

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

LORENA SILVEIRA CARDOSO

**Programa de atendimento ao alcoolista:
Avaliando a satisfação e
a percepção de mudanças dos seus usuários**

VITÓRIA

2014

LORENA SILVEIRA CARDOSO

**PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISTA:
AVALIANDO A SATISFAÇÃO E
A PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS DOS SEUS USUÁRIOS**

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

2014

Ficha Catalográfica

LORENA SILVEIRA CARDOSO

**PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO ALCOOLISTA:
AVALIANDO A SATISFAÇÃO E
A PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS DOS SEUS USUÁRIOS**

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 05 de setembro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS
1^a examinadora

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC
2^o examinador

DEDICATÓRIA

A *Deus* por me dar força e me fazer perseverar.

A minha *família* amada, e *amigos*, que sempre estão comigo. Presente de Deus na minha vida me dando força na caminhada.

AGRADECIMENTOS

A *Deus* que impulsiona minha vida, me dando força para continuar.

A Minha *família* amada pelo dom da vida os ensinamentos e a oportunidade de ir em busca dos meus sonhos e objetivos e o meu Amor pelos ouvidos sempre disponíveis. Sendo eles, o meu porto seguro.

A *Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira*, minha orientadora, por todos os ensinamentos acadêmicos, pelo aprendizado e ajuda oferecida na construção deste trabalho, e durante todo o processo de pesquisa. Por acreditar em mim, e aceitar o desafio desta orientação. Por me orientar em decisões profissionais, mostrando os caminhos a seguir e o que fazer com as pedras quando as encontro.

Aos *amigos do CEPAD* pela atenção e colaboração para este trabalho, meu eterno agradecimento e reconhecimento. TODOS tornaram esse processo de aprendizado muito especial. Aos amigos: Camila Barcelos e Kelinson por não hesitarem nos momentos de auxílio para a concretização deste trabalho.

E a *todos os amigos da vida acadêmica e pessoal* que me ajudaram nesse percurso, visto que os mesmos tornaram as dificuldades mais leves.

Aos *pacientes*, que disponibilizaram mais do que informações, mas momentos de angústias e esperanças, compartilhando um pouco de suas vidas.

Ao *Programa de Atendimento ao Alcoolista* que me possibilitou este estudo, colegas de trabalho e pacientes.

Ao *CEPAD*, local de estudo, troca de saberes e crescimento e, principalmente, troca de afetos.

Ao *Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes* pela autorização deste estudo, abrindo espaço para esta e outras pesquisas.

A *Pós-graduação em Saúde Coletiva* e toda a equipe que a envolve, por terem contribuído para a subida de mais um degrau em minha vida.

Aos *examinadores* pelo aceite e contribuições norteadoras para o final deste processo – ensinar e aprender.

Minha gratidão aos que participaram deste aprendizado é eterna.

De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando,
A certeza de que é preciso sempre continuar,
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar,
Por isso devemos fazer da interrupção um novo caminho;
Da queda, um passo de dança;
Do medo, uma escada;
Do sonho, uma ponte;
Da procura, um encontro.

(Fernando Sabino, 1958)

RESUMO

Os parâmetros utilizados na assistência prestada nos programas de saúde não se adaptam totalmente à realidade dos programas de saúde mental, portanto é importante a realização de pesquisas que busquem avaliar a satisfação e a mudança percebida de usuários de programas desta área. Face ao exposto, objetiva-se neste estudo, avaliar a satisfação e a mudança percebida de um programa referência de atenção ao alcoolista sob a ótica dos seus usuários. Este estudo integrou a pesquisa intitulada “Rede de saúde mental: avaliando a realidade capixaba” que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o No. 338.114. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo com abordagem quantitativa e de corte transversal. A amostra caracterizou-se de 40 usuários, sendo utilizadas as escalas satisfação do paciente e mudança percebida versão-paciente, e questionários semiestruturados adaptados pelos pesquisadores. Os dados foram analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS 20). Utilizou-se a *análise univariada* para a descrição das variáveis quantitativas relacionadas qualidade do serviço e *análise bivariada* para verificar a qualidade do serviço e as variáveis independentes, por meio do teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Assim, encontrou-se uma amostra foi predominantemente masculina (81%) e com idade entre 46 e 55 anos (42,5%), entre as características clínicas predominaram: tempo de tratamento no serviço maior que 4 anos (45,2%), tempo de abstinência entre 0 e 4 semanas (35,7%), e os destilados como bebida de preferência (88,1%). Com relação à percepção das mudanças, de forma geral, 83,3% dos pacientes alcoolistas declararam estar melhor do que antes do tratamento, na maioria dos itens da Escala de Mudança Percebida (EMP-paciente), havendo percepção de piora apenas nos itens sexualidade (26,8%) e sono (16,7%). Em relação à satisfação dos mesmos, a média da satisfação dos usuários por subescalas e escala global foi muito representativa visto que, quando perguntado sobre a satisfação com a discussão sobre o seu tratamento, 100% responderam satisfeito, bem como 97,4% disse estar satisfeito com a ajuda dos profissionais. O presente estudo mostrou que a escala EMP é uma medida sensível para avaliar os resultados do tratamento, pois indica os pontos positivos e negativos do tratamento

sobre a vida do paciente. E ambas as escalas estão adaptadas ao contexto brasileiro e apresentam equivalência semântica com a escala original. Elas serviram para avaliar os resultados do tratamento, na percepção dos seus usuários, dando subsídios para os profissionais se adequarem a um novo processo de serviço que proporcione melhorias em relação aos aspectos físicos do PAA e uma reflexão sobre os aspectos positivos da avaliação. Contudo, a falta de estudos nesta área com esta metodologia, dificultou a discussão dos resultados, visto que a replicação desta metodologia em outros programas e serviços que atendam essa demanda brasileira permitirá a comparação de desempenho entre elas, propiciando uma disseminação da prática de avaliação.

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

ABSTRACT

The parameters used in assisting in health programs do not fully adapt to the reality of mental health programs, so it is important to conduct research that attempts to assess the satisfaction and perceived user program area change. Given the above, the objective of this study was to evaluate the quality of the actions developed by a reference attention alcoholics through their program users. This study integrated the research entitled "Network mental health: evaluating the capixaba reality" that was approved by the Ethics Committee in Research of the Science Center, Federal University of Espírito Santo , under No. 338 114. It is an evaluative, descriptive study with a quantitative approach and cross-sectional. The sample was characterized for 40 users, and used the scales SATIS-BR and EMP-patient, and semi-structured questionnaires adapted by researchers. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20). We used univariate analysis to describe the quantitative variables related to quality of service and bivariate analysis to verify the quality of service and the independent variables, by chi-square test with a significance level of 5%. The sample was predominantly male (81%) and aged between 46 and 55 years (42.5%) predominated among clinical characteristics: treatment time in more than four years service (45.2%), abstinence time between 0 and 4 weeks (35.7%), and preferably distilled as a beverage (88.1%). Regarding the perception of changes, in general, 83.3% of alcoholic patients reported being better than before treatment in most items of the Scale of Perceived Change (EMP-patient), with only worsens the perception of sexuality items (26.8%) and sleep (16.7%). Regarding satisfaction thereof, the average user satisfaction for subscales and overall scale was representative because when asking about satisfaction with the discussion about your treatment 100% answered satisfied, and 97.4% said he was satisfied with the help of professionals. The present study showed that the EMP is a sensitive scale for assessing treatment outcomes measure because it indicates the positive and negative aspects of the treatment on the patient's life. And both scales are adapted to the Brazilian context and have semantic equivalence with the original scale. They were used to assess treatment outcomes, as perceived by its users, providing subsidies for professionals are suited to a new service process that provides improvements in physical aspects of the PAA and reflect on the positive

aspects of the evaluation. However, lack studies in this area with this methodology made it difficult to discuss the results, that vision, replication of this methodology in other program and services that meet this demand in Brazil will allow the comparison of performance between them providing a spread of the practice of evaluation.

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

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO 1

- Gráfico 1** - Distribuição da renda familiar entre dos usuários PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014 56
- Gráfico 2** - Suporte Social dos usuários PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014 60

ARTIGO 2

- Gráfico 1** – Mudança percebida pelos dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo sua dimensão psicologia e sono. Vitória-ES, 2014 78
- Gráfico 2** – Mudança percebida pelos dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo seus relacionamentos e estabilidade emocional. Vitória-ES, 2014 78
- Gráfico 3** – Mudança percebida pelos dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo suas atividades e saúde física. Vitória-ES, 2014..... 79

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Distribuição das características socioedemográficas dos usuários PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014	54
Tabela 2 - Distribuição das características clínicas dos usuários PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014.....	57
Tabela 3 - Padrão de uso de substâncias psicoativas dos usuários PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014.....	59

ARTIGO 2

Tabela 1 - Distribuição dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo características socioedemográficas. Vitória-ES, 2014.	75
Tabela 2 - Distribuição dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo o tempo de tratamento e abstinência. Vitória-ES, 2014	76
Tabela 3- Satisfação global com o Programa entre usuários do PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014.	80
Tabela 4- Satisfação entre usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo fatores da SATIS-BR. Vitória-ES, 2014.	82
Tabela 5- Correlação entre a acolhida dos profissionais e o tempo de abstinência entre usuários do PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014.	84

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ALANON - Alcoólicos Anônimos para Parentes e Amigos de Alcoolistas

AVAI - Anos de Vida Ajustados por Incapacitação

CBM - Centro Biomédico

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas

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

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, décima versão

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CAPES – Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal para o Ensino Superior

CT - Caderno Técnico

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta versão

EMP - Escala de Mudança Percebida

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços

GSRAH - Global Status Report on Alcohol and Health

HC-FM-USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HU - Hospital Universitário

HUCAM - Hospital Universitário Antonio Cassiano de Moraes

MS - Ministério da Saúde

NA - Narcóticos Anônimos

NEAD – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAA – Programa de Atendimento ao Alcoolista

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SATIS-BR - Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SP-ECA - São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study

SPAs – Substâncias Psicoativas

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 O ALCOOLISMO A LUZ DOS NOVOS PARADIGMAS DA SAÚDE	23
2.2 A PRÁTICA DE AVALIAÇÃO: DESAFIOS E DILEMAS	27
2.3 COMPREENDENDO A SATISFAÇÃO E A MUDANÇA PERCEBIDA	34
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 GERAL	40
3.2 ESPECÍFICOS	40
4 METODOLOGIA	41
4.1 DESENHO DO ESTUDO	41
4.2 CENÁRIO.....	42
4.3 POPULAÇÃO	43
4.4 PROCEDIMENTOS.....	44
4.4.1 Levantamento de dados	44
4.4.2 Análise do Material.....	47
4.4.4 Aspectos Éticos.....	48
5 RESULTADOS.....	49
5.1 Artigo 1	50
5.2 Artigo 2	68

6 CONCLUSÕES	94
7 REFERÊNCIAS	96
8 APÊNDICES	106
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Institucional	107
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
APÊNDICE C – Questionário socioeconômico e clínico	111
9 ANEXOS	118
ANEXO 1 – Escala de Satisfação dos Usuários com o Serviço de Saúde Mental (SATIS-BR) Adaptada	119
ANEXO 2 – Escala de Mudança Percebida (EMP) versão paciente	126
ANEXO 3 - Parecer de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	128

APRESENTAÇÃO

*“Não é o desafio com quem nos deparamos
que determina quem somos e
o que estamos nos tornando,
mas a maneira com que respondemos ao desafio.
E, enquanto acreditamos nos nossos sonhos,
nada é por acaso.” (Autor desconhecido)*

Esta dissertação de mestrado aborda o tema da avaliação em saúde mental, mais especificamente, a avaliação de um programa de saúde mental, cujo enfoque é a atenção ao alcoolista e seus familiares.

Entretanto, para chegar até aqui, o caminho percorrido foi longo e desafiador. Iniciei minha trajetória no meio acadêmico, na vigência do meu quarto período da graduação de Enfermagem, quando fui convidada a participar do processo seletivo do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas – CEPAD.

O Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD), anteriormente denominado Núcleo de Estudos sobre o álcool e outras Drogas (NEAD), foi criado em julho de 1996, por meio da Resolução nº 086/97 do então Centro Biomédico – CBM, hoje 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 Antonio 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)

O Centro 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, para o enfrentamento

da problemática álcool e outras drogas (SIQUEIRA et al., 2011). Desse modo, promove tanto o desenvolvimento científico e tecnológico, como também a sensibilização de profissionais para a realidade social do uso de substâncias psicoativas (SPAs), entendendo a interdisciplinaridade como fator importante na formação profissional. Já que a formação profissional, 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).

Em busca de enriquecer meus conhecimentos e desenvolver minhas habilidades como estudante, da área da saúde, iniciei minha monitoria no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA), no ano de 2010 como aluna do CEPAD. Tal fato intensificou ainda mais a admiração pela saúde coletiva, saúde mental e prevenção do uso de SPAs, fazendo-me entender as palavras de Ceccim (2006) que diz: ... “saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há disputa por limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar. Ratificando que pensar é produzir saúde.”

Assim, ao compreender que a saúde coletiva é um campo de práticas inovadoras e transdisciplinares, aprimorei minha caminhada, transformando estes novos conhecimentos em artigos científicos. Realizei o estudo denominado “Atitudes e crenças sobre substâncias psicoativas entre estudantes de uma escola pública”, gerando um relato das experiências durante a realização das oficinas, debates e dinâmicas das ações de promoção à saúde e de prevenção do uso de substâncias psicoativas entre os escolares do ensino fundamental (CARDOSO *et al.*, 2013; CARDOSO; TOMAS; SIQUEIRA, 2014).

A inquietação sobre a saúde coletiva e o desejo de ser um agente ativo neste ambiente, ampliou muito com o fim da graduação.

Vale a pena relatar que vivenciei a docência sendo professora voluntária no departamento de Enfermagem da Universidade (UFES) nos semestres 2012-2 e

2013-1, com uma atuação compartilhada com minha orientadora nos campos de prática do PAA e Unidade de Saúde de Andorinhas.

Após minha graduação em Enfermagem, deu-se início o aperfeiçoamento profissional em substâncias psicoativas no CEPAD, onde estive novamente inserida no PAA desenvolvendo ações de educação em saúde mental, sendo um suporte profissional aos alunos de graduação, exercendo a função de preceptora das atividades de Enfermagem em Saúde Mental no PAA-HUCAM-UFES até a presente data. Então, da melhor forma que posso, tento contribuir para a melhoria e desenvolvimento do PAA, em prol da qualidade de vida de seus usuários, praticando uma atenção integral e qualificada. E, ao ser acionada para mediar questões relacionadas às queixas e insatisfações de usuários que eram assistidos nesse Programa, especialmente no que se refere ao seu “acolhimento”, pude iniciar uma série de questionamentos, dentre eles:

- Os serviços são ofertados conforme as demandas dos usuários?
- Ocorrem mudanças nas relações entre equipe e usuário/família?
- Como é o serviço sob a ótica do usuário?

Assim, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UFES em 2013, teve início a investigação das questões acima mencionadas. Prontamente, minha orientadora e eu, vislumbramos como possibilidade, o campo da avaliação em saúde, especificamente a avaliação em saúde mental, para compreender um pouco mais os processos ensino-aprendizagem e ensino-assistência na perspectiva dos usuários. Durante este processo realizei o estágio docência 01 atuando na graduação de enfermagem, acompanhando e ministrando aulas de saúde mental e o estágio docência 2 onde pude vivenciar a docência com uma proposta de educação continuada no Centro Regional de Referência do Espírito Santo - CRR-ES e o meu aperfeiçoamento e capacitação em álcool e outras drogas.

Para elaborar este estudo, procurei explorar o campo da avaliação em saúde de forma ampla, buscando uma aproximação e apropriação das pesquisas avaliativas.

A partir disso, construí a proposta deste estudo, com o intuito de promover tanto o desenvolvimento científico e tecnológico, como também, a sensibilização dos profissionais desta realidade no cotidiano de suas práticas.

Considerando que as modificações de práticas assistenciais só são possíveis quando estas ocorrem de forma conjunta, ou seja, associadas às mudanças que propiciam elementos para sua transformação;

Concluindo que, transformar não é simples e nem rápido, e sim, um “processo” decorrente de procedimentos avaliativos, como demonstram várias experiências internacionais e nacionais, sendo necessárias estratégias que atuem como dispositivos e que possam potencializar essas mudanças.

Desta forma, a partir das minhas experiências vivenciadas, inicialmente como aluna de graduação e, em seguida, como aluna de pós-graduação, junto às situações do cotidiano observadas, surgiu o despertar da realização desta pesquisa. Por esta razão, desenvolver este trabalho gerando benefícios para os usuários do Programa e, conseqüentemente, para a saúde coletiva e o meio científico, tornou-se um dos motivadores para o curso de mestrado.

Face ao exposto, trata-se de uma avaliação de quarta geração, com o objetivo de analisar a mudança percebida com o tratamento, bem como, a satisfação dos usuários com as ações desenvolvidas no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) do HUCAM.

O estudo é relevante e oportuno para a instituição, um hospital-escola, considerando que a assistência prestada aos alcoolistas faz parte das atividades institucionais desde o ano de 1985, que posteriormente (1987) o projeto tornou-se efetivamente um programa especial da extensão da universidade. Atualmente, ele é pioneiro na estruturação de uma proposta interdisciplinar e na oferta de uma metodologia assistencial para o alcoolista e seus familiares, assim como é considerado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), uma referência no tratamento ambulatorial para todo estado do Espírito Santo, bem como, pioneiro na

formação de recursos humanos para o campo da saúde mental, especialmente os Transtornos Mentais Relacionados ao Álcool.

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 implementação de determinadas políticas, aumentar a *performance* dos programas e seus resultados, bem como, para o controle e a participação da sociedade civil organizada nos mesmos (ALMEIDA, 2002), justificando a realização do presente estudo.

Ademais, compreendendo a avaliação como uma etapa necessária ao processo de produção de informação, planejamento e tomada de decisão, as potencialidades, limites e fragilidades identificados certamente contribuirão para o aperfeiçoamento das atividades do Programa. Nesse sentido, esta dissertação é uma pesquisa avaliativa realizada em um serviço de saúde mental, que a depender de reflexos político-institucionais pode possibilitar a reconfiguração do serviço, de modo a potencializar o cuidado integral qualificado para os seus usuários.

1 INTRODUÇÃO

“Para mim, falar sobre saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes.” (Dr^a Gro Harlem Brundtland)

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Assim o Relatório Mundial de saúde 2001 é bastante categórico ao reconhecer que a saúde mental, embora por tanto tempo negligenciada, é fundamental para o bem-estar das pessoas, das sociedades, dos países, e do mundo devendo ser pensada em novas estruturas. O Relatório alerta para o brutal impacto dos distúrbios mentais em alguma fase da vida, que atingem pessoas de todos os países, de todas as sociedades e de todas as idades e níveis sociais, com uma resultante epidemiológica de 20 a 25% de ocorrências de tais distúrbios na população mundial.

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2014 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) corrobora estes dados, informando que cerca de 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2012, e que usuários de drogas ditos problemáticos (aqueles que consomem drogas regularmente ou apresentam distúrbios ou dependência), são cerca de 1 em cada 200 pessoas da população adulta mundial, o que representa 27 milhões de usuários de drogas problemáticos (WHO, 2001; UNODC, 2014).

As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas, no qual, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool e cerca de 50 milhões têm epilepsia;

outros 24 milhões, esquizofrenia, além de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e outras drogas. Um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio e entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se, sendo que se observa raramente uma família que não vivencia um encontro com perturbações mentais, visto que muitas sofrem em silêncio (WHO, 2004).

Cabe aqui destacar que segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001), o impacto negativo dos problemas de saúde mental sobre a qualidade da vida dos indivíduos e famílias. Há estimativa de que, em 2000, transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por 12% do total de anos de vida afastados por incapacitação (AVAI) em virtude de todas as doenças e lesões. Projeta-se que, até 2020, a carga dessas doenças terá crescido para 15%; no entanto, somente uma minoria das pessoas atualmente afetadas recebe qualquer tratamento.

Confirmando os dados supracitados, o Ministério da Saúde, segundo o Caderno de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2013), determina que a Saúde Mental é um campo da Atenção Básica e que converge para um objeto comum, qual seja, a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área da Saúde.

Ainda considerando a complexidade dos transtornos mentais o Caderno de Saúde Mental na Atenção Básica (2013), explicita que os ocidentais, mesmo sem se dar conta, enxergam o mundo a partir de uma separação total entre mente e corpo, de forma que um não se mistura com o outro de modo algum, e que diferentes pensadores contribuíram para este modo de ver o homem e para a produção desse dualismo mente x corpo. Nos dias atuais, esse tipo de visão de mundo ainda é manifestada quando se houve que “fulano não tem nada, é psicológico” (BRASIL, 2013).

Desta forma, estudos apontam que diversos países continuam apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais, porém, poucos casos são

diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços tradicionais de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema (MARAGNO et al., 2006).

Apesar da contribuição dos distúrbios mentais para a carga global das doenças, a saúde mental ainda é uma área muito negligenciada quanto aos serviços de atenção à saúde, devido ao estigma e aos recursos limitados. A reestruturação dos serviços, com ênfase no treinamento dos profissionais de cuidados primários para o reconhecimento de quadros mais prevalentes, tem sido a estratégia adotada por países nos quais essa questão já vem sendo abordada há mais tempo (ANDREWS et al., 2001).

Em nosso país, cuja prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes de substâncias psicoativas, o orçamento de saúde mental girava em torno de 2,4% do orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS). E, observa-se, sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Embora novos desafios estejam surgindo a partir do abuso e dependência de novas substâncias psicoativas (SPAs), o Relatório Mundial sobre Drogas 2013 aponta para a estabilidade no uso de drogas tradicionais – álcool e tabaco (UNODC, 2013). De acordo com Anderson et al. (2009) o consumo de bebidas alcoólicas é a causa atribuível de 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doença em todo o mundo, tendo sido apontado como agente de mais de 60 tipos de doenças.

Os dados mais atualizados do país são provenientes do I e do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, conduzido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2001 e 2005, respectivamente.

No I Levantamento, realizado em 2001, em uma amostra de 8.589 pessoas entre 12 e 65 anos foram entrevistadas pessoas de 107 cidades com mais de 200.000

habitantes, mostraram que o uso na vida de bebidas alcoólicas ocorreu entre 77% dos homens e 61% das mulheres, ao passo que o uso regular de álcool (pelo menos três a quatro vezes por semana) foi de 5%. A dependência do álcool foi encontrada em 11% da população estudada nas 107 maiores cidades brasileiras (17% dos homens e 6% das mulheres) e, surpreendentemente, o consumo de álcool entre os jovens, na faixa etária de 12 a 17 anos, foi observado em 48%, sendo que 4% já relatavam problemas decorrentes do uso dessa substância. O cenário epidemiológico de dependentes de álcool por região foi: Norte: 16,3% (a segunda maior do Brasil, correspondente a uma população de 480.000 pessoas), Nordeste: 16,9% (a maior do Brasil, correspondendo a 1.537.000 de pessoas), Centro-Oeste: 10,4%, Sudeste: 9,2%, Sul: 9,5% (CARLINI *et al.*, 2002).

Já no II Levantamento realizado em 2005 nas 108 maiores cidades do país, a estimativa de dependentes de Álcool foi de 12,3% e de tabaco 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.700.635 de pessoas, respectivamente. Entretanto, o estudo ressalta uma informação importante “é preciso levar em conta que os critérios do Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) adotados no presente trabalho para diagnosticar dependência são menos rigorosos que os do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e os da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) adotados pela OMS, fato que pode ter inflacionado os presentes achados de dependência” (CARLINI *et al.*, 2007).

No Brasil, o consumo anual de álcool per capita conforme verificado em 2014 foi estimado em 8,7 litros de álcool puro por adulto por ano, quantidade acima da média mundial, de 6,2 litros (WHO, 2014) e os dados do estudo consideram o público maior de 15 anos.

As informações apresentadas pela WHO, bem como os dados epidemiológicos aqui descritos, são bastante significativos para chamar a atenção sobre a universalidade e a gravidade do impacto provocado pelos distúrbios mentais e seus custos humanos, sociais e econômicos. Mas, ao mesmo tempo em que aponta a

importância epidemiológica, avalia que as estratégias para enfrentar desafio de tal significância têm sido insuficientes ou inadequadas. Evidenciando a necessidade de superar numerosos obstáculos, principalmente a estigmatização, a discriminação e a insuficiência de serviços que impedem o acesso de milhões de pessoas no mundo.

Para entender sobre o processo histórico da saúde mental e as informações supracitadas, devem-se citar fatos importantes como o movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 70, no Brasil, e a criação de leis o que possibilitou a estruturação de novas maneiras de cuidar em saúde mental ora por serviços ou programas ora por outros dispositivos que compõem o sistema de saúde. E, por meios destas novas maneiras, e a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que mesmo ocorrendo de forma gradativa, como afirma 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. Assim, eles têm colaborado para uma assistência que visa à reinserção social do usuário e o resgate de sua autonomia (OLSCHOWSKY, 2009).

De maneira histórica, o modelo de atenção em saúde mental no Espírito Santo centrou-se na hospitalização em grandes nosocômios psiquiátricos públicos e privados. Todavia, o que vem sendo observado no cenário atual do Estado do Espírito Santo, segundo Oliveira (2009) é a reversão do modelo hospitalar que vem sendo construída lentamente através da ampliação da rede extra-hospitalar. Contudo, essa distribuição aponta para a necessidade de consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial. Segundo, Oliveira e Garcia (2011), dos 78 municípios do Estado, 48 (61,5%) possuem serviço ambulatorial em saúde mental, e, desses 48 municípios, 22 são considerados de pequeno porte e oferecem serviços na atenção básica por meio de equipes mínimas de saúde mental, sendo que a descrição de como é a equipe mínima de saúde não é descrita, pois a variação da composição desta equipe nos diversos municípios estudos se mostrou desigual.

Diante do cenário atual que é composto por serviços substitutivos que se encontram em processo de consolidação e com uma crescente demanda de usuários que precisam de cuidados de saúde mental, desenvolver processos avaliativos torna-se cada vez mais importante, seja para a superação de modelos manicomial, seja para aprimorar a implementação de determinadas políticas, aumentar a performance dos programas e seus resultados, quanto para o controle, participação da sociedade civil organizada e o atendimento das necessidades dos usuários (ALMEIDA, 2002).

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

*“... todo amanhã se cria num ontem,
Através de um hoje (...).
Temos de saber o que fomos
para saber o que seremos.” (Paulo Freire)*

2.1 O ALCOOLISMO, À LUZ DOS NOVOS PARADIGMAS DA SAÚDE

O consumo de substâncias psicoativas é um fato que acompanha a civilização, ou seja, sempre existiu nas relações sociais em toda cultura humana. Ao longo de sua história, a humanidade sempre recorreu ao uso de substâncias psicoativas para os mais diferentes fins (NERY FILHO, 2002). Desde épocas remotas, as drogas são utilizadas em rituais religiosos e místicos, ou ainda, mais recentemente, em movimentos socioculturais. O padrão de uso será sempre expressão do cenário cultural.

Histórias em diferentes culturas e estudos antropológicos apontam que o álcool é a mais antiga entre elas e a mais utilizada, com fins que vão de anestésico a narcótico e, de acordo com evidências arqueológicas, o ser humano consome bebidas alcoólicas desde a pré-história (MORAES, 2008). Com a descoberta do processo de destilação, no século XII, foi possível a produção de bebidas com teor alcoólico mais alto que aquelas feitas somente por fermentação (FORTES, 1975). Entretanto, as características do consumo de drogas, modificaram-se significativamente nas últimas décadas, tornando o seu abuso alvo de preocupação da sociedade.

Assim, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, por ano, o que corresponde a

aproximadamente 40% (ou 2 em cada 5) da população mundial acima de 15 anos. O relatório de 2014, Global Status Report on Alcohol and Health, afirma que o uso indevido do álcool é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 5,9% das mortes e por 5,1% de todos os anos perdidos de vida útil, representando mais mortes do que as causadas pelo HIV/AIDS e tuberculose (WHO, 2014).

Em relação ao consumo de álcool e seus agravantes, o Relatório Mundial sobre Drogas estima que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcoólicas (UNODC, 2008). De acordo com Harford *et al.* (2005) muitos transtornos psiquiátricos estão relacionados ao beber pesado assim como, ao abuso/dependência do álcool e os estudos de Cornelius *et al.* (1995) já afirmavam com tal situação.

Em concordância, dados do projeto São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study (SP-ECA), realizado na área de captação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FM-USP), mostram que os bebedores pesados e frequentes apresentaram duas vezes mais chances do que os indivíduos abstêmios de terem tido diagnóstico de depressão na vida (SILVEIRA *et al.*, 2012).

O quando se descreve o cenário na América Latina, o mesmo parece se agravar, como indicam em sua pesquisa Babor e Caetano (2005) em que os países que a compõem apresentam consumo per capita 50% maior do que os níveis de consumo global. Na mesma região, 4,8% das mortes ocorridas nos anos 2000 podem ser atribuídas ao consumo de álcool.

No Brasil, segundo o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (I LENAD) realizado em 2007, 52% dos brasileiros acima de 18 anos são considerados bebedores (consomem pelo menos uma vez ao ano), sendo que 29% desses bebem além de 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano (padrão considerado de risco) (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007). O II LENAD aponta que apesar de não ter aumentado o número de pessoas que consomem álcool no Brasil, no período de 2006 a 2012,

aqueles que já bebiam, bebem mais e mais frequentemente (LARANJEIRA, *et al.*, 2014).

Tendo em vista os danos causados pelo abuso e pela dependência da substância, não apenas no âmbito orgânico, mas também no âmbito social e econômico, o diagnóstico e o tratamento têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, ampliando uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, devendo ser, tanto o diagnóstico como o tratamento prioridades como cita a Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Assim, ao analisar a ausência de cuidados que atinge de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão pelos serviços de saúde e atender igualmente ao direito de cada cidadão uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas foi devidamente construída nas interfaces intra-setoriais dos programas governamentais, a fim de se implantar uma visão holística para o uso de álcool e outras drogas estabelecido como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2013).

Logo, ao verificar que o uso do álcool é um fator preditor a uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida em todas as sociedades de todos os países, e os achados epidemiológicos citados ratificam este cenário, o panorama epidemiológico capixaba vai ao encontro do nacional, como mostram os dados do Governo Estadual em que há uma elevação do registro de alcoolismo na população com 15 anos ou mais, entre 2001 e 2005. No mesmo período, as internações psiquiátricas por uso de álcool superaram as de múltiplas drogas e esteve presente em maior frequência na faixa etária que vai de 40 a 44 anos (ESPIRITO SANTO, 2009).

Assim, as mudanças nas necessidades de saúde apresentada pela população decorrente dos danos advindos do abuso e da dependência de substâncias, leva a uma maior procura desses indivíduos aos serviços de saúde, o que requer avaliações dos mesmos.

A avaliação em saúde, além de multidimensional, deve compreender todos os sujeitos participantes do processo de tratamento: usuários, familiares e profissionais, porém, a avaliação dos resultados sob a perspectiva dos usuários tem sido cada vez utilizada, devido ao conceito do próprio usuário como participante ativo do tratamento e da importância dos dados subjetivos para complementar a avaliação (BANDEIRA *et al* ,2009) Os usuários são capazes de fornecer uma visão única a respeito do estado clínico e dos efeitos das intervenções em sua vida, sendo que não é possível acessar informações sobre as experiências vividas por ele no tratamento por meio de terceiros (SILVA, *et al.*, 2012).

Dessa forma, captar a percepção do usuário sobre os resultados do tratamento em sua saúde fornece dados subjetivos que podem demonstrar o impacto real de mudanças produzidas pelo tratamento na vida destes corroborando juntamente com as medidas objetivas de resultados de tratamento e assim constituir um indicador da validade social das intervenções (MERCIER, *et al.*,2002), bem como, a produção de ações de caráter permanente, a ordenação e os resultados obtidos destes serviços.

2.2 A PRÁTICA DE AVALIAÇÃO: DESAFIOS E DILEMAS

*“É no campo das experiências de produção do viver
que o conhecimento é pedido para ser produzido.
Os usuários sabem mais que os profissionais de saúde.
O cotidiano do mundo do trabalho é uma escola,
leva à produção de conhecimento
para dar conta da prática cotidiana do trabalho.
O que atualiza é o ato e não a formação de princípios.”
(Emerson Merhy)*

A prática de avaliar implica na coleta, na investigação, análise e na fusão dos dados que configuram o objeto da avaliação, que se caracteriza a partir da comparação do objeto avaliado com um determinado padrão de qualidade previamente estabelecido para aquele tipo de objeto. Segundo Silveira *et al* (2007), pode-se afirmar que existe consenso no Brasil entre diversas correntes teóricas e conceituais ao perceber a avaliação como o ato de emitir algum juízo de valor sobre determinada ação, Hartz *et al* (2008), corrobora este diagnóstico afirmando que avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto.

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa, tanto na fase de diagnóstico, como na fase de execução de um conjunto de atividades específicas que se realizam, que foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visa/comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racionais e inteligentes entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados...(AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p 31-2).

O ato de avaliar faz parte da história da humanidade desde seus primórdios, sendo inerente ao próprio processo de aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), sendo classificada segundo Brousselle *et al.*, 2011 em gerações de acordo com a *figura 01*.

Figura 01- Gerações da avaliação e suas principais características

Gerações da Avaliação	Períodos	Principal Característica
I	Reformismo (1800-1900) (1900-1930)	Medida Eficiência e testagem
II	Idade da inocência (1930-1960)	Descrição
III	Expansão (1960 a 1973) Institucionalização (1973 a 1990)	Profissionalização e Julgamento
IV	1990...	Negociação

Fonte: Guba e Lincoln, 1989.

A partir de 1990 inicia-se a IV Geração, fase da negociação em que se consideram em seu processo, todos os atores interessados indo além da avaliação realizada por especialistas. A avaliação da IV Geração é proposta como alternativa às avaliações tradicionais, pautada no paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (GUBA; LINCOLN, 1989).

Na pesquisa de avaliação segundo Novaes (2000), citando autores como Minayo (1992); Rossi; Freeman,(1993); Greene (1994); Mohr (1995), o objetivo principal ou prioritário para o desenvolvimento de pesquisa de avaliação é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos.

Assim, a avaliação de sistemas, serviços e programas/projetos utiliza uma abordagem transdisciplinar de diversas áreas do conhecimento como: Administração, Políticas Sociais, Estatística, Epidemiologia, entre outros. A avaliação não adota modelos rígidos e pré-modulados, deve ser compreendida como um campo de aplicação de inovação de práticas e saberes, e não como uma ciência propriamente dita. Segundo Cavalcante *et al.* (2006), o processo de avaliação, quando bem planejado, responde claramente, o para quê e para quem fazer a avaliação.

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem ser encontradas na literatura de forma muito diversificada, visto que o primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, (SILVA; FORMIGLI, 1994), tanto no que concerne às possíveis abordagens quanto (no que) em referencia aos seus atributos ou componentes.

De acordo com Tanaka e Melo (2000) na realidade brasileira, a incorporação da avaliação na gestão, nos serviços e programas, ainda é incipiente e assistemática. Mesmo que seja lembrada como elemento capital do processo de planejamento, a avaliação ainda é pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Além disso, Almeida (2002) concluiu em seu estudo que os parâmetros avaliativos no campo da atenção psicossocial são insuficientes, principalmente em relação a indicadores produzidos no interior dos serviços. E nos trabalhos onde programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe, frequentemente, sequer a preocupação, por parte dos autores, com a definição de termos empregados.

Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto – avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.

Então, a área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas, vivencia de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas sempre concretas (NOVAES, 2000). Em contextos gerais, a avaliação é utilizada como instrumento de gestão ou de tomada de decisão, vindo a subsidiar os gestores e técnicos envolvidos com os serviços de saúde a tomarem decisões no cotidiano, em tempo oportuno, tendo por base resultados confiáveis e abrangentes e que atendam aos objetivos propostos pela avaliação (BRASIL, 2005).

A priori a avaliação ganha relevância quando os resultados podem ser usados para influenciar as mudanças das práticas, modificando determinada situação de saúde, como também, verificar as dificuldades, visando a visualização de suas potencialidades e fragilidades.

A temática da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e às necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas, para alterarem indicadores de morbidade e mortalidade em outras tantas circunstâncias (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Logo, sob o rótulo de “avaliação” reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo “fomos bem?”, “deu resultados?”, “estamos satisfeitos?”, até a chamada pesquisa avaliativa (SUCHMAN, 1967; WEISS, 1972), que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas que possuem maior objetividade.

Assim a prática de avaliar os serviços de saúde mental tem sido estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos últimos anos, com o objetivo de garantir sua qualidade (dos serviços), entendida neste cenário como planejamento, organização e desenvolvimento de ações e avaliações de processos assistenciais e

gerenciais no serviço de saúde público ou privado, a partir de conceitos, princípios e ferramentas de qualidade, visto que avaliar um programa de saúde mental pioneiro e referencia estadual, no qual perpassa gerações torna a atividade mais cativante.

Na década de 60, Donabedian propõe a avaliação da qualidade da atenção médica (DONABEDIAN, 1966), por meio de um modelo que sistematiza os atributos que traduzem a qualidade nos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) e as etapas da sua construção/produção, através das quais ela pode ser medida (de estrutura, processo e resultado) (DONABEDIAN, 1988; 1990).

Ademais, nota-se que tendências internacionais objetivam a incorporação da avaliação ao campo da Saúde Mental, contudo, de uma maneira geral não se constituiu, ainda, uma tradição de sistematização em avaliação neste campo. Em comparação com outras áreas da atenção à saúde, mesmo os procedimentos clássicos de avaliação, baseados em análise de eficácia, efetividade e eficiência, são pouco utilizados (GIORDANO, 2000). Todavia, a OMS manifestou-se em relação à necessidade de incorporar a avaliação dos serviços de saúde mental como prática contínua e permanente, para garantir a manutenção de sua qualidade (OMS, 2001; ALMEIDA, 2002).

Conforme Wetzel e Kantorski (2004), os parâmetros utilizados na assistência prestada nos serviços de saúde não se adaptam totalmente à realidade dos serviços de saúde mental. A dificuldade de definir e precisar vários aspectos das doenças mentais, os diagnósticos de baixa confiabilidade, um universo extremamente amplo e detalhado de diagnósticos para uma gama muito reduzida de terapêuticas, a complexidade em estabelecer a prevalência de doenças mentais, além da medicalização excessiva da população, são alguns fatores que dificultam a avaliação no campo da saúde mental.

Dentre muitas outras contribuições, a avaliação pode proporcionar não apenas o apontamento, acertos ou falhas, mas principalmente pode possibilitar o delineamento de soluções, reorganizar atividades e serviços, vislumbrando

caminhos alternativos, com o intuito de maximizar a utilização dos recursos disponíveis (TANAKA, 2000).

Assim, a avaliação pode ser compreendida e utilizada como instrumento potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental, sendo importante a realização das pesquisas avaliativas a partir dos cenários reais, ou seja, os próprios serviços de saúde mental (WETZEL; KANTORSKI, 2004). E segundo, Hunter e Cameron (2008), a avaliação deve ser um procedimento de rotina dos serviços, podendo ser realizada pelos próprios profissionais da instituição.

Portanto, diante da possibilidade de imprimir uma forma de avaliação em que se leve em conta as opiniões de atores diretamente interessados no funcionamento dos serviços de saúde mental optou-se pelo referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 1989). Trata-se de uma avaliação que, mediante um processo participativo, pode ser um dispositivo para os usuários e familiares ampliarem as possibilidades de intervenção na realidade do serviço, uma vez que frequentemente estão excluídos em metodologias tradicionais (WETZEL, 2005). Destaca-se nesse referencial o caráter formativo, na medida em que propicia aos sujeitos compartilharem decisões, exercerem controle sobre o projeto de avaliação, se apropriarem dos diferentes passos da avaliação e terem honradas suas participações no processo avaliativo. Dessa maneira, busca-se a qualificação das informações, mostrando aos sujeitos seu empoderamento e protagonismo na tomada de decisões (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Neste contexto é que se faz necessário o presente estudo, sobretudo no cenário capixaba, pois além do anteriormente assinalado, este estudo se configurará como a primeira iniciativa não governamental de avaliação sistemática, participativa e local, sendo que seus resultados consistem em avaliar, sob a ótica do usuário, a assistência ofertada pelo Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) identificando suas potencialidades e fragilidades, podendo subsidiar novas formas de organização e intervenção do programa, melhorando a atenção oferecida aos usuários e familiares.

Por conseguinte, esta temática é tarefa de inquestionável relevância, pois exige responsabilidade e conhecimento científico atualizado, entrelaçados às vivências do dia-a-dia e seus desafios.

2.3 COMPREENDENDO A SATISFAÇÃO E A MUDANÇA PERCEBIDA

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

Segundo o Dicionário on line de Português (2011), uma das possíveis definições para a palavra satisfação consiste em contentamento, prazer resultante da realização do que se espera, do que se deseja. A compreensão de conceitos é o conjunto de propriedades e referências que o definem. Assim, segundo Peres Ramos (1980) o conceito de satisfação compreende o âmbito individual e organizacional.

Desta forma, é possível perceber que a satisfação está ligada a uma expectativa, uma espera, ou seja, uma antecipação de algo que servirá como base de comparação para que seja determinado o grau de satisfação frente a um determinado objeto. O conceito de satisfação foi descrito por Lino (2004) como um:

sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo do trabalhador, resultante da percepção e avaliação de sua experiência de trabalho, conforme suas metas e valores pessoais perante a via, podendo ser modificado ou influenciado por forças internas ou externas ao trabalho”(p.11).

Os primeiros estudos publicados sobre esta categoria focalizavam a satisfação com o trabalho ou empregados, dos quais derivaram-se considerações acerca da opinião do paciente, logo, a satisfação muito das vezes é empregada apenas para designar a avaliação de um consumidor.

Assim, cabe destacar que a satisfação ao ser feita por usuários a respeito de um serviço, será influenciada por atributos específicos do serviço e pelas percepções de qualidade, bem como pelas mudanças que este serviço lhe proporcionou. Já os enfoques teóricos encontrados para a compreensão da satisfação de usuários de serviços de saúde segundo Linder (1982) permeiam a psicologia e o social, envolvendo: conduta, discrepância, realização (de expectativas e de necessidades) e equidade.

A definição de satisfação de acordo com Kotler (1998) é como o sentimento extremo entre: ou prazer ou decepção, que é resultado da comparação do que foi recebido com as expectativas do usuário. Para, Denton (1990), a satisfação ocorre quando as instituições enfocam seus esforços em serviços com qualidade. Eberle e Milan (2009) complementam que satisfazer usuários é se preocupar com o atendimento ou não das expectativas. Os usuários experimentam vários níveis de satisfação e após cada serviço e atendimento eles avaliam se suas expectativas foram atendidas ou até mesmo ultrapassadas. Sendo essa satisfação um estado emocional, suas reações podem envolver raiva, insatisfação, irritação, indiferença ou alegria, complementam Lovelock e Wright (2001).

Essa avaliação pode ser feita por meio de uma pesquisa de satisfação e segundo Rossi e Slongo (1998), a pesquisa de satisfação de usuários é uma parte do sistema de informações, que escuta o cliente através do ponto de vista do mesmo. Ela mede sua qualidade externa, podendo indicar caminhos para futuras tomadas de decisões.

Os autores enfatizam que essa pesquisa traz vários benefícios, tais como:

- a) percepção mais positiva dos usuários quanto aos serviços;
- b) informações precisas e atualizadas quanto às necessidades dos usuários;
- c) relações de lealdade com os usuários, baseadas em ações corretivas e
- d) confiança desenvolvida em função de maior aproximação com o usuário.

E isso implica em identificar necessidades latentes e descobrir desejos ocultos, de forma a desenvolver produtos e serviços que atendam as necessidades. Assim sendo, é preciso desenvolver serviços surpreendentes e encantadores e, por fim, comunicar esses serviços aos clientes e consumidores finais (COBRA, 2001, p. 148).

Assim, o autor afirma que há quatro passos para o encantamento dos usuários:

- 1) os serviços devem saber quem são seus usuários e o que eles querem;
- 2) diferenciar suas necessidades e valores;

- 3) interagir com cada um;
- 4) redefinir e customizar cada serviço a fim de atender as necessidades e expectativas dos seus usuários.

Dessa forma, sendo o conceito de satisfação de natureza ascendentemente subjetiva, fatores psicossociais têm ganhado relevância no entendimento da satisfação. Assim a satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção, sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo segundo Oliveira (1992).

Portanto sobre a satisfação do usuário, Esperidião (2004) reafirma o caráter positivo da inclusão da perspectiva dos usuários e destaca o conceito de satisfação do seu uso de senso comum:

“A compreensão da satisfação, enquanto uma atitude, parece bastante razoável e adequada do ponto de vista da psicologia social. Nesta corrente, diferentemente do senso comum, as pessoas não “tomam atitudes” (comportamento, ação), mas desenvolvem atitudes (crenças, valores, opiniões) em relação aos objetos ou pessoas. A vantagem em assumir a satisfação como atitude é que estas são bons preditores de comportamento. A mudança de atitude é um tema de grande relevância para a saúde, estando presente nos estudos de comportamentos em saúde e nos de promoção à saúde.” (p.27)

Em vista disso, na avaliação dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e os elementos. Vale destacar que, ainda dentro da avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um dos componentes da aceitabilidade social, aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população. Alguns autores como ASPINAL; ADDINGTON-HALL; HIGGINSON (2003), fazem críticas ao emprego da satisfação para a avaliação da qualidade, ao considerar que a satisfação está fortemente baseada nas expectativas dos usuários, e não especificamente na qualidade dos serviços. Quando se busca avaliar a qualidade de

um serviço de saúde, é necessário assegurar-se quem são os atores ali envolvidos e desenvolver a escuta e a empatia com os mesmos.

Recentemente, uma variável nova tem sido incluída nos estudos de avaliação dos resultados de serviços de saúde mental, referente à mudança percebida (SILVA; BANDEIRA; SCALON; QUAGLIA, 2012). Tal variável envolve os efeitos do tratamento na saúde, nas atividades cotidianas e na vida social a partir do ponto de vista dos usuários e de seus familiares (PERREAULT *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2012). Desta forma, constitui-se como uma importante dimensão da avaliação, estando relacionada à satisfação (PERREAULT *et al.*, 2010).

Apesar de a maioria dos estudos de avaliação dos resultados que consideram a perspectiva dos usuários de utilizarem a medida de satisfação como principal indicador (KELLY *et al.*, 2010), a mudança percebida com o tratamento tem se destacado como uma nova medida neste contexto de avaliação (SILVA *et al.*, 2012) e esta nova medida é uma importante dimensão da avaliação dos resultados do tratamento (PERREAULT *et al.*, 2010).

A percepção de mudança diz respeito aos efeitos do tratamento na saúde física e psicológica, na vida social e nas atividades desenvolvidas pelos usuários. Ela apresenta relações significativas com variáveis como qualidade de vida (CESARI; BANDERIA, 2010) e a percepção de mudança pelos familiares (COSTA *et al.*, 2011).

Portanto, este novo indicador fornece valiosa informação às equipes uma vez que demonstra quais os fatores da vida do usuário estão sendo atingidos com o tratamento e seus objetivos e, quais não estão apresentando mudanças e, conseqüentemente, necessitam de novas intervenções. Os dados fornecidos podem promover a qualidade dos serviços uma vez que contribuem para o alcance de melhores resultados no tratamento (COSTA *et al.*, 2011).

Apesar de estudos internacionais indicarem a existência dessa relação entre as mudanças percebidas e a satisfação com os serviços de saúde, no contexto nacional, apenas um trabalho investigou este tema (SILVA *et al.*, 2012). No que se

refere à avaliação dos resultados por meio destas duas variáveis no tratamento exclusivo de pessoas usuárias de SPAs, não foram encontrados trabalhos publicados no Brasil nas bases de dados consultadas a esse respeito.

Esta relação é raramente investigada em pesquisas sobre o tratamento de usuários de drogas (PERREAULT *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2012). Estes achados contribuem para justificar o objeto de pesquisa desta dissertação que pretende contribuir, tanto na dimensão do conhecimento a respeito destas relações, quanto na dimensão das práticas assistenciais em saúde mental e drogas.

3 OBJETIVOS

*“Toda ação humana,
quer se torne positiva ou negativa,
precisa depender de motivação.”
(Dalai Lama)*

3.1 GERAL

- Avaliar o grau de satisfação e a percepção dos usuários com os resultados do Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA).

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos usuários do Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA);
- Avaliar a satisfação dos usuários com os resultados do tratamento desenvolvidos pelo Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) e
- Conhecer as mudanças percebidas pelo usuário decorrentes das ações desenvolvidas pelo Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA).

4 METODOLOGIA

*“Não existe comparação entre aquilo que é perdido
por não se obter êxito e
aquilo que é perdido por não se tentar”.
(Francis Bacon)*

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, que compreende as dimensões relacionadas à estrutura, ao processo e resultados, de acordo com as proposições de Donabedian (1984). Aspirando contemplar os aspectos multifacetados da estrutura, a presente pesquisa será composta por um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa.

O estudo transversal é aquele no qual tanto a exposição como o desfecho é determinado simultaneamente. Este tipo de estudo também é chamado de estudo de prevalência, uma vez que “os casos identificados são casos prevalentes, pois sabemos que eles existiram em uma determinada época do estudo, mas não sabemos sua duração” (GORDIS, 2004). Assim, este tipo de estudo se preocupa em descrever as características gerais da distribuição da doença, principalmente em relação à pessoa, local e tempo.

Ademais, estudos descritivos podem integrar as informações de cada uma das variáveis medidas, neste caso o perfil dos usuários, a satisfação com o serviço e a mudança percebida com o tratamento, a fim de dizer como se manifesta determinado fenômeno (SAMPIERI *et al.*, 2006).

A avaliação foi realizada por meio de entrevistas com roteiro estruturado e a aplicação de instrumentos a fim de se obter dados sobre o perfil da amostra dos usuários do PAA, da satisfação com o serviço e da mudança percebida.

4.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado no Programa de Atendimento ao Alcoolista, um ambulatório especializado em atendimento de pacientes alcoolistas (GOMES, 2008) localizado no Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo (PAA-HUCAM-UFES), no município de Vitória, Espírito Santo, durante os meses de dezembro de 2013, janeiro, fevereiro e março de 2014.

O PAA foi criado em 1985 através de um projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (SIQUEIRA, 1985). Em 1987, o projeto tornou-se efetivamente um programa especial de extensão da universidade. Hoje ele é pioneiro na estruturação de uma proposta interdisciplinar e na oferta de uma metodologia assistencial de enfermagem, bem como de medicina e serviço social ao alcoolista e a seus familiares, com o objetivo de prestar assistência ao alcoolista e familiares, orientando-os em um projeto de vida a partir da abstinência ao álcool, sendo assim considerado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), como referência no tratamento ambulatorial para todo o estado (MACIEIRA *et al.*, 1993).

No PAA-HUCAM-UFES, a intervenção era desenvolvida por meio de uma equipe técnica composta por serviço social, medicina, enfermagem e psicologia (MACIEIRA *et al.*, 1992), (todavia, atualmente não contamos com a atuação do profissional da psicologia) que assistem o alcoolista e seus familiares de forma tanto individual quanto grupal, no qual são oferecidas orientações sobre autocuidado, alcoolismo como doença, informações sobre os grupos de ajuda mútua e da avaliação do grau de severidade da dependência alcoólica. Tendo como objetivo motivar o paciente e seus familiares a autonomia, promovendo a conscientização, através da promoção da saúde e prevenção dos agravos da Síndrome de Abstinência e da dependência do álcool, por ações de abstinência e que não perpassam as estratégias e a dinâmica de redução de danos.

4.3 POPULAÇÃO

A população estudada foi constituída por 40 usuários deste Programa. Todos foram convidados a participar do estudo no momento em que estavam frequentando o serviço. Os critérios de seleção estabelecidos foram: ter 18 anos ou mais; do gênero feminino ou masculino; ter prontuários cadastrados no HUCAM e estar em tratamento no PAA para dependência de álcool no ano de 2013/2014, período em que se deu a investigação. No presente momento o Programa funciona as segundas e quintas-feiras de 13h as 17h com a atuação de profissionais – Serviço Social, Medicina e Enfermagem, bem como acadêmicos de Enfermagem e Medicina, que realizam estágios supervisionados e campo de prática, e atendem cerca de 320 usuários anualmente (1ª vez e retorno). O atendimento é realizado pelas equipes de acordo com a necessidade individual de cada usuário e o seu agendamento de retorno, visto que, paciente de 1ª vez é atendido por toda a equipe de profissionais por meio de consultas individualizadas.

Foram incluídos na pesquisa usuários atendidos no mínimo 03 vezes por qualquer profissional considerando que este é o número mínimo de atendimento para se definir o diagnóstico laboratorial de alcoolismo. A escolha dos participantes se deu por conveniência, à medida que os pacientes compareciam às consultas, e que aderiam voluntariamente à pesquisa; foram excluídos usuários que não possuíssem condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por razão de transtornos da linguagem e/ou transtorno psiquiátrico grave.

Para o estudo de corte transversal a amostra foi calculada no software Epi Info 6.04, com intervalo de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 90%, considerando os estudos brasileiros de mais qualidade encontrados na literatura e que dizem respeito à avaliação dos serviços de saúde sob a ótica dos usuários (KANTORSKI, 2009; BANDEIRA; SILVA; CAMILO *et al.*, 2011_b). Sendo assim, encontramos uma amostra de 40 usuários. Logo as limitações da amostra refletiram nos resultados.

4.4 PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi enviado um ofício para a Coordenação do PAA, solicitando autorização para a condução da pesquisa, através do Termo de Consentimento Institucional (TCI) (APÊNDICE A). Após a autorização da pesquisa, foi iniciado o processo de coleta de dados mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual se informou aos participantes a finalidade da pesquisa, dos riscos e benefícios e, sobretudo, da possibilidade de saída em qualquer fase da condução da mesma.

4.4.1. Levantamento dos Dados

A coleta de dados foi realizada no serviço pela pesquisadora, com participação de uma bolsista de iniciação científica devidamente treinada. Foi realizado um estudo piloto e um treinamento, a fim de calibrar os aplicadores e identificar possíveis adaptações necessárias aos instrumentos.

No estudo de corte transversal foram usados questionários semiestruturados e, para avaliação do eixo processo, usou-se:

- Formulário de auditoria de registros, com verificação do conteúdo relativo ao projeto terapêutico do serviço, plano terapêutico dos usuários; procedimentos, registro de atendimentos em prontuários, registro de indicadores e informações sobre o programa.

1- *Questionário de Levantamento do Perfil da Amostra*: este questionário de levantamento foi desenvolvido pela pesquisadora, especificamente, para este estudo. Sua construção teve como base, revisão da literatura e os objetivos do

trabalho, e visou caracterizar a amostra através de dados sociodemográficos, de uso de drogas e de tratamentos (ANEXO 01).

Para a avaliação do eixo, resultados foram utilizados e questionários aplicados aos usuários, validados, da seguinte forma:

2. *Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)* – forma abreviada, adaptada: o segundo instrumento utilizado foi elaborado, originalmente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, posteriormente, adaptado e validado para o contexto brasileiro (BANDEIRA; SILVA, 2012) (ANEXO 02).

3. *Escala de Mudança Percebida* – versão do usuário: o instrumento foi adaptado a partir do “*Questionnaire of Perceived Changes*” (MERCIER *et al.*, 2004 como citado por BANDEIRA *et al.*, 2009), desenvolvido no Canadá, o qual visa avaliar o resultado do tratamento em serviços de saúde mental por meio da percepção de mudanças pelos usuários. A versão utilizada no presente estudo foi adaptada ao contexto brasileiro por Bandeira *et al.* (2009), e possui 19 itens, avaliados por meio de um escala do tipo *Likert* de 3 pontos, variando entre 1 (pior do que antes), 2 (sem mudança) e 3 (melhor do que antes).

O SATIS-BR é uma escala do tipo *Likert*, que foi adaptado e validado a partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Montreal para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade de São João Del-Rei, como parte de um estudo multicêntrico coordenado pela OMS. (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000_a; BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000_b; BANDEIRA *et al.*, 2002).

O SATIS-BR é um grupo de três escalas que são usadas para avaliar a satisfação com os serviços de saúde mental e cada versão avalia um tipo de grupo relacionado ao serviço. A escala SATIS-BR para usuários contém um total de 44 questões que

visam avaliar o grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, as questões descritivas e qualitativas são referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços recebidos e informações sócio-demográficas (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000_a).

A Escala de Mudança Percebida (EMP) apresenta qualidades psicométricas adequadas de fidedignidade e validade convergente, e é usada para avaliar resultados do tratamento, apontando mudanças positivas na vida dos pacientes e aspectos a serem melhorados no tratamento. A escala EMP possui uma versão para os usuários e outra para a família. As duas versões da escala permitem identificar em que aspectos estão ocorrendo melhoras percebidas ou, ao contrário, estão ocorrendo pioras ou ausência de mudança, possibilitando assim utilizar esta informação para redirecionar e aprimorar o tratamento visando resultados mais adequados (BANDEIRA; CALSAVARA; COSTA *et al.*, 2009; BANDEIRA; FELICIO; CESARI, 2010; BANDEIRA; ANDRADE; COSTA *et al.*, 2011).

Observa-se que nas últimas décadas, a perspectiva dos usuários tem sido incluída na avaliação dos resultados dos serviços de saúde mental e tem sido considerada uma perspectiva importante, para garantir a qualidade dos serviços (HOLCOMB *et al.*, 1998). Segundo Donabedian (1996), os resultados da assistência em saúde devem estar congruentes com a perspectiva dos usuários (pacientes e familiares), senão a qualidade do tratamento ficaria comprometida. Outra recomendação importante (OMS, 2001) é a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental na abordagem integrativa, incluindo diferentes perspectivas de medida para dar conta da complexidade do problema. Neste contexto, a OMS enfatiza que a avaliação deve ser feita a partir da utilização de instrumentos e indicadores que integrem as perspectivas do conjunto de pessoas envolvidas no serviço: pacientes, familiares e profissionais. Os estudos de avaliação dos resultados dos serviços devem contemplar essas diferentes perspectivas (OMS, 2001; ALMEIDA, 2002).

A aplicação do questionário ocorreu no lugar de atendimento, no qual foram utilizadas informações contidas nos prontuários. Antes de iniciar a coleta de dados,

foi esclarecido aos entrevistados como se desenvolveria esse tipo de entrevista, apresentados os pesquisadores e suas funções, o sistema de registro, a divulgação dos resultados e os benefícios para o serviço e usuários.

4.4.2 Análise do material

Os dados do estudo de corte transversal foram analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS 20.0). Utilizou-se a análise univariada para a descrição das variáveis quantitativas relacionadas à qualidade do serviço e análise bivariada para verificar a qualidade do serviço e as variáveis dependentes por meio de testes estatísticos adequados e com nível de significância de 5%.

Para a caracterização tanto do perfil dos participantes, quanto dos escores das escalas SATIS - BR e de Mudança Percebida foi utilizada a análise de estatística descritiva, visando caracterizar os dados com os valores obtidos para cada variável em termos de frequência, média e/ou desvio padrão. Segundo Sampieri *et al.* (2006) a análise da distribuição das frequências das respostas equivale a um conjunto de pontuações ordenadas em suas respectivas categorias. Já o cálculo da média representa uma medida de tendência central equivalente à média aritmética de uma distribuição. Por sua vez, o desvio padrão representa a medida de quanto os valores da nossa amostra variam em torno da média (DANCEY; RIDEY, 2006).

4.4.3 Aspectos Éticos

Este estudo integra o projeto “Rede de Saúde Mental: avaliando a realidade capixaba”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências

da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), estando de acordo com os dispositivos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, com o número de parecer 338.114 em julho de 2013. Sendo aprovado tanto pelo CEP (Prot. Nº. 338114) quanto pela coordenação do PAA-HUCAM-UFES.

A participação dos usuários no estudo foi voluntária e anônima, seguindo as determinações éticas já descritas. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, momento no qual foi destacado que a participação ou não na mesma não implicaria em qualquer prejuízo no tratamento oferecido a eles pelo serviço. A confidencialidade dos dados também foi evidenciada da abordagem dos sujeitos, assegurando que os dados obtidos seriam utilizados apenas para fins acadêmicos.

5 RESULTADOS

*“As palavras estão cheias de falsidade ou de arte.
O olhar é a linguagem do coração.”
(William Shakespeare)*

A seguir são apresentados os resultados desta dissertação, através de 02 (dois) artigos científicos submetidos a periódicos indexados como A ou B, na área de conhecimento “Saúde Coletiva”, pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal para o Ensino Superior (CAPES) intitulados:

- *“O perfil de pacientes atendidos em um programa de atendimento a alcoolistas”* (artigo 1) e
- *“Avaliação da satisfação e percepção de mudanças entre usuários de um programa de alcoolismo”* (artigo 2).

5.1 ARTIGO 1

O PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO A ALCOOLISTAS

Lorena Silveira Cardoso; Camila Barcelos Vieira; Marluce Miguel de Siqueira

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever o perfil de usuários dependentes de álcool atendidos em um programa de atenção ao alcoolista que participaram de uma pesquisa avaliativa desenvolvida no serviço. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa. A amostra foi de 40 pacientes e a coleta de dados foi realizada através de um questionário socioeconômico e clínico aplicado pelas autoras. Para análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS 20.0, com análise univariada para a descrição das variáveis socioeconômicas e clínicas. A amostra foi predominantemente masculina (81%) e com idade entre 46 e 55 anos (42,5%), casados (54,4%) e entre as características clínicas predominaram: tempo de tratamento no serviço maior que 4 anos (45,2%), tempo de abstinência entre 0 e 4 semanas (35,7%), os destilados como bebida de preferência (88,1%). O estudo mostrou que o perfil da população atendida no programa está de acordo com o que é encontrado em estudos epidemiológicos nacionais. A equipe de enfermagem sendo parte dos serviços substitutivos de saúde mental precisa se apropriar dessas informações, a fim de ampliar suas ações e de manter uma assistência baseada em evidências.

Palavras chaves: Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool; Terapêutica; Perfil de Saúde.

PROFILE OF PATIENTS TREATED IN A SERVICE PROGRAM ALCOHOLICS

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the profile of alcohol dependent users enrolled in a program of care alcoholics who participated in an evaluation research developed in service. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative approach. The sample consisted of 40 patients and data collection was conducted through a socioeconomic and clinical questionnaire by the authors. For data analysis we used the statistical program SPSS 20.0, with univariate to the description of socioeconomic and clinical variables analysis. The sample was predominantly male (81%) and aged between 46 and 55 years (42.5%), married (54.4%) and among the predominant clinical features: time of treatment in greater service than 4 years (45, 2%), withdrawal time between 0 and 4 weeks (35.7%), distillates and preferably drink (88.1%). The study showed that the profile of the population served by the program is in accordance with what is found in national epidemiological studies. The nursing staff being part of substitutive mental health services must take ownership of this information, in order to enlarge their actions and maintain an evidence-based care.

Key words: Related Disorders Alcohol; therapy; Profile of Health.

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas (SPAs) é um fenômeno mundial que tem transcendido a categoria de problema de saúde⁽¹⁾. Dados recentes do Relatório Mundial sobre Drogas de 2014 indicam que a prevalência do uso de drogas no mundo tem se mantido estável, com cerca de 5% da população mundial entre 15-64 anos⁽²⁾. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas e cerca de 76,3 milhões convivem com diagnóstico de desordens relacionadas ao consumo dessas bebidas⁽³⁾.

Segundo o relatório mais recente da OMS, o consumo mundial de álcool, registrado no ano de 2010, é equivalente a 6,2 litros de álcool puro por pessoa acima de 15 anos. O mesmo documento aponta que seu uso indevido é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 5,9% das mortes, representando mais mortes do que as causadas pelo HIV/AIDS e tuberculose. Corroborando com esses dados, a OMS traz que 5,1% da carga global de doenças e lesões são atribuíveis ao álcool, sendo que seu uso nocivo está associado a mais de 200 tipos de doenças⁽⁴⁾.

O cenário na América Latina parece se agravar, como indicam em sua pesquisa Babor e Caetano (2005) em que os países que a compõem apresentam consumo per capita 50% maior do que os níveis de consumo global. Na mesma região, 4,8% das mortes ocorridas nos anos 2000 podem ser atribuídas ao consumo de álcool⁽⁵⁾.

No Brasil, segundo o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (I LENAD) realizado em 2007, 52% dos brasileiros acima de 18 anos são considerados bebedores (consomem pelo menos uma vez ao ano), sendo que 29% desses bebem além de 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano (padrão considerado de risco)⁽⁶⁾. O II LENAD aponta que

apesar de não ter aumentado o número de pessoas que consomem álcool no Brasil, no período de 2006 a 2012, aqueles que já bebiam bebem mais e mais frequentemente⁽⁷⁾.

Tendo em vista os danos causados pelo abuso e pela dependência da substância, não apenas no âmbito orgânico, mas também no âmbito social e econômico, o diagnóstico e o tratamento têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, ampliando uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde; sendo tanto o diagnóstico como o tratamento uma prioridade da Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

A mudança nas necessidades de saúde apresentada pela população decorrente dos danos advindos do abuso e da dependência da substância leva a uma maior procura desses indivíduos aos serviços de saúde, demandando do enfermeiro o conhecimento do assunto para que possa prestar um atendimento de qualidade. Associado a isso, o enfermeiro compõe a equipe mínima dos serviços substitutivos em saúde mental de assistência a dependentes químicos, conforme definem as portarias do Ministério da Saúde nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 e nº130/GM de 26 de janeiro de 2012⁽⁹⁻¹⁰⁾. Tal fato consolida a necessidade e amplia a exigência sobre o profissional de enfermagem em ter um conhecimento específico sobre a temática.

Quando se pretende aplicar uma intervenção é importante conhecer o perfil da população específica, pois suas características peculiares são relevantes para o planejamento adequado da assistência a ser prestada. Ademais, o fenômeno do uso de drogas é dinâmico, sendo necessárias pesquisas periódicas para avaliar novas tendências no campo da dependência química⁽¹¹⁾.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos usuários dependentes de álcool atendidos em um programa de atenção ao alcoolista que participaram de uma pesquisa avaliativa desenvolvida no serviço.

Método

Trata-se de um *estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa*. Esse estudo é parte de uma pesquisa maior denominada Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade capixaba, que visa conhecer diversos aspectos relacionados à saúde mental dos cidadãos atendidos em municípios do Espírito Santo.

O *estudo foi realizado* no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA), localizado no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) que tempo por proposta de trabalho a atuação de uma equipe interdisciplinar composta atualmente por profissionais de Serviço Social, Medicina, Enfermagem e seus respectivos estudantes de graduação, tendo como objetivo a abstinência da droga, o tratamento das complicações clínicas e a prevenção da recaída. O Programa é pioneiro de uma proposta interdisciplinar e na oferta de uma metodologia assistencial de enfermagem ao alcoolista e aos seus familiares, sendo abordados através de uma visão holística, através de uma metodologia baseada no autocuidado e nas necessidades humanas básicas, teorias de enfermagem de Horta e Orem, respectivamente ⁽¹²⁾.

A *amostra* foi constituída por 40 pacientes que participaram de estudo avaliativo realizado no programa. Os critérios de seleção estabelecidos foram: ter 18 anos ou mais; ser homem ou mulher; ter prontuários cadastrados no HUCAM e estar em tratamento no PAA para dependência de álcool no ano de 2013/2014, período em que se deu a investigação. Foram excluídos os pacientes que não possuíam condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por razão de transtornos da linguagem e/ou transtorno psiquiátrico grave. A escolha dos participantes se deu por conveniência, à medida que os pacientes compareciam às consultas, e que aderiam voluntariamente à pesquisa.

Preservando-se os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi inicialmente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Instituição que sediou o estudo. De posse da autorização do CEP, foi apresentado ao programa uma Carta de Apresentação para anuência da coordenação do programa quanto ao estudo.

A *coleta de dados* foi realizada por duas das autoras, em ambiente reservado, através de um instrumento elaborado, previamente testado e aprimorado pelas mesmas. O instrumento contém questões fechadas que abordam os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes, como: sexo, escolaridade, renda familiar, tempo de abstinência, tempo de tratamento, etc.

Para a *análise dos dados* utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS 20.0), utilizando a análise univariada para a descrição das variáveis socioeconômicas e clínicas.

Resultados

Participaram dessa pesquisa avaliativa 40 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (80,0%), com idade entre 46 e 55 anos (42,5%), e se autodeclararam majoritariamente da cor parda (62,5%). Em relação ao nível de escolaridade houve predomínio entre os que não completaram o ensino fundamental (52,5%), como demonstrado na *Tabela 1*.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos usuários PAA-HUCAM-UFES. Vitória-ES, Brasil, 2014.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Gênero	Masculino	32	80,0%
	Feminino	8	20,0%
	Total	40	100%
Idade	26 - 35 anos	02	4,8%

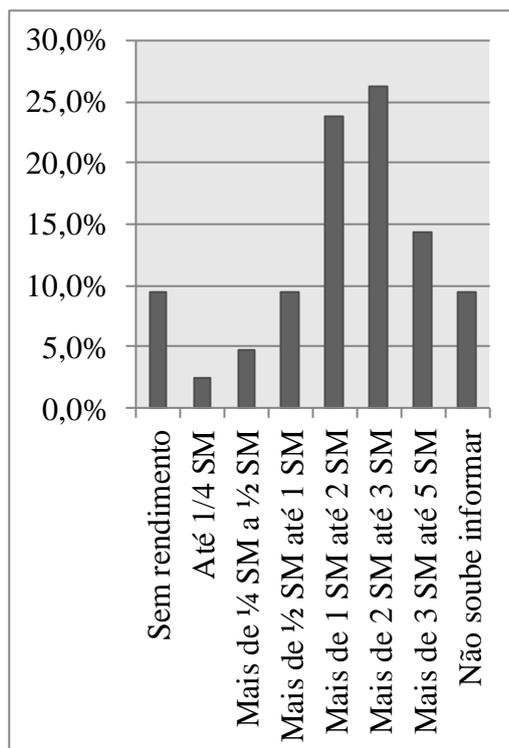
	36 - 45 anos	08	19,0%
	46 - 55 anos	17	42,5%
	56 - 65 anos	08	19,0%
	66 - 80 anos	05	11,9%
	Total	42	100%
Cor declarada	Branca	13	31,0%
	Preta	02	4,8%
	Parda	25	62,5%
	Total	42	100%
Estado Civil	Solteiro (a)	09	21,4%
	Casado (a)	20	50%
	Separado (a)	04	9,5%
	Divorciado (a)	01	2,4%
	Viúvo (a)	02	4,8%
	União consensual	04	9,5%
	Total	42	100%
Escolaridade	Analfabeto	02	4,8%
	Analfabeto funcional	01	2,4%
	Alfabetização	04	9,5%
	Ensino Fundamental incompleto	21	52,5%
	Ensino Fundamental completo	03	7,1%
	Ensino Médio incompleto	02	4,8%

Ensino Médio completo	06	14,3%
Superior incompleto	01	2,4%
Total	42	100%

Quanto à renda familiar mensal 26,2% referiram renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos, seguido por 23,8% que declararam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, conforme apresenta o *Gráfico 1*.

Gráfico 1 – Distribuição da renda familiar entre os usuários do PAA-HUCAM-UFES.

* Valor do salário mínimo R\$ 678,00 vigente em 2013 – Vitória-ES, Brasil, 2014.



Na *Tabela 2*, podem ser observados os dados relacionados às características clínicas da amostra estudada, no qual 45,2% dos pacientes recebia tratamento no serviço há mais de 4 anos, sendo que 35,7% estavam abstinentes entre 0 a 4

semanas, seguido por 31% que estavam abstinentes há mais de 12 meses. Em relação às comorbidades apresentadas, as principais foram: afecções do sistema gastrointestinal (48,8%), como gastrites, pancreatite e hepatopatias; tabagismo (43,9%); hipertensão arterial (41,5%); distúrbios psiquiátricos (26,8%); e, diabetes (22,0%).

Tabela 2 - Distribuição das características clínicas dos usuários PAA-HUCAM-UFES. Vitória-ES, Brasil, 2014.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Tempo trata^{to}	1-6 meses	4	9,5%
	7-12 meses	6	14,3%
	1-2 anos	3	7,1%
	2-4 anos	8	19,0%
	Mais de 4 anos	17	42,5%
	Não soube informar	2	4,8%
	Total	40	100%
T abstinência	0 – 4 semanas	15	35,7%
	5 – 8 semanas	5	11,9%
	9 – 12 semanas	1	2,4%
	De 03 a 06 meses	5	11,9%
	De 07 a 12 meses	3	7,1%
	Mais de 12 meses	13	31,0%
	Total	40	100%
Comorbidades	Afecções Sistema Gastrointestinal	20	48,8%
	Tabagismo	18	43,9%
	Hipertensão	17	41,5%

Diabetes	9	22,0%
Dist. Psiquiátricos	11	26,8%
Câncer	1	2,4%
Outras	10	25%

A *Tabela 3* abaixo, demonstra o padrão de uso de substâncias psicoativas dos usuários do PAA em que houve maior predomínio entre aqueles que costumavam consumir destilados (88,1%) e que alegaram não ter feito uso de drogas ilícitas na vida (87,5%), e entre os que afirmaram ter feito uso na vida, 10% utilizaram maconha.

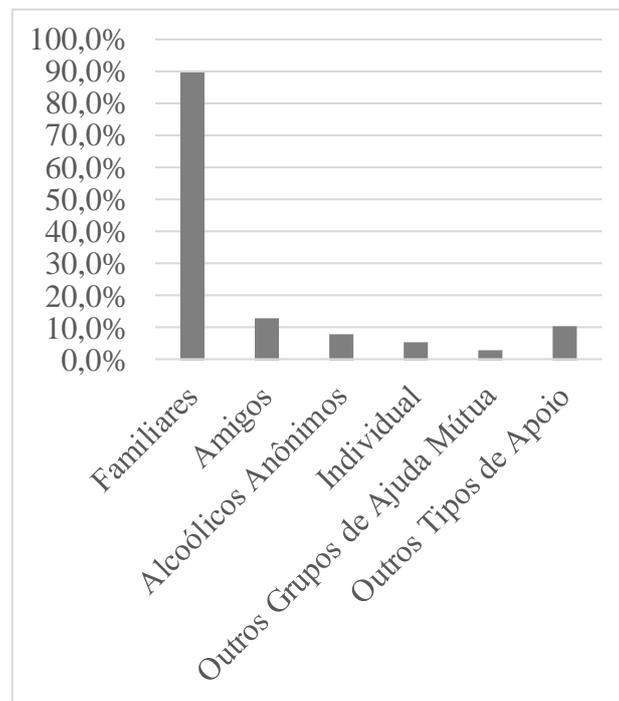
Tabela 3 - Padrão de uso de substâncias psicoativas dos usuários do PAA-HUCAM-UFES. Vitória-ES, 2014.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Bebidas consumidas	Destilados	37	88,1%
	Cerveja	21	50,0%
	Vinho	12	28,6%
	Outros	1	2,4%
Drogas ilícitas (na vida)	Sim	5	12,5%
	Não	35	87,5%
	Total	40	100%
Drogas utilizadas	Maconha	4	10,0%
	Cocaína	2	5,0%

Crack 1 2,5%

Quanto ao suporte social recebido para a entrada e seguimento no tratamento, observa-se uma predominância do apoio familiar (89,7%), como apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Suporte Social dos usuários do PAA- HUCAM-UFES. Vitória–ES, 2014.



Discussão

Neste estudo, observou-se a prevalência de pacientes do sexo masculino (80,0%), corroborando os dados do II LENAD (2014), em que os homens são maioria entre os

não abstinentes (62,0%), entre os que bebem pelo menos uma vez por semana (63,0%), e entre o que se encontram entre os dependentes (10,48%). Entretanto, o relatório alerta para o fato de que as mulheres são a população mais em risco, pois houve um aumento significativo do beber freqüente no gênero feminino entre 2006 e 2012, além de beberem de forma mais nociva⁽⁷⁾. Esse aumento constante no uso de álcool pela população feminina ocorre não apenas no Brasil, mas em um panorama mundial, acompanhando o desenvolvimento econômico e mudança de papéis de gênero⁽⁴⁾.

No tocante a faixa etária, houve predomínio entre 46 e 55 anos, apesar dos estudos apontarem para o início do uso abusivo do álcool ainda na adolescência^(6-7,13), a dificuldade de estabelecer um diagnóstico de alcoolismo nessa fase da vida, além de se tratar de uma doença de desenvolvimento lento, o que justifica o predomínio da faixa citada⁽¹⁴⁾.

Quanto às variáveis cor, escolaridade e renda, os estudos têm mostrado que indivíduos com pele preta ou parda, com pior nível socioeconômico e baixa escolaridade, estão entre os grupos com maior consumo abusivo do álcool, assim como aqueles considerados tabagistas, especialmente os fumantes pesados⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, o que poderia justificar a presença das mesmas características entre a população dependente do álcool na amostra.

Quando avaliamos a variável estado civil, observamos uma maior proporção de indivíduos casados, o que vai ao encontro aos estudos de Machado e Costa (2009)⁽¹⁷⁾, corroborado por Ribeiro et al (2008)⁽¹⁸⁾ em que manter uma relação conjugal estável associa-se a uma maior adesão ao tratamento. Apesar de alguns estudos apontarem para a dificuldade da população dependente química em manter algum relacionamento estável, como ressaltam Scheffer, Pasa e Almeida (2010)⁽¹⁹⁾.

A partir da tabela 2, encontram-se variáveis relacionadas aos aspectos clínicos, onde se observa que o tempo de abstinência esteve majoritariamente entre 0 a 4 semanas e mais de 12 meses. Ao analisarmos esse resultado associado ao tempo de tratamento no serviço por mais de 4 anos, é possível perceber a razão do tempo

de abstinência estar entre os dois extremos, uma vez que o programa visa a manutenção da abstinência e, quando os pacientes atingem esse objetivo vão se afastando progressivamente do serviço, entretanto, as portas do serviço continuam abertas para uma eventual necessidade, como em uma recaída.

A recaída é considerada parte do processo de reabilitação, sendo uma das maiores dificuldades nos programas de tratamento de alcoolismo⁽²⁰⁾. Os estudos tem mostrado que aproximadamente um terço dos pacientes tem episódios breves de recaída, mas conseguem alcançar abstinência em longo prazo. Entretanto um terço tem recaídas crônicas, apresentando apenas recuperações transitórias da dependência⁽²¹⁾.

Apesar de a cerveja ser a bebida de preferência nacional⁽⁶⁾, os pacientes do PAA têm como bebida de preferência bebidas destiladas, sendo essa a “cachaça”, fator que está intimamente ligado ao baixo custo da bebida, facilidade de acesso e o maior grau de dependência apresentados por bebedores de destilados⁽²²⁻²³⁾. Tal justificativa vai ao encontro das características socioeconômicas da população estudada, que como se observou, e a estudos já realizados anteriormente no mesmo cenário.

O uso de drogas ilícitas esteve abaixo do relatado nas pesquisas de Galduróz e Caetano (2004)⁽¹³⁾, e uma das possibilidades para explicar a questão está relacionada à estigmatização e o constrangimento em declarar o uso.

Quando se busca sobre o que o uso crônico do álcool pode levar, encontra-se o comprometimento de órgãos e do funcionamento do organismo, complicações clínicas importantes, além das diversas complicações psíquicas e sociais, como prejuízos no trabalho, desestruturação familiar, acidentes de trânsito, e etc.⁽²³⁾. No que tange as complicações clínicas, observa-se no presente estudo um predomínio das afecções do sistema gastrointestinal, fato que pode ser explicado pela toxicidade do álcool à mucosa gástrica e do fígado ser o principal sítio de metabolização da substância, levando a problemas como úlceras, gastrites, cirrose, pancreatite, etc⁽²⁴⁻²⁵⁾. O tabagismo aparece logo após, isso devido principalmente à

nicotina antagonizar os efeitos deprimidos do álcool no sistema nervoso central⁽²⁵⁾. Já ocorrência de distúrbios psiquiátricos em menor escala, foi observada em estudo anterior realizado no programa, e foi associada à ausência de um especialista (psiquiatra) compondo a equipe médica, sendo a mesma composta, em sua totalidade, de gastroenterologistas, diagnosticando com maior precisão esses transtornos clínicos⁽²²⁾.

Quanto ao tipo de apoio recebido, fica evidente um maior apoio familiar no seguimento do tratamento, sendo fundamental para a adesão ao tratamento e o sucesso do mesmo. Quanto ao apoio individual, que significa que o paciente procurou o serviço por iniciativa própria, apesar de apresentar uma baixa frequência é o que gera mais resultados positivos⁽¹⁸⁾ e uma maior adesão observada pelos profissionais atuantes.

Considerações finais

O estudo mostrou que o perfil da população atendida no programa está de acordo com o que é encontrado em estudos epidemiológicos nacionais, como a predominância do sexo masculino entre os dependentes, na faixa etária de 46 a 55 anos. Entretanto, faz-se necessário observar as mudanças, mesmo sutis, que esses relatórios apresentam nos padrões epidemiológicos como o caso do alcoolismo feminino, a fim de estruturar o serviço para as particularidades do público a ser atendido.

Ademais, conhecer os aspectos clínicos permite ao profissional executar uma consulta mais específica às necessidades da população atendida no programa, permitindo maior eficácia do tratamento. De forma geral, conhecer os aspectos sociodemográficos e clínicos de uma determinada população permite uma melhor estruturação e planejamento dos serviços para atender adequadamente os usuários e o aprimoramento dos serviços que compõem a rede de saúde.

A equipe de profissionais que compõem serviços integrantes da saúde coletiva, que realizam atendimentos sendo parte dos serviços substitutivos de saúde mental precisa se apropriar dessas informações, a fim de ampliar suas ações e de manter uma assistência baseada em evidências.

Contudo, novos estudos são necessários para comparações futuras e ampliar a compreensão sobre essas associações, pois poucos são os estudos nestes serviços específicos no Brasil que possibilitam conhecer outras realidades e realizar discussões e comparações mais profundas.

Referências

1. FIGUEIREDO, R.; GREGORI, R. **Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação** (uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos). São Paulo, 2002.
2. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND Crime – UNODC. **World Drug Report 2014**. United Nations publication. New York, 2014.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Status Report on Alcohol 2004**. Suíça; 2004.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Status Report on alcohol and Health**. Suíça, 2014.
5. BABOR, T.F.; CAETANO, R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 18, p. 4-5, nov. 2005.

6. LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
7. LARANJEIRA, R. (surpevisor). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: 2003.
9. _____. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II**[portaria na internet]. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo.php?id=603>>. Acesso em: 25 jul 2014.
10. _____. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros** [portaria na internet]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 25 jul 2014.
11. GALDUROZ, J.C.F.G.; NOTO, A.R.; LOCATELLI, D.P. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e específicas. In: FORMIGONI, M.L.O.S. (coordenadora). **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento.** Módulo 1 – O uso de substâncias psicoativas no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
12. MACIEIRA, M.S.; GOMES, M.P.Z.; GARCIA, M.L.T. Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM da UFES (PAA-HUCAM-UFES). **J. Bras. Psiq.** v. 42, n.2, p. 97-109, 1993.
13. GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.1, p: 3-6, 2004.

14. PECHANSKY, F.; SZOBOT, C.M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.1, p:14-17, 2004.
15. PRIMO, N.L.N.P.; STEIN, A.T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **R. Psiquiatr. RS.** v.26, n.3, p: 280-286, Set/Dez 2004.
16. COSTA, J.S.D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública.** v. 38, n.2, p: 284-91, 2004.
17. MACHADO, R.M.; COSTA JR, M.L. Alcoolismo na Região Centro-Oeste de Minas Gerais: perfil sociodemográfico, clínico e distribuição geográfica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog** v.8, n.2, p: 71-8, May.-Aug. 2012.
18. RIBEIRO, M.S. et al. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. **J Bras Psiquiatr.** v.57, n.3, p:203-211, 2008.
19. SCHEFFER, M.; PASA, G.G.; ALMEIDA, R.M.M. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n.3, p: 533-541, Jul-Set 2010.
20. FRANÇA, M.G.; SIQUEIRA, M.M. O papel da enfermagem e a formação de multiplicadores ante o processo de prevenção a recaída. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.7, n.2, p: 78-84, maio-ago 2011
21. GORSKI, T.T.; KELLEY, J.M.; HAVENS, L. An overview of addiction relapse and relapse prevention. In: **Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender** (An executive briefing) (Technical Assistance Publication Series 8). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.
22. PORTUGAL, F.B.; CORREA, A.P.M.; SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.6, n.1, p: 1-13, 2010.

23. BALTIERI, D.A.; DARÓ, F.R.; RIBEIRO, P.L.; DE ANDRADE, A.G. The role of alcoholic beverage preference in the severity of alcohol dependence and adherence to the treatment. **Alcohol**. v.43, n.3, p:185-95, 2009 May.
24. HECKMAN, W.; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, G.A.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. (Editores). **Álcool e suas conseqüências**: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Minha Editora, 2009.
25. GIGLIOTTI, A.; LEMOS, T. Comorbidade Psiquiátrica em Tabagismo Dependência de Álcool e outras substâncias. In: PECHANSKY, F.; BOERGEN, R.; BARROS, H. (Editores). **Comorbidades**: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso. São Paulo: ABEAD, 2005: 55-60.

5.2 ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS ENTRE USUÁRIOS DE UM PROGRAMA DE ALCOOLISMO

Lorena Silveira Cardoso; Camila Barcelos Vieira; Marluce Miguel de Siqueira

Resumo

A avaliação em saúde além de multidimensional deve compreender todos os sujeitos participantes do processo de tratamento: usuários, familiares e profissionais. Porém, a avaliação dos resultados sob a perspectiva dos pacientes tem sido cada vez mais utilizada, devido ao conceito presente do paciente como participante ativo do tratamento. Face ao exposto, objetivou-se nesta pesquisa avaliar as mudanças decorrentes do tratamento recebido e a satisfação dos usuários atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista – PAA. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo com abordagem quantitativa e de corte transversal. A análise dos dados foi feita através do programa SPSS 20.0, utilizando a análise univariada para a descrição das variáveis da Escala de Mudança Percebida (EMP-paciente) e da escala Satisfação dos pacientes (SATIS_BR) versão paciente e utilizou-se a análise bivariada a fim de verificar a associação entre o escore final da escala e as outras variáveis. A amostra foi predominantemente masculina (80%) e com tempo de tratamento no serviço maior que 4 anos (45,2%). Com relação à percepção das mudanças, de forma geral, 83,3% dos pacientes alcoolistas declararam estar melhor do que antes do tratamento, havendo percepção de piora apenas nos itens sexualidade (26,8%) e sono (16,7%). Em relação à satisfação dos mesmos, a média da satisfação dos usuários por subescalas e escala global foi muito representativa visto que, quando perguntando sobre a satisfação com a discussão sobre o seu tratamento 100% responderam satisfeito, bem como 97,4% disse estar satisfeito com a ajuda dos profissionais. Portanto, por ambas as escalas estarem adaptadas

ao contexto brasileiro e apresentarem equivalência semântica com a escala original, elas serviram para avaliar os resultados do tratamento, na percepção dos seus usuários. Dando subsídios para que os profissionais se adequem a um novo processo de serviço que proporcione melhorias em relação aos aspectos físicos do PAA e uma reflexão sobre os aspectos positivos da avaliação. Entretanto, a falta de estudos nesta área com esta metodologia, dificultou a discussão dos resultados. Assim, a replicação desta metodologia em outros programas e serviços que atendam essa demanda brasileira permitirá a comparação de desempenho entre elas propiciando uma disseminação da prática de avaliação.

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

EVALUATION OF SATISFACTION AND THE PERCEPTION OF CHANGES BETWEEN USERS OF A PROGRAM OF ALCOHOLISM

Abstract

The health assessment must include multidimensional addition to all subjects participating in the treatment process: users, families and professionals. However, the evaluation of the results from the perspective of patients has been increasingly used due to this concept of the patient as an active participant in the treatment. The evaluation from this perspective provides a unique insight on the clinical status and the effects of interventions in your life. So, this study aimed to assess changes resulting from the treatment received and the satisfaction of users enrolled in the Program Service alcoholics - PAA. It is an evaluative, descriptive study with a quantitative approach and cross-sectional. Data analysis was performed using the SPSS 20.0 program using univariate analysis for the description of variables Scale of Perceived Change (EMP-patient) and patient satisfaction scale (SATIS_BR) patient version and a bivariate analysis was used to verify the association between final scale score and other variables the sample was predominantly male (81%) and treatment time on the greatest service four years (45.2%). Regarding the perception of changes, in general, 83.3% of alcoholic patients reported being better than before treatment in most items of the Scale of Perceived Change (EMP-patient), with only worsens the perception of sexuality items (26.8%) and sleep (16.7%). Regarding their satisfaction, the average user satisfaction for subscales and overall scale was representative because when asking about satisfaction with the discussion about your treatment 100% answered satisfied, and 97.4% rated the help professionals as satisfied. Therefore, for both scales were adapted to the Brazilian context and have semantic equivalence with the original scale, they served to evaluate treatment outcomes, as perceived by its users. Giving subsidies for professionals are suited to a new service process that provides improvements in physical aspects of the PAA and reflect on the positive aspects of the evaluation. However, you lack studies in this area with this methodology made it difficult to discuss the results. Thus,

replication of this methodology in other program and services that meet this demand in Brazil will allow the comparison of performance between them providing a spread of the practice of evaluation.

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

INTRODUÇÃO

O questionamento sobre o fenômeno das drogas vem ganhando dimensão, sendo visto como um dos maiores problemas de saúde, com repercussões sociais, políticas, econômicas e culturais para a sociedade (GIGANTESCO, 2002). Falar sobre a dependência química traz à tona questões relacionadas diretamente ao campo da saúde, o que implica na necessidade de realizar uma reflexão sobre esse acontecimento em diversos âmbitos (PRATTA *et al.*, 2009).

O campo da saúde mental brasileira vem desde o final do século XX, sofrendo importantes transformações nas políticas, na organização de serviços e nas práticas de saúde. Contudo, a saúde mental ainda é uma área muito negligenciada quanto aos serviços de atenção à saúde (ANDREWS *et al.*, 2011).

Vários países ainda apontam o aumento dos números de casos dos transtornos mentais e muitos desses casos não recebem a atenção necessária, devido à falta de preparo dos serviços tradicionais de saúde para lidar com essa constante demanda (MARAGNO *et al.*, 2006). Segundo Wetzell e Kantorski (2004), os parâmetros utilizados na assistência prestada nos serviços de saúde não se adaptam totalmente à realidade dos serviços de saúde mental.

Com a desinstitucionalização, decorrente da Reforma Psiquiátrica, ocorreu uma reestruturação dos serviços de assistência em saúde mental, sendo atualmente, cada vez mais enfatizada a necessidade de avaliação dos serviços (GONÇALVES *et al.*, 2001). Assim, diante da complexidade que envolve os sistemas de saúde e saúde mental, a avaliação é considerada como essencial para a garantia de qualidade dos serviços (OMS, 2001; DONABEDIAN, 2005)

A importância de avaliar a perspectiva do usuário, quando se aborda a satisfação com relação à qualidade dos serviços de saúde e sua mudança percebida vem crescendo cada vez mais. Visto que, o papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. É necessário, portanto, o conhecimento de como os usuários avaliam os serviços que lhes são prestados,

para que se possa repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a organização dos mesmos, visando seu aprimoramento (DONATELA, 2003).

Na avaliação dos serviços de saúde a satisfação do usuário é fundamental (CONTANDRIOPOULOS, 1997), por ser entendida como um conjunto de ações amplas e de caráter heterogêneo, tendo como objetivo mensurar a opinião dos usuários (VAITSMAN *et al.*, 2005). Segundo Esperidião e Trad (2006), a satisfação dos usuários é considerada uma meta para os serviços e deve ser investigada a fim de subsidiar melhorias. Ainda segundo Tanaka (2000) a avaliação pode propiciar não apenas o apontamento de acertos ou falhas, mas principalmente pode possibilitar o delineamento de soluções, além de reorganizar atividades e serviços.

Dentre as três dimensões da avaliação em saúde estabelecidas por Donabedian (1990) e Mercier *et al.* (2004), estrutura-processo-resultados, os resultados do tratamento têm sido priorizados nas pesquisas realizadas, porém com uma visão objetiva e sob o olhar de terceiros.

A avaliação em saúde além de multidimensional deve compreender todos os sujeitos participantes do processo de tratamento: usuários, familiares e profissionais. Porém, a avaliação dos resultados sob a perspectiva dos pacientes tem sido cada vez utilizada, devido ao conceito cada vez mais presente do paciente como participante ativo do tratamento e da importância dos dados subjetivos para complementar a avaliação (BANDEIRA *et al.*, 2009).

Os pacientes são capazes de fornecer uma visão única a respeito do estado clínico e dos efeitos das intervenções em sua vida, sendo que não é possível acessar informações sobre as experiências vividas por ele no tratamento através de terceiros (SILVA *et al.*, 2012).

Quanto ao termo satisfação, Santos (2003) afirma que ele diz respeito ao atendimento dos desejos, expectativas e necessidades dos usuários, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços.

A medida de percepção de mudanças se refere aos efeitos do tratamento na saúde física e psicológica, na vida social e nas atividades, tal como percebido pelo próprio paciente. Alguns autores apontaram a importância dessa medida na avaliação dos resultados do tratamento (MERCIER *et al.*, 2004; PERRAULT *et al.*, 2010). Logo, captar a percepção do paciente sobre os resultados do tratamento, fornecem dados para se constituir “indicadores”, de forma, a se realizar as intervenções cabíveis, ou seja, aprender fazendo a(re)formulação do projeto, do programa e do serviço.

Por conseguinte, apresentar dados da avaliação da satisfação e percepção de mudanças em um único momento de tempo se faz relevante e pioneiro no campo da saúde mental no cenário nacional, especialmente, sobre a realidade capixaba, visto que, a maioria dos estudos avalia, apenas e isoladamente, uma dessas variáveis.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo, avaliar a satisfação e a mudança percebida dos usuários de um programa de tratamento do alcoolista em Vitória-ES.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um *estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa*. O estudo foi realizado no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA), criado em 1985 e situado no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) do município de Vitória-ES; possuindo como proposta de trabalho, a atuação de uma equipe interdisciplinar.

A *amostra* foi constituída por 40 pacientes atendidos no Programa, em 2013/2 a 2014/1, selecionados por conveniência; sendo a mesma calculada no software Epi Info 6.04, com intervalo de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 50%.

Foram *incluídos* na pesquisa, usuários que aceitaram participar e que tiveram no mínimo 03 consultas por qualquer profissional. E, *excluídos*, aqueles que não possuíam condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por razão de transtornos de linguagem e/ou transtorno mental grave.

Na *coleta de dados*, utilizou-se um *questionário* para identificação socioeconômica e *escalas* validadas aplicadas durante a *entrevista*, em encontros semanais, a saber: 1) Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), composta por 62 itens, com questões quantitativas que visam avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços; qualitativas/descriptivas que exploram a opinião dos usuários sobre os serviços e, questões, que avaliam os dados sócio demográficos (BANDEIRA *et al.*, 2012) e, 2) Escala de Mudança Percebida, versão paciente (EMP-paciente), composta de 19 itens, com foco nas seguintes dimensões da vida dos pacientes: a) psicológica, b) saúde física, c) vida social e d) condições de vida (BANDEIRA *et al.*, 2011).

Na *análise dos dados*, empregou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 20), sendo utilizado na análise bivariada, o teste qui-quadrado de Pearson para verificar a associação das variáveis da escala SATIS-BR com a EMP-paciente, por meio de testes estatísticos, com nível de significância de 5%.

O estudo integra a pesquisa “Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade capixaba”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); corroborando com os dispositivos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (Parecer n° 338.114/2013).

RESULTADOS

Descrição da amostra

Dos 40 pacientes, que participaram do estudo, a maioria foi do sexo masculino (81,0%), com idade entre 46 e 55 anos (42,5%). Em relação ao estado civil houve predomínio dos casados (50%), como demonstrado na *Tabela 1*.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo as características sociodemográficas. Vitória-ES, 2014.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Gênero	Masculino	32	80,0
	Feminino	8	20,0
	Total	40	100,0
Idade	26 - 35 anos	02	4,8
	36 - 45 anos	08	19,0
	46 - 55 anos	17	42,5
	56 - 65 anos	08	19,0
	66 - 80 anos	05	11,9
	Total	42	100,0
Estado Civil	Solteiro (a)	09	21,4
	Casado (a)	20	50,0
	Separado (a)	04	9,5
	Divorciado (a)	01	2,4
	Viúvo (a)	02	4,8
	União consensual	04	9,5
	Total	42	100,0

Quanto ao tempo de tratamento e abstinência da amostra estudada, 45,2% estavam em tratamento no serviço há mais de 4 anos e 35,7% estavam abstinentes entre 0 a 4 semanas, seguido por 31% abstinentes há mais de 12 meses, como mostra *Tabela 2*.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo o tempo de tratamento e abstinência. Vitória-ES, 2014.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Tempo tratamento	1-6 meses	04	9,5
	7-12 meses	06	14,3
	1-2 anos	03	7,1
	2-4 anos	08	19,0
	Mais de 4 anos	17	42,5
	Não informou	02	4,8
	Total	40	100,0
Tempo abstinência	0 – 4 semanas	15	35,7
	5 – 8 semanas	05	11,9
	9 – 12 semanas	01	2,4
	De 03 a 06 meses	05	11,9
	De 07 a 12 meses	03	7,1
	Mais de 12 meses	13	31,0
	Total	40	100,0

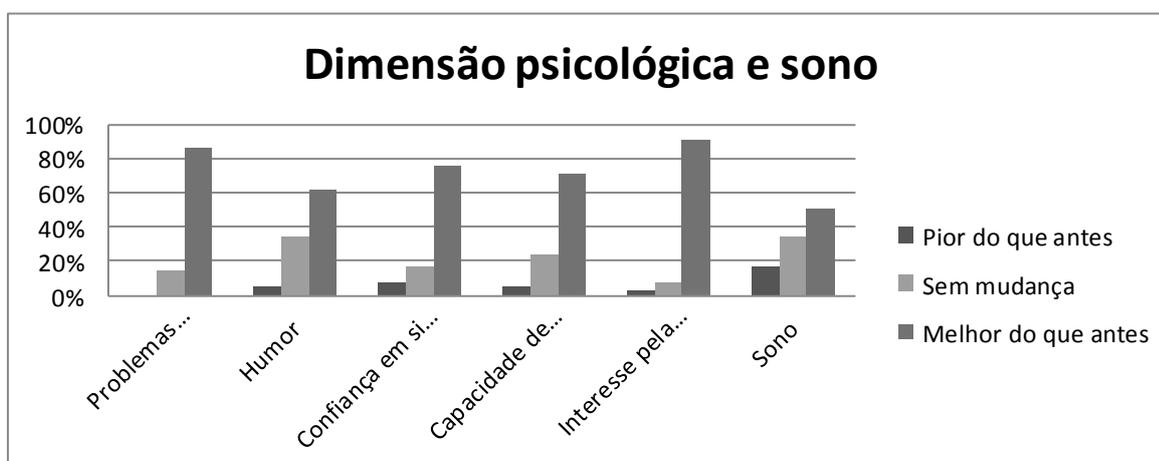
Avaliação da mudança percebida

Quanto a mudança percebida, as porcentagens das respostas de *melhora*, *piora* e *ausência de mudanças*, para cada item da escala EMP-paciente, são apresentadas nos gráficos a seguir, segundo seus relacionamentos e estabilidade emocional, a dimensão psicológica e sono e, atividades e saúde física, respectivamente gráficos 1, 2 e 3.

Os resultados de mudança percebida entre os pacientes do PAA-HUCAM-UFES, nos quais referem *melhora*, incluem 04 (quatro) itens da sub-escala aspectos psicológicos e sono, entre eles: interesse pela vida (90,5%), problemas pessoais (85,7%), confiança em si mesmo (76,2%) e capacidade de suportar situações difíceis (71,4%), como mostra o *Gráfico 1*.

Ainda nesta mesma subescala acima, o item sono apresentou *piora significativa* (16,7%), pois o álcool quando “usado ocasionalmente” pode, a princípio, prolongar o sono, porém quando é retirado, o sono é diminuído, mais fragmentado e superficial, além do aumento da ansiedade, sintomas característicos da síndrome de abstinência alcoólica.

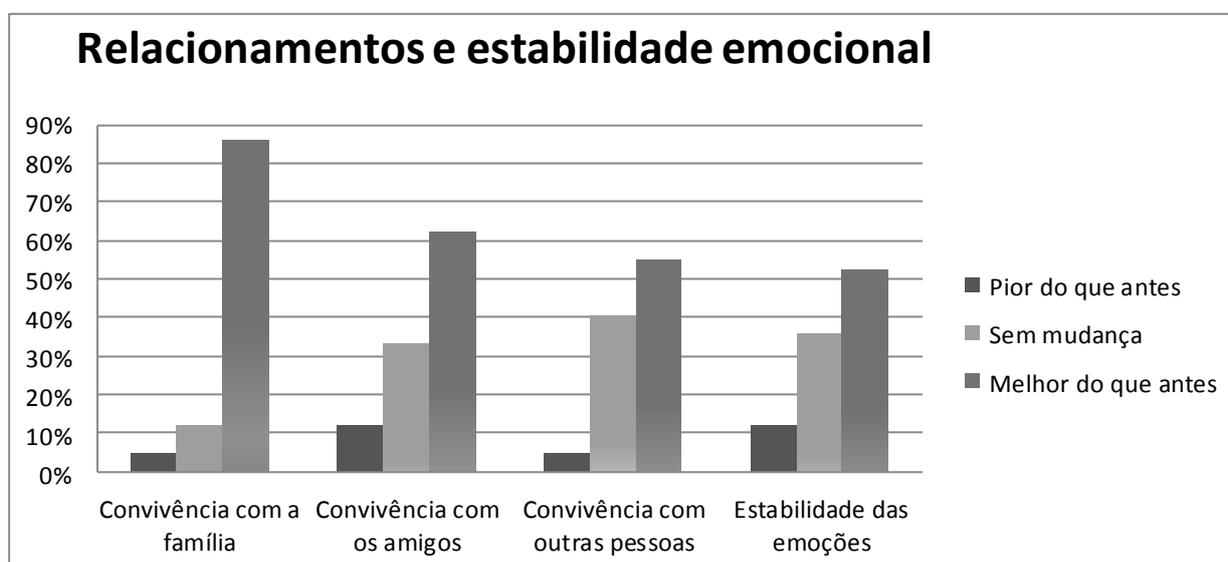
Gráfico 1 - Mudança percebida pelos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo sua dimensão psicológica e sono. Vitória-ES, 2014.



Na sub-escala relacionamentos e estabilidade emocional, observou-se uma *melhora significativa* com relação a convivência a familiar, na vigência do tratamento

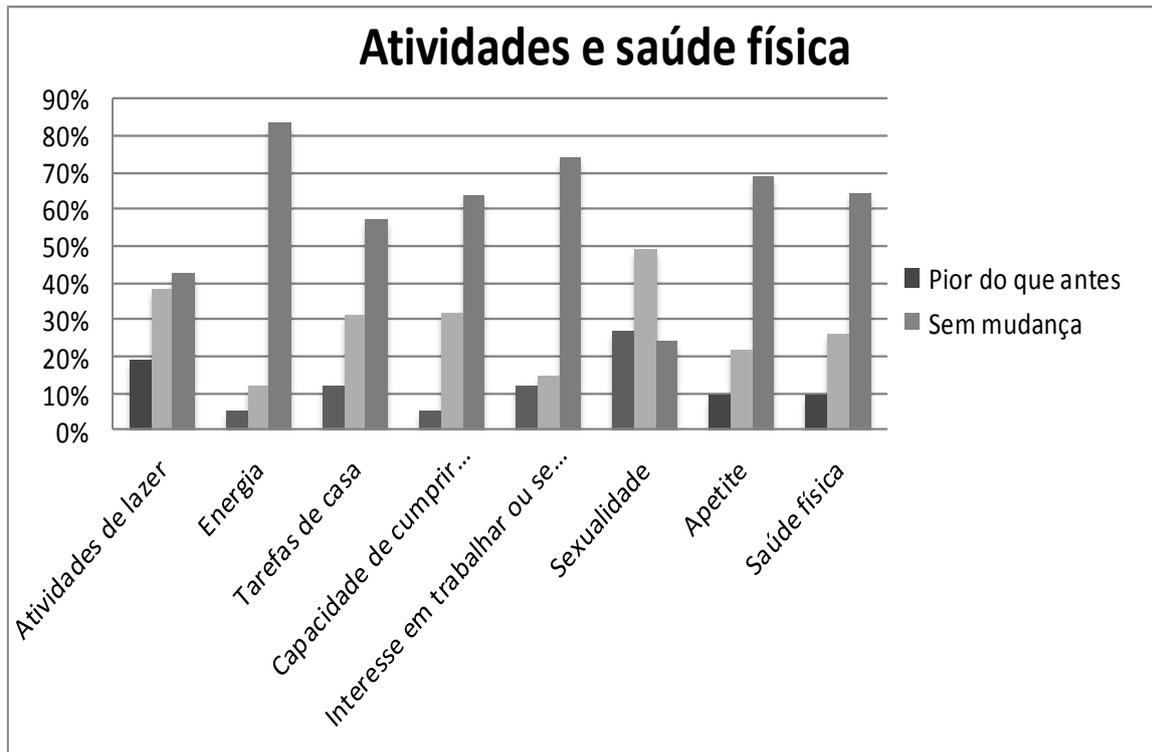
(83,3%), pois o alcoolismo é de grande impacto nas relações familiares, através da desorganização das mesmas ou até de sua ruptura, contribuindo para altos índices de conflitos interpessoais e/ou separações, como apresenta o *Gráfico 2*.

Gráfico 2 - Mudança percebida nos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo seus relacionamentos e estabilidade emocional. Vitória-ES, 2014.



Na subescala atividades e saúde física, nota-se uma *melhora* dos itens energia (83,3%) e apetite (69,0%). O item sexualidade foi percebido como *pior do que antes do tratamento* (26,8%), fato que está relacionado à ação prejudicial do álcool na potência sexual e no desempenho, chegando a atingir 80% dos dependentes de álcool. A falta de percepção de mudança na sexualidade (48,8%), pode estar relacionada ao tabu associado ao tema, numa sociedade onde o gênero masculino, muitas vezes é levado a utilizar em abundância do mecanismo de defesa “negação”. A falta de percepção de mudança no item atividades de lazer (38,1%), pode estar associada a dificuldade em estabelecer atividades prazerosas dissociadas do uso do álcool numa sociedade onde o “consumo” tem sido exaustivamente incentivado, especialmente pelos meios de comunicação.

Gráfico 3 - Mudança percebida nos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo suas atividades e saúde física. Vitória-ES, 2014.



Satisfação dos usuários com o serviço

Os resultados deste estudo mostram que a grande maioria dos usuários (79 a 100%) demonstrou satisfação em relação aos diferentes aspectos do Programa. Uma menor parcela (2,6 a 5,2%) demonstrou *insatisfação*, seguida por outra um pouco menor (2,6 a 15,8%) que apresentou resposta *intermediária entre satisfação e insatisfação*, como mostra a *Tabela 3*.

Tabela 3- Satisfação global com o Programa entre usuários do PAA-HUCAM-UFES. Vitória-ES, 2014.

Itens Avaliados	Respostas (Frequência absoluta e frequência relativa)			Média (DP)
	Insatisfeito	Mais ou menos satisfeito	Satisfeito	DP
1. Maneira com que foi tratado com respeito e dignidade	-	1 (2,6%)	37(97,4%)	4,86 (0,41)
2. Você sentiu que a pessoa que te admitiu te ouviu	1 (2,6%)	2 (5,3%)	35(92,1%)	4,32 (0,70)
3. Até que ponto a pessoa que te admitiu pareceu compreender seu problema	-	4 (10,8%)	33(89,2%)	4,35 (0,67)
4. Em geral a equipe compreendeu o tipo de ajuda que você necessitava	1 (2,7%)	2 (5,4%)	34(91,9%)	4,19 (0,77)
5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada oferecida a você	-	-	38 (100%)	4,71 (0,46)
6. Você está satisfeito com a discussão sobre o seu tratamento	-	-	38 (100%)	4,32 (0,47)
7. Você considerou que a equipe estava lhe ajudando	-	1 (2,6 %)	37(97,4%)	4,68 (0,62)
8. Como você classificaria a acolhida dos profissionais	-	2 (5,3%)	36(94,7%)	4,55 (0,60)
9. Como você classificaria a competência da equipe	-	-	38 (100%)	4,66 (0,48)
10. Qual a competência da pessoa com quem você trabalhou mais de perto	-	1 (2,6%)	37(97,4%)	4,32(0,62)
11.Você ficou satisfeito com o conforto e aparência	1(2,6%)	1 (2,6%)	36(94,8%)	4,16 (0,59)
12. Como você classificaria as condições gerais das instalações	2 (5,2%)	6 (15,8 %)	30 (79%)	3,84 (0,78)
Média Geral				4,41 (0,59)

* DP- Desvio Padrão

Com relação às condições gerais das instalações do PAA-HUCAM-UFES, 80% dos usuários mostraram *satisfação*, entretanto, quando (re)visitado este item os mesmos apontavam, algumas precariedades físicas do local, como por exemplo ventilação, disponibilidade de cadeiras, macas, aparelho para verificação de pressão arterial, termômetro, dentre outros.

A satisfação entre os usuários do PAA-HUCAM-UFES é apresentada na *tabela 4*, através dos escores médios dos 03 (três) fatores que compõem a SATIS-BR ao mensurar “satisfação”, sendo eles: 1) Competência da equipe e do terapeuta principal, capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos profissionais a respeito do problema apresentado; 2) Ajuda recebida no serviço, qualidade da acolhida dos profissionais e respeito e dignidade da equipe ao relacionar com o paciente e, 3) Condições físicas do serviço, incluindo o conforto e a aparência do serviço e as condições das instalações do serviço. Segundo Bandeira e Silva (2012), a escala SATIS-BR possui uma boa homogeneidade entre os itens, portanto, um bom índice de fidedignidade ou precisão na medida da satisfação dos pacientes com os serviços.

Tabela 4 - Satisfação entre os usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo os fatores da SATIS-BR. Vitória-ES, 2014.

Fatores	Média*
1. Acolhida e Competências da Equipe	4,44
2. Resultados do Tratamento	4,69
3. Condições Físicas, conforto e aparência do serviço	4,00

*Variação do escore da satisfação 1 a 5.

Com relação à associação das variáveis da escala SATIS-BR com a EMP-paciente, através do teste Qui-quadrado entre a “acolhida e competências da equipe”;

”resultados de tratamento”; e “condições físicas, conforto e aparência do serviço e o gênero dos pacientes”, não foi percebido nenhum grau de significância estatística entre as questões analisadas. Para as variáveis sociodemográficas e clínicas, apenas a relação entre a acolhida dos profissionais e o tempo de abstinência apresentou resultados significativos ($p < 0,05$), com o $p = 0,01$, como apresenta a *Tabela 5*.

Tabela 5 – Correlação entre a acolhida dos profissionais e o tempo de abstinência entre usuários do PAA-HUCAM-UFES, Vitória-ES, 2014.

		Acolhida dos Profissionais			Valor p^2
		Nada amigável	+ ou - amigável	Muito amigável	
T abstinência	0 – 12 semanas	-	-	31	0.010
	3 meses ou mais	-	02	05	

* p^2 - valor de Pearson ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indicam que a prevalência de pacientes do sexo masculino corrobora com os dados do II LENAD (2014), em que os homens são maioria entre os não-abstinentes (62,0%), entre os que bebem pelo menos uma vez por semana (63,0%), e entre o que se encontram entre os dependentes (10,48%). Entretanto, o relatório alerta para o fato de que as mulheres são a população mais em risco, pois houve um aumento significativo do beber frequente no gênero feminino entre 2006 e 2012, além de beberem de forma mais nociva. Esse aumento

constante no uso de álcool pela população feminina ocorre não apenas no Brasil, mas em um panorama mundial, acompanhando o desenvolvimento econômico e mudança de papéis de gênero (WHO, 2014).

No que se refere aos dados relacionados às características de tempo de tratamento e abstinência, é possível perceber a razão do tempo de abstinência estar entre os dois extremos, uma vez que o programa visa à manutenção da abstinência e, quando os pacientes atingem esse objetivo vão se afastando progressivamente do serviço, entretanto, as portas do serviço continuam abertas para uma eventual necessidade, como em um lapso ou uma recaída.

Todavia Bertozzi (1993), afirma que pacientes que sofrem da síndrome de dependência, como a de álcool recaem após curto prazo de desintoxicação, indicando a necessidade do desenvolvimento de estratégias mais efetivas. O que, portanto se torna um desafio o restabelecimento da saúde mental das pessoas acometidas dessa síndrome, bem como para o serviço desenvolver estratégias de manutenção da abstinência.

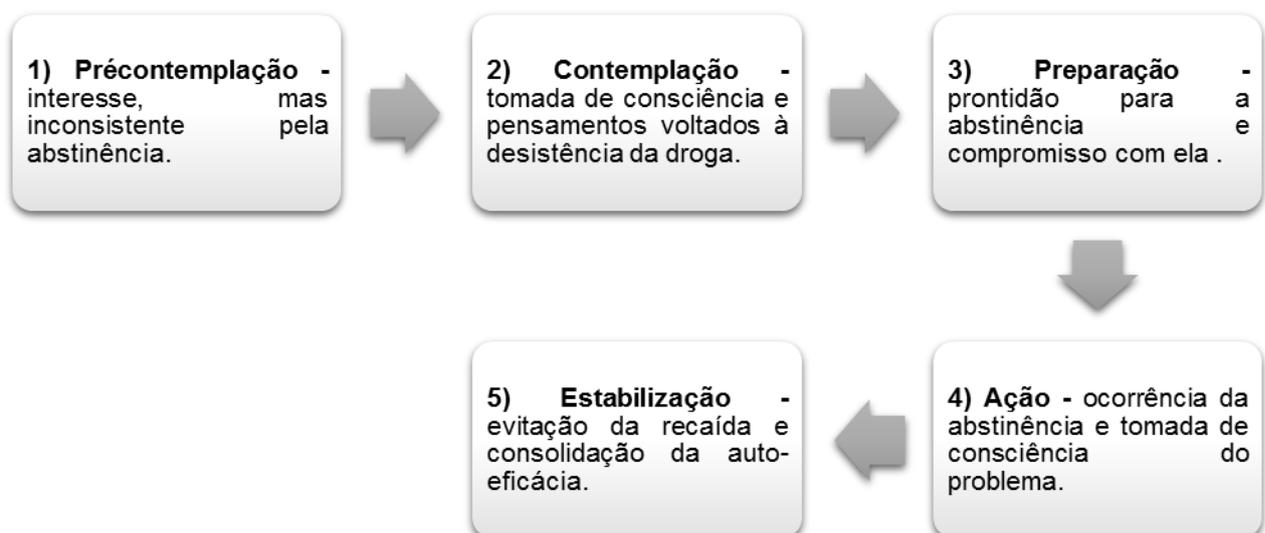


Figura 1: Estágios da abstinência.

Como apresentado na *Figura 1*, a complexidade para a aquisição da abstinência, segundo Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), é clarificada através dos seus 05 (cinco) estágios. Contudo, a recaída é considerada parte do processo de reabilitação, sendo uma das maiores dificuldades nos programas de tratamento de alcoolismo (FRANÇA; SIQUEIRA 2011).

Quanto a mudança percebida, as porcentagens das respostas de melhora, piora e ausência de mudanças para cada item da escala EMP-paciente pode estar relacionado à ocorrência de quadros psicopatológicos decorrentes do abuso e da dependência do álcool, que recebendo o tratamento adequado, com o tratamento tanto da condição psiquiátrica quanto da dependência, associadas à farmacoterapia, levam a uma significativa melhora (HECKMAN; SILVEIRA, 2009; LARANJEIRA, *et al* 2012). Apesar do programa não contar com um psiquiatra na composição da equipe, observa-se que a estratégia adotada tem interferido na percepção da melhora pelos pacientes no que se refere à sintomatologia tanto da SAA como da SDA.

Quanto ao sono, a melhora em seu padrão ocorre lentamente, durante o primeiro ano de desintoxicação, caso não ocorram recaídas (DRUMMOND et al., 1998; BRIDA, 2009).

Na avaliação da estabilidade emocional e com relação à convivência familiar, a estruturação dos serviços incluindo parceria entre familiares e rede social do alcoolista são parcerias necessárias para o sucesso do tratamento (REINALDO; PILLON, 2008; BRIDA, 2009). Ademais, a amostra apresenta um tempo de tratamento superior a quatro anos, o que pode ter permitido uma reestruturação das relações familiares por meio do tratamento da dependência, apesar do programa não apresentar uma estratégia direcionada para os familiares. Entretanto, o programa não deixa de acolher as famílias que desejam participar mais ativamente do tratamento do usuário e de encaminhar as mesmas para grupos de ajuda mútua como Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos (AA) e Al-Anon, dentre outros.

No que tange a sexualidade, sabe-se que o consumo crônico e prolongado do álcool prejudica todos os aspectos da função sexual masculina: piora da ereção

(tempo e intensidade); redução dos níveis de testosterona; redução do número de espermatozoides; e, piora nos testes de desempenho.

O surgimento de complicações, tais como depressão ou a piora do relacionamento conjugal ao longo dos anos, tornam difícil estabelecer uma relação de causa-efeito exclusiva do álcool, já que esses fatores afetam diretamente a função sexual masculina. Com relação à população feminina, o consumo crônico do álcool leva a: incapacidade de atingir o orgasmo; piora da lubrificação vaginal; e, intercurso sexual doloroso (PEUGH; BELENKO, 2001).

Quanto à frequência das respostas obtidas pelos usuários referentes à escala global SATIS-BR, pesquisadores afirmam que a satisfação dos usuários tem sido associada com a melhor adesão ao tratamento e menor taxa de abandono (RUGGERI, 1994; HANSSON, 2001; HASLER *et al.*, 2004). Reafirmando, Donabedian (1992), que descreve que para os serviços serem de qualidade, os resultados devem ser congruentes com as perspectivas dos usuários. E os resultados vão ao encontro das pesquisas que aplicaram este questionário, entretanto, em outros tipos de serviços (BANDEIRA *et al.*, 2011).

Conseqüentemente, algumas questões devem ser refletidas, pois segundo Guedes e Garcia (2001) a satisfação do usuário do serviço acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentam um direcionamento para respostas positivas, pois há sempre um receio de que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento. Sendo que o “viés de gratidão” trata-se da omissão de questionamentos e críticas negativas dos usuários, e é verificado especialmente na avaliação de serviços públicos.

Entretanto, segundo um estudo bibliográfico há um fenômeno comum a muitas pesquisas de avaliação da satisfação, o da “alta satisfação” (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005), em decorrência de várias causas, dentre elas:

(a) A inconsistência teórica no uso do conceito “satisfação”; (b) Os aspectos metodológicos utilizados; (c) O receio dos usuários em responder sinceramente às questões e, como retorno, terem algum tipo de prejuízo; (d) O viés da aquiescência: corresponde à tendência que muitos respondentes de questionários têm em escolher a primeira opção de resposta. Como o primeiro item geralmente corresponde a uma medida alta de satisfação ocorre um viés , (e) O viés da gratidão: a afinidade com os profissionais que prestam os serviços ou a percepção de que a prestação do serviço é um favor, faz com que os usuários tendam a avaliar sempre bem quando questionados.

Todavia, buscando minimizar e/ou reduzir as “causas de viés(es)” supracitados, os instrumentos utilizados neste estudo, foram devidamente trabalhados com respostas que se alternavam, com o intuito de eliminar as respostas tendenciosas, sendo lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao paciente e, desta forma, visando esclarecer dúvidas que poderiam permear a entrevista.

Nosso estudo evidenciou que os usuários avaliaram *satisfação* com o *resultado do tratamento*, sendo este “importante indicador” a ser considerado no planejamento das ações de atenção ao alcoolista em tratamento. Corroborando com nossos achados, um estudo objetivando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde pública municipal com a assistência prestada, mostrou que 72% dos entrevistados afirmaram que os serviços de saúde estão resolvendo os problemas e necessidades da população (MOIMAZ *et al.*, 2010).

No que se refere às condições físicas, conforto e aparência do serviço, um estudo realizado sobre a satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos de um serviço de saúde mental (BANDEIRA *et al.*, 2011) divergem destes achados.

Assim, no que tange as condições físicas do ambiente em que é prestado o atendimento, é de extrema importância identificar quais as modificações são necessárias e, em curto prazo, implementadas, visto que em uma das políticas

governamentais a “ambiência acolhedora e confortável” é uma das diretrizes (BRASIL, 2010).

A partir dos resultados encontrados, constatou-se que os usuários avaliaram o tratamento recebido e a acolhida dos profissionais como requisitos motivadores para continuar o tratamento. Estudos realizados com usuários de serviços de saúde mental apontaram que a sua qualidade de vida foi determinada, principalmente, pelo grau de melhora percebida pelos próprios usuários, em decorrência do tratamento recebido no serviço, por meio de um processo de avaliação (CESARI; BANDEIRA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambas as escalas estão adaptadas ao contexto brasileiro e apresentam equivalência semântica com a escala original, elas serviram para avaliar os resultados do tratamento, na percepção dos seus usuários. Dando subsídios para os profissionais se adequarem a um novo processo de trabalho no seu serviço, neste caso, o PAA-HUCAM-UFES, que proporcione melhorias em relação aos aspectos físicos do Programa e uma reflexão sobre os aspectos positivos da avaliação.

O estudo mostrou que, de forma geral, a maior parte dos usuários “percebem-se melhor que antes do tratamento”, o que mostra a eficácia do Programa. E a avaliação sistemática e sistematizada realizada no cotidiano do Programa, possibilita aos profissionais, compartilhar os resultados e aumentar o compromisso com o monitoramento dos usuários na promoção da sua saúde mental, física, social e espiritual, ou seja, “integral”; bem como identificar as potencialidades e fragilidades do Programa, sob a ótica dos seus usuários.

Contudo, os estudos sobre a percepção de mudança e satisfação dos usuários “em tratamento”, no contexto brasileiro, são raros e, especialmente no estado do Espírito Santo, apenas começando, não existindo, ainda, estudos com

alcoolistas, tratando-se, portanto, de uma iniciativa pioneira e inovadora. Todavia, a inexistência de estudos, no campo da saúde mental, empregando a avaliação em saúde – projetos, programas e serviços, dificultou a discussão dos nossos resultados.

Assim, a multiplicação desta metodologia em outros projetos, programa e serviços que prestam cuidados à população portadora de transtornos mentais, permitirá a comparação de desempenho entre elas propiciando uma disseminação da prática de avaliação, nesta área de conhecimento – a saúde mental.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian National Mental Health Survey. **British Journal of Psychiatry**, Australian, 2011.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P., COSTA, C. S.; CESARI, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **J. Bras. Psiq.**, v. 58, n.2, p.107-114, 2009.

BANDEIRA, M. et al. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 60, n. 4, p. 283-93, 2011.

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

BANDEIRA, M.; SILVA, M.A. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 61, n.3, p. 124-132, 2012.

BERTOZZI, S.R. Por que as pessoas usam drogas. **Revista Insight – PSICOTERAPIA**, n. 3, 22-23, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRIDA, D.O. **A Inserção Do Serviço Social no Trabalho com Alcoolistas e suas famílias no Centro de Atenção Psicossocial I do Município De São Joaquim/SC**. Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharel em Serviço Social]. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **J. Bras. Psiquiatr.** v.59, n.4, p. 293-301, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-47, 1997.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v. 144, p.1115-1118, 1990

DONABEDIAN, A. Quality assurance in health care: consumer's role. **Quality in Health Care.** v. 1, p. 247-251, 1992.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly.** v.44, n.3, p.166-203, 2005.

DONATELA, D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2003.

DRUMMOND, S.P. et al. The Sleep of Abstinent Pure Primary Alcoholic Patients: Natural Course and Relationship to Relapse. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 22, n.8, p. 1796-802, 1998.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B.. Avaliação de satisfação de usuários. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. suplemento. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2005.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2006.

FRANÇA, M.G.; SIQUEIRA, M.M. O papel da enfermagem e a formação de multiplicadores ante o processo de prevenção a recaída. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.7, n.2, p. 78-84, 2011.

GIGANTESCO, A.; PICARDI, A.; CHIAIA, E.; BALBI, A.; MOROSINE, P. Patients' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. **Eur Psychiatry**, 2002.

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

GUEDES, D.G.M.; GARCIA, T.R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 40-9, 2001.

HANSSON, L. Outcome assessment in psychiatric service evaluation. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v.36, n.5, p. 244-248, 2001.

HASLER, G. et al. Patient satisfactions with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. **The Canadian Journal of Psychiatry**. v. 49, n.5, p. 315-321, 2004.

HECKMAN, W.; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, G.A.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. (Editores). **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. São Paulo: Minha Editora, 2009.

LARANJEIRA, R. et al (supervisão). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LARANJEIRA, R. **Depressão & Abuso e Dependência do Álcool (ADA)**. UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas). Departamento de Psiquiatria – EPM – UNIFESP 2012. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/Depressao%20e%20abuso%20e%20dependencia%20do%20alcool.pdf>>. Acesso em: 06 de jul. 2014.

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, 2006.

MERCIER, L. et al. Measuring client's perception as outcome measurement. In: ROBERTS A.R, YEAGER K.R, editors. **Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services**. Oxford: Oxford University, 2004.

MOIMAZ, S.A.S. et al . Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010.

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

PEUGH, J.; BELENKO, S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. **Journal of Psychoactive Drugs**. v.33, n.3,p.223-33, 2001.

PERRAULT, 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.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. São Paulo, 2009.

PROCHASKA, J.A.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: applications to addictive behavior. **Am Psychol**. v. 47, n.9, p. 1102-14, 1992.

REINALDO, A.M.S.; PILLON, S.C. Repercussões do Alcoolismo nas relações familiares: um estudo de caso. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.16, especial, 2008.

RUGGERI, M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v.29, n.5, p.212-22, 1994.

SANTANA, C. L.; RAMÍREZ, R. A.; GARCÍA M.M.; SÁNCHEZ, P. M, MARTÍN, G.J.C.; HERNÁNDEZ, M.E. Satisfaction SURVEY administered to the relatives of critical patients. **Med Intensiva**. Spanish, 2007.

SANTOS, C.V.L.; PEREIRA, E.S. **O desafio de profissionais e usuários de uma Unidade Saúde da Família** [monografia de especialização]. Belém (PA): Universidade do Estado do Pará; 2003.

SILVA, M. A. et al. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 6, n.2, p. 66-71, 2012.

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE - SPSS, Version 20.0.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, 2000.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Status Report on alcohol and Health**. Suíça, 2014.

6 CONCLUSÕES

*“Não há fatos eternos, assim como não há verdades absolutas.”
(Friedrich Nietzsche)*

Nesse estudo, pretendeu-se avaliar a satisfação e a mudança percebidas de usuários atendidos em um programa de alcoolista. Entendendo que é fundamental a participação dos usuários envolvidos no processo avaliativo, de forma que ao considerar suas questões, os seus acordos e desacordos, a forma como percebem o serviço, são ferramentas imprescindíveis para iniciar um processo de mudança, quando necessário.

Um processo avaliativo que ignore esses sujeitos certamente ficará fora de contexto e sem sentido, limitando muito seus objetivos. Assim, referências nacionais e internacionais salientam que a avaliação de serviços de saúde tem como seu objeto privilegiado a ação social organizada com vistas a modificações, e que a proposta da quarta geração com uma abordagem mais fundamentada e esclarecida, ao negociar resultados da avaliação com os usuários vem ao encontro desta nova visão da ação do homem que propõe o diálogo entre sujeitos de direito.

Como principal resultado do processo avaliativo obteve-se alto grau de satisfação com o serviço, com maior prevalência de satisfação através da compreensão do problema e da necessidade do usuário pelo profissional que o acolheu, além da mudança percebida, evidenciada em vários aspectos, como o relacionamento familiar.

Compreender o usuário, sua necessidade de ajuda e seus problemas, é o primeiro passo para a construção de planos de intervenção mais eficazes e também para o estreitamento das relações entre os profissionais e os demais atores dos serviços (usuários e familiares). E o envolvimento de grupos de interesse teve tanto o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro do contexto do PAA e que tivesse

significado para eles, como de aumentar e aprimorar a capacidade de ação desse programa e de todos os atores envolvidos.

Visto que, em um programa de atendimento ao alcoolista, esta compreensão pode favorecer e fortalecer a adesão dos usuários e a confiança por parte da família. Considerando os aspectos estudados a competência e a postura acolhedora da equipe foram fatores preditores para o elevado grau de satisfação dos usuários.

Além de ser direito dos usuários e suas famílias, uma postura acolhedora sem dúvida é o que se espera de profissionais que atuam nos serviços de dependência química, uma vez que o alcoolismo ainda é vista na sociedade com estigmatização, preconceito sendo negligenciada como uma doença crônica, o que pode distanciar o usuário do serviço pelo medo do estigma e pela vergonha de sua doença.

Por fim, os resultados apresentados neste estudo poderão contribuir para ampliar o conhecimento sobre dimensões da qualidade dos serviços, a partir das perspectivas dos principais envolvidos, no caso, os pacientes. Contudo, o envolvimento dos familiares e profissionais, como amplamente recomendados pela OMS, deve compor os estudos de avaliação de serviços de saúde mental para que se contemplem simultaneamente estas três perspectivas.

Estudos futuros envolvendo os familiares e profissionais e este mesmo tipo de avaliação integrativa, possibilitará avaliações sistemáticas e a construção de um serviço que se propõe a atender em direção à inserção do usuário e familiar, com maior resolutividade e responsividade, com uma equipe multiprofissional e não centrada no modelo biomédico, mas sim, na utilização de múltiplos recursos.

Contudo, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos nesta linha de pesquisa na área de saúde mental e dependência química a fim de se promover ações de avaliação, objetivando conhecer o serviço, os usuários, seus familiares para identificar potencialidades, fragilidades e a conectividade do serviço prestado com os anseios de quem o utiliza.

7 REFERÊNCIAS

*“É no problema da educação
que assenta o grande segredo
do aperfeiçoamento da humanidade.”
(Immanuel Kant)*

ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2002.

ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian National Mental Health Survey. **British Journal of Psychiatry**, v. 178, p. 145-153, 2001.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ASPINAL, F.; ADDINGTON-HALL, H.R.; HIGGINSON, I.J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **J Adv Nurs**. v. 42, p. 324-39, 2003.

ANGUERA, M.T. **Metodología de la observación en las Ciencias Humanas**. Madrid: Cátedra; 1985.

BANDEIRA, M.; ANDRADE, M.C.R.; COSTA, C.S.; SILVA, M.A. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011a.

BANDEIRA, M.; CALSAVARA, M.G.P.; COSTA, C.S.; CESARI, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **J Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v.58, n. 2, p.107-114, 2009.

BANDEIRA, M.; FELICIO, C. M.; CESARI, L. Validação da Escala de Percepção da Mudança - Versão da Família (EMP-F) como uma medida de resultado do

tratamento em serviços de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v 32, n. 3, setembro de 2010.

BANDEIRA, M.; MERCIER, C.; PERREAULT, M. et al. Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental: SATIS-Br. **J Bras Psiquiatr.**, v.51, n.01, p.31-38, 2002.

BANDEIRA, M; SILVA, M.A. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 61, n. 3, 2012 .

BANDEIRA, M.; PITTA, A.M.F.; MERCIER, C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. **J Bras Psiquiatr**, v.49, n.08, p.293-300, 2000a.

_____. Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATISBR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v.49, n.04, p.105-115, 2000b.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A.; CAMILO, C. A.; FELÍCIO, C. M. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60, n.4, p.284-293, 2011b.

BABOR, T.F.; CAETANO, R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v. 18, p. 4-5, Nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2005.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, v.34, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Brasília: SENAD, 2010.

BROCKA, B.; BROCKA, M.S. **Gerenciamento da qualidade.** São Paulo: Editora McGrawHill, 1994.

CARDOSO, L.S. et al. Fatores de risco e proteção para o consumo de drogas: conhecimento de estudantes de uma escola pública. **Saúde em Debate.** v.37, n. especial, dez 2013.

CARDOSO, L.S.; TOMAS, C.L.; SIQUEIRA, M.M. Prevenção do uso de substâncias psicoativas entre escolares: uma experiência com atividades lúdicas. **Adolesc. Saude,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-56, jan/mar 2014.

CARLINI, E. A. et al. (Org.). **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.** São Paulo: Cebrid, 2002.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CAVALCANTE, M. G. S.; SAMICO, I. ; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município da Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 6, p. 437-445, 2006.

CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **J. Bras. Psiquiatr.** v.59, n.4, p. 293-301, 2010.

CECIIM, R.B. Exclusão da alteridade: de uma nota de imprensa a uma nota sobre a deficiência mental. In: SKLIAR, C. (Org.). **Educação e exclusão:** abordagens sócio-antropológicas em educação especial. 5.ed. Porto Alegre: Mediação, 2006. p.15-36.

COBRA, M. **Estratégias de marketing de serviços.** São Paulo: Cobra, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-47, 1997.

CORNELIUS, M.; TAYLOR, P.; AND GEVA, D. Prenatal tobacco and marijuana use among adolescents: Effects on offspring gestational age, growth and morphology. **Pediatrics** v.95, p. 438–443, 1995.

DANCEY, C.P.; RIDEY, J. Estatística sem matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução da administração**. (Out of the crisis). Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

Dicionário de Português [online], disponível em: <http://www.dicio.com.br/>, acesso em 13 de dez. 2013.

DENTON, D. K. Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva. **Makron Books**. São Paulo, 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, n. 3, v. 44, p. 166-203, 1966.

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

_____. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v. 14, p. 1115-1118, 1990.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006.

ESPÍRITO SANTO. Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Plano Pluri Anual 2010-2013**. Secretária da Saúde. 2009.

EBERLE, L.; MILAN, G. S. **Identificação das dimensões da qualidade em serviços: um estudo aplicado em uma instituição de ensino superior localizada em Caxias do Sul-RS**. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de

Pós-Graduação em Administração, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2009.

FORTES, J.R.A. **Alcoolismo**. São Paulo, 1975.

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. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. p.133-50, 2000.

GOMES, M.P.Z. **Diferenças no desempenho das funções frontais nos subtipos de alcoolismo de acordo com a tipologia de Lesch** [dissertação de doutorado]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.

GORDIS L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders;2004.

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

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HARFORD, T. C.; GRANT, B. F.; YI, H. Y.; CHEN, C. M. Patterns of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence Criteria Among Adolescents and Adults: results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v. 5, n. 29, p. 810-28, 2005.

HOLCOMB, W.R.; PARKER, J.C.; LEONG, G.; THIELE, J.; HIGDON, J. Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. **Psychiatric Services**, v. 49, p. 929-934, 1998.

ISHIKAWA, K. **TQC - Total quality control**: estratégia e administração da qualidade. São Paulo: IMC Internacional Sistemas Educativos, 1986.

JURAN, J.M. **Juran planejando para a qualidade**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

_____. **Juran na liderança pela qualidade**. 3 ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R.; BIELEMANN, V.L.M.; SCHNEIDER J. F. Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.13, n.31, p. 343-355, 2009.

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

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: análise, planejamento e controle.** 5. ed. São Paulo: Atlas S. A, 1998.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. et al (supervisão). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med** v. 16, p. 577-82,1982.

LINO, M.M. Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do index of work satisfaction (IWS). Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1990.

MACIEIRA M. S.; GOMES M. P. Z.; GARCIA M. L. T. Tratamento do alcoolismo: atuação de uma equipe interdisciplinar. **Inf Psiq**, p.130-1, 1992.

_____. Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM da UFES. **J Bras Psiq**, p.97-109, 1993.

_____. Núcleo de Estudo sobre o Álcool e outras Drogas. **Rev HUCAM**, p.11-5, 2002.

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, ago 2006.

MACIEIRA M.S.; GOMES M.P.Z.; GARCIA M.L.T. Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM da UFES (PAA-HUCAM-UFES), **J. Bras. Psiq**, v.42, n.2, p.97-109, 1993.

MACIEIRA, M. S.; GOMES, M.P.Z.; GARCIA, M.L.T. Tratamento do alcoolismo: atuação de uma equipe interdisciplinar. **Inf Psiq.**, v.11, p. 130-131, 1992.

MERCIER, L.; LANDRY, M., CORBIERE M, PERREAULT M. Measuring clients perception as outcome measurement. In A.R. Roberts & K.R. Yeager. Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human service. **Oxford: University Press**, p. 904-909, 2002.

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. **Cien Saúde Colet**, v.13, n.1, p. 121-133, 2008.

NERY FILHO, A. **Drogas: isso lhe interessa?** Confira aqui. Salvador: CETAD/UFBA/PMV, 2002.

NOVAES, H. M. D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000

OLIVEIRA, C.G. **Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1992.

OLIVEIRA, E. F. A. **A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos.** 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58, jan./jun. 2011.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez 2009.

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

_____. **Glosário de términos de alcohol y drogas**. Madrid: Ministério de Sanidad e Consumo, 1994.

PETERLINI, O.L.G; ZAGONEL, I.P.S. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do Cuidado em saúde coletiva. **Cogitare Enferm.** v. 2, n. 8, p. 18-25, Jul/Dez 2003.

Pérez-Ramos, J. **Satisfação no trabalho**: metas e tendências. [Tese de Livre-docência], Instituto de Psicologia de Assis, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis, 1980.

PILLON, S.C.; NÓBREGA, M.P. Desintoxicação alcoólica ambulatorial realizada por enfermeiras. In: FOCCHI, G.R.A. et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, p. 143-60, 1991.

ROSSI, C.A.V.; SLONGO L.A. Pesquisa de Satisfação de Clientes: o Estado-da-Arte e Proposição de um Método Brasileiro. **RAC**, v.2, n.1,p. 101-125, 1998

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., 2006.

Siqueira, M. M. et al. Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas. **Rev. HUCAM**. v. único, n. 11, p.11-5, 2002.

Siqueira, M. M. ou Macieira, M. S., Gomes, M. P. Z. & Garcia, M. L. T. Tratamento do alcoolismo: atuação de uma equipe interdisciplinar. **Informação Psiquiátrica**, v. 11, n.4, p 130-1, 1992.

Siqueira, M. M. ou Macieira, M. S., Gomes, M. P. Z. & Garcia, M. L. T. (1993). Programa de Atendimento ao Alcoolizado HUCAM-UFES. **J Bras Psiq**, v. 42, n. 2, p. 97-109, 1993.

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.

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

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.**, v. 6, n.2, p. 66-71, 2012.

SILVEIRA, C. M.; SIU, E. R.; WANG, Y. P.; VIANA, M. C.; ANDRADE, A. G.; ANDRADE, L. H. Gender Differences in Drinking Patterns and Alcohol-related Problems in a Community Sample in Sao Paulo, Brazil. **Clinics (Sao Paulo)**, v. 3, n. 67, p. 205-12, 2012.

SILVEIRA, C. M.; WANG, Y. P.; ANDRADE, A. G.; ANDRADE, L. H. Heavy Episodic Drinking in the Sao Paulo Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: Gender and Sociodemographic Correlates. **J. Stud. Alcohol Drugs**, v. 1, n. 68, p. 18-27, 2007.

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE - SPSS, Version 20.0.

SUCHMAN, E. A. **Evaluative Research – Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs**. New York: Russel Sage Foundation, 1967.

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

UNODC - United Nations Office On Drugs And Crime. **World Drug Report 2014**. New York: United Nations, 2014.

_____. World Drug Report 2008. New York: United Nations, 2008.

VUORI, H. Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? **QRB Qual Rev Bull** v. 13, n. 3, p. 106-8, mar 1987.

WEISS, C. H., **Evaluation Research Methods for Assessing Program Effectiveness**. New York: Prentice-Hall Inc./Englewood Cliffs, 1972.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol.** Genebra: WHO, 2004.

APÊNDICES

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, ____/____/ 2013.

Ao Programa de Atenção ao Alcoolista:

Vimos através deste, informar a este Comitê, que estaremos realizando a pesquisa intitulada **“Programa de Atenção ao Alcoolista: suas potencialidades e fragilidades”**, sob a Coordenação da Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira, participação de alunos de iniciação científica e da mestranda Enf^a. Lorena Silveira Cardoso 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 Atenção ao Alcoolista (PAA) na perspectiva dos usuários, sendo necessário para o seu desenvolvimento as seguintes técnicas de investigação – observação participante junto aos 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. Lorena Silveira Cardoso (mestranda)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

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

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

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, que esta 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

Programa de Atenção ao Alcoolista: suas potencialidades e fragilidades.

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dra. Marluce Miguel de Siqueira e Enfermeira Lorena Silveira Cardoso

Objetivo

Avaliar a qualidade do serviço oferecido pelo Programa de Atenção ao Alcoolista.

Duração e local

O estudo será realizado no Programa de Atenção ao Alcoolista, 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 a pesquisa com sua participação são as contribuições para melhoria do Programa de Atenção ao Alcoolista.

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:

Lorena Silveira Cardoso – (27) 99747-1374

Marluce Miguel de Siqueira – (27) 3335-7492

Caso, não consiga poderei entrar em contato com o site do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: 33357211 – 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 2014.

Participante da Pesquisa

Lorena Silveira Cardoso (Enf^a e Mestranda em Saúde coletiva)

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

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO

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

DADOS DA ENTREVISTA

Entrevistador:	
Data da entrevista:	
Local da entrevista:	
Número do prontuário:	
Instituição:	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	
Data de Nascimento:	
Idade:	
Município:	
UF:	

Telefone:	
------------------	--

1) Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

2) Cor

Branca	1	Parda	4
Preta	2	Indígena	5
Amarela	3	NSI	6

3) Religião

Católico	1	Ateu	5
Evangélico	2	Outra – especificar:	6
Espírita	3	NSI	7
Religiões afrodescendentes	4		

3.1) Praticante?

Sim	1
Não	2
NSI	3

4) Escolaridade

Analfabeto	1	Curso técnico incompleto	8
Analfabeto funcional	2	Curso técnico completo	9
Alfabetização	3	Superior incompleto	10
EF incompleto	4	Superior completo	11
EF completo	5	Pós-graduação incompleta	12
EM incompleto	6	Pós-graduação completa	13
EM completo	7	NSI	14

5) Estado civil

Solteiro (a)	1	Viúvo (a)	5
Casado (a)	2	União consensual	6
Separado (a)	3	Não informado	7
Divorciado (a)	4		

6) Qual sua principal fonte de renda?

Emprego	1	Pensionista	6
Seguro desemprego	2	Autônomo	7
Renda do cônjuge/companheiro	3	Outro – especificar:	8
Aposentadoria	4	Não informado	9
Auxílio doença	5		

7) Renda familiar mensal (de acordo com CENSO 2010 e considerando um salário mínimo de R\$ 678,00)

Sem rendimento	1	Mais de 3 até 5 (R\$ 2.034,00 até R\$3.390,00)	7
Até ¼ (R\$ 169,50)	2	Mais de 5 a 10 (R\$3.390,00 até	8

		R\$6.780,00)	
Mais de ¼ até ½ (Mais de 169,50 até R\$ 339,00)	3	Mais de 10 a 15 (R\$ R\$6.780,00 até R\$10.170,00)	9
Mais de ½ até 1 (R\$ 339,00 até R\$678,00)	4	Mais de 15 a 20 (R\$10.170,00 até R\$13.560,00)	10
Mais de 1 até 2 (R\$ 678,00 até R\$1.356,00)	5	Mais de 20 a 30 (R\$13.560,00 até R\$20.340,00)	11
Mais de 2 até 3 (R\$ 1.356,00 até R\$2.034,00)	6	Mais de 30 (Mais de R\$20.340,00)	12
		NSI	13

8) Quais o tipos de bebidas costuma consumir? (pode-se marcar mais de uma)

Cerveja	1
Vinho	2
Destilados	3
Outros – especificar:	4
NSI	5

TRATAMENTO

9) Há quanto tempo faz tratamento no PAA?

1 - 6 meses	1	2 - 4 anos	4
7 – 12 meses	2	Mais de 4 anos	5
1 - 2 anos	3	NSI	6

10) Há quanto tempo está abstinente?

0 – 4 semanas	1	De sete a doze meses	5
5 – 8 semanas	2	Mais de doze meses	6
9 – 12 semanas	3	NSI	7
De três a seis meses	4		

11) Comorbidades (pode-se marcar mais de uma opção)

Tabagismo	1	Tuberculose	5
Diabetes	2	Psiquiátricos	6
Hipertensão	3	Outros – especificar:	7
Câncer	4	NSI	8

12) Quais os tipos de apoio que você obtém durante o tratamento? (pode-se marcar mais de uma opção)

Familiares	1	GAM	
Amigos	2	Alcoólicos Anônimos – AA	5
Empregador	3	Narcóticos Anônimos – NA	6
Individual	4	Outros grupos de ajuda mútua	7
		Outro – especificar: [CAPS-ad (CPTT)]	8

	NSI	9
--	-----	---

13) Faz uso de medicação? Caso afirmativo, marque qual a classe de medicação (pode-se marcar mais de uma opção).

Benzodiazepínicos	1	Diuréticos	5
Antidepressivo	2	Hipoglicemiantes orais	6
Vitaminas (Complexo B, Tiamina)	3	Outros – especificar:	7
Antihipertensivos	4	NSI	8

14) Fez uso de drogas ilícitas alguma vez na vida, quais? (pode-se marcar mais de uma opção)

Nunca	1	Crack	6
Cocaína	2	Benzina	7
Maconha	3	Outros – especificar:	8
Heroína	4	NSI	9
LSD	5		

15) Quantas consultas de Enfermagem foram realizadas?

Nenhuma	1	De dez a doze	5
---------	---	---------------	---

De uma a três	2	Mais que doze	6
De quatro a seis	3	Não informado	7
De sete a nove	4		

16) Quantas consultas de Medicina foram realizadas?

Nenhuma	1	De dez a doze	5
De uma a três	2	Mais que doze	6
De quatro a seis	3	Não informado	7
De sete a nove	4		

17) Quantas consultas de Serviço Social foram realizadas?

Nenhuma	1	De dez a doze	5
De uma a três	2	Mais que doze	6
De quatro a seis	3	Não informado	7
De sete a nove	4		

ANEXOS

ANEXO 1– ESCALA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (SATIS- BR) - ADAPTADA

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

Você participará de uma entrevista, cujo objetivo é contribuir para a avaliação de um serviço de saúde mental sob a ótica dos usuários deste serviço.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Porque você escolheu o (nome do serviço)? (Pode-se marcar mais de um item)

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

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

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

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

Péssima	1
Ruim	2
Regular	3
Boa	4
Excelente	5

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

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

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

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

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

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

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

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

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

- | | |
|---------|---|
| Sim | 1 |
| Não | 2 |
| Não sei | 3 |

18.1 Se sim, de que maneira?

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO 2– ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP) – VERSÃO DO PACIENTE

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

Você participará de uma entrevista, cujo objetivo é contribuir para a avaliação de um serviço de saúde mental sob a ótica dos usuários deste serviço.

ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP)			
(VERSÃO DO PACIENTE)			
1. Você acha que o tratamento que você está recebendo aqui o ajudou a se sentir melhor?			
<input type="checkbox"/> Se Sim: Como? _____			
<input type="checkbox"/> Se Não: Por quê? _____			
2. Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no _____ (nome do local) e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.			
Nota ao entrevistador:			
Para cada item abaixo, dizer : “Desde que você começou a se tratar aqui, está(ão).....”.	Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes
1. Seus problemas pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A estabilidade das suas emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sua confiança em você mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seu interesse pela vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Seu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sua saúde física (Dores, tremores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sua convivência com sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sua convivência com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Suas tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impressão geral : Finalizando, eu gostaria de saber se			
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3 – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

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

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade Capixaba

Pesquisador: Marluce Miguel de Siqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17496613.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 338.114

Data da Relatoria: 31/07/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa na qual a avaliação compreenderá as dimensões de estrutura, processo e resultados visando contemplar os aspectos multifacetados da qualidade e utilizando a abordagem quantitativa e qualitativa. Desta forma a presente pesquisa será composta por um estudo de corte transversal e um estudo de caso com abordagem qualitativa.

No estudo de corte transversal a população estudada será constituída por profissionais, usuários e familiares das instituições selecionadas. Serão utilizadas as escalas SATIS-BR, IMPACTO-BR e EMP e questionários semi-estruturados aplicados ao coordenador e profissionais. Os dados serão analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science. Utilizar-se-á a análise univariada para a descrição das variáveis quantitativas relacionadas e a análise bivariada para verificar a qualidade do serviço e as variáveis independentes, por meio do teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. No estudo de caso qualitativo, o instrumento utilizado será um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões norteadoras sobre as políticas e qualidades dos serviços, analisados pela técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin. A população estudada será constituída por profissionais, usuários e familiares destas instituições. Serão

incluídos na pesquisa todos profissionais que aceitarem participar da mesma. Em relação aos usuários e familiares serão incluídos aqueles que tiverem sido atendidos no mínimo duas vezes,

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 338.114

por qualquer profissional.

A amostra será composta por 500 indivíduos que serão abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofreram algum tipo de intervenção neste centro.

Quanto ao critério de exclusão: serão excluídos, usuários e familiares que não possuírem condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por transtorno de linguagem ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas.

Será realizada análise documental em prontuários a fim de mapear variáveis clínicas relacionados a qualidade da assistência prestada. Também serão analisados documentos que subsidiem o funcionamento dos serviços, como: normas, rotinas, regimento interno, regulamento, procedimentos operacionais padrão.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário do estudo é: avaliar as ações desenvolvidas por projetos, programas e serviços que realizam a atenção usuários de substâncias psicoativas e seus familiares.

Os objetivos específicos são:

- 1) Descrever a estrutura e os processos de trabalho de projetos, programas, serviços de saúde relacionados à atenção de usuários de substâncias psicoativas;
- 2) Conhecer a expectativa e satisfação dos usuários, familiares e profissionais com as ações desenvolvidas;
- 3) Avaliar a efetividade e eficácia do tratamento oferecido a usuários de drogas, na concepção de profissionais, familiares e usuários;
- 4) Conhecer as potencialidades e fragilidades de projetos, programas e serviços, na concepção dos profissionais, usuários e familiares;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, segundo a responsável pela pesquisa e a equipe de apoio, o estudo apresenta riscos mínimos aos participantes estando co-relacionados ao desconforto, pois ocupará um pouco do tempo dos entrevistados.

No tocante aos benefícios, o estudo possibilitará contribuições para melhoria de projetos, programas e serviços com apontamentos de fatores relacionados a qualidade do programa no momento da entrevista pelos entrevistados fornecendo subsídios para a formulação de políticas que objetivem estratégias propedêuticas e terapêuticas direcionadas a esse estrato social.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: G/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 338.114

Espera-se, ainda, produzir 03 (três) dissertações de mestrado que possibilitem conhecer a satisfação dos profissionais, usuários e seus familiares com o serviço, os fatores relacionados à mesma, bem como subsidiar o planejamento das ações desenvolvidas, estimular a participação dos usuários, familiares e toda a equipe na avaliação do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A hipótese de pesquisa é promissora visto que poderá fornecer subsídios valiosos para a formulação de estratégias propeidéticas e terapêuticas para essa população estudada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os objetivos do estudo são claros, a fundamentação teórica e bibliográfica é pertinente e o TCLE apresenta um bom detalhamento das informações a serem transmitidas e coletadas pelos participantes da pesquisa. Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

A pesquisadora deve conservar o espírito de ética, de sigilo e cuidado no uso e divulgação dos dados obtidos pelos entrevistados e dos documentos pesquisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram solucionadas e o projeto está adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP: