pela equipe do tipo de ajuda que necessitavam (3,30%). Chama a atenção, também, a alta porcentagem de moradores (66,70%) que não tinham atividades fora das residências, indicando baixa interação com a comunidade.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2011) os SRTs devem funcionar como um espaço de moradia para as pessoas com transtorno mental, buscando garantir o convívio social, a reabilitação psicossocial, o resgate de cidadania e da autonomia do sujeito. Cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades e dinâmica de seus moradores. Nesse sentido, em relação aos aspectos apontados acima com menores níveis de satisfação, sugere-se uma maior atenção à escuta e identificação das necessidades individuais dos moradores e seu envolvimento na discussão e construção de seu tratamento. Para isso, alguns modelos exitosos de desinstitucionalização propõem que os serviços comunitários tenham um número reduzido de usuários por técnico de referência, na proporção de dez usuários para um técnico, para que possam atender suas complexas necessidades (Bandeira, Gelinas & Lesage, 1998). No caso das SRTs avaliadas, no presente trabalho, há uma proporção deste tipo em relação ao cuidadores, mas não em relação aos técnicos de referência, que são profissionais de nível superior, preparados para dar um acompanhamento integral aos moradores. Nas SRTs, os técnicos de referência são responsáveis por mais de uma casa, tendo mais de 10 moradores sob sua responsabilidade, diferente do que é recomendado na literatura.

Vidal, Bandeira e Gontijo (2007) apresentam alguns cuidados e atividades que podem melhorar a intervenção dos profissionais com os moradores. Um primeiro cuidado implica em critérios para a contratação dos cuidadores, como por exemplo, não ter experiência prévia de trabalho em hospital psiquiátrico, a fim de não trazer para as residências os hábitos institucionais adquiridos no ambiente hospitalar. Outro ponto importante é a realização de reuniões semanais dos técnicos com os moradores, promovendo o desenvolvimento da fala e da manifestação individual de desejos, angústias e curiosidades e a discussão dos assuntos de interesse individual e coletivo. Com os cuidadores dos SRTs, são sugeridas reuniões quinzenais e ou capacitação permanente, com o objetivo de avaliar o processo de reabilitação e orientar os cuidadores sobre a necessidade de estimulação constante dos moradores para atividades de vida diária e de vida prática na comunidade. Os autores mencionam também, a necessidade de um encontro periódico entre a equipe técnica para avaliação das atividades, revisão de condutas, discussão de casos,

estabelecimento de rotinas e normatizações. Tais atividades visam à elaboração de projetos terapêuticos coletivos e individuais e programação das intervenções que serão efetuadas, observando mais de perto as necessidades e limitações de cada morador (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007).

A presente pesquisa apresenta algumas limitações. Uma primeira limitação se refere ao fato de ser uma pesquisa do tipo correlacional, não sendo possível estabelecer relações causais entre as variáveis associadas ao grau de satisfação dos moradores. Outra limitação se refere à dificuldade de generalização dos resultados, tendo em vista que este estudo foi realizado apenas nos Serviços Residenciais Terapêuticos de Juiz de Fora. Os resultados, portanto, serão generalizáveis apenas para a população-alvo do município em questão.

Estudos futuros deverão aprofundar os conhecimentos adquiridos, em novas moradias e em outras regiões do país. Entretanto, os resultados obtidos são suficientes para alertar os serviços com relação aos níveis mais baixos de satisfação dos moradores, com relação a alguns aspectos específicos que necessitam ser melhorados. Espera-se que os resultados obtidos, no presente trabalho, possam contribuir para estimular ações visando a melhoria dos serviços residenciais.

## CONCLUSÕES

A presente pesquisa possibilitou avaliar o grau de satisfação dos moradores com os Serviços Residenciais Terapêuticos de Juiz de Fora, uma cidade que concluiu recentemente seu processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Os resultados mostraram que os moradores estavam, em geral, entre satisfeitos e muito satisfeitos com os serviços. Os moradores estavam mais satisfeitos com relação à dimensão relacionada ao acolhimento e ajuda recebida e menos satisfeitos com a dimensão relacionada à competência e compreensão da equipe. Esses dados demonstram a boa qualidade dos serviços residenciais da cidade e cuidados adequados ofertados a essa população. Foram sugeridos, entretanto, alguns aspectos que podem ser melhorados.

Foi possível também, identificar os fatores mais fortemente associados à satisfação. Os fatores preditores da satisfação dos moradores com os SRTs foram: participar de atividades no CAPS, não receber visitas de profissionais da Saúde da Família, gostar da localização da residência, gostar do jeito como os outros moradores lhe tratam, estar satisfeito com as regras da residência e achar que os outros moradores convivem bem entre si. Esses dados mostram as características das residências que são consideradas importantes pelos moradores e que interferem em sua satisfação com os serviços.

Destaca-se que os fatores identificados estão relacionados à realização de atividades terapêuticas, a uma boa convivência entre si e a um bom funcionamento da moradia, todos eles considerados essenciais no processo de reabilitação psicossocial de pacientes que estiveram por muitos anos institucionalizados. Os resultados obtidos mostram que, conforme preconizado pela própria Organização Mundial de Saúde (2001), as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental fazem-se necessárias, para monitorar sua qualidade, identificar os aspectos que precisam ser melhorados e contribuir no aprimoramento das práticas e políticas de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- Andreoli, S.B. (2007). Serviços de Saúde Mental no Brasil. In: Mello, M.F., Mello, A.A.F. & Kohn, R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 85-100). Porto Alegre: Artmed.
- Andreoli, S.B., Almeida-Filho, N., Martin, D., Mateus, M.D. & Mari, J.J. (2007). É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 43-46.
- Bandeira, M. (1993). Reinserção de doentes mentais na comunidade: Fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(9), 491-498.
- Bandeira, M., Gelinas, D. & Lesage, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(12), 627-640.
- Bandeira, M., Pitta, A.M.F. & Mercier, C. (2000). Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: Satis-br. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(8), 293-300.
- Bandeira, M. & Silva, M.A. (2012). Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS – BR): estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 124-132.
- Bandeira, M. (2014). Princípios norteadores para a avaliação de serviços de saúde mental. In: Bandeira, M., Lima, L.A. & Barroso, S. (Orgs.). *Avaliação de serviços de saúde mental: Princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- Bonadiman, C. S., Passos, V. M., Mooney, M., Naghavi, M. & Melo, A. P. (2017) A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia* (1), 191-204.
- Brasil. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Brasília, DF, abr 2001. Recuperado em 16 de março de 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa*. São Paulo: E.P.U.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L. & Pineault, R. (1997). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A., *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L. & Bouyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo. Hucitec Abrasco.

Delgado, P.G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A.F., Bonavigo, E. & Cordeiro, F. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, M.F., Mello, A.A.F. & Kohn, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203.

Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 114, 1115-1118.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18, 356-360.

Esperidião, M. & Trad, L.A.B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.

Fenton, W.S., Mosher, L.R., Herrell, J.M. & Blyler, C.R. (1998). Randomized Trial of General Hospital and Residential Alternative Care for Patients With Severe and Persistent Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 516-522.

Freeman, A., Malone, J. & Hunt, G.E. (2004). A state wide survey of high-support services for people with chronic mental illness: assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction. *Journal of Psychiatry*, 38, 811–818.

Greenfield, T. K., Stoneking, B. C., Humphreys, K., Sundby, E. & Bond, J. (2008). A Randomized Trial of a Mental Health Consumer-Managed Alternative to Civil Commitment for Acute Psychiatric Crisis. *American Journal of Community Psychology*, 42, 135-144.

Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.

Günther, H. (2003). *Como elaborar um questionário*. Série: Planejamento de Pesquisas nas Ciências Sociais, n. 1. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Recuperado em 16 agosto, 2017, de [https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Texto\\_11\\_-\\_Como\\_elaborar\\_um\\_questionario.pdf](https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Texto_11_-_Como_elaborar_um_questionario.pdf).

Hanrahan, P., Luchins, D.J., Savage, C. & Goldman, H.H. (2001). Housing satisfaction and service use by mentally ill persons in community integrated living arrangements. *Psychiatric Services*, 52(9), 1206-1209.

Hawthorne, W.B., Green, E.E., Gilmer, T., Garcia, P., Hough, R.L., Lee, M., Hammond, L. & Lohr, J.B. (2005). A Randomized Trial of Short-Term Acute Residential Treatment for Veterans. *Psychiatric Services*, 56(11), 1379-1386.

Hawthorne, W.B., Green, E.E., Lohr, J.B., Hough, R., & Smith, P.G. (1999). Comparison of Outcomes of Acute Care in Short-Term Residential Treatment and Psychiatric Hospital Setting. *Psychiatric Services*, 50(3), 401-406.

Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). Applied logistic regression. *New York: John Wiley and Sons*.

Jaegger, R.C., Guitton, A.P., Lyrio, J.M., Santos, M. M., Freitas, R. C. O., Gonçalves, S. R., Abelha, L. & Legay, L.F. (2004). A Experiência de morar fora: Avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 12(1), 26-39.

Kaspro, W. J., Frisman, L. & Rosenheck, R. A. (1999). Homeless Veterans' Satisfaction with Residential Treatment. *Psychiatric Services*, 50(4), 540-545.

Kohn, R., Mello, M.F. & Mello, A.A.F. (2007). O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: Mello, M. F., Mello, A.A.F. & Kohn, R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (Cap. 10, pp. 199-207). Porto Alegre: Artmed.

Luiz, R., Magnanini, M. F. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 8(2), 9-28.

Maluf, R., Bandeira, M. & Oliveira, D. (2017). Psychiatric patients' satisfaction in the therapeutic residence services: A positive experience of psychiatric deinstitutionalization. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 274-284.

Mercier, L., Landry, M., Corbière, M. & Perreault, M. (2004) Measuring clients perception as outcome measurement. In A. R. Roberts e K. R. Yeager. *Evidence-based Practice Manual: Research an outcome Measures in Health and Human Services*. Oxford: University Press. 904-909.

Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - AVALIAR CAPS*. Recuperado em 20 maio, 2017, de [www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/AvaliaCAPS2.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/AvaliaCAPS2.pdf).

Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria n. 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Recuperado em 05 junho, 2016, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria n. 3.090 de 23 de Dezembro de 2011*. Recuperado em 05 junho, 2016, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html).

Ministério da Saúde. (2012). *Saúde Mental em Dados 10*. Brasília. Recuperado em 20 maio, 2017, de <http://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados10-ms.pdf>.



Ministério da Saúde. (2015a). *PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*. Recuperado em 10 junho, 2017, de [bvsms.saude.gov.br/.../pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/.../pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf).

Ministério da Saúde. (2015b). *Saúde Mental em Dados 12*. Brasília. Recuperado em 10 março, 2018, de [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf).

Morgado, A. & Lima, L.A. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1), 19-28.

Organização Mundial de Saúde. (1990). *Declaração de Caracas*. Recuperado em 15 junho, 2016, de: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas)

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS.

Organização Mundial de Saúde (2008). *Integração de Saúde Mental nos cuidados de saúde primária: uma perspectiva global*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Osborn, D.P.J., Lloyd-Evans, B., Johnson, S., Gilbert, H., Byford, S., Leese, M. & Slade, M. (2010). Residential alternatives to a cutedin-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 41-45.

Pascoe, G.C. (1983). Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

Perreault, M., White, N.D., Fabrès, E., Landry, M., Anestin, A.S. & Rabouin, D. (2010). Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 410-417.

Piat, M., Perreault, M. & Bloom, D. (2006). Évaluation des services offerts en résidences d'accueil selon la perspective des usagers présentant des troubles sévères et persistants de santé mentale. *Les Instituts de Recherche en Santé du Canada*.

Robins, P., Callahan, L. & Monahan, J. (2009). Perceived Coercion to Treatment and Housing Satisfaction in Housing-First and Supportive Housing Programs. *Psychiatric services*, 60(9), 1251-1253.

Rog, D., Marshall, T., Dougherty, R., George, P., Daniels, A., Ghose, S. & Delphin-Rittmon, M. (2014). Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psychiatric services*, 65(3), 287-294.

Ruggeri, M. (1994). Patients and relative satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry Epidemiology*, 29, 212-227.

Ruggeri, M. (2010). Satisfaction with mental health services. In G. Thornicroft & M. Tansella (Eds.). *Mental Health Outcome Measures* (pp. 99-115). London: RCPsych Publications.

Santos, E. G. & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3):238-246.

Selltiz, C., Wrightsman, L. & Cook, S. (1987). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. São Paulo: E.P.U.

Silva, M.A. (2014). Satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental. In: Bandeira, M., Lima, L.A. & Barroso, S. (Orgs.). *Avaliação de serviços de saúde mental: Princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

Silva, Bandeira, Scalon & Quaglia. (2012). Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2):64-71.

Smith, M.J. (2004). Process and Outcome evaluations. In A.R. Roberts & K.R. Yeager, *Evidence-based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Services* (pp. 606-609). New York: Oxford University Press.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2010). Saúde Mental da população e cuidado comunitário. In: Thornicroft, G. & Tansella, M. *Boas práticas em Saúde Mental Comunitária* (pp. 6-19). Barueri: Manole.

Vallerand, R. (1989). Verune methodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implication pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680.

Vidal, C.E.L., Bandeira, M. & Gontijo, E.D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 70-79.

World Health Organization (1996). *WHO-SATIS Consumer's and Caregivers' satisfaction with Mental Health Services: A Multisite Study*. Geneva: Division of Mental Health WHO.

## ANEXOS

### **Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental**

#### **(SATIS-BR – Versão Abreviada)**

**Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o SRT. 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?**

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

**2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no SRT, você sentiu que ele/a ouviu você?**

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

**3. Até que ponto a pessoa que admitiu você no SRT pareceu compreender o seu problema?**

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

**4. Em geral, como você acha que a equipe do SRT compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1. Péssimas
- 2. Ruins
- 3. Regulares
- 4. Boas
- 5. Excelentes

**13. De que você mais gostou no SRT?**

.....

.....

.....

.....

**14. De que você menos gostou no SRT?**

.....

.....

.....

.....

**15. Na sua opinião, o SRT poderia ser melhorado?**

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Não sei

**15.1. Se sim, de que maneira?**

.....

.....

.....

.....

## Questionário Sociodemográfico e Clínico

Nome do respondente: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

### A . DADOS DO MORADOR NO PRONTUÁRIO:

1. Sexo: ( )0. Masculino ( )1. Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Diagnóstico (nome e número do CID – 10): \_\_\_\_\_

( )1. F00-F09      ( )5. F40-F48      ( )9. F80-F89

( )2. F10-F19      ( )6. F50-59      ( )10. F90-F98

( )3. F20-F29      ( )7. F60-F69      ( )11. F99

( )4. F30-F39      ( )8. F70-79

4. Apresenta comorbidades psiquiátricas? ( )0. Não ( )1. Sim

Quais? \_\_\_\_\_

5. Faz uso de remédios? ( )0. Não ( )1. Sim

Quais? \_\_\_\_\_

6. Número de medicamentos psiquiátricos: \_\_\_\_\_

7. Forma de utilização: ( )1. Via oral ( )2. Injetável ( )3. Ambos

### B. DADOS DO MORADOR NA ENTREVISTA:

8. Estado civil: ( )1. Solteiro ( )2. Casado ou vivendo como casado ( )3. Viúvo  
( )4. Separado/ Divorciado

9. Você é alfabetizado (sabe ler e escrever)? ( )0. Não ( )1. Sim

10. Você está trabalhando atualmente? ( )0. Não ( )1. Sim

Ocupação: \_\_\_\_\_

11. Você tem alguma renda própria? ( )0. Não ( )1. Sim

12. De onde vem a renda? ( )1. Salário ( )2. Benefício ( )3. Aposentadoria ( )4. Pensão

13. Qual tratamento psiquiátrico está fazendo no momento?

( )1. Acompanhamento no PSF (pelo médico do posto de saúde).

( )2. Acompanhamento ambulatorial (atendido pelo psiquiatra no CASM).

( )3. Acompanhamento pelo psiquiatra do CAPS.

( )4. Outro: \_\_\_\_\_

14. Você já esteve internado em hospital psiquiátrico? ( )0. Não ( )1. Sim

15. Quantas pessoas moram junto com você nesta residência? \_\_\_\_\_

16. Com quantas pessoas você divide o seu quarto? \_\_\_\_\_

17. Você recebe visitas de familiares ou amigos? ( )0. Não ( )1. Sim

18. Você participa nas decisões da residência? ( )0. Não ( )1. Sim

19. Além do tratamento psiquiátrico, você faz algum outro tipo de tratamento de saúde?

( )0. Não ( )1. Sim

20. Quais outros tratamentos você faz? ( )1. Fonoaudiólogo ( )2. Psicólogo ( )3. Outros médicos

( )4. Terapeuta Ocupacional ( )5. Fisioterapeuta ( )6. Outro: \_\_\_\_\_

21. Número de tratamentos que realiza: \_\_\_\_\_

22. Você recebe visita dos profissionais de Saúde da Família? ( )0. Não ( )1. Sim

23. Você faz uso de bebidas alcoólicas? ( )0. Não ( )1. Sim

24. Você faz uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, etc.)? ( )0. Não ( )1. Sim

25. Você participa de atividades no CAPS? ( )0. Não ( )1. Sim

Quais? \_\_\_\_\_

26. Você faz atividades de lazer dentro da residência (ex. ver TV, ouvir rádio, tricô, costura)?

( )0. Não ( )1. Sim

27. Você faz atividades de lazer fora da residência? ( )0. Não ( )1. Sim

Quais? \_\_\_\_\_



**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sente vivendo nessa residência.**

28. Você está satisfeito com as regras da residência? ( )0. Não ( )1. Sim
29. Você gosta do jeito como os outros moradores lhe tratam? ( )0. Não ( )1. Sim
30. Você se sente seguro morando nesta residência? ( )0. Não ( )1. Sim
31. Você acha que seus pertences estão guardados em um lugar seguro dentro da residência?  
( )0. Não ( )1. Sim
32. Você acha que os outros moradores convivem bem entre si? ( )0. Não ( )1. Sim
33. Seu Técnico de Referência te visita tantas vezes quanto você quer? ( )0. Não ( )1. Sim
34. Você tem permissão para entrar e sair da residência quando você sente vontade?  
( )0. Não ( )1. Sim
35. Você gosta da comida que é servida aqui? ( )0. Não ( )1. Sim
36. Você está contente com o número de atividades que faz dentro da residência?  
( )0. Não ( )1. Sim
37. Você está contente com o número de atividades que faz fora da residência?  
( )0. Não ( )1. Sim
38. Você concorda em dividir seu quarto com outros moradores? ( )0. Não ( )1. Sim
39. Você gosta da localização da sua residência? ( )0. Não ( )1. Sim
40. Você está de acordo em viver nessa residência? ( )0. Não ( )1. Sim
41. Você acha que os vizinhos lhe tratam bem? ( )0. Não ( )1. Sim

**C. DADOS DO CUIDADOR NA ENTREVISTA:**

42. Ele (a) toma seus remédios sozinhos? ( )0. Não ( )1. Sim
43. Ele (a) consegue realizar pequenas atividades de vida cotidiana sozinho (ex.: fazer sua própria higiene, alimentar-se sozinho)? ( )0. Não ( )1. Sim
44. Ele (a) ajuda em pequenos afazeres da casa (ex.: na limpeza, organização da casa)?  
( )0. Não ( )1. Sim
45. Ele (a) faz atividades na comunidade? ( )0. Não ( )1. Sim
46. Os comportamentos abaixo desse morador (a) te incomodam?
1. Agressividade física? ( )0. Não ( )1. Sim

- 2. Agressividade verbal?                    ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 3. Agitação?                                    ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 4. Sair sem avisar?                            ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 5. Não seguir as regras da casa?        ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 6. Pedir coisas na rua?                      ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 7. Falta de higiene?                         ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 8. Ficar à toa em casa?                      ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 9. Ter a sexualidade aflorada?            ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 10. Fazer uso de cigarros?                 ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 11. Fazer uso de bebidas alcoólicas?    ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim
- 12. Fazer uso de drogas?                    ( ) 0. Não   ( ) 1. Sim

47. Número de comportamentos problemáticos: \_\_\_\_\_

48. Em relação ao grau de dificuldade, como é para você cuidar dele(a)?

( ) 0. Muito difícil   ( ) 1. Difícil   ( ) 2. Fácil   ( ) 3. Muito Fácil



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MORADOR**

Você está sendo convidado a participar de entrevistas sobre a opinião dos moradores desta residência. Estas entrevistas foram autorizadas pela gerente de saúde mental, Andréia da Silva Stenner. O responsável por este estudo é Wesley Gouvêa Oliveira.

Eu vou fazer algumas perguntas sobre o que você acha desta moradia, por exemplo, sua opinião sobre o conforto e a higiene e o seu relacionamento com as pessoas que trabalham aqui. Os resultados desta entrevista podem contribuir com informações importantes para melhorias desta moradia. Gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante aproximadamente 1 hora, para conversarmos sobre a sua opinião a respeito dessa moradia. Além disso, iremos ler seu prontuário para verificar alguns dados, como por exemplo, a medicação que você usa e o seu diagnóstico.

Essa entrevista não vai atrapalhar no seu tratamento e não oferece nenhum risco para você. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá interromper a entrevista a qualquer momento, que você desejar, sem que haja nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não terá nenhuma despesa e não receberá qualquer valor em dinheiro.

Todas as informações que você fornecer nessa entrevista serão mantidas somente entre nós. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo e a divulgação dos resultados será anônima e apenas em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu, \_\_\_\_\_, li  
(nome do voluntário)

e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e como ele será realizado. A explicação que recebi esclarece que minha participação não implicará em nenhum risco para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que meu prontuário será acessado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar deste estudo.

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador:

Caso você queira conversar com a pessoa responsável por este estudo, você pode telefonar para o número (32) 99104 4702.

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br) / (32) 3379-2413.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CUIDADOR**

Você está sendo convidado a participar de entrevistas sobre a opinião dos moradores desta residência. Estas entrevistas foram autorizadas pela gerente de saúde mental, Andréia da Silva Stenner. O responsável por este estudo é Wesley Gouvêa Oliveira.

Eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua visão a respeito dos comportamentos e do relacionamento dos moradores dessa residência terapêutica. Os resultados desta entrevista podem contribuir com informações importantes para melhorias desta moradia. Gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante aproximadamente 30 minutos, para conversarmos sobre a sua opinião a respeito dessa moradia.

Essa entrevista não vai atrapalhar no seu trabalho e não oferece nenhum risco para você. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá interromper a entrevista a qualquer momento, que você desejar, sem que haja nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não terá nenhuma despesa e não receberá qualquer valor em dinheiro.

Todas as informações que você fornecer nessa entrevista serão mantidas somente entre nós. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo e a divulgação dos resultados será anônima e apenas em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu, \_\_\_\_\_, li  
(nome do voluntário)

e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e como ele será realizado. A explicação que recebi esclarece que minha participação não implicará em nenhum risco para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar deste estudo.

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador:

Caso você queira conversar com a pessoa responsável por este estudo, você pode telefonar para o número (32) 99104 4702.

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br) / (32) 3379-2413.