

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROSA HELENA GOMES DA SILVA

AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA
SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS, COM FOCO NO ACOLHIMENTO E
NAS TECNOLOGIAS LEVES

VITÓRIA

2013

ROSA HELENA GOMES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA
SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS, COM FOCO NO ACOLHIMENTO E
NAS TECNOLOGIAS LEVES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e gestão em saúde
Linha de pesquisa: Avaliação em saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marluce Miguel de Siqueira.

VITÓRIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586a Silva, Rosa Helena Gomes da, 1969 -
Avaliação de um serviço de saúde de dependência química sob a
ótica dos usuários, com foco no acolhimento e nas tecnologias leves /
Rosa Helena Gomes da Silva – 2013.
107 f.

Orientador: Marluce Miguel de Siqueira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Acolhimento. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Saúde mental.
4. Satisfação dos Consumidores. 5. Serviços de Saúde Mental. I.
Siqueira, Marluce Miguel. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ROSA HELENA GOMES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA
SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS, TENDO COMO FOCO AS
TECNOLOGIAS LEVES E O ACOLHIMENTO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 27 de setembro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Coimbra de Carvalho
Universidade Vila Velha - UVV
1^a Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Ramos
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
2^a Examinadora

A Deus por me dar o fôlego da vida.

Minha família amada, os Gomes da Silva e IEBJC, que sempre estão comigo, gratidão e amor.

Meu filho Bernardo, presente de Deus para minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus único digno de todo louvor e toda glória, por me dar o fôlego da vida.

Minha família amada: pais João Carlos e Maria Auxiliadora pelo dom da vida, meus irmãos Arlindo, Zilmo, Edmilson, Ana Luiza, Marivone, sobrinhos, cunhadas e cunhado.

Ao meu filho Bernardo, presente de Deus para minha vida, amado, amigo, pelo amor, companheiro de todas as horas, por toda ternura, paciência, compreensão orações, alegrias , cujo sorriso me alegra, inspira e estimula a continuar apesar te tudo e todos.

A família IEBJC, irmãos de todas as horas, por todo amor, orações, sustento na fé, que em muitos momentos me lembraram as verdades contidas na Palavra de Deus.

A Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira, minha orientadora, por todos os ensinamentos acadêmicos e para a vida, que em tantos momentos, principalmente os mais difíceis, os dividiu comigo. Por acreditar em mim e aceitar o desafio desta orientação.

Aos amigos Márcia, Marcos, Cláudia Sumaia, Miryan, Lauer, sem os quais este trabalho não seria possível, meu eterno agradecimento e reconhecimento, Deus os abençoe e retribua segundo a sua infinita misericórdia pelo ombro amigo, o colo.

Aos acadêmicos de enfermagem Carolina e Kelson, por todo o apoio e suporte necessários na etapa da coleta dos dados.

Ao PRESTA que me possibilitou este estudo, amigos, colegas de trabalho e pacientes.

Ao CEPAD, local e estudo, troca de saberes e crescimento.

A Polícia Militar do Espírito Santo pela autorização deste estudo, abrindo espaço para esta e outras pesquisas.

A Prefeitura Municipal de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) por todo apoio e compreensão.

“Porque dele e por ele, e para ele são todas as coisas: glória
pois a ele eternamente. Amém.”

(Romanos 11,36)

RESUMO

Introdução: Os parâmetros utilizados na avaliação da atenção prestada pelos serviços de saúde necessitam de adaptação à realidade dos serviços de saúde mental. Em decorrência disto, a relevância dos estudos que buscam avaliar os serviços desta área. **Objetivo:** O estudo propõe-se a avaliar os resultados do tratamento ofertado pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) na perspectiva dos usuários. **Metodologia:** Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem qualitativa, que através de um estudo de caso, buscará compreender a dimensão dos resultados do PRESTA. A amostra será constituída por usuários em tratamento e no pós-alta, nos quais serão utilizadas técnicas de observação participante (usuários, equipe técnica, serviço e comunidade) e o grupo focal para compreensão das potencialidades e fragilidades do Programa. Os achados serão compreendidos através da técnica de análise de conteúdo, sendo os mesmos gravados, transcritos, categorizados e interpretados, segundo as seguintes temáticas: Liderança do Serviço; Participação no Cuidado; Relacionamento da Equipe e Relacionamento com a Rede de Atenção em Saúde. **Resultados Esperados:** Espera-se, a partir dos dados gerados, fornecer subsídios para a melhoria das ações desenvolvidas pelo Programa, junto às redes municipal e estadual de saúde mental.

Descritores: Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The parameters used in assisting health services do not adapt fully to the reality of mental health services, so it is important to conduct studies that seek to evaluate the quality of services in this area. Therefore, the objective of this study was to evaluate the quality of the actions developed by a rehabilitation program the health of users of psychoactive substances. This is an evaluation research, in which the evaluation will comprise the dimensions structure, process and outcomes according to Donabedian's propositions, being composed of a cross-sectional study and a case study with a qualitative approach. In a cross-sectional study population will consist of professionals, users and families understand the program and the sample of 40 users and 40 family members, will be used scales SATIS-BR, BR-IMPACT and EMP questionnaires and semi-estruturados applied to the coordinator and professional proposed by Kantorsy in his research in 2005 and adapted by researchers. The data will be analyzed with the aid of the Statistical Package for Social Science (SPSS 17). Make use of the univariate analysis for the description of quantitative variables related quality service and bivariate analysis to verify the quality of service and the independent variables through the chi-square test with a significance level of 5%. A case study qualitative will be developed from the Fourth Generation Evaluation, proposed by Lincoln and Guba in 1989 and adapted by Wetzel in 2005, 12 professionals will be subject of the program, the instrument will be a roadmap for semi-structured questions directed to the weaknesses and strengths of the program and the data collected will be recorded, transcribed and studied by the technique of content analysis based Bardin. It is expected, based on the data generated, provide subsidies to improve the actions taken by the program.

Descriptors: Mental Health, Mental Health Services, Health Services Evaluation

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ALANON - Alcoólicos Anônimos para Parentes e Amigos de Alcoolistas

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPAD – Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

HPM – Hospital da Polícia Militar

IEBJC – Igreja Evangélica Batista em Jardim Camburi

NA – Narcóticos Anônimos

PRESTA – Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista

RAPS - Rede de atenção Psicossocial

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPAs – Substâncias Psicoativas

SPSS – Statistical Package for the Social Science

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: SEU CURSO NA SAÚDE E NA SAÚDE MENTAL	16
1.2 ACOLHIMENTOS: ACESSO E VÍNCULO DO CUIDAR EM SAÚDE	22
1.3 TECNOLOGIAS LEVES E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	29
1.4 USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: (IN)SATISFEITOS E PROTAGONISTAS OU ESPECTADORES?	38
2 OBJETIVOS	44
2.1 GERAL	44
2.2 ESPECÍFICOS	44
3 METODOLOGIA.....	45
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	45
3.2 CENÁRIO	46
3.3 PARTICIPANTES.....	47
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	47
3.4.1 Metodológicos	48
3.4.1.1 Levantamento do material	48
3.4.1.2 Análise do material	49
4 RESULTADOS.....	51
4.1 ARTIGO 1 – O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	51
4.1.1 RESUMO.....	51
4.1.2 ABSTRACT	52
4.1.3 INTRODUÇÃO	53
4.1.4 PERCURSO METODOLÓGICO	55
4.1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57

4.1.5.1	Caracterização dos usuários	57
4.1.5.2	Acesso ao Serviço.....	58
4.1.5.3	Acessibilidade	61
4.1.5.4	Satisfação com o cuidado	63
4.1.5.5	Vínculo com o serviço	64
4.1.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
4.1.7	REFERÊNCIAS.....	66
4.2	ARTIGO 2 – AS TECNOLOGIAS LEVES EM UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	70
4.2.1	RESUMO.....	70
4.2.2	ABSTRACT	71
4.2.3	INTRODUÇÃO.....	72
4.2.4	PERCURSO METODOLÓGICO	74
4.2.5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
4.2.5.1	Estratégias Grupais e sua relação com o cuidado	76
4.2.5.2	Modelo dos 12 Passos como tecnólogo no cuidado.....	79
4.2.5.3	Utilização de filmes como tecnologia terapêutica	81
4.2.5.4	Confiança e Compromisso nas relações de cuidado.....	82
4.2.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
4.2.7	REFERÊNCIAS	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
6	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL (TCI)	99
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
	APÊNDICE C - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	105
	APÊNDICE D – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	106

>>

1 INTRODUÇÃO

“Eu quero desaprender para aprender de novo. Raspar as tintas com que me pintaram. Desencaixotar emoções, recuperar sentidos” (RUBEM ALVES).

O interesse e a aproximação com o estudo relacionado à saúde mental, álcool e outras drogas, teve como embasamento, minha trajetória profissional de envolvimento com a prática no campo da saúde mental nos serviços de saúde que atuo como enfermeira assistencialista e, após, gestora de uma unidade básica de saúde e como tantas outras cheia de usuários da saúde mental. Uma prática em transformação, devido a Reforma Psiquiátrica, mas ainda com muitas dificuldades, cheia de contradições, entretanto de uma riqueza ímpar, com o processo de desmanicomização o doente ficou sem uma referencia percebida como modelo de atendimento. Longe de defender que o manicômio era um modelo, mas hoje percebo que ficou sem um referencial associado tanto ao percurso vivenciado pelos seus usuários/familiares, suas equipes, bem como dos próprios serviços.

No decorrer do mestrado em saúde coletiva, somado a minha inserção no Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas - CEPAD (SIQUEIRA, 2011), que realiza vários estudos na área, algumas questões foram me inquietando em relação a saúde mental, álcool e outras drogas, no que tange a qualidade da atenção ofertada aos usuários que acessam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município onde atuo, bem como a quantidade desta oferta, não na perspectiva de gestão do serviço ou do cuidado, mas sob a ótica da sua qualidade, pela perspectiva dos usuários que os acessam e vivenciam o seu cotidiano.

O Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD), denominado Núcleo de Estudos sobre o álcool e outras Drogas (NEAD) até 2010, foi criado em julho de 1996, por meio da Resolução nº 086/97 do então Centro de Ciências da Saúde – CCS, a partir de atividades desenvolvidas por membros da

equipe do Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (PAA-HUCAM-UFES) desde 1985 ao perceberem que o programa se restringia a atividades de assistência e de extensão (SIQUEIRA, GOMES & GARCIA, 1992, 1993; SIQUEIRA, 2011)

Surgiu com a finalidade de prestar assessoria e planejamento em dependência química. Entendendo interdisciplinaridade como uma articulação entre as várias disciplinas, cujo foco é o objeto, o problema ou tema, para o qual somente uma disciplina não encontra respostas (MINAYO, 2010).

Trata-se de um Centro interdisciplinar e interinstitucional, que reúne profissionais e docentes de diversas áreas do conhecimento na Universidade, do Centro de Ciências da Saúde e de outras Instituições da área de saúde para o enfrentamento da problemática (SIQUEIRA et al., 2002). Deste modo, promove tanto o desenvolvimento científico e tecnológico, como também a sensibilização de profissionais para realidade social, entendendo a interdisciplinaridade como fator importante na formação profissional, já que esta exige a colaboração e cooperação, na qual não há o perigo de um saber sobrepor o outro, mas sim, completar e enriquecer a atenção ao próximo (MINAYO, 1994, 2010).

As inquietações se ampliavam no dia a dia dos serviços que faço parte, Unidade de Saúde Grande Vitória (USGV) do município de Vitória e o Programa de Reabilitação de Alcoolistas e Toxicômanos do Hospital da Polícia Militar (PRESTA-HPM), pois nesses, a todo instante, era acionada para mediar questões relacionadas às queixas e insatisfações de usuários que eram assistidos nesses serviços, especialmente no que se refere ao seu “acolhimento”. Assim, várias questões foram se levantando: Os serviços são adequados ao atendimento das demandas dos usuários? E, das suas famílias? Ocorrem mudanças nas relações entre equipe e usuário/família? Como é o cotidiano do convívio entre os diferentes e diversos atores envolvidos na atenção em saúde mental? Qual o modelo agora interposto na saúde mental pós reforma psiquiátrica? Na tentativa de uma aproximação dessas questões, vislumbramos como possibilidade, o campo da avaliação em saúde, especificamente de serviços, para compreender um pouco mais esses processos.

Inicialmente para elaborar este estudo, procuramos explorar o campo da avaliação em saúde de forma ampla, buscando uma aproximação e apropriação das pesquisas avaliativas e, notamos que, a abordagem quantitativa é predominante nos estudos, porém indicando a necessidade de estudos qualitativos isolados ou associados. A partir disso, construímos a proposta deste estudo, com intuito de compreender essa gama de indagações, uma avaliação de resultado, com enfoque qualitativo, na perspectiva do usuário, utilizando como indicadores de qualidade e de humanização “o acolhimento e a produção da saúde”, com base nas tecnologias leves¹, relacionais, e a “produção do cuidado de forma integralizada”, centrado nas necessidades dos usuários.

Partindo-se da concepção acima, estabelecemos como nosso objeto de investigação – o usuário do PRESTA-HPM – fenômeno real, objetivo, que sua existência independe do interesse de conhecimento (DIETERICH, 1997). Ou seja, passamos então a fundamentar a construção do nosso objeto de investigação, num campo complexo e heterogêneo - avaliação de um serviço que funciona à luz da Reforma Psiquiátrica (RP), mas que precisa se integrar no cotidiano da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que vêm sendo implantada no Estado do Espírito Santo.

Compreendemos que modificar as práticas assistenciais só é possível quando estas ocorrem de forma conjunta, ou seja, associadas às mudanças que propiciam elementos para sua transformação. Entretanto, transformar não é simples e nem rápido, e sim um “processo” decorrente de procedimentos avaliativos, como demonstram várias experiências internacionais e nacionais. São necessárias estratégias que atuem como dispositivos e que possam potencializar essas mudanças. Somado a isto, a ampliação da RAPS com a implantação de novos “espaços de cuidar” dentro diferentes lógicas, propiciará transformações mais amplas, como por exemplo, o (re)direcionamento das ações de saúde mental, decorrentes da avaliação de um serviço de dependência química que integra a rede de saúde do estado do Espírito Santo, bem como resultar numa estratégia para

¹ Tecnologia leve reforça uma relação de vínculo, automatização e acolhimento (MERHY ,1977)

influenciar transformações nas políticas públicas dessa área do conhecimento – a saúde mental.

O estudo justifica-se, pois a literatura internacional e nacional mostra que, diversos países, dentre eles o Brasil, continuam apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais, porém, poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços tradicionais de saúde – os hospitais gerais ou especializados, raramente estão preparados para lidar com esse problema (MARAGNO et al., 2006).

Somado a isto, as transformações teórico-práticas no campo da saúde mental que ocorreram em nosso País, que, associadas contribuíram na conformação do movimento da reforma psiquiátrica, o qual foi contra o sistema asilar, hospitalocêntrico, vigente durante muitas décadas; foi demonstrado e discutido, que o hospital psiquiátrico e o modelo asilar de atenção aos portadores de doença mental, eram incapazes como espaço de tratamento, sendo ainda, excludentes, aniquiladores das subjetividades e geravam violência aos seres humanos, portanto, não preservavam a cidadania e a ética no processo do cuidar (SZASZ, 1984; CASTEL, 1991; FOUCAULT, 1992; 1993; GOFFMAN, 1999).

Diante desta mudança e da crescente demanda de usuários, decorrente da prevalência dos transtornos mentais na sociedade e do processo de reorientação do modelo de atenção em saúde mental vigente no país; desenvolver processos avaliativos torna-se cada vez mais essencial, seja para a superação de modelos tradicionais, seja para aprimorar a implantação de determinadas políticas, aumentar o desempenho nos programas e seus resultados, quanto para o controle e participação da sociedade civil organizada nos mesmos (ALMEIDA, 2002).

Nessa perspectiva, a avaliação em saúde em um Programa destinado a atenção ao usuário com transtorno mental, álcool e drogas, com foco na avaliação de resultado sob a ótica do usuário, tendo como indicadores essenciais, o acolhimento e a tecnologia leve na produção do cuidado, torna-se fundamental, para se (re)pensar as práticas e o cotidiano em saúde mental nesse “espaço de produção do cuidar”.



1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: SEU CURSO NA SAÚDE E NA SAÚDE MENTAL

A sistematização para avaliação do setor saúde é uma prática recente, que surgiu com a avaliação do cuidado médico, e tem sido influenciada pela Medicina Clínica e a Epidemiologia. Nos anos 70, com a desaceleração do crescimento econômico, o Estado passou a assumir o financiamento das ações de saúde, onde era importante que os serviços que estavam sendo ofertados fossem acessíveis à população. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

É nesse contexto que a avaliação aparece como um instrumento com intuito de conhecer o funcionamento e a eficácia dos serviços de saúde. Assim, é na década de 70 que a avaliação torna-se relevante, apontando não só para um resultado final, mas também tendo como foco os processos e efeitos da sua implantação (ANNETT, NICKSON, 1990).

Conceituar avaliação não é uma tarefa tranquila e simples, pois há uma polissemia de significados e conceitos que ora se encontram ora se desencontram. Apesar de ser vista, por muitos, como algo punitivo, associado a práticas autoritárias e de controle, essa concepção vem mudando gradativamente para uma perspectiva de melhoria da qualidade, planejamento futuro, tomada de decisões e mudanças na práxi cotidiana dos profissionais que a utilizam (DONABEDIAN, 1984; FURTADO, 2006).

Os diferentes conceitos, significados e perspectivas que a avaliação pode assumir não devem servir como entrave ao processo avaliativo, mas, pelo contrário, deve ser convertido em estratégias e ações que possam proporcionar aperfeiçoamentos no âmbito da gestão, dos serviços de saúde, assistência à saúde e principalmente na prática cotidiana dos profissionais que acolhem e assistem os usuários que buscam os serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; ESPERIDIÃO, TRAD, 2006).

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade desses na atenção a saúde ofertada a população. Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos e em sua melhoria (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Segundo o autor, a avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão, apesar disso, o seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde. A capacidade da avaliação de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde se confronta com a complexidade do campo, caracterizado pelos múltiplos fatores que condicionam a saúde e a doença, o que faz com que a sua construção seja revestida de características e se pautem em princípios próprios para produzir os resultados esperados na saúde da população.

Atualmente face a grande complexidade que envolve o sistema de saúde, cada vez mais se tem o consenso de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas. Com isso, Contandriopoulos (2006) defende que a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde devem ser implantadas e institucionalizadas gerando uma verdadeira cultura de avaliações para verificar continuamente a qualidade dos serviços que a constituem.

Assim, a qualidade desses serviços é enfatizada como aspecto central no funcionamento dos serviços e na satisfação de quem os utiliza. O ciclo planejar, executar, avaliar e agir, no sentido de readaptar os conhecimentos em função dos dados produzidos pela avaliação, deve fazer parte da rotina dos serviços no sentido de poder produzir melhorias, tanto no que tange aos aspectos organizacionais desses serviços, quanto na questão de acolhimento e longitudinalidade do cuidado. (OMS, 2001).

A utilização da avaliação em um processo de busca pela qualidade baseia-se em um consenso entre pesquisadores e gestores das mais diferentes áreas de atuação, pois essa favorece diretriz e opções para o processo de planejamento e possibilita

um controle técnico e social dos serviços e programas prestados a sociedade (HARTZ; POUVOIRVILLE, 1998). Entretanto quando se fala de qualidade essa noção é uma construção social, variável conforme os interesses dos grupos organizados dentro e fora da instituição. Esses podem divergir conforme os grupos e segmentos considerando que ela responde ou não às suas respectivas prioridades ou demandas, seja de que ordem (SOBRINHO, 2000).

Essa torna-se cada vez mais necessária, não somente pelo controle dos gastos, da insuficiência e uso ineficiente de recursos, mas também pelas demandas da saúde que vão surgindo com as novas realidades instituídas, e que cada vez mais vem demandando dos serviços de saúde e de seus profissionais, maior preparo, organização, eficiência e resolutividade no cuidado e atenção a ser ofertada por esses, aos usuários sua responsabilidade. O incremento dos gastos e a necessidade de qualificação da atenção vêm ocorrendo pelo aumento de demanda nos serviços, na cobertura, além da complexidade, das intervenções resultantes do aumento da tecnologia, da longevidade e da maior exigência da população (GUIMARÃES et al., 2007).

Guba e Lincoln (1989) reconhecem quatro gerações de estudos de avaliação: a *primeira* (1900-1930) tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção; a *segunda* (1930-1960), centrada na descrição da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas; a *terceira* (1967-1980) apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões; e a *quarta* (1980 - atual) se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação.

Um referencial teórico de avaliação de quarta geração largamente utilizado na avaliação em saúde é o de Avedis Donabedian, que considera três tipos de avaliação: estrutura, processo e resultado. O processo seria o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Os resultados esses refletem os efeitos do cuidado, podendo ser um indicador indireto de qualidade. A estrutura é fundamental para o desenvolvimento dos processos e obtenção de resultados (DONABEDIAN, 1980).

Não há dúvidas sobre as diferentes percepções que uma avaliação traz sobre um serviço ou programa avaliado. Para gestores e profissionais a qualidade pode estar voltada a padrões organizacionais ou normativos, para os usuários essa pode estar voltadas não somente a esses, mas também a padrões de humanização e de relações humanas, o que vai além de fluxos, diretrizes, organização e normas. Assim, uma avaliação de qualidade relacionada a resultados onde nesses está incluído a perspectiva dos usuários, vários fatores devem ser considerados, dentre os quais, em que contexto esses estão inseridos, e como esses são reconhecidos em seus espaços sociais (BRASIL, 2006).

É de suma importância conhecer a satisfação ou insatisfação do usuário como fator que determina a qualidade de um serviço ou programa. Tanaka e Melo (2004) afirmam que ao realizar a avaliação em serviços de saúde, deve-se ter em mente que os serviços prestados têm como finalidade a satisfação dos usuários que são parte do processo de organização e prestação destas ações.

Essa satisfação refere-se à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe. A satisfação, enquanto dimensão da qualidade da assistência, está ligada diretamente às expectativas do usuário, ou seja, se dá na relação entre a atenção à saúde e o seu próprio estado de saúde, se ambos convergirem, haverá maior possibilidade das expectativas serem contempladas, caso contrário haverá uma lacuna nessa satisfação e percepção (OTERO; SATURNO; MARQUET, 1999).

Quando esses serviços prestados referem-se a grupos historicamente marginalizados, como os usuários de saúde mental e usuários de álcool e drogas, avaliar a qualidade desses, torna-se complexo, pois é reconhecer como esses tencionam os estigmas, os preconceitos e os rótulos que trazem há décadas, em serviços que se propõem a romper com a lógica da institucionalização e da exclusão, mas muitas vezes ainda carregam alguns resquícios do modelo excluído, e quem mais sofre com isso, são as pessoas que dele necessitam (KANTORSKI, 2012).

A avaliação dos serviços de saúde mental, até o movimento da desinstitucionalização psiquiátrica não era uma prática sistematizada. Portanto, a

avaliação dos serviços de saúde mental, com intuito de avaliar a qualidade desses serviços, é bem recente. As experiências com o tratamento dos pacientes em serviços comunitários de saúde mental não foram avaliadas desde o seu início, o que dificultou a análise dos processos e resultados decorrentes da implantação desses novos serviços, e a qualidade dos mesmos (GONÇALVES; FAGUNDES e LOVISI, 2001).

A avaliação na perspectiva do usuário de saúde mental, só passou a ser utilizada com mais ênfase na avaliação do tratamento psiquiátrico a partir da década de 70. Tal fato ocorreu porque muitos sintomas só poderiam ser experimentados pelos próprios pacientes, sendo inacessíveis as avaliações clínicas, o que dificultava a avaliação desses. Da mesma forma, o tratamento também só poderia ser relatado pelos próprios pacientes, se estava sendo eficaz ou não, em função do que ele trazia (MCCABE et al., 2007).

Assim, a inclusão da perspectiva dos usuários, tornou-se importante, porque melhorias clínicas estatisticamente significativas medidas por terceiros não eram capazes de corresponder a melhorias reais de como o paciente se sente ou em sua condição de vida, mas somente o que esse usuário traz de queixas e relatos é que de fato podem dar uma visão real dos resultados positivos ou negativos do seu tratamento e das intervenções a ele direcionadas (MERCIER ET AL., 2004; MCCABE ET AL., 2007).

A avaliação dos serviços e tratamento por eles ofertados, na perspectiva dos usuários trazem muitas vantagens, segundo Davies e Ware (1988), as quais podem ser citadas:

- As avaliações dos pacientes são preditivas do seu comportamento em relação ao serviço. Usuários satisfeitos com a qualidade são significativamente menos propensos a mudar de serviço, mais aderentes ao tratamento nos serviços e mais propensos a indicá-los para outras pessoas;
- Outra vantagem é que as informações fornecidas pelos usuários são válidas e precisas na avaliação da qualidade dos serviços e que o viés das características interpessoais não é forte o bastante para invalidá-las;

- Além disso, coletar informações dos próprios pacientes é um procedimento menos dispendioso do que outras fontes de dados de avaliação da qualidade;
- E por fim, o usuário é a pessoa mais indicada para falar sobre aspectos interpessoais relacionados ao atendimento no serviço. Métodos tradicionais de avaliação da qualidade dos serviços dificilmente podem detectar aspectos experienciados pelos usuários.

Corroborando com os autores, Righi, Schmidt e Venturini (2010) trazem que a avaliação de serviços na perspectiva dos usuários, tem se tornado cada vez mais relevante, face a se ter uma perspectiva única sobre o seu estado clínico e sobre os efeitos das intervenções em suas vidas. Assim, suas experiências com o tratamento e muitos dos resultados obtidos, só podem ser experimentados e relatados por eles próprios, sendo inacessíveis a avaliações de terceiros, o que passa a dar novas dimensões da qualidade desses serviços. Para tanto, torna-se necessário se pensar em que perspectivas esses serviços devem ser avaliados em sua qualidade, pois essas resultarão em diferentes desfechos.

A avaliação de resultado e qualidade passa a incluir a escuta dos sujeitos vulneráveis, ou seja, aqueles para os quais o conceito de cuidado, de tratamento precisa ser redimensionado, e que vivenciam o dia a dia desses serviços, com suas limitações nos processos, na estrutura e também nos resultados muitas vezes insatisfatórios de sua produção e oferta, em função de inúmeros fatores que vão influenciá-los (KANTORSKI, 2012).

O usuário de saúde mental passa a ser proativo e respeitado enquanto cidadão de direitos, na medida em que pode falar sobre sua satisfação ou insatisfação em relação a forma como é tratado, como está sendo conduzido seu tratamento, e principalmente como se torna autor do seu auto cuidado, no dia a dia, bem como a sua inserção na família. A avaliação de usuários e familiares em relação ao serviço e intervenções pode dar norte ao tratamento e ao cuidado, bem como a melhor forma de acolher e dar a longitudinalidade do cuidado em saúde mental (OLIVEIRA, 2000; OLSCHOWSKY et al., 2009).

Em face desse contexto histórico avaliativo referenciado, trazer a avaliação na perspectiva de duas diretrizes fundamentais para a humanização da atenção em saúde mental e para a melhoria da satisfação desses usuários e familiares, como o acolhimento e as tecnologias leves, enquanto ferramentas de acesso e acessibilidade a atenção a saúde, bem como na produção do cuidado e humanização e melhoria da atenção ofertada, poderão dar maior subsídio a melhoria do serviço em foco.

>>

1.2 ACOLHIMENTOS: ACESSO E VÍNCULO DO CUIDAR EM SAÚDE

O acolhimento pode ser uma estratégia para reestruturação dos serviços de saúde e de relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários que fazem parte dos seus territórios. É uma forma de operar o processo de trabalho em saúde, com intuito de atender aos usuários, ouvir seus pedidos, eleger suas necessidades e ter uma postura acolhedora com esses. O acolher permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização dos usuários no seu processo de saúde (MERHY,1994; SILVA; ALVES, 2008).

Esse sendo considerado como um processo a ser realizado antes, durante e após o atendimento, pode ser efetivado por todos os profissionais que fazem parte do serviço de saúde, sendo que cada um desses, irá de alguma forma contribuir positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizadora, dentro de sua área de atuação e das limitações de cada um. O usuário que recebe uma assistência integral e multiprofissional adequada é mais capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da promoção de sua saúde (SILVA; ALVES, 2008).

O acolhimento é uma das principais ferramentas para a humanização dos serviços de saúde e da atenção por esses ofertados. Uma boa recepção, a resolutividade, o ouvir o usuário, o atender as suas necessidades, e a integralidade do cuidado, são

elementos fundamentais nesse processo. Além disso, segundo Merhy (1994), o acolhimento também consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. Assim, um serviço mesmo não sendo capaz de em um determinado momento atender a necessidade do usuário, esse se for acolhido com respeito, ser ouvido e considerado, poderá se sentir satisfeito em relação a ele, porém ao contrário, mesmo tendo suas necessidades demandadas, se não houver esse acolhimento de forma adequada, haverá insatisfação por parte desse usuário (MERHY, 1994; MARIOTTI, 2002; TEIXEIRA, 2005).

Constitui-se de uma tecnologia leve, tanto para a reorganização dos serviços, quanto para a atenção, buscando a garantia do acesso universal, resolutividade e humanização dessa atenção. É mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (FRANCO et al., 1999; SCHOLZE et al., 2013).

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) faz parte de todo processo de humanização, oriundo da reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, Política Nacional de Saúde Mental, bem como de todos os movimentos sociais, que lutam para que os portadores de transtorno mental, bem como os usuários de álcool e drogas possam ser acolhidos e tenham um cuidado integral em todos os serviços que constituem a rede de atenção psicossocial, tendo seus direitos assegurados e respeitados, bem como possam ser integrados na sociedade de forma proativa (BRASIL, 2008).

Essa tem como objetivo oferecer a esses usuários uma assistência de qualidade, humanizada e integral, de forma equânime com serviços acolhedores e humanizados, tendo como diretrizes:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Mediante o objetivo e as diretrizes da RAPS, o acolhimento torna-se essencial nesse processo de humanização e melhoria na qualidade de atenção a saúde mental aos usuários que buscam os diferentes pontos de atenção e serviços que constituem essa rede. O acolhimento é indispensável para atendimento correto e bem sucedido do usuário. Esse deve ser realizado por todos os profissionais que estão no serviço, tendo como lógica uma mudança no fluxo de entrada, ou seja, com a finalidade de proporcionar o acesso e a acessibilidade ao cuidado e atenção, onde as relações interpessoais, o diagnóstico e a terapêutica passam a ser resultado da complementação de todos (MALTA et al., 2000).

Deve ser considerado um instrumento e uma ferramenta de trabalho, que possa incorporar as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que incorpore o processo de trabalho, não apenas se limitando ao ato de receber o dar maior acesso ao serviço e ao cuidado. Esse deve visar a integralidade do cuidado e a humanização desse (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2000).

Esse momento do acolher, ouvir, e conhecer as necessidades do usuário, não só aumenta o vínculo entre profissional e usuário e serviço, mas também direcionará todo o cuidado que esse necessita. No momento da conversa inicial tem-se um melhor entendimento do que levou o usuário ao serviço, do que precisa, e de como irá ser direcionado o seu cuidado. É nesse instante que se constroem as relações de confiança, respeito, e aumento do vínculo, o que fará toda diferença no tratamento posterior, inclusive na aderência ao tratamento, além é claro de proporcionar o acesso e a longitudinalidade do cuidado e sua integralidade (COIMBRA, 2003; CARNEIRO et al., 2007).

Assim se constitui em uma tecnologia para a reorganização dos serviços, sendo uma maneira de garantir o acesso universal, ter uma atenção mais qualificada e com maior resolutividade e humanização do atendimento. Esse pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, com a finalidade de alterá-las e melhorá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário (FRANCO et al., 1999).

Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 345) trazem que:

“O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário centrado, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.”

Na atenção em saúde mental, a qualificação da recepção necessita de uma escuta atenta e sensível, que possa contribuir para romper o ciclo de adoecimento psíquico, a partir da preocupação em desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente. Essa deve ir além de uma terapêutica da remissão dos sintomas, mas sim, promover, na fala do paciente, a emergência de sua singularidade. Isto vem de encontro à proposta da Institucionalização, na medida em que se entende que as queixas falam de um sintoma e se referem ao pedido que o solicitante fez, enquanto a demanda é o entendimento que o profissional tem sobre o pedido (OLIVEIRA, 2000; DIMENSTEIN, 2004; MORAES, 2008).

Ainda segundo a autora, a queixa é o sintoma e a demanda seria a implicação do sujeito neste sintoma construído. Assim, subjetivar a queixa significa implicar o paciente na sua fala e nos seus sintomas, convocando-o a pensar sobre seu mal-estar. Também a sua família ou as pessoas de sua rede social são convidadas a participar e, portanto, a se responsabilizar pela construção de um projeto terapêutico. Apesar da relevância do acolhimento como ferramenta de acesso, vínculo, e cuidado, muitas vezes os profissionais de saúde não o vêem dessa forma. O concebem como uma atividade de combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos, que vão até o limite de esvaziá-lo de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma “velha” atividade. O acolhimento que deveria ser um espaço de interlocução do cuidado, mas muitas vezes torna-se um espaço de desrespeito ao usuário, mantendo o modelo hegemônico de saúde (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2003).

Ainda segundo os autores, acolher é mais que triar, recepcionar, ou dar informações, significa aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. As partes envolvidas profissionais e usuários e familiares, tem poderes e saberes próprios e utilizam recursos de comunicação diferentes, o que requer comunicação, diálogo, respeito pelo outro, aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua, e de vínculo e respeito.

O acesso e o acolhimento estão juntos, o desenho do serviço e irá ou não potencializá-los, e o modo como é realizado é que determinará para os desdobramentos do atendimento. Ele depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. Ele exige uma ação imediata e muitas vezes, um intervalo de tempo para a resposta e conduta (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

É um momento de um diagnóstico da situação, de uma primeira abordagem do que se apresenta. Do acolhimento ao acompanhamento se põe em cheque a tomada de responsabilidade do serviço, que se realiza a cada vez por cada profissional num trabalho partilhado. O acolhimento então pode ser desdobrado em encaminhamentos, referências, ou na inclusão do paciente no serviço e no seu segmento (GUZMÁN, 2007; SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Equívoco comum quando se trata de acolhimento, é confundir a escuta qualificada, o cuidado, o vínculo, com o “jeitinho” de encaixar o usuário nos atendimentos do dia. Não se trata de privilegiar uns e outros, mas sim do serviço ofertar agenda aberta e escuta qualificada que possa dar atenção integral aos usuários que o buscam, e dar valor as suas demandas. O acolhimento vem humanizar a atenção e promover a equidade dela, não incluir ou excluir usuários do serviço. Mas para que haja esse acolher, os profissionais que atuam nos serviços deve ser qualificado, ter um processo de formação condizente com a política de humanização, devem ser sensibilizados, bem como valorizados enquanto promotores desse cuidado. A equipe de saúde deve organizar seus processos de trabalho de forma a assegurar a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários, isso, é acolhimento (BRASIL, 2008, MENDES, 2008).

Ou seja, é um mecanismo tecnoassistencial que permite raciocinar e mudar as maneiras de realizar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de ingresso aos serviços. Em relação ao processo de adoecimento dos usuários, as suas percepções não devem ser desconsideradas quando da avaliação de risco e vulnerabilidade. Isso significa estar atentos ao nível de sofrimento tanto físico quanto psíquico que o

usuário apresenta, pois sinais e sintomas podem estar disfarçados, deixando o usuário mais carente de atendimento e, conseqüentemente, com alto grau de risco e vulnerabilidade (NEVES; ROLLO, 2006).

Para a Política Nacional de Humanização (PNH) esse se constitui:

“O modo de gestão que inclui novo sujeito no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos” (BRASIL, 2008, p. 60).

Entender que humanizar é poder ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como a melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais que atuam nos diferentes serviços e níveis de atenção, com valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, trará uma resignificação aos processos de trabalho e as relações entre usuários, familiares e profissionais (LIMA, 2007; BRASIL, 2009).

Para que ocorra a integralidade do cuidado em tempo oportuno, a postura de acolhimento aos usuários em todos os serviços constitutivos do sistema Único de Saúde (SUS) esse deve ser estendido desde a porta de entrada aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade, conforme a necessidade de cada usuário. O acolhimento não deve ter a lógica de um pronto-atendimento, com produção de procedimentos, mas deve desencadear transformações no processo de trabalho e na construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso, com a identificação e a satisfação das necessidades de saúde. Para que o acesso possa contemplar os princípios da integralidade, torna-se relevante a presença de uma equipe humanizada que atue como facilitadora na consolidação de estratégias de acolhimento (MENDES, 2010).

O autor ainda traz que, o acolhimento não pode e não deve ser um momento apenas de classificação de risco com vistas a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso e a diminuição do tempo de espera pelo atendimento. Mas deve ser um momento de escuta oferecendo uma resposta positiva a necessidade do usuário. Com isso, o usuário pode melhorar a percepção

quanto à atenção e à assistência e ele dispensada, favorecendo definitivamente para a mudança do foco no atendimento, que saiu da doença e concentrou-se na pessoa, humanizando assim o atendimento.

É uma forma de tornar a assistência oportuna e pontual, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos, além da melhoria dos processos de trabalho e relações interpessoais e vínculo. A assistência tradicionalmente centrada na figura do médico vai paulatinamente se transformando em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sendo a contribuição de cada membro da equipe de fundamental importância para o sucesso do processo de melhorar o acesso e a qualificação da atenção e cuidado (CARVALHO, 2008).

Portanto nos serviços de atenção ao portador de transtorno mental e usuário de álcool e drogas, tornarem o atendimento acolhedor, com infra-estrutura adequada, profissionais qualificados, com boa escuta, que compartilhe os projetos terapêuticos com os usuários e com a equipe multiprofissional, é pensar em novas tecnologias na produção do cuidado, no trabalho vivo e na atenção qualificada, que trará a esses usuários novas perspectivas de cuidado e novas possibilidades de reinserção social.

É deixar de perpetuar as tecnologias duras e leves-duras, conforme Merhy (2003) traz, no cotidiano dos serviços, mas valorizar e fortalecer as tecnologias leves no cuidado e na atenção ofertadas a essa população, que ainda não tem espaços de cuidados garantidos e preparados para o seu acolhimento e de seus familiares.

>>

1.3 TECNOLOGIAS LEVES E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A utilização das tecnologias em saúde tem sido importante para a resolubilidade de situações de saúde, que levam os usuários a procurar os serviços de saúde e por meio delas resolver suas demandas de saúde. Contudo, torna-se necessário compreender as tecnologias que vem sendo empregadas na produção do cuidado, para que tais sejam usadas de forma racional, para não tornar a relação entre o

profissional e o usuário, centrada em exames, procedimentos, normas e prescrições, e não na produção da comunicação, das relações, acolhimento e humanização da atenção e produção do cuidado (PEREIRA NETO, 2000).

O cuidado que no decorrer da história parecia pertencer ao domínio comum, ao domínio de todos, aos poucos foi passando para o domínio dos especialistas que passaram a assumir o controle exclusivo deste campo, como seu território de saber e prática. Porém, essa produção do cuidado veio se tornando mecanicista, tecnocrata, tecnicista, verticalizada e engessada (PEREIRA NETO, 2000).

Ainda esses autores abordam os modos como os trabalhadores de saúde relacionam com os usuários, e se produzem mutuamente no cotidiano dos serviços para produzir o cuidado. Torna-se cada vez mais urgente nos dias atuais, a micropolítica do trabalho em saúde, o trabalho vivo em ato, as tecnologias de saúde que utilizam e os núcleos cuidadores com os quais operam, vão determinar que tipo de cuidado está sendo ofertado aos usuários que acessam os serviços locais de saúde.

Esse deve ser uma atitude interativa entre as partes - usuários, familiares e profissionais, com escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida desses. O cuidado em saúde e a atenção ofertada, adequada e humanizada podem diminuir o impacto do adoecimento, por outro lado, a falta dele, o descaso, o abandono, e desamparo, pode agravar ainda mais o sofrimento dos usuários e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento desse (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos, equipamentos e instrumentos tecnológicos para evidenciar as doenças, distanciou do sujeito humano, aquele que sofre, permitindo que tais tecnologias substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. Mais do que essas os sujeitos precisam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. O cuidado em saúde deve ser uma dimensão da integralidade em saúde, que deve permear as práticas de saúde, devendo se restringir às competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001).

Uma ação de cuidado deve ser integral, compreendida e entendida como inter-relação entre pessoas, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que culmina em tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. As mudanças no modo de produzir o cuidado, de um modelo médico voltado para procedimentos, para um centrado nas necessidades dos usuários, vai requerer dos serviços e profissionais, o enfrentamento dos interesses no âmbito do mercado e das corporações profissionais, no sentido de dar um novo significado a utilização da saúde como “valor-de-troca” e situá-la no universo mais amplo das necessidades individuais e coletivas como “valor-de-uso” (FRANCIO,2003; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Na produção do cuidado e no trabalho em saúde, as tecnologias devem ser utilizadas racionalmente. Esses não devem ser expressos apenas em equipamentos e saberes tecnológicos, mais nas tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Mendes-Gonçalves (1994) classificou as tecnologias em: materiais e não- materiais. As tecnologias materiais essas diziam respeito ao sentido convencionalmente aceito, ou seja, das máquinas, dos equipamentos e dos instrumentos de trabalho. As tecnologias não-materiais, essas se referiam a um novo conceito de tecnologia, ou seja, o conhecimento técnico como um novo conceito de tecnologia.

Para Mendes-Gonçalves (1994), tecnologia, significa saberes e práticas que orientam o trabalho em saúde, por meio de ações materiais e imateriais, ou seja, de relação. Somente Merhy (2002) que usou essa palavra “relação”, aprofundando este conceito. Ele vai trazer a tecnologia na produção do trabalho cotidiano, na prática diária, na rotina das instituições de saúde, nos serviços, ou seja, na micropolítica, em que se operam as práticas e os saberes. Essa tecnologia se dá em diferentes formas e são classificadas em leve, leve-dura e dura.

Segundo Merhy (1997) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, são divididas em:

“Leve, refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar

processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais”.

No cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro- espaço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, ao realizar o cuidado com o usuário, ele opera um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV). O TM se caracteriza pelos instrumentos, sendo assim definido, pois sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. Já o TV é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves. O encontro entre TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado, esse chamado de Composição Técnica do Trabalho (CTT). (FRANCO; MERHY, 2003).

Os autores ainda ressaltam que é por meio do TV e das tecnologias leves que os processos produtivos realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Esses processos irão produzir relações e inter-relações, expressando a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferências, entre outros. As tecnologias Leves, como o acolhimento, o vínculo afetivo, a atenção, o cuidado compartilhado, determinarão pontos chaves para que haja reciprocidade, respeito e interação entre o prestador de cuidados (profissionais de saúde) e quem necessita do cuidado (usuários e comunidade).

Na produção do cuidado, uma escuta qualificada, o vínculo entre profissionais e usuários e comunidade, são fundamentais. Uma escuta qualificada, um acolhimento humanizado e o cuidado compartilhado irão determinar o êxito do cuidado ou da intervenção. Muitas das insatisfações dos usuários em relação ao atendimento a ele prestado estão vinculadas as falhas de comunicação com o profissional, a inabilidade em acolher e escutar, a utilização de vocabulários excessivamente técnicos e pouco compreensível ao usuário, ou mesmo a frieza e insensibilidade relacionada a sua queixa ou demanda, demonstrada pelo profissional que o atende (CERQUEIRA, 2009).

O desafio no desenvolvimento de habilidades relacionais, de construção de vínculo e afetividade, com os usuários que buscam os serviços de saúde, seja qual for a instância, é de substituir a tradicional relação distanciada que tradicionalmente se encontram usuários e profissionais de saúde, graças ao modelo de saúde tradicional, livre de afetos, verticalizado, tecnicista e normativo, mudando-o para um modelo humanizado, horizontalizado e acolhedor, aumentando o vínculo com os usuários e comunidade onde esses serviços ofertam assistência.

A relação se torna mais humanizada e horizontal por meio de falas, perguntas, escuta qualificada, gestos capazes de gerar empatia e acolhimento, responsabilização do cuidado compartilhado, ou seja, onde as tecnologias leves se fortalecem (LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007).

A habilidade na comunicação e escuta qualificada, são tecnologias leves de cuidado fundamentais a clínica em saúde, podendo construir um bom relacionamento com o usuário; estabelecer concordância mútua e adequação do plano de tratamento à realidade desse; criar laços de confiança mútua; aumentar vínculo, responsabilização do cuidado e co-gestão do tratamento (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004).

Difícilmente haverá uma inter-relação positiva entre usuários e profissionais de saúde se não houver confiança mútua, vínculo construído e compartilhamento do cuidado e principalmente uma escuta qualificada. O vínculo implica em que os usuários reconheçam o serviço de saúde e os profissionais que neles atuam como fonte satisfatória e habitual de atenção a suas necessidades de saúde e aos seus problemas demandados (PATRÍCIO, 2004; MENDES, 2008).

Escutar significa, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é ajudá-lo a reconstruir os motivos que ocasionaram o seu adoecimento, e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida, ou seja, das relações com seus convivas e desafetos. Para isso, os profissionais devem conhecê-los, respeitá-los e acima de tudo se responsabilizar continuamente pelo

cuidado a sua saúde, com base em um serviço adequadamente organizado e humanizado (PATRÍCIO, 2004; BRASIL, 2007; MENDES, 2008).

O vínculo entre profissionais e usuários, vai acontecendo à medida que esses vão se aproximando e a escuta qualificada vai se tornando mais efetiva. Necessariamente não significa uma relação de natureza pessoal, íntima de amizade ou companheirismo com o usuário. Essas características relacionais de natureza profissional são importantes à constituição do vínculo e longitudinalidade do cuidado. Ao contrário, sem uma boa interação e vínculo entre profissional e usuário e uma boa escuta, esse dificilmente retorna ao serviço de saúde, perdendo-se, assim, o seu contato, acompanhamento e seu segmento no decorrer da rede de atenção à saúde (MARTINS, 2006).

Segundo Merhy (1994) a noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso no cuidado:

“criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (MERHY, 1994, P.138).

Outro desafio na implementação das tecnologias leves, como ferramentas de transformação nos serviços de saúde, é incluir os usuários na participação e autonomia do seu projeto terapêutico. Ou seja, excluindo situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos não podem responder por seu cuidado, é cada vez mais vital que os serviços possam conversar com os usuários para que esses se tornem co-gestores do seu tratamento e participem ativamente do projeto terapêutico, que deve ser singular e único (BRASIL, 2007).

A equipe de saúde deve saber adequar e estar sensível às propostas terapêuticas aos investimentos afetivos do usuário, de forma que a doença e o tratamento não se tornem o seu objeto de investimento central. Isso é equilibrar as preocupações e ações de combate à doença com as preocupações de produção de vida, e em todo momento fortalecer a co-gestão do cuidado com esse usuário, para que ele assuma

juntamente com a equipe a melhor forma de lidar com seu auto cuidado e sua saúde (BRASIL, 2007).

Em saúde mental as tecnologias leves vêm ao encontro de todos os processos de mudanças ocorridas ao longo dos anos, no que tange a melhoria do cuidado e na atenção ofertada aos usuários com transtorno mental e usuários de álcool e drogas. Pensar na produção do cuidado nessa área é perpassar por longos anos de desassistência, preconceitos e de falta de produção do cuidado humanizado. Mas também é olhar o trabalho vivo em ato de uma forma diferenciada, com mais integralidade, acolhimento do usuário, vínculo com profissionais, uma terapêutica singular e participativa. Na continuidade ao cuidado e se tratando de saúde mental a integralidade do cuidado passa pela inserção social, cuidado à família e satisfação do usuário (COIMBRA, 2003).

Para cuidar e reabilitar usuários com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, Garcia e Jorge (2006) enfatizam que, deve ser oferecido a eles diariamente um tratamento de qualidade, cujo objetivo seja a criação de espaços de acolhimento aos mesmos, onde possam ser escutados, onde possam participar proativamente do seu cuidado, e principalmente onde possam ter seus anseios e queixas escutados e seus problemas resolvidos.

Esses autores trazem à reflexão, da dificuldade dos profissionais em implementar com esses usuários em saúde mental, um vínculo-afetivo. Essa pode estar vinculada a falta de empatia dos profissionais de saúde mental com os usuários, falta de consciência política como atores de mudança, má formação profissional, falta de capacitação adequada para o manejo e cuidado com esse usuário, e muitas vezes preconceitos dos próprios profissionais.

Humanizar essa realidade torna-se um desafio, já que se torna necessário redefinir conceitos e valores, construir as relações de respeito; respeito do profissional pelo usuário, através da credibilidade em sua capacidade de cura e reinserção social, que é conseguida através do vínculo afetivo.

O delineamento do trabalho terapêutico com foco nas tecnologias leves, na atenção psicossocial, constitui-se no pressuposto importante para aumentar a capacidade de construção da autonomia do usuário, frente ao seu dia a dia, com a família e comunidade. Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura desse usuário em seu contexto, evidenciada pela oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria da sua condição de vida, e na própria promoção de sua saúde (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A história mostrou que a doença mental, não foi pensada de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. A forma como foi sendo conduzida, conceituada ao longo da história, influenciou diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela (VIDAL, 1986). Do descaso que foi tratada até as primeiras reformas psiquiátricas que ocorreram no mundo, no Brasil, a partir da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, tem-se repensado a forma de promover uma ação integral à saúde dos usuários com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, baseados na perspectiva da produção do cuidado integral e longitudinal, onde os profissionais nos diferentes pontos de atenção que hoje constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a coordenar esse cuidado de forma a ofertar um acolhimento mais humanizado, baseado em projetos terapêuticos singulares, e a reinserção desses com trabalho intersetorial e multiprofissional (BRASIL, 2012).

Hoje pensar em tecnologias leves para a produção do cuidado, é pensar em novas formas de acolher, cuidar, promover a promoção da saúde, poder ofertar uma escuta qualificada, bem como, oferecer uma resposta positiva aos anseios e necessidades desses usuários e familiares. É poder ofertar a esses usuários uma atenção mais qualificada, onde a gestão do cuidado passa a ser horizontal e com serviços mais organizados, profissionais qualificados e com vínculo e responsabilização de profissionais e usuários, onde podem compartilhar esse cuidado (BRASIL, 2012).

Pensar na produção do cuidado integral e humanizado, é pensar em perspectivas de mudar a realidade vigente e também poder proporcionar resultados mais animadores em relação a projeção epidemiológica para a saúde mental nos

próximos vinte e cinco anos. A estimativa é que haja um aumento significativo dos transtornos mentais, sendo que, de cada quatro habitantes do planeta um enfrentará algum tipo de transtorno mental, podendo ser depressão, esquizofrenia, atraso mental, distúrbio da infância e adolescência, dependência do álcool e outras drogas ou mal de Alzheimer. Tais dados nos trazem a preocupação de como essa população irá ser assistida e como os serviços se estruturarão para acolhê-las, para tanto torna-se necessário qualificar os serviços e prepará-los para essa realidade (OPAS, 2001).

Pensar nas políticas e dispositivos destinados aos usuários com transtorno mental e usuários de álcool e drogas: Política Nacional de Saúde Mental; Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas; Política Nacional Sobre Drogas, Política Nacional Sobre o Álcool, e a atual Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) é repensar as tecnologias do cuidado, tratamento e reabilitação, bem como a inclusão dos familiares e comunidade nesse processo, bem como, deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos para o centrado no usuário, onde o cuidado é imperativo, ético político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2003; 2007; 2008, 2011; 2012b).

Com os diferentes pontos de atenção da RAPS: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, somados aos diferentes espaços sociais de acolhimento, tratamento e reinserção social dos usuários com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, que vem sendo constituídos a partir de novos dispositivos intersetoriais, fortalecer os processos de trabalho e a gestão do cuidado baseados nas tecnologias leves, vem ao encontro do acesso e da melhoria da qualidade que se busca nos serviços de saúde atualmente, e principalmente reforça a lógica da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, e possa de fato efetivar a tão desejada mudança a que todos aguardam.



1.4 USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: (IN)SATISFEITOS E PROTAGONISTAS OU ESPECTADORES?

O Controle Social e a saúde para todos foi incorporado à Constituição de 1988, permitindo o exercício da cidadania proativa e em setembro de 1990, é assegurado a universalização da saúde um direito constitucional pela Lei nº 8.080, e no intuito de regulamentar o controle social e a participação popular do SUS, foi criada a Lei nº 8.142/90. (Brasil,1990)

As Leis Orgânicas da Saúde, segundo Brasil (1990) asseguram que usuários de saúde, devam realizar a participação Popular na elaboração, condução e gestão das Políticas Públicas de Saúde. Apesar disso, atualmente há um hiato entre o que é previsto na legislação e a prática efetiva dessa. As necessidades e particularidades de cada comunidade na elaboração de propostas de intervenção no serviço de saúde, quase nunca são valorizadas, e esses serviços acabam não dando respostas as necessidades dos usuários. A co-gestão de usuários e trabalhadores em saúde, prevista em lei, visando o vínculo entre as partes envolvidas no processo saúde-doença, não tem sido efetivada, no sentido de favorecer a melhoria na qualidade da assistência prestada e do acesso ao cuidado (NUNES et al., 2009).

A participação dos usuários de saúde é de suma importância na co-produção dos serviços de saúde, e suas decisões e comportamentos vão influenciar no seu cuidado e a provisão e oferta de serviços que possam dar conta das demandas instituídas por esses, além disso, pode-se conhecer o resultado esperado do usuários e suas expectativas. A partir da opinião e visão do usuário é possível conhecer os conceitos e as atitudes associadas com a atenção recebida (ELWYN, 2003).

Para Gonzáles e Jodra (2000) para se prestar um serviço de qualidade torna-se essencial conhecer a opinião do usuário do serviço, pois esse é que vai receber o cuidado, se for inadequado esse poderá não se vincular aquele serviço, bem como não aderir o tratamento proposto, bem como ficar insatisfeito com as intervenções, caso contrário, um usuário satisfeito com o serviço, vai ser mais participativo, vai ser mais cooperativo e poderá ser co-gestor do seu cuidado.

A aceitação de um serviço de saúde por parte dos seus usuários está na dependência de alguns fatores, segundo Holland (1993), tais como:

- Físico - disponibilidade de serviços e o acesso a eles, bem como sua infraestrutura;
- Cognitivos - relacionados ao conhecimento ou não da oferta dos serviços ofertados por esses, e de como estão sendo ofertados;
- Motivacionais - relacionados a sua satisfação com o serviços utilizado. Tais estão vinculados à influência de atitudes, valores, grau de exigência e crenças que esses usuários trazem em seus contextos de vida.

Corroborando com a ideia de Holland (1983), Silva e Formigli (1994) trazem a incorporação da avaliação da satisfação do usuário como um importante componente da qualidade dos serviços, lembrando que o nível de satisfação ou de insatisfação desses, pode decorrer das relações interpessoais entre os profissionais e o usuário, dos aspectos da infraestrutura material dos serviços como: equipamentos, medicamentos, insumos, assim como, ventilação, conforto, comodidade, etc. e, também pela forma como é acolhido e o desfecho do cuidado, assim como as representações do usuário sobre o processo saúde-doença.

Para Esperidião e Trad (2006) as pesquisas no âmbito da perspectiva e satisfação ou não do usuário, quanto aos serviços de saúde ofertados, devem propiciar melhoramento para o cotidiano dos serviços de saúde e avanços consideráveis para a gestão desses serviços. Também se tornam importante no que se refere à organização e a ordenação dos recursos, muitas vezes escassos, objetivando

atender às necessidades de saúde da população apropriadamente e de forma a dar maior resolutividade na atenção ofertada.

As pesquisas relacionadas à satisfação dos usuários e a visão que este tem dos serviços de saúde, reforçam a perspectiva da participação popular e do controle social, hoje largamente discutido em todos os âmbitos e espaços sociais, no sentido dos usuários tornarem co-gestores dessa atenção ofertada, e protagonistas nas mudanças necessárias para que os serviços possam dar maior resposta as suas necessidades (ESPERIDIÃO, 2004).

Ainda o autor traz que nas pesquisas de satisfação é possível dialogar sem se confundir, com as pesquisas sobre qualidade, pois a avaliação feita pelos usuários não se faz a partir da perspectiva da definição pelos saberes técnicos do que se deve entender por qualidade. Contudo, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida na sua conexão com a percepção, pode ser considerada como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços, para a reestruturação e melhoria desses.

O usuário participando da avaliação dos serviços de saúde, é um bom exercício para o seu empoderamento, mecanismos de conquista da autonomia, pois parte da lógica de que o indivíduo é um sujeito de direitos e com a capacidade de analisar o que julga ser melhor para a sua vida. Entende-se que a participação desses nos espaços somente se concretiza, havendo algum grau de informação sobre esses, onde os direitos e demais processos, executam-se o empoderamento para o alcance da autonomia desse usuários (VASCONCELOS, 2008) .

A avaliação dos serviços na perspectiva da produção do cuidado e da sua satisfação com esse, na saúde mental pode trazer fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, construindo dispositivos autônomos de cuidado bem como, em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à saúde mental, e estado trazendo novas possibilidades para essa produção do cuidado, principalmente para seu acolhimento e longitudinalidade do cuidado (VASCONCELOS, 2008).

Os usuários com transtorno mental e os usuários de álcool e outras drogas, como os demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), devem participar ativamente enquanto cidadãos de direitos, assegurados pela constituição e pelas leis orgânicas do SUS, da gestão dos serviços de saúde. A sua participação torna-se elemento fundamental para as diretrizes e condutas a serem destinadas a eles em seu processo de tratamento e cuidado, bem como, na determinação de sua terapêutica, que deve ser discutida e avaliada com seus familiares e sua co-participação.

A comunidade, as famílias e os usuários de saúde mental devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços, para que essa participação possa resultar num dimensionamento melhor dos serviços às suas necessidades e na sua melhor utilização (BRASIL, 2010).

Pensar em novas modelagens dos processos de trabalho em saúde, da organização dos serviços e da qualidade do cuidado, e que esses consigam combinar a produção de atos de cuidado de maneira eficaz com conquista de resultados, é um nó crítico a ser trabalhado (MERHY, 2002).

A Política Nacional de Humanização traz que, os projetos voltados para os sujeitos, individualmente, ou comunidades, devem contemplar ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades e demandas de saúde. Comportam planos de ação respaldados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários. A sua construção deve incluir a co-responsabilidade dos usuários, gestores e trabalhadores/equipes de saúde, devendo ser considerado a perspectiva de ações intersetoriais, rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário, equipamentos e tecnologias em saúde, produção do cuidado horizontal e a avaliação de risco/vulnerabilidade, e satisfação do usuários e trabalhadores (BRASIL, 2008).

A rede psicossocial segundo o Humaniza SUS, deve aproximar o usuário e trabalhador de saúde, promovendo um encontro desses, e com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, não mais em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, e um profissional

supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade irá deter esse poder, e fazer desse cuidado algo verticalizado e autoritário. “Quando há encontros surge vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (BRASIL, 2010).

Os usuários com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, devem participar de forma ativa da gestão dos serviços que os acolhem, deve participar do seu tratamento de forma compartilhada, discutindo o cuidado, a atenção e os projetos terapêuticos a eles destinados, devem tomar decisões em relação à própria vida, inclusive avaliar esse serviços e propor junto com a comunidade mudanças e melhorias. Essa participação é assegurada na Constituição Federal (Brasil,1980) e nas Leis Orgânicas do SUS (Brasil,1990), onde nesses, devem ser protagonistas e participativos, bem como co-gestores do seu cuidado, para tanto, quanto mais empoderados estiverem em relação ao seu problema, mas capacidade terão de resolvê-los (BRASIL, 2008).

O empoderamento dos usuários a respeito dos seus direitos e deveres deve ser reforçado nos serviços de saúde, como uma prática diária. Esse deve ser concebido não como transferência de responsabilidades ou mero usufruto de benefícios por usuários e familiares, mas sim, como aumento da capacidade de ação e de escolhas, como coprodutores de saúde. Quando os usuários se descobrem protagonistas de mudanças e melhorias na saúde individual e coletiva, passam a exercer o seu protagonismo, avaliando os serviços e dizendo sua satisfação ou não com o que esse oferta e como esse articula-se no território de saúde, esse torna-se um momento ímpar no processo de promoção da saúde e humanização dos processos de saúde (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Ainda segundo os autores, a satisfação do usuário de saúde mental quanto dos demais, deve abranger a estrutura administrativa e organizacional dos serviços de saúde, a forma como são acolhidos, a linha de cuidado destinado a ele, os projetos terapêuticos, bem como sua condução e fluxo na rede de atenção á saúde. Os serviços devem assegurar os processos que permitam a melhoria da comunicação,

a socialização e o fluxo de informações entre usuários e serviços, devem também possibilitar a conquista da autonomia, da cidadania e do poder participar ativamente das questões que dizem respeito a todos (BRASIL, 2008; 2010; 2012).

Torna-se hoje um grande desafio tornar os usuários de saúde mental participativos na saúde, já que por longos anos foram considerados incapazes e loucos, e atualmente ainda em muitos serviços são marginalizados no seu cuidado e atenção, fazendo com que esses usuários façam grandes peregrinações para serem assistidos nos diversos serviços que compõe a rede de atenção á saúde, pelos preconceitos que ainda vivenciam por serem considerados loucos, ou por usarem álcool e drogas, serem desconsiderados enquanto cidadãos e usuários dos sistema de saúde (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Assim reforça-se a importância de se qualificar esses usuários para que possam compreender toda a dinâmica da saúde e de sua doença, para que possam exercer sua cidadania e participação efetiva nos serviços de saúde, que buscam e realizam seu cuidado. Lembrando que esses quando passam a avaliar e buscar melhores formas de atenção, nada faz senão assegurar seus direitos de usuários do sistema de saúde, e garantir a qualidade de seu cuidado integral.

>>

2 OBJETIVOS

“A resposta certa, não importa nada: o essencial é que as perguntas estejam certas” (MARIO QUINTANA).

2.1 GERAL

Avaliar a atenção à saúde ofertada pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA), sob a perspectiva dos seus usuários.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as potencialidades e fragilidades do Programa, na concepção dos seus usuários.
- Descrever a forma de acolhimento adotada pelo Programa;
- Identificar a atenção ofertada aos usuários do Programa;
- Discutir como os usuários avaliam a atenção oferecida pelo Programa.



3 METODOLOGIA

“Em meio ao objetivismo científico, as fórmulas numéricas contrastantes e a metodologia sistemática, há meu coração que sustente uma vida regrada de subjetivismo e buscas, pelo melhor caminho a ser percorrido e vivido” (ANA CAROLINA).

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo estudo de caso, transversal, descritiva e qualitativa consiste basicamente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações válidas e socialmente legítimas, sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas – avaliação normativa – ou ser elaborado a partir de um procedimento científico – pesquisa avaliativa (CONTRANDIOPOULOS, 1997).

O estudo de caso na pesquisa avaliativa evidencia sua potencialidade em descrever o contexto real em que ocorre a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, permitindo a identificação, na realidade estudada, de inter-relações entre pressupostos e práticas concretas (YIN, 2005).

Esse deve ser aplicado através de diversas técnicas e métodos para facilitar a compreensão de fenômenos de diferentes áreas de conhecimento. Existem três tipos de estudo de caso, a saber: intrínseco, único e instrumental (OLIVEIRA, 2007). Para esta pesquisa utilizar-se-á o tipo de *estudo de caso único*, onde um fato ou fenômeno ou objeto é estudado exaustivamente para explicar, ao máximo, o objeto de estudo.

O estudo transversal é aquele no qual tanto a exposição como o desfecho são determinados simultaneamente. Este tipo de estudo também é chamado de estudo de prevalência, uma vez que “os casos identificados são casos prevalentes, pois sabemos que elas existiram em uma determinada época do estudo, mas não sabemos sua duração” (GORDIS, 2004). A epidemiologia descritiva se preocupa em

descrever as características gerais da distribuição da doença, particularmente em relação à pessoa, local e tempo (HENNEKENS; BURING, 1987).

A escolha metodológica pela *abordagem qualitativa* decorre do fato que a mesma não tem a preocupação de quantificar, mas sim, explicar as relações sociais na sua essência e, estas resultam da atividade humana criadora, afetiva e racional que podem ser apreendidas através do cotidiano das vivências, como afirma Minayo (1993).

3.2 CENÁRIO

O estudo será realizado no *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*, localizado no Hospital da Polícia Militar (HPM) do Estado do Espírito Santo, situado no município de Vitória.

O Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) foi criado em 1995, é integrado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da área da saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicóloga, médico) e de áreas afins, como educação física e arte terapia, contando ainda com a contribuição de conselheiros em dependência química, no atendimento aos servidores civis, militares e respectivos dependentes (LOUREIRO, 2007).

O PRESTA realiza ações de caráter preventivo em diferentes níveis, conforme prevê a Portaria N°.648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) , visando o alcance da melhoria na qualidade de vida do grupo.

O PRESTA tem como metas: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de profissionais de segurança pública com problemas de dependência química, a serem alcançadas por meio da mudança de comportamentos e atitudes que possam propiciar condições de risco à abstinência do cliente. Do Programa, participam grupos de ajuda mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (AA), dos Narcóticos Anônimos (NA) e dos Alcoólicos Anônimos para familiares e amigos de alcoolistas (ALANON), sendo as reuniões realizadas na unidade de psiquiatria, sede do

PRESTA, objetivando dar apoio aos clientes externos (ambulatório) e àqueles em regime de internação.

Para acolher os internos o serviço dispõe de 18 leitos, sendo que as internações acontecem geralmente nas segundas feiras, após um período de atendimento ambulatorial, e as altas hospitalares nas sextas feiras, o que vão gerar novas vagas.

Os profissionais de saúde que acompanham o cliente em tratamento ambulatorial procuram, por meio de atendimento em grupo e/ou individual, identificar situações de risco e discutir medidas para a prevenção de recaídas (LOUREIRO, 2007).

3.3 PARTICIPANTES

A *amostra* estudada foi intencional e constituída por usuários vinculados ao problema a ser investigado, oportunizando assim a diversidade de usuários que buscam atendimento no PRESTA. Sendo amostra intencional, foram privilegiados os sujeitos sociais que possuíam atributos necessários para utilizar o programa em análise, ou seja, foram *incluídos* na pesquisa todos os usuários atendidos no mínimo 02 (duas) vezes, por qualquer profissional, em atendimento ambulatorial, de internação ou pós-tratamento. Foram *excluídos* usuários que não possuíam condições de responder aos instrumentos da pesquisa, no momento de sua aplicação. Sendo assim, considerando o nível de complexidade da atenção oferecida à população pelo Programa, ficou: 04 (quatro) usuários no nível de internação, 04 (quatro) no nível ambulatorial e 04 (quatro) no pós-tratamento.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente foi enviado um ofício para o Comitê de Educação do Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, solicitando a autorização para a condução da pesquisa, Termo de Consentimento Institucional (TCI) (APÊNDICE A).

Logo a seguir também foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) a solicitação para aprovação para o desenvolvimento da referida pesquisa.

Após a aprovação da pesquisa, com o protocolo de nº 338114 de 05 de outubro de 2012 HPM foi iniciado o processo de coleta de dados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dos participantes (APÊNDICE B), no qual os participantes foram informados sobre a finalidade da pesquisa, dos riscos e benefícios e, sobretudo, da possibilidade de retirar-se quando achar necessário sem que haja punição.

3.4.1 METODOLÓGICOS

3.4.1.1 LEVANTAMENTO DO MATERIAL

A *coleta de dados* foi realizada no serviço, pela pesquisadora com participação de bolsistas de iniciação científica devidamente treinados. *Técnica de pesquisa* escolhida foi o *Grupo Focal (GF)* e de observação participante (usuários, equipe técnica, serviço e comunidade), por ter como principal característica trabalhar com a “fala em debate” e ser indicada para situações que, ainda inconclusas, precisam ser amplamente discutidas pelos profissionais da área com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade (NETO, 2001).

O objetivo desse tipo de entrevista é capturar a interação entre os participantes e não simplesmente os comentários individuais, é importante considerar os acontecimentos colhidos durante a interação do grupo, [...] “ uma vez que o todo pode ser infinitamente maior que a soma das partes” (BARBOUR, 2009).

Nessa pesquisa visamos apreender os conceitos, impressões e concepções dos usuários sobre a qualidade do tratamento ofertado e do serviço em questão. Em relação à estrutura operacional do GF, participam profissionais, exercendo as funções de Mediador, Relator, Observador, Operador de Gravação, exercida durante a sua realização; e Transcrição das fitas e digitação, desenvolvidas no pós-grupo. O

papel do mediador é o de conduzir o grupo e manter o foco da discussão no tema da pesquisa conduzindo de forma a obter respostas para as questões propostas, propiciando a livre expressão de todos os participantes, ouvindo atentamente as respostas, ao mesmo tempo em que estimula os mais tímidos, quietos ou passivos a participar. À medida que as respostas são obtidas, o mediador pode acrescentar outras questões, a fim de obter análises em profundidade (NETO, 2001).

As questões norteadoras (APÊNDICE D) para o debate e fomentação das discussões basearam-se nos objetivos desse estudo, os quais se fundamentaram em questões abordadas na literatura no que tange a avaliação de resultado e qualidade, satisfação do usuário, acolhimento e tecnologias leves. Dessa forma, foi construído um roteiro para a condução do grupo focal, estruturado em tópicos, não constituindo, porém uma estrutura fechada, rígida, mas sim permitindo uma flexibilidade de abordagem por parte do mediador, tanto na maneira como eles serão tratados como na extensão das respostas.

A coleta do material ocorreu nos meses de junho e julho de 2013. O GF foi previamente agendado e conduzido de acordo com critérios dessa técnica, e com a disponibilidade dos participantes. Antes de iniciar o grupo focal, foi esclarecido aos entrevistados como se desenvolve esse tipo de entrevista, apresentados os pesquisadores e suas funções, o sistema de registro, com a gravação em áudio a importância de manifestarem um de cada vez para ficar clara a audição, e que esse espaço servia para colocarem suas ideias e opiniões, não havendo o certo ou errado, bom ou mau argumento.

3.4.1.2 ANÁLISE DO MATERIAL

Para a análise do material foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin (2007) que, sendo caracterizada pela autora como empírica, não pode ser desenvolvida com base em um modelo exato e que para sua operacionalização devem ser seguidas algumas regras básicas.

A conduta utilizada segue a sequência descrita nessa técnica, dividida nos três momentos que não são estanques, mas que se entrelaçam: o primeiro momento constituiu da elaboração do material a ser analisado; no segundo momento, foi realizada a exploração do material; e no terceiro momento foi realizada a interpretação destes resultados sendo apresentados de forma narrativa.

Para a elaboração do material analisado procedeu-se à audição e transcrição das falas na íntegra, que, junto com o texto produzido pelo relator e os comentários produzidos pelos pesquisadores que atuaram no GF na reunião logo após o término da entrevista. De posse desse material e tendo em mente os objetivos da pesquisa, foi realizada a leitura flutuante do texto, o que permitiu o surgimento de temas ou novas hipóteses (BARDIN, 2007). Na leitura do texto transcrito da entrevista em grupo foram destacadas frases e na lateral esquerda, comentários sobre o tema a que elas se referiam.

Após essa etapa, denominada pré-análise (BARDIN, 2007; MINAYO, 2008), passamos ao segundo momento com a confecção de uma grade de categorização das falas mais significativas em relação aos temas abordados e tratados na literatura, para a apreensão dos significados.

4 RESULTADOS

“Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma nova história” (MAHATMA GANDH).

4.1 ARTIGO 1 – O ACOLHIMENTO EM UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Rosa Helena Gomes da Silva

Marluce Miguel de Siqueira

4.1.1 RESUMO

Introdução: O acolhimento é uma ferramenta tecnológica de intervenção que atua na qualificação de escuta, melhorando o acesso e garantindo um tratamento com resolutividade e humanização. **Objetivo:** Considerando-se que o acolhimento é um elemento relevante nos serviços de saúde, este estudo tem por objetivo avaliá-lo em um serviço de dependência química. **Percurso Metodológico:** Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, que propõe analisar o acolhimento realizado no Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista. Os sujeitos foram dez usuários do programa que se encontravam em tratamento. Utilizou-se a observação sistemática e o grupo focal como instrumentos de coleta de dados. Os dados foram compreendidos através da técnica de análise de conteúdo, sendo gravados, transcritos, categorizados e interpretados, conforme as seguintes categorias temáticas: acesso e acessibilidade; escuta e atenção; postura profissional e vínculo. **Resultados:** Quanto ao perfil dos sujeitos, a maioria era solteira (50%), do sexo masculino (90%), não teve experiência com tratamento anterior (60%). Ao analisar o acolhimento, nenhum sujeito mencionou sobre dificuldades de conseguir atendimento inicial. Contudo, a maioria pontuou que houve demora em conseguir internação no serviço. A facilidade pela marcação via telefone, a garantia da avaliação inicial ao chegar ao serviço, foram aspectos que garantiram acessibilidade. Em relação satisfação, a mesma foi relacionada às atividades

terapêuticas, à equipe de profissionais, à convivência com os usuários do programa, à informação disponibilizada no tratamento. **Considerações Finais:** Diante dos resultados detectados, percebeu-se que o acolhimento está presente no serviço analisado e é vislumbrado principalmente através da satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais no que diz respeito à postura, escuta e compromisso destes nas atividades terapêuticas oferecidas. Nesse sentido, é que ressaltamos o acolhimento enquanto diretriz eficaz e, portanto pertinente às práticas terapêuticas para dependência química.

Descritores: Acolhimento, Saúde mental, Vínculo, Satisfação do usuário.

4.1.2 ABSTRACT

Introduction: The reception, is a technological of intervention in a performance the listening to the qualification, improve the acess and a guarantee in a treatment with a resolution and humanization. Seeing as the reception is one element considerable in the health service, this research has a object the evaluate it in a chemical dependency service. Purpose its a research, with a type of case study, with the qualitative approach, proposed to analyse the reception realized in the rehabilitation program the a junkie and alcoholic. Results the subjects were ten users of the program that were in health treatment. To make use of systematic observation, and the focal group like implements the collect of data. The datas were understood through the technique, the analyse of the contents, engraved, transcribed, categorised and interpreted like the access and accessibility, regard and listening, professional position and bond. **Results:** As much the profile of users most were single (50%), sex male (90%) they haven't experience with previous treatment (60%). at the one user mentioned over difficulties getting the inicial care. However the majority pointed out the sevice. The facility guarantee of inicial avaliation to arrive acessibility. In relation, satisfaction, the some was conneced them therapeutics ativities, the professionals on the sociability with the users of the program, the information a vailabilities on the treatment. Finalies Considerations: Given the detected results, it is noticed that the host is present in the analyzed

service and is envisioned primarily through user satisfaction with the work of professionals with regard to posture, listening and commitment of these in therapeutic activities offered. In this regard, we emphasize is that the host as an effective guideline and therefore relevant to therapeutic practices chemical dependent.

Descriptive: Reception, Mental health, Band, satisfaction of the users

4.1.3 INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil vem acarretando transformações notáveis no auxílio prestado aos portadores de transtorno mental (OLIVEIRA, 2008). Estas transformações exigiram e ainda exigem a implantação de diversas ações e serviços para o atendimento integral das necessidades apresentadas por estes sujeitos (KANTORSKI et al., 2009).

Com a expansão do consumo de substâncias psicoativas (SPAs) nota-se a construção de inúmeros métodos de atenção para lidar com esta problemática, tais como grupos de auto-ajuda, psicoterapias, medicamentos, tratamentos ambulatoriais, internações e atendimento à família (SZUPSYNSKI, 2008). Estes métodos integram a rede de serviços substitutivos implementados a partir da transformação da assistência em saúde mental e lançam mão de novas tecnologias que respeitam o usuário no seu direito de cidadania e se diferenciam do modelo de cuidado que antes era institucionalizador e excludente, encontrando-se em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental (CARVALHO; AMARANTE, 1996; KANTORSKI et al., 2009).

Entretanto, os serviços de dependência química (DQ) ainda encontram problemas estruturais e organizacionais, que prejudicam a efetividade do tratamento oferecido. De um lado são observados importantes avanços e por outro, existem diversas dificuldades como, por exemplo: financiamento inadequado, profissionais despreparados para a prática psicossocial, trabalho em rede inexistente ou

inadequado, baixa capacidade de atender a demanda de usuários, entre outros (DIEHL, 2011). Além disso, alguns autores como Wetzel et al. (2011) tem observado que embora seja preconizado que esses serviços sejam pautados no paradigma psicossocial, ainda existem serviços despreparados para trabalhar nesta perspectiva e desta forma o tratamento tem foco na doença.

Na DQ múltiplas dimensões da vida do indivíduo são afetadas como relacionamento familiar, convívio social, trabalho e outros agravos de saúde, portanto o tratamento deve considerar estes diversos aspectos indo além da questão do uso da droga.

O tratamento da DQ é um assunto relativamente novo e somente a partir da segunda metade do século XX o conceito de DQ deixou ser considerado um desvio de caráter e passou a ser visto como um transtorno mental relacionado ao consumo de drogas (GRANT; DAWSON, 1999; RIBEIRO, 2004). Apesar disto, o modelo moral de abordagem a DQ ainda continua presente na sociedade, inclusive no modo de agir de profissionais de saúde. Este modelo por sua vez considera os dependentes como fracos moralmente, sem condição moral ou sem força de vontade para controlar o comportamento aditivo e por isso são levados a sentirem-se culpados pelo desenvolvimento do problema e a pensar que lhes faltam "fibra moral", por não conseguirem modificarem sua condição. Este paradigma colabora de forma a limitar a busca pelo tratamento e pode prejudicar a adesão do usuário ao serviço (MARLATT; GORDON, 1993; PILLON; LUIS, 2004; GONÇALVES; TAVARES, 2007). Portanto, é imprescindível que desde a abordagem inicial crie-se uma relação entre o usuário, o profissional e o serviço de saúde, a fim de estabelecer vínculos fortes entre estes atores, estimular a busca pelo serviço e fortalecer a adesão ao tratamento (MACHADO, 2006).

É neste contexto que se faz necessário o acolhimento em saúde, que é uma diretriz dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, garantia do acesso com responsabilização, construção de vínculo e resolutividade (BRASIL, 2004), sendo capaz de diminuir muitos problemas relacionados ao trabalho em saúde, atuando na reorganização dos serviços e humanização no atendimento (FRANCO et al., 1999). O acolhimento faz parte de

todos os encontros dos serviços de saúde e diz respeito à postura do trabalhador em perceber quais são as necessidades dos usuários e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (RAMOS, 2003; BRASIL, 2004; JUNIOR, 2006).

Considerando-se que o acolhimento é um elemento relevante nos serviços de saúde, este estudo tem por objetivo avaliá-lo em um serviço de dependência química em Vitória, Espírito Santo, a partir da ótica de seus usuários.

4.1.4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*, localizado no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, no município de Vitória, no período de maio a julho de 2013. Este programa atende aos servidores civis e militares da Polícia Militar, bem como os respectivos dependentes e a comunidade em geral, realizando consultas das diversas especialidades profissionais, atividades educativas, psicoterapia com diferentes atividades como meditação, terapia corporal e ocupacional, relaxamento, educação física, prevenção de recaída, grupo de família, atividade literária, aconselhamento e atividade artística.

Foram incluídos como sujeitos deste estudo nove participantes do serviço, sendo quatro sujeitos em cada modalidade de tratamento oferecido pelo PRESTA, a saber: triagem, internação e pós-tratamento. A escolha dos sujeitos aconteceu de forma intencional, considerando a adesão do usuário ao tratamento e utilizou-se como critério de inclusão a participação em pelo menos duas atividades das doze anteriormente disponibilizadas pelo PRESTA.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a observação sistemática do serviço e o grupo focal que conforme Morgan (1988) pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo e a opção por esta técnica se justifica pelo fato dela ser um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizada no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (KRUEGER, 1988).

O grupo focal foi realizado no serviço por dois pesquisadores colaboradores devidamente treinados, teve duração de uma hora e trinta minutos. A condução do grupo aconteceu mediante a utilização de um roteiro de entrevista com questões norteadoras que versavam sobre a visão do usuário sobre os diversos aspectos do Programa (APÊNDICE D). As falas dos sujeitos foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a transcrição, para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2003).

Para tanto, seguiu-se o plano de análise sugerido por Bardin: leitura flutuante; constituição do corpus, definição das unidades de sentido; agrupamento e subcategorização; categorização. A presença e frequência foram utilizadas como regra de enumeração na escolha das unidades de registro significativas. Estabeleceram-se três categorias temáticas a posteriori: acesso e acessibilidade; escuta e atenção; postura profissional e vínculo.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) bem como foram informados da finalidade da pesquisa, dos riscos e benefícios de sua participação e, sobretudo da sua saída em qualquer fase da condução da pesquisa. O nome dos participantes foram trocados por nomes fictícios, nomes de pedras preciosas.

Este estudo foi autorizado pelo Comando Geral da Polícia Militar do Espírito Santo (APÊNDICE A) e integra a pesquisa intitulada Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade capixaba que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o N^o. 338.114 de acordo com os dispositivos da Resolução n^o 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

4.1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1.5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

Foram participantes deste estudo 10 usuários do programa, sendo três usuários na modalidade de tratamento triagem, quatro na modalidade internação e três no pós-tratamento.

Conforme a Tabela 1, a maioria dos participantes era solteira (50%), do sexo masculino (90%), estavam na faixa etária de 30 a 40 anos (70%). Acerca da escolaridade (em anos completos de estudo), 60% referiu concluir o ensino médio e um usuário (10%) possuía ensino superior. Quanto à religião, houve predomínio de Católicos (50%). Quando se tratou de experiências com tratamento anteriores, 60% negou ter iniciado tratamentos para o manejo da DQ.

Tabela 1 – Caracterização dos Usuários do Programa de Reabilitação da Saúde do Toxicômano e Alcoolista. Vitória-ES, 2013.

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	09	90
Feminino	01	10
Total	10	100
Faixa Etária		
De 30 a 40 anos	7	70
De 41 a 50 anos	3	30
Total	10	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental	3	30
Ensino Médio	6	60

Ensino Superior	1	10
Total	10	100
Estado Civil		
Casado	2	20
Solteiro	5	50
Separado	1	10
Divorciado	2	20
Total	10	100
Religião		
Católica	5	50
Evangélica/Protestante	2	20
Outras religiões cristãs	3	30
Total	10	100
Tratamento Anterior		
Sim	4	40
Não	6	60
Total	10	100

4.1.5.2 ACESSO AO SERVIÇO

Esta categoria caracteriza-se por descrições acerca das facilidades e dificuldades no acesso ao serviço em estudo a partir das falas dos sujeitos. A dificuldade de acesso é um desafio que persiste e deve ser superado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso, a acessibilidade e o acolhimento são relacionados, pois o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Ao analisar a categoria “Acesso”, deve-se atentar a questão de que seu conceito é complexo, por vezes não é utilizado de forma consensual na literatura, sendo empregado de formas distintas dependendo do tempo e do contexto (TRAVASSOS;

MARTINS, 2004). Essa pluralidade de sentido e de abordagens na análise do acesso demanda um aprofundamento significativo na sua avaliação, tanto no que tange ao paradigma teórico quanto na abordagem metodológica. Neste prisma, cabe pontuar o Modelo Economicista proposto por Giovanella e Fleury. Este modelo refere-se à relação entre oferta de serviços e demanda pelos mesmos e objetiva mapear os diferentes padrões de consumo de cuidados e ações de saúde pelos indivíduos. Também enfoca um componente do acesso que é a disponibilidade.

Cabe ressaltar que nenhum sujeito mencionou sobre dificuldades de conseguir atendimento inicial. Apesar disto, a usuária a seguir pontuou que houve demora em conseguir internação no serviço.

Diamante: “Eu vim 7 semanas seguidas pra conseguir uma vaga pra internar.”

Uma vez que a busca pela internação é maior que a disponibilidade de leitos, nem todos os indivíduos que chegam ao PRESTA são internados no mesmo momento em que procuram o programa.

“Aí ligou, ligaram pra mim falando que tinha entrado outro, que eu tinha perdido a vaga e tinha que esperar mais.” (Rubi)

Avaliando o acesso sob a égide do Modelo Economicista pode-se dizer que a dificuldade para conseguir vaga de internação, pelo motivo da grande procura, é um componente que compromete o acesso no serviço analisado.

Segundo Adami (1993) e Ramos (2003) existem fatores que podem ser obstáculos à utilização dos serviços, como: número de leitos versus a demanda; serviços básicos versus a capacidade para atender a demanda; a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; tratamento recebido pelo usuário; e, a possibilidade de agendamento prévio.

[...] Eu só... Só achei assim, na... Eu fiz 7 triagem, eu achei que foi muito... Pra quem tá na dependência, quem tá na vida, é muito tempo.” (Diamante)

Diversos aspectos colaboram para o aumento da procura por cuidados nos serviços especializados no tratamento da DQ. Dentre estes se destacam a crescente

expansão do consumo de SPAs e as dificuldades apresentadas pelos programas e serviços não especializados para atender as necessidades apresentadas pelos usuários, em especial a atenção básica. Em alguns casos, a demanda dos SDQ apresenta seu perfil, e as necessidades de cuidado com respostas em outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desde 2001 a Organização Mundial de Saúde (2001), já sinalizava para uma melhor atenção a esta questão, quando divulgou que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, entretanto os gastos com saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde, mesmo que 40% destes necessitassem de políticas, serviços e ações de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área.

Quando não há capacidade instalada para promover cuidado ao usuário, deve-se como observado no PRESTA, utilizar-se de ferramentas para garantir a continuidade da assistência e não somente limitar a entrada do usuário no serviço. Pois como afirma Mehry (1994), o serviço de saúde deve responder a este e demais problemas de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispõe em seu saber e em suas relações.

Conforme Matumoto (1998), não atender um usuário e dispensá-lo também pode ser considerado acolhimento, caso haja disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário na situação.

“Os profissionais deram orientação inclusive de grupos de auto-ajuda, NA, do CAPS, do CPTT, são grupos de acompanhamentos, que você vai poder é... silêncio do usuário... obter recursos para conseguir ficar esses dias em abstinência.” (Topázio)

Este processo de trabalho conduzido pelo PRESTA está centrado na escuta e na postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e é uma forma de operar o acolhimento enquanto diretriz. Desta forma, presta um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário em relação a outros pontos de atenção na RAPS, estabelecendo articulações com

esses pontos, garantindo a eficácia e continuidade do cuidado (BRASIL, 2004). E também conforme a OPAS (2000), o reconhecimento do serviço mais indicado para o momento em que se encontra o dependente e a habilidade para saber combiná-lo a outros ambientes onde a sequência do tratamento se dará são pressupostos importantes no processo de trabalho dos serviços especializados em DQ.

4.1.5.3 ACESSIBILIDADE

A acessibilidade é um componente importante atrelado ao acesso e conforme Donabedian diz respeito às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A facilidade pela marcação via telefone, a garantia da avaliação inicial ao chegar no serviço, o conhecimento da população sobre o programa e os relatos de outros usuários de boa experiência com o PRESTA, foram aspectos que garantiram a acessibilidade.

“Eu fui abordado pela polícia de madrugada, o policial me falou, porque eu relatei minha vontade de parar de usar droga, e ele me falou sobre isso aqui, que eu podia vim que eu ia conseguir e eu tô aqui.”

“Eu conheci o PRESTA através do, do meu emprego. Eu trabalho na área militar, então...”

“[...] um amigo meu ficou internado aqui, eu nem sabia, por causa de outra droga, né [...] foi aí que ele me contou sobre o PRESTA, e aí eu tava numa situação assim, desesperadora também, e aí eu falei com ele: como é que faz? Aí eu pedi, ele me encaminhou.”

A informação é outro aspecto relevante que compõe o conceito de acesso e gera acessibilidade. (CICONELLI E SANCHEZ, 2012) em um trabalho sobre as dimensões do acesso destacaram a informação como condição essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, também notaram que a literatura aponta que a informação precária ou ausente impede o indivíduo de realizar escolhas mais adequadas para a sua necessidade. No tratamento da DQ o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxilia no processo de adequação de um serviço às necessidades dos sujeitos que os buscam (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999).

Ainda acredita-se que o tratamento da dependência química só é eficaz e possível quando acontece em ambientes de internação e distante do meio social em que o sujeito está inserido.

Neste sentido, a busca por um ambiente acolhedor de tratamento é constante mesmo que o usuário não sinta que seja adequada no momento da internação. Os sujeitos pesquisados de maneira geral criticaram a abstinência enquanto critério para a continuidade no programa, relatando insatisfação e desconhecimento do motivo pelo qual sua utilização se faz necessária.

A abstinência se faz necessária neste programa seguindo a filosofia dos 12 passos de A.A onde se prega a busca da sobriedade diária.

Esmeralda: “[...] pedir [corrigido] a você, pra você ficar cinco ou seis dias de abstinência sem usar, pra você ser internado é um absurdo, claro que é cara, se tú tá procurando ajuda, aqui pra dentro tudo bem você ficar, agora lá fora você vai continuar com as mesmas amizades, mesmo ciclo vicioso, então é impossível.

“E eu acho que esse tratamento deveria ser imediato, o cara precisar, meu irmão, e tal, avaliou ali, a família acompanhando e pau no jegue, entendeu, e isso ainda é uma coisa muito burocrática.”

É fundamental compreender, como afirma Ribeiro (2004), que existem serviços de atendimento para o tratamento dos diferentes estágios da DQ: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros. Por isso, os profissionais precisam estar preparados para lidar com esta realidade promovendo a educação dos que procuram os serviços, principalmente orientando-os sobre sua condição de saúde e a rede disponível para o atendimento de suas necessidades.

Além disto, a informação e a educação em saúde para o tratamento fortalecem o vínculo e geram satisfação, como relatado pelos participantes deste estudo, que afirmaram segurança ao ingressarem no programa. Como também destacaram a questão da informação ao comparar o PRESTA com experiências de tratamento anteriores.

Rubi: “Achei importante eles explicarem como funciona, o tempo, né, fases de preparação... Então isso deu uma segurança.”

Topázio: “Tive muito mais informação sobre a minha doença, da dependência química, do que todos os outros [programas que participou].”

4.1.5.4 SATISFAÇÃO COM O CUIDADO

Esta categoria analisa a satisfação e a insatisfação dos usuários com questões relacionadas ao programa. A satisfação do usuário evidencia dimensões que envolvem o cuidado à saúde, incluindo a acessibilidade, relação profissional-usuário e acolhimento, revelando em que grau os serviços de saúde atendem às expectativas dos usuários (QUEIROZ; RIBEIRO; PENNAFORT, 2010).

Os participantes desta pesquisa qualificaram o PRESTA como serviço que oferece tratamento completo e eficaz.

“[...] eu quero mesmo é buscar a ajuda aqui dentro, é, e eu só vim porque o programa demonstrou eficácia pelo fato de ser um programa, não um depósito de doído, onde o cara vai fica dois, três, cinco, seis mês recluso, entendeu?” (Rubi)

Tendo em vista que a satisfação pode revelar a percepção que os usuários têm do serviço, ela possibilita conhecer como eles percebem e interagem com a dinâmica dos profissionais, do tratamento e do serviço (ALVES, 2003). Contudo, cabe pontuar que acolher não significa apenas satisfazer o usuário (SILVA; ALVES, 2008), mas sim, incluir e valorizar a satisfação do usuário na relação de cuidado e no acolhimento. O discurso mostrou a satisfação dos sujeitos com a assistência desenvolvida no PRESTA:

“[...] primeira vez eu fiquei aqui, no ano passado, cumpri direitinho ai, e tô ai, satisfeito.”

“ [...] então eu me identifiquei muito com esse tipo de tratamento.”

Ao conhecer como os usuários percebem o atendimento prestado é possível repensar as práticas profissionais (RAMOS, 2003), uma vez que podem ser evidenciados fatores relacionados à satisfação. Neste prisma, o acolhimento enquanto vínculo, escuta qualificada, e atenção resolutiva é uma ferramenta eficaz neste processo.

A satisfação dos pacientes está relacionada a fatores, como: adesão ao tratamento, características do atendimento, tipos de intervenção, competência da equipe, qualidade da relação entre profissional e usuário, acessibilidade aos serviços, e também a informação recebida (SILVA et al., 2012). Na presente pesquisa, os sujeitos demonstraram-se satisfeitos com as atividades terapêuticas que participaram, com a equipe de profissionais, com a convivência com os usuários do programa, com a informação acerca da DQ disponibilizada no tratamento.

“[...] meu ponto positivo que eu vejo, que eu via aqui dentro, que tinha muitos companheiros que tava tentando, tava demonstrando o carinho e o afeto mesmo sem me conhecer, eles me deram, e me ajudaram muito, isso me fez ficar forte, me fortalecer

“Agora sim, a parte positiva que eu encontrei aqui foi o seguinte, foi a diversidade de ensinamento, então a diversidade de conhecimento disponível acerca de dependência química que é oferecido no programa.”

4.1.5.5 VÍNCULO COM O SERVIÇO

O vínculo entre profissionais e usuários, incentiva a autonomia e é um elemento imprescindível para a consolidação de um tratamento de qualidade, aumentando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação dos usuários durante a prestação do serviço (CAMPOS, 1997). O acolhimento tem como um de seus objetivos, elevar os graus de vínculo e confiança entre profissionais e usuários (BRASIL, 2006).

De acordo com Coelho e Jorge (2009), o vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade. O vínculo permite lançar um novo olhar sobre o outro, compreendendo-o para além de um dado momento ou lugar em que se dá encontro.

No que tange ao acolhimento e vínculo no PRESTA, a partir das falas, vimos que os usuários sentem confiança na equipe de profissionais do PRESTA identificando compromisso e capacidade nos mesmos.

“Porque eles também tem compromisso com o nosso tratamento.”

“Demonstram, mostram amor e tudo!”

Esta relação de confiança e de afeto intermediou o conhecimento do outro, que neste caso foi profissional, onde se tornaram conhecidas suas potencialidades como bom preparo técnico.

“Alguns profissionais eles tem muita capacidade.”

“Quanto aos profissionais, eles são excelentes. [...] a qualidade dos profissionais são de primeiro nível, quando relacionado ao nosso problema eles estão de parabéns.”

Além disto, a força do vínculo produzido no PRESTA gera confiança da parte dos usuários. A confiança potencializa a relação entre estes atores de tal forma que permite que o tratamento extrapole os limites da doença e do serviço, produzindo reflexos na vida do usuário. Como, por exemplo, a (re) produção de novos valores:

“Pra mim foi mostrado isso, que você pegar seu filho e levar ele para ficar meia hora no pula-pula você tá fazendo a diferença para ele. [...] eu sou pai de dois filhos e não tava preocupado com isso. Eu consegui enxergar isso aqui...”

“Lavar roupa? então na minha casa era a máquina que lava. Eu jogo a roupa lá na máquina e ela me entrega sequinha. Só pego e penduro no varal. Então aqui vim aprender o valor disso, entendeu? Através desses dias”.

Concordamos com Franco e outros autores (1999) quando afirmam que a responsabilização com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula.

4.1.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados detectados, percebeu-se que o acolhimento está presente no serviço analisado e é vislumbrado principalmente através da satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais no que diz respeito à postura, escuta e compromisso destes nas atividades terapêuticas oferecidas.

A análise aqui apresentada reforça que a procura por serviços especializados de DQ é grande, dificultando o atendimento da demanda e requerendo a (re)criação de uma postura comprometida na utilização das ferramentas técnicas e organizacionais que permitam acolher e suprir as necessidades dos usuários de forma resolutiva.

E por isso, é imprescindível a implementação do acolhimento como diretriz política e ética afim de que seja factível a reorganização dos serviços, postura ética do trabalhador, a percepção das necessidades dos usuários, qualificação da escuta, garantia do acesso, construção de vínculo, humanização e resolutividade. Nesse sentido, é que ressaltamos o acolhimento enquanto diretriz pertinente às práticas terapêuticas para dependência química.

4.1.7 REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 82-86, 1993.

ALVES, C.T. **Satisfação do consumidor**. Lisboa (Portugal): Escolar, p. 259, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas**. Brasília: SENAD, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; p. 29-87, 1997.

CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade de novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Revista Saúde em Debate**. 1996 Set; v.52: 74-82p.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Oct. 2009.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. Ambientes de tratamento, papéis profissionais e organização de serviços de tratamento. In: EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: ARTMED; 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2 (15), 1999.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 177-198, 1995.

GONCALVES, S.S.P.M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2007.

GRANT, B. F.; DAWSON, D. A. Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence, and comorbidity. In: MCCRADY, B. S.; EPSTEIN, E. E. **Addictions – a comprehensive guidebook**. Oxford: Oxford University Press; 1999.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009.

KRUEGER, R. A. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park, Sage Publications, 1988.

MACHADO, L. R. **O acolhimento em um Programa de atendimento ao alcoolista** [trabalho de conclusão de curso]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2006.

MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção à Recaída**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida**. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; p. 117-60, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. Newbury Park, Sage Publication, 1988.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L.. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 707-16, Aug. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS; 2001.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) & Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD). El modelo ideal de atención – normas mínimas. In: OPAS & CICAD. **La dependencia de las drogas y su tratamiento – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas**. OPAS/CICAD; 2000.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, Aug. 2004.

QUEIROZ, M. V. O.; RIBEIRO, E. M. V.; PENNAFORT, V. P. S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, June 2010.

RAMOS, D.D.; Lima, M.A.D.S. RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, Mai 2004.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260–8, 2012.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

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

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicol. teor. Prat.**, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 593-598, 2004.

4.2 ARTIGO 2 – AS TECNOLOGIAS LEVES EM UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Rosa Helena Gomes da Silva
Marluce Miguel de Siqueira

4.2.1 RESUMO

Introdução: As tecnologias leves (ou relacionais) são operadas no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos e por isso podem estreitar o elo entre usuários, profissionais e as práticas de cuidado individuais. **Objetivo:** Identificar sob a ótica dos usuários as tecnologias leves presentes no tratamento da DQ oferecido em uma instituição hospitalar bem com sua importância no tratamento. **Metodologia:** Esta pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, com enfoque de análise qualitativa, cujo cenário de estudo foi o *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*. Os sujeitos escolhidos de forma intencional (não-probabilística) foram dez participantes daquele serviço, correspondente as modalidades de tratamento oferecido, a saber: triagem (3 sujeitos), internação (4 sujeitos) e pós-tratamento (3 sujeitos). A escolha considerou a adesão do usuário ao tratamento e utilizou-se como critério de inclusão a participação em pelo menos duas atividades disponibilizadas pelo PRESTA. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a observação sistemática do serviço e o grupo focal. O grupo focal foi realizado no serviço com duração de uma hora e trinta minutos, sendo conduzido mediante a utilização de um roteiro de entrevista. As falas dos sujeitos foram gravadas e posteriormente transcritas; utilizou-se a técnica de análise de conteúdo e abordagem conceitual de tecnologias em saúde como unidade de contexto para análise dos dados. Após a categorização emergiram quatro categorias temáticas: “Estratégias Grupais e sua relação com o cuidado; Modelo dos 12 Passos como tecnologia no cuidado; Utilização de filmes como tecnologia terapêutica e; Confiança e Compromisso nas relações de cuidado.” **Resultados:** Os resultados analisados mostram que os usuários do serviço identificaram as tecnologias leves presentes naquele tratamento, avaliando-as de forma bastante positiva, apontando suas repercussões para mudança de hábitos pessoais, e a relevância destas tecnologias para sua reinserção social e familiar. As atividades grupais, foram relacionadas a eficácia do tratamento e também a postura profissional, fundamentada no compromisso e na confiança. **Considerações Finais:** Este estudo ratifica a importância das tecnologias leves no tratamento da DQ, no que diz respeito à postura dos profissionais na

construção de vínculos estabelecidos por meio da confiança e compromisso que geram adesão e satisfação da parte dos usuários; contribuem para afirmar que não é modalidade de tratamento, que garante adesão e/ou satisfação com o cuidado e sim as tecnologias sobretudo as relacionais empregadas no contexto, no momento e com os sujeitos adequados.

Descritores: Tecnologias leves, Saúde mental, Vínculo, Satisfação do usuário.

4.2.2 ABSTRACT

Introduction: Soft technologies (or relational) are operated in space intercessor against the worker and users within the health services, where there is openness to the subjective production of subjects and therefore can strengthen the link between users, professionals and care practices individual. **Objective:** Identify the viewpoint of the users soft technologies present in the for chemical dependence treatment offered in a hospital and to their importance in treatment. **Methodology:** This research is descriptive and exploratory with a qualitative analysis approach, the study scenario was the Rehabilitation Program Health Junkie and Alcoholic. The subjects chosen intentionally (non-probabilistic) were ten participants that service, corresponding treatment modalities offered, namely: screening (3 subjects), hospitalization (4 subjects) and post-treatment (3 subjects). The choice was the user's adherence to treatment and was used as inclusion criteria to participate in at least two activities provided by the Program and Health Junkie Alcoholic. The data collection was, we used systematic observation of the service and the target group. The subjects speeches were recorded and transcribed; used the content analysis technique and conceptual approach of healthcare technology as context unit to analyze data. After categorization four thematic categories emerged: "Group Sales Strategies and its relation to the care; Model of the 12 Steps as technology in business; Using movies as therapeutic technology ; Trust and Commitment in care relations. **Results:** The results analyzed show that the service users identified soft technologies present in the treatment of which they participated, evaluating the same very positively, pointing its impact on changing personal habits, as well as the relevance of these technologies to their social and family reintegration. The group activities were evaluated by study participants being related by the same treatment efficacy and also the professional attitude, based on commitment and trust was also envisioned which they. **Final Considerations:** This study confirms the importance of soft technologies in the treatment of CD, with regard to the attitude of professionals in building established bonds through trust and commitment that generate adherence

and satisfaction of the users; contribute to state that it is not a treatment modality, which ensures adhesion and satisfaction with care but especially the technologies employed in the relational context in time and with appropriate

Keywords subject: soft technology, mental health, bond, User satisfaction.

4.2.3 INTRODUÇÃO

A história mostra que a doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. A forma como a loucura foi sendo conduzida, conceituada ao longo da história, influenciou diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela (VIDAL, 1986). Os cuidados dispensados aos indivíduos com transtornos mentais têm sido marcados, historicamente, por processos de segregação, exclusão e isolamento. Nos dias atuais, no entanto, o sofrimento psíquico ficou mais em evidência, pois adquiriu proporções alarmantes na sociedade contemporânea. (MEDEIROS, 2005).

Por isso, as estratégias e métodos de atenção que integram a rede de serviços substitutivos na atualidade foram implementados a partir da transformação da assistência em saúde mental e lançam mão de novas tecnologias que respeitam o usuário no seu direito de cidadania e se diferenciam do modelo de biológico e curativo de cuidado (OLSCHOWSKY et al., 2009).

Situado neste cenário inclui-se o cuidado no tratamento da Dependência Química (DQ), que por sua vez é recente e tido como complexo e desse modo, serviços de atendimento foram sendo criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros (RIBEIRO, 2004). Cada um destes *settings* se apropria de saber e práticas inerentes aos profissionais e recursos disponíveis para a atenção dos usuários que buscam tratamento. Contudo, variadas combinações

das práticas adotadas por estes *settings* têm sido propostas, mas algumas perguntas ainda persistem, como exemplo como aumentar a eficácia das práticas e a razão pela qual os usuários permutam por diferentes práticas disponibilizadas nos diversos *settings* (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido tornou-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial centrada na atenção comunitária e que possua práticas fundamentadas nas noções de território e rede, bem como da lógica ampliada do conceito de saúde, com técnicas que extrapolem a abordagem da droga, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Como afirmam, Wetzel e Kantorski (2004) os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como deveriam, o que não diminui a sua importância, principalmente como possibilidades alternativas concretas ao modelo hospitalocêntrico, contudo diversos países continuam apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais, porém, poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema. (MARAGNO et al., 2006).

Nesse sentido, diante da crescente demanda de usuários, que precisam de cuidados de saúde mental, e da recente atuação dos serviços substitutivos de saúde mental no país (sobretudo na área da DQ), desenvolver processos avaliativos torna-se cada vez mais essencial, para a superação de modelos tradicionais, como também aprimorar as práticas de saúde mental existentes nos serviços.

Portanto, a avaliação das tecnologias de cuidado utilizadas no tratamento de DQ deve ser adotada de forma contínua como postura ética, técnica e política pelos diversos atores relacionados a este contexto: usuários, profissionais e gestores. Ao utilizarmos aqui o termo tecnologia, nos referimos a noção conceitual apregoado por Mehry (1997; 2002). De acordo com este autor, as tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. Nas leves enquadram-se as relações interpessoais, como a produção de vínculos, e acolhimento; nas leve-duras os

saberes bem estruturados, como a epidemiologia e a clínica psicanalítica; já as duras são compostas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

Segundo Jorge et al (2011) é imprescindível a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos componentes da prática nos serviços de saúde mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. Além disso, as tecnologias leves (ou relacionais) são operadas no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuário no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos e por isso podem estreitar o elo entre usuários, profissionais, e as práticas de cuidado individuais.

Frente ao exposto, objetivou-se identificar sob a ótica dos usuários as tecnologias leves presentes no tratamento da DQ oferecido em uma instituição hospitalar.

4.2.4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, com enfoque de análise qualitativa, cujo cenário de estudo foi o *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*, localizado no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, no município de Vitória.

Por ser considerada mais apropriada para investigar o problema na medida em que possibilita o estudo das relações humanas e seu universo de significados, sendo o contexto indispensável para a análise do fenômeno (MINAYO, 1992), fez com que se optasse pela natureza qualitativa neste estudo.

Os sujeitos escolhidos de forma intencional (não-probabilística) foram dez participantes do serviço, correspondente as modalidades de tratamento oferecido pelo PRESTA, a saber: triagem (3 sujeitos), internação (4 sujeitos) e pós-tratamento (3 sujeitos). A escolha considerou a adesão do usuário ao tratamento e utilizou-se

como critério de inclusão a participação em pelo menos duas atividades disponibilizadas pelo PRESTA.

A escolha intencional dos sujeitos se deu pelo próprio desenho do estudo qualitativo. A finalidade na amostra qualitativa é compreender o fenômeno de interesse, assim as investigações qualitativas dependem de amostras selecionadas propositalmente e, portanto o pesquisador escolhe os indivíduos e que podem dar as melhores informações referentes à pergunta do objeto de pesquisa a ser compreendido (MAYAN, 2001).

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a observação sistemática do serviço e o grupo focal. O grupo focal foi realizado no serviço com duração de uma hora e trinta minutos, sendo conduzido mediante a utilização de um roteiro de entrevista com questões norteadoras que versavam sobre a visão do usuário sobre os diversos aspectos do Programa (APÊNDICE D). As falas dos sujeitos foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a transcrição, para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo baseado em Bardin (2004), seguindo-se o plano de análise disposto pela autora: leitura flutuante; constituição do corpus, definição das unidades de sentido; agrupamento e subcategorização; categorização. A abordagem conceitual de tecnologias em saúde construída por Merhy (1997; 2002) foi utilizada como unidade de contexto para análise dos dados. Por fim, após a categorização emergiram quatro categorias temáticas: “Estratégias Grupais e sua relação com o cuidado; Modelo dos 12 Passos como tecnologia no cuidado; Utilização de filmes como tecnologia terapêutica e; Confiança e Compromisso nas relações de cuidado.”

Este estudo foi autorizado pelo Comando Geral da Polícia Militar do Espírito Santo (APÊNDICE A) e integra a pesquisa intitulada “*Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade capixaba*” que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o N.º. 338.114 de acordo com os dispositivos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Para tanto, os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e

esclarecido (APÊNDICE B) bem como foram informados da finalidade da pesquisa, dos riscos e benefícios de sua participação e, sobretudo da sua saída em qualquer fase da condução da pesquisa. A fim de garantir o anonimato dos participantes, os nomes apresentados na seção resultados foram substituídos por nomes fictícios e bíblicos.

4.2.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço analisado atende aos servidores civis e militares da Política Militar, bem como os respectivos dependentes e a comunidade em geral, realizando consultas das diversas especialidades profissionais, atividades educativas, psicoterapia com diferentes atividades como meditação, terapia corporal e ocupacional, relaxamento, educação física, prevenção de recaída, grupo de família, atividade literária, aconselhamento e atividade artística.

Em suma, vários momentos e atividades realizados no tratamento no serviço analisado se constituíram e utilizaram tecnologias leves para sua concretização. Estas atividades contribuíram para uma aproximação e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários do serviço. Dentre elas destacam-se as atividades grupais, com ênfase para o modelo dos doze passos e as oficinas com utilização de filmes.

4.2.5.1 ESTRATÉGIAS GRUPAIS E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO

As atividades de grupo são enfocadas principalmente com o objetivo de buscar adesão ao tratamento proposto pelos diferentes programas do Ministério da Saúde, e na prevenção de riscos. As ações pretendidas para os grupos, na maioria das vezes, circulam pelo campo da educação em saúde, com uma forte base na informação e esclarecimento da doença ou o agravo (ABRAHÃO; FREITAS, 2009). Contudo, ainda nota-se pouca exploração do potencial dos grupos e, na maioria das vezes, falta incorporação pelos profissionais na rotina dos serviços (SILVA et al., 2003; MAFFACCIOLLI, 2006).

Variados métodos de atenção são utilizados no tratamento da DQ e nesse contexto as atividades grupais são estratégias de intervenção amplamente adotadas nos serviços de saúde mental que compõem a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997; DIEHL, 2011). Ao investigar as intervenções terapêuticas oferecidas e sua aprovação por parte dos usuários, notou-se que as atividades grupais foram apontadas por todos os usuários como um ponto forte do tratamento a eles oferecidos no PRESTA:

“O meu ponto positivo [...] é o trabalho em grupo, como eu [...] nunca tinha ficado internada, pra mim foi uma experiência muito dura. [...] eu vejo, que eu via aqui dentro, que tinha muitos companheiros que tava tentando, tava demonstrando o carinho e o afeto por não me conhecer, eles me deram, e me ajudaram muito” (Maria).

Da mesma forma como visto em nosso estudo, resultados encontrados por Jahnet al. (2007) evidenciaram que os grupos são vistos pelos usuários de SPAs como uma família e um lugar seguro, onde todos compartilham do mesmo problema e, portanto todos se ajudam mutuamente para conseguirem se manter em abstinência e adquirirem força para reconstruir suas vidas, que ficam comprometidas pelo processo da DQ.

A literatura sobre grupo apresenta e discute diversos modos de abordagem. São estudos relacionados a uma perspectiva terapêutica, outros de pesquisa, de intervenção institucional (ABRAHÃO; FREITAS, 2009). Contudo, independente da orientação teórico-metodológica que impulse a utilização dos grupos na assistência aos usuários de SPAs, em nosso modo de ver, os grupos proporcionam o encontro de sujeitos distintos (profissionais e usuários; usuários e usuários) produzindo ou intermediando relações de ajuda, de confiança e de cuidado, ou seja, possuem caráter relacional. Então, constituem-se de uma tecnologia leve no cuidado em Saúde. Sob esta ótica, concordamos com Souza (2005), quando este afirma que a estratégia de grupo possibilita quebrar relações verticais e favorece a criação de vínculos e espaços de reflexão coletiva com os sujeitos acerca de suas situações de vida.

Ademais, um dos motivos de adesão aos programas de dependência química é a terapia de grupo, pois esta atividade que faz com que as pessoas se reconfortem

emocionalmente ao verem que o seu problema de dependência é idêntico ao de outros membros do grupo (FERRARINI, 1986).

A atividade grupal proporciona um formato coletivo de trabalhar com a subjetividade humana e também com a relação dos sujeitos entre si. Porém, nem todas as questões e sujeitos se adaptam ou tem suas necessidades e singularidades valorizadas nesse modo de operar a assistência (SOUSA; PINTO; JORGE, 2010). Esta questão pode ser observada na fala:

“Outra coisa [importante] é a terapia de grupo, [...], às vezes a gente aqui dentro percebe que algumas pessoas querem tratamento, se enturmam e se envolvem no tratamento, outras ficam inibidas, e outras até mesmo não querem e acabam até atrapalhando o tratamento do grupo e tal, e lá fora vai ser da mesma forma“ (Mateus).

A inibição citada na fala supracitada pode estar relacionada à falta de adaptação a atividade grupal e por isso cabe salientar que existem atividades que se adequam mais a um ou outro usuário, a partir da sua própria escolha e que, por causa desse interesse pessoal, torna a atividade efetiva no cuidado. Em outras palavras, a relação existente na intervenção é terapêutica, e não a intervenção (ALMEIDA et al., 2004; JUCA; LIMA; NUNES, 2008).

Ainda a esse respeito, em consonância com o pensamento de Almeida e outros autores (2004), defendemos que o grupo por si só (enquanto atividade) não é terapêutico, mas ao intermediar o diálogo e o vínculo, tem potencial para produzir relações terapêuticas e nesse contexto torna-se uma tecnologia relacional relevante no cuidado. Principalmente porque o grupo é uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias da vida que tem algum impacto na saúde dos indivíduos e de grupos (SOUZA et al., 2005)

Conforme Bourguignon, Guimarães e Siqueira (2010), para que as possibilidades terapêuticas aumentem por meio do processo terapêutico grupal, é necessário que o profissional esteja preparado para reconhecer e compreender os motivos pelos quais os usuários procuram assistência dos serviços de saúde. Para tanto, a atitude dos profissionais deve ser capaz de propiciar informação, educação em saúde, reflexão e suporte. Estas autoras ainda afirmam que o grupo é uma forma de

explorar estes aspectos, e deve perpassar a necessidade de atender uma grande demanda ou uma forma informal de prestar assistência.

Bezerra Jr. (1993) diz que é preciso compreender o grupo enquanto espaço produtor de conteúdos comportamentais. Segundo o autor, o fato de estar entre vários que vêm de uma condição similar à sua pode funcionar como elemento facilitador da verbalização e associação:

“No meu caso as atividades que eu pude participar são mais importantes pra mim, foram as atividades de grupo, onde cada um expõe o seu “problema”, as dificuldades, e onde a gente se conhece, então conhece por nome e por, né...o “problema” de cada um, e baseado nessas atividades aí, a gente tira nossos proveito, né, pra nossa melhoria, psicológica né, os meio de se dispersar dessa droga aí” (José).

Nesse sentido, como diz Coelho e Jorge (2009), o grupo como tecnologias das relações supõe troca de saberes, diálogo entre os trabalhadores e usuários. Os autores ainda ressaltam que ao abordar a estratégia grupal como tecnologia leve, não se referem a um conjunto de pessoas reunidas em algumas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, muito pelo contrário dizem respeito à produção de uma identidade de grupo, como o conjunto formado por usuários e trabalhadores, que estabelecem conexão para as construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

4.2.5.2 MODELO DOS 12 PASSOS COMO TECNOLOGIANO CUIDADO

Dentre as estratégias realizadas no PRESTA e citadas pelos participantes do estudo, cabe ressaltar o modelo dos 12 passos. Os sujeitos relacionaram a eficácia do serviço com a utilização deste modelo, como explícito no trecho a seguir:

“E já há algum tempo eu vinha ouvindo falar do tratamento, e o tratamento [no PRESTA] funciona devido aos 12 passos” (Marcos).

O Modelo dos Doze Passos, (modelo de Minnesota ou dos Alcoólicos Anônimos), concebe a DQ como uma doença que tem a abstinência como meta. É um modelo grupal que objetiva a concretização dos 12 passos como estágios para o tratamento e busca uma reorganização global na vida do sujeito (WINTERS, 2000; DIEHL,

2011). Ainda inclui a admissão de que existe um problema em relação ao uso do álcool; a busca de ajuda; a partilha em nível confidencial, e as relações que os membros do grupo mantêm entre si e com a sociedade em geral (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2001).

Segundo Campos (2004), a eficácia do modelo construído pelos Alcoólicos Anônimos (AA) para a recuperação do alcoolismo é reconhecida mundialmente, influenciou a constituição de grupos relacionados ao tratamento de outras dependências, como: Narcóticos Anônimos, Neuróticos Anônimos, Jogadores Anônimos, dentre outros. Este mesmo autor afirma que a estratégia terapêutica de AA possibilita que o sujeito reconstrua os vínculos familiares e profissionais pelo cultivo de sua responsabilidade, tornando-o responsável pelo cuidado de si mesmo, cumprindo seus deveres em relação à sua família e ao seu trabalho.

“Eu já conhecia os doze passos, que eu já frequentei um grupo de autoajuda, então já fiz até o sétimo passo já da outra vez, [...] esse programa [PRESTA][...] requer você praticar as mudanças na sua vida, e documentar os resultados em uma espécie de agenda, fazer um inventário de que resultado você quer chegar, ocupar seu tempo, essas coisas assim, então eu consegui enriquecer muito com isso” (Elias).

As reuniões são momentos de compartilhamento de experiências individuais: histórias de vida, conflitos, perdas e conquistas, sob a luz dos passos e tradições que sustentam o modelo de AA (ALCOOLICOS ANÔNIMOS, 2001). Desta forma, consideramos este modelo como tecnologia leve ao permitir a construção do cuidado a partir da relação entre os sujeitos. Além disso, é uma tecnologia eficaz, pois mudanças de comportamento e falsas crenças, aquisição de habilidades para convívio em sociedade, aprendizado de mecanismos de enfrentamento de problemas são efetivados por meio das relações estabelecidas nas reuniões do modelo AA.

Somado a isto o Modelo dos Doze Passos é:

“[...] uma estratégia terapêutica viabilizadora da recuperação dos vínculos sociais, familiares e até mesmo pessoais, resgatando a responsabilidade desses doentes acerca da valorização de sua saúde, permitindo a retirada da estigmatização de falta de comprometimento perante seus afazeres e

ressaltando sua busca incessante em parar de beber” (MENDES; MACEDO, 2012).

4.2.5.3 UTILIZAÇÃO DE FILMES COMO TECNOLOGIA TERAPÊUTICA

Também foi apontada pelos entrevistados no estudo a satisfação com atividades terapêuticas com a utilização de filmes, que abordam a DQ, com consequente reflexão posterior a exibição do mesmo:

“Eu vejo que algumas terapias através de filmes, vivenciavam, é...experiências dentro de “drogadição” e álcool, elas me levaram a refletir daquilo que eu fazia que as vezes eu nem tinha conhecimento” (Moisés).

A estratégia terapêutica em questão traz a tona também o sentimento de empatia e de identidade com as realidades expressas nos filmes e por sua vez fomenta e estimula o diálogo e compartilhamento de experiências entre os usuários e profissionais. Portanto, é uma tecnologia de cuidado leve, sobretudo porque as repercussões da estratégia emergem da interação e das relações constituídas entre os sujeitos. Através de filmes sobre a DQ é possível identificar como se iniciam e se agravam os problemas sociais, principalmente os familiares, decorrentes do uso, abuso e dependências de drogas.

Silva e outros autores (2008) em seu trabalho discutiram sob a perspectiva do cinema, diversos tipos de relações familiares na presença do uso de drogas e concluíram que é possível a utilização de filmes para analisar as relações familiares na presença do uso de drogas, uma vez que retratam valores sociais relacionados ao consumo de drogas vigentes em diferentes épocas e culturas. Então, a comparação entre as diversas abordagens sobre drogas em momentos e locais diferentes é possível. Ainda afirmaram que o cinema, por meio da imagem, propicia a reflexão de atitudes, valores e normas sociais que estão incorporados nos hábitos das pessoas.

Estudos descrevem benefícios da psicoterapia com a utilização de filmes. Conforme Berg-Cross, Jennings e Baruch (1990) o impacto da terapia através de filmes promove melhora da comunicação do usuário com o profissional, de modo mais

efetivo pelo compartilhamento de um vocabulário mais rico, composto inclusive de imagens.

Tyson, Foster e Jones (2000) concluíram que a utilização dos filmes ajudaria na descrição de um transtorno mental, assim como no seu reconhecimento pelo usuário, demonstram objetivos a serem alcançados no tratamento e aumentam a chance do usuário aceitar o tratamento e observar comportamentos relevantes de outras pessoas com problemas semelhantes, promovendo empatia.

Aliva, Vianna e Lotufo Neto (2010) ao realizarem uma revisão de estudos acerca da psicoterapia com utilização de filmes concluíram que muitos estudos sugerem benefícios e alguns mais consistentes apontaram provável eficácia do seu uso. Apesar disso, seu efeito terapêutico ainda precisa de evidência científica de melhor qualidade que o sustente de fato. A esse respeito, é necessário pontuar que muito mais relevante que a exibição dos filmes é o laço e as construções que se estabelecem a partir dela. Assim sendo, o filme é apenas um catalisador da construção de vínculos entre os atores do tratamento e potencializador de tecnologias relacionais (comunicação, reflexão, diálogo) subsequentes a sua utilização.

4.2.5.4 CONFIANÇA E COMPROMISSO NAS RELAÇÕES DE CUIDADO

Outras tecnologias relacionais identificadas na assistência oferecida aos sujeitos foram a confiança e o compromisso.

“Todos eles [profissionais] tem conhecimento, conselho pra da pro grupo durante esse horário [meditação], e como eu tô aqui já, já vou sair amanhã eu posso te falar com certeza, de que se a pessoa prestar atenção ele vai conseguir aplicar alguma coisa disso, quando ele sair lá fora” (João).

A partir desta fala, podemos perceber a confiança depositada no trabalho dos profissionais. Esta confiança construída através das relações estabelecidas nos diversos momentos de encontro permite potencializar mudanças de comportamento, crenças e atitudes que extrapolam os muros das instituições de tratamento e, neste caso particular o PRESTA. A confiança permeia a vida de um indivíduo em diversos

momentos e relações, com consequências que afetam significativamente a sua trajetória e a daqueles com os quais interage. É considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações (LEWIS; WEIGERT, 1985). Alguns sentimentos são observados frequentemente entre usuários em tratamento de DQ, como por exemplo: baixa auto-estima, abandono, tristeza, impotência, desvalorização. Neste cenário, os grupos são instrumentos que permitem resgatar valores, possibilidades e potencialidades dos sujeitos e, indubitavelmente só conseguem quando o usuário estabelece uma relação de confiança com todo o grupo.

Merhy (1997) diz que a ideia de vínculo deveria nos levar a pensar sobre a responsabilidade e o compromisso. Ainda diz que estabelecer vínculos está ligado a desenvolver relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrer do outro e nos sentimos também responsáveis por ele. No PRESTA o compromisso dos profissionais estreita a relação com os sujeitos e potencializa o cuidado oferecido:

“Então você cria um vínculo de compromisso quando você cumpre a sua parte, e te deixando crédito de cobrança, você pode cobrar a pessoa” (Abraão).

No que diz respeito ao compromisso e confiança no trabalho em saúde, Merhy (1997; 2002) diz que as abordagens assistenciais de um trabalhador de saúde junto a um usuário, são produzidas através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações. Em suma, acontece um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e responsabilidades.

Esta relação de confiança e compromisso também tem repercussões na adesão do usuário ao tratamento, como no estudo realizado por Marques et al. (2002), onde os resultados revelaram que o abandono do tratamento para a dependência química pode ser influenciado por aspectos como a postura dos profissionais.

O tratamento da DQ pressupõe estabelecimento de vínculos fortes (com confiança e compromisso), para além de aumentar a adesão e atingir metas estabelecidas, mas principalmente para que o sujeito – que frequentemente já tem seus vínculos e

relações desestruturadas – experimente e aprenda que tem potencial para reconstruir e/ou fortalecer seus vínculos familiares e sociais. A esse respeito, nos reportamos a Merhy (1997; 2002) que afirma que o processo de trabalho em saúde só é possível acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação.

Portanto, o encontro de profissionais e usuários com confiança e compromisso entre ambos faz com que ocorra “(...) a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (MERHY, 2002).

4.2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados analisados nota-se que os usuários do serviço identificaram as tecnologias leves presentes no tratamento do qual participavam, avaliando as mesmas de forma bastante positiva, apontando suas repercussões para mudança de hábitos pessoais, bem como a relevâncias destas tecnologias para sua reinserção social e familiar.

As atividades grupais, incluindo o modelo dos doze passos, foram estratégias bem avaliadas pelos participantes do estudo sendo relacionada pelos mesmos a eficácia do tratamento. A postura profissional, fundamentada no compromisso e na confiança também foi vislumbrada pelos participantes.

Desta forma, este estudo ratifica a importância das tecnologias leves no tratamento da Dependência Química e, sobretudo no que diz respeito à postura dos profissionais na construção de vínculos estabelecidos por meio da confiança e compromisso que geram adesão e satisfação da parte dos usuários.

Além disso, os resultados contribuem para afirmar que não é modalidade de tratamento, como por exemplo, a internação ou regime ambulatorial (ambos os

presentes neste estudo) que garantem adesão e/ou satisfação com o cuidado e sim as tecnologias, sobretudo as relacionais empregadas no contexto, no momento e com os sujeitos adequados.

4.2.7 REFERÊNCIAS

ABRAHAO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, set. 2009.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos e as doze tradições**. São Paulo: JUNAAB Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos, 2001.

BERG-CROSS, L.; JENNINGS, P.; BARUCH, R. Cinematherapy: theory and application. **Psychotherapy in Private Practice**, v.8, n.1, p. 135-157, 1990.

ALMEIDA, A; MORAES, B.; BARROSO, C; BARROS, M.; SAMPAIO, J. Oficinas em saúde mental: relato experiências em Quixadas e Sobral. In: COSTA, C. M; FIGUEREDO, A. C. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 117- 134.

BEZERRA JR., B. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura 4: Grupos e coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 129-144.

BOURGUIGNON, L.N; GUIMARÃES, E.S.; SIQUEIRA, M.M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Estado do Espírito Santo. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.3, p.467-473, jul./set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**, 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, E.A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. e cols. **Dependência química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Rio Grande do Sul (RS): Artmed; 2011.

FERRARINI, E. **Tóxicos e alcoolismo**. São Paulo: Edição do autor, 1986.

JAHN, A. C. et al . Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2007.

JORGE, M. S. B. et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

JUCA, V. J. S.; LIMA, M.; NUNES, M. O. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. **Mental**, Barbacena, v. 6, n. 11, dez. 2008.

LEWIS, D.; WEIGERT, A. Trust as a social reality. **Social Forces**, v. 63, n. , p.967-985, 1985.

MAFFACCIOLLI, R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: uso e modos de intervenção terapêutica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, ago. 2006.

MARQUES, A.C.P.R.; BUSCATTI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. **O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno?** J. Bras. Dep. Quím., Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 17-23, 2002.

MAYAN, M. J. **An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals**. Edmonton, Universidade of Alberta, 2001.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Socioeconômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/ PB, 2005.

MENDES, A.; MACEDO, J.A. Alcoolismo: Um estudo sobre a importância dos centros especializados na modificação dos ébrios habituais. **Estação Científica - Juiz de Fora**, n. 07, jun. 2012.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo emsaúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

OLIVA, V. H. S.; VIANNA, A.; LOTUFO NETO, F. Cinematerapia Como Intervenção psicoterápica: Características, Aplicações e IDENTIFICAÇÃO de Técnicas cognitivo-comportamentais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 3, dez. 2010.

OLSCHOWSKY, A. et al . Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, Dezembro, 2009.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, maio 2004.

SILVA, A. L. A. C. et al. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 11, p.18-24, 2003.

SILVA, E. A. et al . As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, jun. 2008 .

SOUSA, D. L.M.; PINTO, A.G.A; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis , v. 19, n. 1, mar. 2010.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

SZUPSZYNSKI, K. P. D.R.; OLIVEIRA, M.S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, jun. 2008.

TYSON, L.; FOSTER, L.; JONES, C. The process of cinematherapy as a therapeutic intervention. **Alabama Counseling Association Journal**, v. 26, n. 1, p. 35-41, 2000.

VIDAL, A. **Psiquiatria**. Editorial Médica Panamericana, 1986.

WINTERS, K.; et al. The effectiveness of Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. **Addiction**, n.95, p. 601-612, 2000.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, dez. 2004.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Col.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos, portanto, que ao nos reportarmos ao cuidado e a tecnologia, precisamos primeiro nos questionar qual a finalidade do cuidado, para então, compreendermos que tipos de tecnologias estão se referindo. Pois é a forma de cuidar que direciona quais as tecnologias são necessárias em uma determinada situação, ou seja, para prestar um cuidado eficiente e eficaz, necessitamos de diferentes tipos de tecnologia: de uma tecnologia dura, quando utilizamos instrumentos e equipamentos, de uma tecnologia leve-dura, quando lançamos mão de conhecimentos estruturados (teorias ou modelos de cuidado) e de tecnologias leves, observou-se que esta já era realizada no momento do acolhimento.

As inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não podemos esquecer que é o cuidado que utiliza a tecnologia, e quando há tal compreensão apontamos em direção a um cuidado de enfermagem mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado.

Assim, o cuidado e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o cuidado, resultante do um trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem estar e contribua com uma vida saudável ou uma morte tranqüila.

Vimos que a oferta de tratamento que é realizada na atualidade pelo PRESTA tem boa aceitação por parte dos usuários, que se vê em sua maioria assistida de forma adequada, fazendo uma avaliação positiva do mesmo.

O fato de este serviço estar localizado dentro de uma estrutura física e ter em sua maioria funcionários militares não parece influenciar de forma negativa na busca por este serviço uma vez que a maioria se diz sentir bem acolhida.

Frente ao que coletamos de informações, percebemos que existem possibilidades, de em outro momento se realizar outras pesquisas até mesmo com relação a equipe

de trabalho, suas ações e intervenções para melhoria do atendimento aos usuários que buscam aquele serviço.



6 REFERÊNCIAS

Parece-me também perceber [...] sólida crença que, para filosofar, seja necessário apoiar-se nas opiniões de algum célebre autor, de tal forma que o nosso raciocínio, quando não concordasse com as demonstrações de outro, tivesse de permanecer estéril e infecundo. [...] a coisa não é assim". (GALILEU, 1983: 119)*

AYRES, J.R.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, jan./jun. 2001.

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. Empowerment and psychosocial care: notes on a mental health association. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.

AMARANTE, P. D. C.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re) construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 65-76, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRA, D.C.C. et al. Evolução histórico e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p. 422-30, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BECK, C.L.C. et al. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.503-10, jul./set.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004_a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004_b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004_c.

BRASIL. Resolução Nº 3, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 out. 2005. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/noticias_detalhes.jsp?IdPJ=1&id_noticia=6293>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 23 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília, 2009_a.

BRASIL. **Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-211)**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2009_b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. . Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BOSI, M.L.M; Mercado F.J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 13, n. 29, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 Ago. 2013.

CAMPOS, F. C. B. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000a. 177f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000a.

CAMPOS, F. C. B. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000, 236p.

CARNEIRO, A.O. et al. Construindo Saberes e Práticas: O projeto humanização em Petrolina, Pernambuco. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.40, p.86-90, jun. 2007.

CARVALHO, A. L. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, v. 52, s.n, p. 74-82, 1996.

CARVALHO, C.A.P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São Paulo, v.15, n.2, p.93-5, abr./jun. 2008.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no Centro de atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto, 2003, 190p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 2, p. 29-48, 1997.

DAVIES, A. R.; WARE, J. E. Involving consumers in Quality of Care Assessment. **Health Affairs**, v.7, p. 33-48, 1998.

DELGADO, P.G., et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F; MELLO, A. A. F; R; KOHN, R., **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, p. 39-83, 2007.

DIETERICH, H. **Nueva guía para la investigación científica**. México: Colônia Arenal, 1997.

DIMENSTEIN, M. A. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e a humanização da assistência. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, 2004, p.112- 117.

DONABEDIAN, Avedís. **La calidad de la atención médica**. México: Ediciones Copilco, 1984.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v.44, n. 3, p. 166, Part 2, 1966.

ELWIN, M.W. Improving the quality of health care. Methods for incorporating patients views in health care. Education and Debate. **British Medical Journal**, v.326, p.877-879, 2003.

ESPERIDIÃO, Monique. **Avaliação de Satisfação de Usuários: I. Considerações teórico-conceituais**, 2004.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico- conceituais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-76, 2006.

ESPÍRITO SANTO. Polícia Militar . **Programa de Reabilitação do Toxicômano e Alcoolista atendeu 3,9 mil pessoas em 2010**. Publicada em 09/09/2011. Disponível em: <<http://www.pm.es.gov.br/noticia/noticia.aspx?idNoticia=10197>>. Acesso em: 13 set. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992. 295p.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo de saúde-doença das famílias e do coletivo. **Manual de Enfermagem**. Ministério da Saúde, 2000.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.38, n.2, p.143-51, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, MG, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; PANIZZI, M.; FOSCHIERA, M. **O “Acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde**. Chapecó: Secretaria Municipal da Saúde, mimeo, 7 p., 2003.

GARCIA, M. L. P.; JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: um estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência e saúde coletiva**, v.11, n. 3, p. 765-774, 2006.

GIORDANO, J. R. S.; PEREIRA, L. M. F. Saúde Mental. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; p.133-50, 2000.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 6. ed. São Paulo: Ed. Perspectiva,1999. 312p.

GONÇALVES, S.; FAGUNDES, P.; LOVISI, G. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n. 1, p. 105-113, 2001.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.99-105, 2004.

GONZÁLES, A. R; TODRA, U. M. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de La Cuenca. **Revista Española de Salud Pública**, v.74, maio/jun. 2000.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.

GUZMÁN, J. L. **Eu não sou um número não... (des)encontros de uma relação médico – paciente – tecnologia no contexto da Aids**. 2007. 343 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

HOLLAND, W. E. *Evolution of health care*. Oxford,1993.

KANTORSKI, L. P. Os desafios da avaliação no campo da Saúde Mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.1, p. 10, jan/mar. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a01.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos Centros de Atenção psicossocial da Região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 9, p. 29-35, 2009.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 13, n. 1, 1997.

LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LIMA, J.O. R. et al. Aprendendo o Cuidado Humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v.6, n.1, p.11-20, jan./mar.2007.

LOUREIRO, R. J. **Programa de Dependência Química para Profissionais de Segurança Pública – Uma Contribuição para a Enfermagem**. 2006. 18 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na Rede Pública. Alguns resultados de experiência de Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p 2134, set./dez. 2000.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARQUES, I. I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 1,p. 141-144, 2010. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en>. Acesso em: 02 jul. 2013.

MARTINS, P. G. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção**. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Ribeirão Preto/SP, 2006.

MCCABE, R. et al Patient-reported outcomes in chizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, v. 191, p. 21-28, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2008.

MENDES, R. N. S. **Humanização e acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a Assistência no Sistema Único de Saúde** Mendes, 2010. 35 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MERCIER, L. et al. Measuring clients perception as outcome measurement. In: Roberts, A. R.; YEAGER K. R.; editors. **Evidence-based Practice Manual: Research an outcome Measures in Health and Human Services**. New York: Oxford University Press, 2004, 904 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.117-160, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): HUCITEC; 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MORAES, R. Análise de conteúdo: limites e possibilidades. In: ENGERS, M.E.A. (org.) **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

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

NERY, S. R. **O Acolhimento no Cotidiano dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina- Paraná**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2006.

NUNES, M; JUCÁ, V. J; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-84, out. 2007.

NUNES, G. M. et al. **Os Desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde**. Gestão Social e Políticas Públicas de Desenvolvimento: Ações, Articulações e Agenda. III Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, (ENAPEGS). Juazeiro/BA –Petrolina/PE, maio 2009.

OLIVEIRA, A. A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**, UFRJ, v. 6, 2000.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 43, n. 4, p.595-603, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001** – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2001.

OTERO, P. A; SATURNO, H. J. P.; MARQUET, P. R. Mejora de la calidad em atención primaria. In: MARTIN, Z.A.; CANO, P.J; organizadores. **Atención primaria: conceptos, organización y práctica**. Madrid: Harcourt, p. 399-420, 1999.

PEREIRA NETO, A. F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cadernos de Saúde Pública**. v.16, n. 2, p. 399-409, abr./jun. 2000.

PERREAUULT, M. et al. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. **Evaluation and Program Planning**, v. 33, n. 4, p. 410-7, 2010.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco, 2005.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set. 2010.

ROTELLI, F. et al., Desistitucionalização, uma outra via – A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados. In: NICÁRIO, F. (org). **Desistitucionalização**. 2. ed. Cap.1, p.17-59. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SARACENO, B.; FRATTURA, L.; BERTOLOTE, J. M. Evaluation os psychiatric services: hard and soft indicators. In: WHO. **Innovative approches in service evaluation** (Doc: WHO/MINH/MND/93.19). Genebra, WHO, 1993.

SCHMIDT, B. M; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.

SCHOLZE, A. S. et al. A Implantação do Acolhimento no Processo de Trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: jun. 2013.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVEIRA, M. G. G. et al. **Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde**. *Pediatria*, São Paulo, v.28, n.4, p.226-33, 2006.

SILVA, L. G. ; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p.80-91, 1994.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2008.

SIQUEIRA, M.M.; BUAIZ, V., SILVA, P.F., WANDEKOKEN, K.D., GOMES, T.C. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas. **E-Book do III Congresso SPESM Informação e Saúde Mental**. SPESM: Silves-Portugal, p.15-21, 2011.

SOBRINHO, J. D. Avaliação institucional, instrumento da qualidade educativa: a experiência da Unicamp. In: BALZAN, N. C.; SOBRINHO, J. D.; orgs. **Avaliação institucional: teoria e experiências**. 2. ed. . p.53-86. São Paulo: Cortez, 2000.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara S.A, 1984. 408p.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. p. 121- 136. Petrópolis: Vozes, 2004.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.7, p.113-128, 2000.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Cienc. Saude Colet**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-97, set. 2005.

VIDAL, G.; ALARCÓN, R. **Psiquiatria**. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1986.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 593-598, 2004.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço de saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290 p. Tese (Doutorado) – Área de cocentração: Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL (TCI)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Vitória, ____/____/2012.

Ao Comitê de Educação do Hospital da Polícia Militar:

Vimos através deste, informar a este Comitê, que estaremos realizando a pesquisa intitulada “**Avaliação de um Serviço de Dependência Química sob a ótica dos usuários**”, sob a Coordenação da Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira, participação de alunos de iniciação científica e da Enf^a e mestranda Rosa Helena Gomes da Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

A pesquisa tem como objetivo, avaliar os resultados do tratamento ofertado pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) na perspectiva dos usuários, sendo necessário para o seu desenvolvimento as seguintes técnicas de investigação – observação participante junto a coordenação, equipe técnica, usuários e seus familiares e, também, um grupo focal com os usuários.

Esclarecemos ainda, que anexamos o projeto de pesquisa e, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Desde já agradecemos a atenção e colaboração.

Atenciosamente,

Enf^a. Rosa Helena Gomes da Silva (mestranda)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira (orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

DIRETORIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

Prot. nº: 07264

Em 05/10/2012



PENHA
PROTOCOLISTA
SINFOP/Protocolo Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS

Vitória, 05 de outubro de 2012.

À Comissão de Educação Continuada do Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo

AO: Sr. Presidente da CEP.

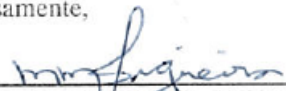
Assunto: Autorização para realização de projeto de pesquisa

Comunicamos que o Centro de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas (NEAD) realizará a pesquisa intitulada "Avaliação de Serviços de Saúde Mental", sob a Coordenação da Prof.^a Dr.^a Marluce Miguel de Siqueira e participação dos pesquisadores Marcos Vinícius Ferreira dos Santos e Rosa Helena Gomes da Silva, mestrandos do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. A pesquisa tem como objetivo avaliar as ações de saúde ofertadas pelos serviços de Saúde Mental do Espírito Santo.

E gostaríamos de incluir o Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista como local de estudo, onde entrevistaremos coordenador, profissionais, usuários e familiares do serviço. A pesquisa utilizará como técnica de coleta de dados, questionários que serão aplicados aos participantes. O projeto se encontra em anexo e nos dispomos para demais esclarecimentos.

Desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,


Prof.^a Dr.^a Marluce Miguel de Siqueira

Coordenadora de Pesquisa do CEPAD-CCS-UFES

Pesquisadora do Projeto de Pesquisa - Avaliação de Serviços de Saúde Mental

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, o qual está em duas vias: uma delas será minha e a outra será da pesquisadora responsável. Se houver dúvidas, poderei solicitar o esclarecimento prévio.

Título da pesquisa

Projeto - Rede de Saúde Mental: Avaliando a Realidade Capixaba

Sub-projeto - Avaliação de um Serviço de Dependência Química sob a ótica dos Usuários.

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira e Enf^a. Rosa Helena Gomes da Silva

Objetivo

Avaliar os resultados do tratamento ofertado pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) na perspectiva dos usuários

Duração e local

O estudo será realizado no Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA), onde serei entrevistado.

Direito de Recusa

Fui esclarecido que minha recusa não trará nenhum prejuízo com a instituição tendo direito de interromper livremente a minha participação ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização.

Autonomia

Estou ciente que minha participação é livre e espontânea e que posso me recusar a responder qualquer pergunta que achar conveniente.

Garantia de sigilo de identidade

Fui esclarecido que as informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a minha privacidade e anonimato, uma vez que, não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto.

Beneficência

Os benefícios relacionados à pesquisa com sua participação são as contribuições para melhoria do Programa Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA).

Risco/desconforto

Estou ciente que esta pesquisa não traz nenhum risco, apenas o inconveniente de ocupar um pouco do seu tempo.

Ressarcimento

Fui esclarecido que esta pesquisa não implica despesa e também que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Esclarecimentos de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei realizar contato com as responsáveis pela pesquisa:

- Rosa Helena Gomes da Silva - (27) 9275.2130 – rosahgomes@yahoo.com.br

Marluce Miguel de Siqueira – (27) 3335.7492 – marluce.siqueira@ufes.br.

Caso, não consiga poderei entrar em contato com o site do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: 3335.7211 – www.ccc.ufes.br/cep

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, è por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos citados acima.

Vitória, _____ de _____ de 2013.

Participante da Pesquisa

Enf^a. Rosa Helena Gomes da Silva (Mestranda em Saúde Coletiva)

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira (Orientadora)

APÊNDICE C - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Observar os usuários, nos aspectos abaixo relacionados e descrevê-los no diário de campo, de forma objetiva e sucinta, quanto a:

- Interação;
- Integração e
- Participação.

APÊNDICE D – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você participará de um grupo focal, cujo objetivo é contribuir para a avaliação de um serviço de saúde mental sob a ótica dos usuários deste serviço. O grupo terá como base as questões norteadoras da nossa “roda de discussão” sobre a temática (abaixo); esclareço ainda, que o grupo terá a duração de 60 minutos. Agradecemos, antecipadamente, sua atenção, colaboração e participação.

Para usuários no pré-tratamento:

- 1) Como conheceu e chegou ao Programa?
- 2) Como foi acolhido no Programa? E, as orientações sobre sua rotina?
- 3) Quais as atividades realizadas para o seu tratamento? Elas abrangem a integralidade do cuidado? Elas são suficientes para sua abstinência?
- 4) Existe envolvimento familiar no seu tratamento? O que acha disso?
- 5) O que você sugere para melhoria do Programa?

Para usuários internados no Programa:

- 1) O que você acha da rotina do Programa para o seu tratamento?
- 2) Como você avalia a atuação da equipe técnica no seu tratamento?
- 3) Quais as atividades realizadas para prevenção da recaída e sua reinserção na sociedade?
- 4) Existe participação familiar no seu tratamento? O que acha disso?
- 5) O que sugere para melhoria do Programa?

Para usuários do pós-tratamento:

- 1) O que você achou da rotina do Programa no seu tratamento?
- 2) Como você avaliaria a atuação da equipe técnica no seu tratamento?

- 3) Quais as atividades realizadas para prevenção da recaída e sua reinserção na sociedade?
- 4) Existe participação familiar no seu tratamento? O que acha disso?
- 5) O que sugere para melhoria do Programa?