

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

MARCOS VINÍCIUS FERREIRA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA (IN) SATISFAÇÃO
COM UM SERVIÇO DE DEPENDENCIA QUÍMICA
NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

**VITÓRIA
2014**

MARCOS VINÍCIUS FERREIRA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA (IN) SATISFAÇÃO
COM UM SERVIÇO DE DEPENDENCIA QUÍMICA
NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

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

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

S237a Santos, Marcos Vinícius Ferreira dos, 1987-
Avaliação da (in) satisfação com um serviço de Dependência
Química na perspectivas dos familiares / Marcos Vinícius
Ferreira dos Santos. – 2014.
153 f. : il.

Orientadora: Marluce Miguel de Siqueira.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Avaliação em Saúde – Saúde Mental 2. Dependência
Química. I. Siqueira, Marluce Miguel de, 1957-. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

MARCOS VINICIUS FERREIRA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA (IN) SATISFAÇÃO
COM UM SERVIÇO DE DEPENDENCIA QUÍMICA
NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

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

Aprovada em 25 de fevereiro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Pelotas - UFPel

Profª. Drª. Rita de Cássia Duarte Lima
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à *Deus* que me permitiu alcançar este sonho e às pessoas mais importantes da minha vida: *Maria Francisca* e *Indiamara* pelo cuidado e carinho.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a *Deus*, que além de me conceder o dom da vida, me permitiu superar barreiras e concretizar esta etapa.

Sem dúvida, o primeiro agradecimento é dirigido à *minha mãe*, Maria Francisca. A ela que sempre acreditou no meu potencial e a todo tempo me confortou nos períodos de tristeza e inquietações. Também, gratidão à *minha irmã*, Indiamara, que é meu apoio e sempre foi responsiva às tarefas pessoais e profissionais das quais eu necessitava de ajuda. Amo vocês!

Aos membros *CEPAD-UFES*, pelo crescimento profissional. Especialmente às amigas *Marilene* e *Flávia*, encontradas na vida acadêmica, que me acolherem e nunca hesitaram em oferecer auxílio para questões pessoais e didáticas. Também, ao *Kelinson* por participar de forma exemplar na coleta de dados.

Aos profissionais do *PRESTA*: nas pessoas do Franklin, Nali, Aurea, Eunice, Charles e Marcelo que foram o apoio para que a coleta de dados acontecesse, como também pela acolhida. Especialmente a *Sargento Rosa Helena*, por acreditar na contribuição deste trabalho para a melhoria do *PRESTA* e me ajudar a compreender melhor a dinâmica do serviço. Ao *Tenente Rubens*, pela receptividade, por acolher a ideia da pesquisa e viabilizar institucionalmente a realização do mesmo.

A *Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira*, pela orientação do trabalho, principalmente por me permitir investigar uma temática com a qual eu me identificasse, propiciando minha satisfação em pesquisar e escrever sobre a mesma e, acima de tudo, por compreender meu momento de formação.

Agradeço à *Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima* e a *Prof. Dr. Márcio Wagner Camatta*, por aceitarem sem titubear o convite para compor a banca examinadora da qualificação deste trabalho e pelas contribuições que auxiliaram a traçar o caminho para a conclusão do mesmo.

Às Prof^ª. Dr^ª. Luciane Prado Kantorski e Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Duarte Lima pela participação na banca examinadora de defesa, por dedicarem seu tempo na análise do meu trabalho, contribuindo para a melhoria do mesmo, bem como com meu crescimento acadêmico.

Àqueles sem os quais este trabalho não seria realizado: aos *familiares dos usuários* do PRESTA. Por dedicarem o pouco tempo que dispunham e aceitarem participar da mesma. Com vocês aprendi, sobre amor, superação, felicidade e vida.

Não caberia há espaço suficiente para que possa citar todos os amigos que me ajudaram nesse percurso. Então, mesmo que paradoxal, quero agradecer de forma geral e singular a cada um de vocês pelo apoio, cumplicidade e partilha dos momentos de alegria de tristeza que marcaram nossa vida e nossa amizade.

Finalmente, agradeço *a todos* que de alguma maneira contribuíram, e continuam contribuindo, para meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico e não encontram-se aqui citados por extenso: *muito obrigado!*

Marcos Vinícius Ferreira dos Santos

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.”

Johann Goethe

RESUMO

Objetivou-se neste estudo, avaliar a satisfação dos familiares de usuários com um serviço de dependência química. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com familiares que acompanhavam usuários internados em tratamento. Este estudo integrou a pesquisa intitulada “Avaliação de Serviços de Saúde Mental: O caso PRESTA-ES” que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o No. 242.842. Na **análise quantitativa**, a amostra foi composta por 23 indivíduos que tiveram dados coletados através de um questionário que dentre outras variáveis, mensura a satisfação por meio da “*Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental*” (SATIS-BR). A estatística descritiva e a correlação de Pearson foram empregados para analisar os resultados. Predominou o sexo feminino entre os participantes (91,3%). Quanto ao grau de parentesco, houve maior prevalência dos genitores (39,2%), seguido pelos cônjuges (30,43%). A droga mais se constituiu como motivo de procura pela internação no serviço foi a cocaína/crack (69,6%) seguida pelo álcool (26,1%). Detectou-se alto grau de satisfação dos familiares com o serviço (4,65), como também com os subitens: resultados do tratamento (4,61); acolhida e competência da equipe (4,83); privacidade e confidencialidade (4,43). As correlações das três subescalas SATIS-BR com a escala global foram positivas, fortes e significativas ($r > 0,7$ e $p < 0,01$). Para **análise qualitativa** empregou-se a técnica do grupo focal de seis indivíduos que tinham participado da etapa quantitativa. As falas foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas a luz da análise de conteúdo conforme Bardin (2011). Emergiram a *posteriori* seis categorias : 1) Satisfação com os profissionais do serviço; 2) Acessibilidade; 3) Aspectos Estruturais; 4) Resultados do tratamento; 5) Continuidade do tratamento; 6) Atenção oferecida à família. Notou-se que os familiares estiveram satisfeitos com o serviço e que as mudanças apresentadas pelos usuários decorrentes do tratamento, a competência e a postura acolhedora da equipe foram questões relacionadas à satisfação destes. Os sujeitos demonstram-se insatisfeitos com as condições físicas do local, com a quantidade de dias fixados para visita aos usuários e com grupo de atenção à família. A satisfação dos familiares foi observada tanto no componente quantitativo quanto no componente qualitativo, contudo na análise qualitativa a insatisfação foi mais evidenciada.

Descritores: Avaliação em Saúde; Saúde Mental; Abuso Drogas; Satisfação do Usuário; Família

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the satisfaction of the families of users with a service of chemical dependency . This is a descriptive, cross- sectional, quantitative and qualitative approach, performed with relatives who accompanied users admitted to treatment. This study was part of a study entitled "Evaluation of Mental Health Services : The PRESTA - ES case" that was approved by the Ethics Committee in Research of the Science Center , Federal University of Espírito Santo Saúde , under number. 242 842 .

In quantitative analysis , the sample consisted of 23 individuals who had data collected through a questionnaire that, among other variables , measures satisfaction through " Satisfaction Rating Scale for Mental Health Services " (SATIS - BR) . Descriptive statistics and Pearson correlation were used to analyze the results . Females predominated among the participants (91.3 %) . The degree of kinship, was more prevalent among parents (39.2 %) , followed by spouses (30.43 %) . More The drug was constituted as the reason for seeking admission to the service was cocaine / crack (69.6 %) followed by alcohol (26.1 %) . Detected a high degree of satisfaction with the service of the family (4.65) , but also with sub-items : treatment results (4.61), acceptance and competence of staff (4.83), privacy and confidentiality (4 ,43) . The correlations of the three subscales SATIS - BR with the global scale were positive , strong and significant ($r > 0.7$ and $p < 0.01$) .

Qualitative analysis employed the technique of focus group of six individuals who had participated step quantitative . The discussions were recorded , transcribed and analyzed the light content analysis according to Bardin (2011) . Emerged subsequent six categories : 1) satisfaction with service professionals , 2) accessibility , 3) Structural Aspects ; 4) Results of treatment ; 5) Continuity of treatment ; 6) Attention offered to the family . It was noted that relatives were satisfied with the service and that the changes made by users from the treatment , competence and welcoming attitude of the staff were issues related to the satisfaction thereof. The subjects show themselves dissatisfied with the physical conditions of the site , with the number of days set for business users and group of family care . The satisfaction of family members was observed in both the quantitative component as the qualitative component , yet the dissatisfaction was more evident qualitative analysis .

Descriptors: Health Evaluation; Mental Health; Drugs Abuse; Consumer Satisfaction; Family

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica dos familiares do PRESTA-HPM Vitória-ES, 2014	70
Tabela 2 – Situação de trabalho, recebimento de benefício governamental e renda pessoal dos familiares do PRESTA-HPM. Vitória-ES, 2014.	71
Tabela 3 – Principais características dos usuários acompanhados pelos familiares entrevistados. PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014	74
Tabela 4 – Frequência relativa de respostas dos familiares, média e desvio padrão para cada item avaliado pela escala SATIS-BR. PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014. .	76
Tabela 5. Satisfação dos familiares com aspectos estruturais do PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.	76
Tabela 6. Frequência de respostas dos familiares acerca de sua satisfação com o PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.....	78
Tabela 7. Médias do escore e correlação escala global SATIS-BR com suas subescalas. PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Arvore Genealógica das Teorias de Avaliação.....	35
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1. Distribuição dos familiares conforme grau de parentesco com os usuários atendidos pelo PRESTA-HPM/Vitória-ES, 2014. n=23	73
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AL-ANON	Alcoólicos Anônimos para Parentes e Amigos de Alcoolistas
ABS	Atenção Básica em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas
CEPAD	Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas
DQ	Dependência Química
ES	Espírito Santo
NEAD	Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas
NAR-ANON	Grupo de Familiares e Amigos de Dependentes Químicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Programa de Atendimento ao Alcoolista
PRESTA	Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SATIS-BR	Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental
SPAs	Substâncias Psicoativas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 INTRODUÇÃO	20
3 OBJETIVOS	28
3.1 GERAL	28
3.2 ESPECÍFICOS	28
4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: REVELANDO SUAS MÚLTIPLAS FACES	29
4.1 DEFINIÇÕES, CONCEITOS E CONSENSOS EM AVALIAÇÃO	29
4.2 OBJETIVOS E FINALIDADES DA AVALIAÇÃO	31
4.3 CONCEPÇÕES E ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.	33
4.4 MODELO DONABEDIANO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	37
4.5 AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO.	39
4.6 ABORDAGEM QUALITATIVA NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	41
5 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ..	44
5.1 SATISFAÇÃO: DO CONCEITO À UTILIZAÇÃO	44
5.2 CONSTRUCTO SATISFAÇÃO: ASPECTOS TEÓRICOS	47
5.3 CONCEPÇÕES E ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.	48
5.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: A RELEVÂNCIA DA FAMÍLIA	51
6 MÉTODOLOGIA	54
6.1 DESENHO DO ESTUDO.	54
6.2 CENÁRIO DO ESTUDO	55
6.3 POPULAÇÃO.....	56
6.3.1 Amostragem	56
6.4 PROCEDIMENTOS.....	57
6.4.1 Coleta de Dados.....	57

6.4.2 Técnica e Instrumento de Coleta de Dados	57
6.4.3 Análise dos Dados	61
6.4.4 Aspectos Éticos	62
7. RESULTADOS.....	63
7.1 Artigo 1	64
7.2 Artigo 2	90
8 CONCLUSÕES	114
9 REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES	132
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Institucional.	133
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	135
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista.....	138
ANEXOS	139
ANEXO A – Questionário do componente quantitativo	140
ANEXO B - Parecer de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	151

1 APRESENTAÇÃO

Indubitavelmente, os transtornos mentais são grande causa de morbi-mortalidade na população mundial. Desde 2001 a Organização Mundial de Saúde, já sinalizava para uma melhor atenção a esta questão. Apesar disto, a saúde mental continua sendo uma área muito negligenciada quanto aos serviços de atenção à saúde. Isto decorre, devido ao estigma que acompanha histórica e politicamente o seu objeto de atenção: “a loucura”.

Neste cenário, temos inserida a questão do consumo de substâncias psicoativas (SPAs) que representa um problema de Saúde Pública desafiador para a sociedade como um todo: usuários, familiares, profissionais, gestores. Estudos nacionais e internacionais mostram os impactos do uso, abuso e dependência de SPAs não somente no âmbito da saúde, mas também no âmbito econômico e social, seja em nível individual ou coletivo (LARANJEIRA et al., 2012)

Acerca do cuidado dispensado aos usuários de substâncias psicoativas, o modo psicossocial contribui de forma significativa e possibilita a visualizar e lidar com a Dependência Química além da questão moral – forma como ainda é visualizada atualmente por diversos atores, inclusive profissionais e gestores. Nesta perspectiva, deve ser salientado o papel da Reforma Psiquiátrica na reorganização dos serviços e no modo de se pensar e operar o cuidado oferecido pelos profissionais. O movimento de RP permitiu a construção de novas maneiras de cuidar em Saúde Mental. Através destas novas maneiras foram implementados serviços que por sua vez tem colaborado para uma assistência que visa à reinserção social do usuário e o resgate de sua autonomia. Para tanto, é preciso lidar e superar o modo excludente e asilar que marca historicamente a assistência aos usuários portadores de transtornos mentais.

(Re)pensar modos de fazer, operar e superar questões desafiadoras são, sem dúvida, tarefas complexas e exigem um aprofundamento que nos motivam a sair do lugar de atuação pessoal e profissional, demandando uma análise inter, multi e transdisciplinar. Essa motivação foi encontrada por mim na assistência oferecida aos portadores de transtornos mentais, especialmente nos dependentes de SPAs.

Portanto, este questionamento do preconceito aos usuários de drogas e seus reflexos na assistência me levaram ao ingresso no Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD): anteriormente denominado Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (NEAD) e no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA), programas de extensão permanentes da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O CEPAD, criado em julho de 1996, é um ambiente institucional da Universidade para o estudo e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde mental, especialmente substâncias psicoativas e também de extensão e treinamento de diversos aspectos relacionados ao abuso e dependência de drogas, principalmente a prevenção (AMORIM et al., 2007)

Assim, em 2009, ingressei no CEPAD e PAA, exercendo atividades de ensino, extensão e pesquisa. Minha participação em ambos possibilitou conhecer mais a realidade da Saúde Mental e da Dependência Química e plantou o desejo de me tornar um profissional com conhecimento e destaque na Saúde Mental, principalmente na temática dos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

Ainda no CEPAD, no que diz respeito à pesquisa, fui integrante da equipe de pesquisa, como bolsista de iniciação científica voluntário (2010/2-2011/1), do projeto “*Perfil do Uso de Substâncias entre Universitários do Centro de Ciências da Saúde da UFES*” que pretendeu traçar o perfil do uso de substâncias psicoativas entre universitários da UFES. Sendo o meu subprojeto de iniciação científica: “*Uso do tabaco entre estudantes de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo*”. Além disso, posteriormente (2012), participei de outro subprojeto com atuação na redação e na aprovação da versão final do artigo “*Uso de substâncias psicoativas ilícitas por estudantes de pedagogia de uma universidade pública*”, que por sua vez aborda a temática do uso de substâncias psicoativas ilícitas em uma amostra de universitários configurando um subsídio para a formulação de estratégias de prevenção na população universitária (SANTOS et al., 2013).

Frente às experiências acadêmicas de pesquisa e extensão, minha percepção sobre a problemática do consumo de substâncias psicoativas (SPAs) foi aprimorada

colaborando para evidenciar a efetividade de estratégias preventivas na atenção ao consumo de SPAs. Portanto, conclui meu curso com o trabalho de conclusão (TCC) sendo uma análise mais apurada do meu subprojeto de iniciação científica com objetivo de traçar o perfil do uso de álcool e tabaco entre universitários do curso de graduação em Psicologia da UFES e verificar a associação do uso de álcool e tabaco com o uso de SPAs ilícitas. Deste TCC, publiquei o artigo “*Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo*” (SANTOS et al., 2013).

Na graduação, minhas experiências extracurriculares foram predominantemente relacionadas à pesquisa. Por isso, me senti preparado para ingressar em um mestrado logo depois de findado meu curso de graduação. A escolha da área (Saúde Coletiva) se deu pelo fato de sua interface e consonância com os aspectos da Reforma Psiquiátrica Brasileira como também por sua pertinência às ações de prevenção e de melhoria dos serviços de Dependência Química.

Nesse sentido, esta dissertação representa parte de minhas inquietações enquanto cidadão e profissional. Inquietações estas que não são somente minhas mas também de diversos estudiosos da área de *Avaliação em Saúde*, e talvez por isto ela venha trazer diversos pontos ainda em dissenso na literatura a respeito da avaliação de serviços de saúde. Ao aprofundar no tema que este presente trabalho deseja trabalhar me deparei com as seguintes indagações:

- Como os familiares avaliam a atenção prestada pelos serviços de Dependência Química?
- Quais os fatores apontados pelos familiares que evidenciam as potencialidades e fragilidades dos serviços?
- Como a família percebe os serviços de DQ? Ela está satisfeita com o desempenho destes serviços?
- Como os usuários e seus familiares podem contribuir para o aprimoramento das ações realizadas para a melhoria do seu próprio estado de saúde?

Nesse sentido esta dissertação é uma pesquisa avaliativa realizada em um serviço em saúde mental, que a depender de reflexos político-institucionais pode possibilitar a reconfiguração do serviço, de modo a potencializar o cuidado. Ainda, pode colaborar para a melhoria de diversos serviços de saúde, ao disparar uma análise crítica sobre os objetivos dos serviços e os resultados por eles obtidos, na concepção dos atores: entre eles a família. Deste modo, apresentamos a mesma em 03 (três) momentos:

1. **Avaliação em Saúde: Revelando Suas Múltiplas Faces:** contempla uma revisão da literatura, objetivando esclarecer pressupostos: teóricos, técnicos e históricos da Avaliação em Saúde;

2. **Avaliação da Satisfação dos Usuários de Serviços de Saúde:** pretende demonstrar a importância do constructo satisfação, descrevendo seus conceitos difundidos na literatura e sobretudo sua relevância no que diz respeito aos familiares de usuários de serviço de Saúde Mental;

Em seguida, seguem-se os objetivos e os procedimentos necessários para a realização da presente pesquisa; e

3. **Avaliação da (in) satisfação com um serviço de dependência química na perspectiva dos familiares:** representam os resultados da dissertação, que serão apresentadas na forma de 2 (dois) artigos científicos: um com abordagem quantitativa e outro com abordagem qualitativa.

Por fim, na conclusão desta pesquisa, discutiremos os impactos para a comunidade acadêmica e para o serviço, além dos reflexos nos participantes entrevistados. Desse modo, pretendemos que este estudo possibilite conhecer melhor temática satisfação e suas interfaces com os serviços, forneça subsídios para a planejamento das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de DQ, e ainda, estimule a inclusão da satisfação dos usuários, familiares e toda a equipe em investigações avaliativas conduzidas nos serviços de DQ.

2 INTRODUÇÃO

A história mostra que a loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. A forma como a loucura foi sendo conduzida, conceituada ao longo da história, influenciou diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela (VIDAL- ALARCON, 1986).

Com o curso da história, vem surgindo mudanças paradigmáticas na Atenção aos portadores de transtornos mentais. Em 1978 com o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com a redemocratização das políticas de saúde, prevendo inclusão, solidariedade, cidadania, iniciou-se o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 1995). Os recentes avanços no sentido de uma atenção à saúde integral e universal, através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), é fato incontestável. Todavia, é perceptível que questões relevantes no âmbito da Saúde Pública, como a Saúde Mental especialmente o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (SPAs), ainda são conduzidas com ações de número reduzido quando comparado a amplitude e magnitude do problema. Ações estas que se concretizam em caráter discreto e pouco eficazes, inclusive porque destoam das políticas da área de saúde mental, álcool e drogas que dispomos em nosso país (BRASIL, 2004; NOGUEIRA; PIRES, 2004).

Desde 2001 a Organização Mundial de Saúde (2001), já sinalizava para uma melhor atenção a esta questão, quando divulgou que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, entretanto os gastos com saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde, mesmo que 40% destes necessitassem de políticas, serviços e ações de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Em nosso país, o orçamento de saúde mental girava em torno de 2,4% do orçamento do SUS. E observa-se sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

A atenção oferecida aos indivíduos com transtornos mentais é marcada historicamente por processos de segregação, exclusão e isolamento. No entanto, o sofrimento mental tem sido evidenciado, em virtude das proporções alarmantes que atingem sociedade contemporânea. (MEDEIROS, 2005).

De acordo com a OMS (2003), acerca da carga global de doenças estima-se que cinco transtornos mentais - depressão grave, a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva, o distúrbio obsessivo-compulsivo e o alcoolismo) estão entre os maiores fatores de incapacidade mundial e, assim sendo, corroboram com a queda na produtividade dos países. Em 2012, no relatório World Health Statistics, a OMS antepõem o álcool dentre os fatores de risco associados ao crescimento da taxa de mortalidade e morbidade devido ao seu potencial de causar doenças como dependência, cirrose hepática, câncer e outros.

O consumo de álcool e outras Substâncias Psicoativas (SPAs) cada vez mais assume na posição destaque significativo nas discussões de saúde. Este fato deve-se ao aumento do uso pela população e os seus significantes impactos na sociedade, tantos no âmbito econômico quanto social. Deste modo, observa-se um crescimento de impactos sociais, tais como a violência e o abandono, que geram questionamentos quanto à falta de políticas em longo prazo para solucionar o problema. O uso indevido de SPAs acarreta consequências prejudiciais consideráveis, em âmbito mundial, atingindo toda a sociedade e espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social, econômica ou idade (CREMESP, 2003; CARLINI et al., 2006). O consumo indiscriminado tem causado impacto negativo em nível individual e social, estando também relacionado ao aumento da criminalidade, marginalização e violência (BOTTI; LIMA; SIMOES, 2010; WAISELFISZ, 2011; UNODC, 2012). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Escritório de Drogas e Criminalidade da Organização das Nações Unidas (UNODC) apontam que as drogas que têm causado maiores distúrbios orgânicos e dependência são justamente aquelas consideradas lícitas como o álcool e o tabaco, sendo a primeira amplamente difundida através de propagandas atraentes, sugerindo poder e aceitação por parte dos grupos sociais (UNODC, 2008; OMS, 2011). No que diz

respeito à administração governamental, o uso, abuso e dependência de SPAs, geram um gasto importante e evitável para a gestão pública, pois seus prejuízos exigem complexa assistência à saúde (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Estima-se que em 2010, aproximadamente 230 milhões de pessoas no mundo fizeram uso pelo menos uma vez no ano de alguma SPAs ilícitas, sendo que 27 milhões de pessoas foram consideradas “usuários problema” neste mesmo ano (UNODC, 2012). E, apesar da difícil mensuração da extensão mundial do uso de SPAs ilícitas, acredita-se que a prevalência de abuso e dependência vai de 0,4% a 4% em 2001, sendo que 0,4% das mortes mundiais foram atribuídas ao seu uso em 2004. Ainda, usuários de SPAs injetáveis apresentam maior risco para HIV/AIDS, overdose, suicídio e trauma (OMS, 2002; 2009).

No Brasil, dois inquéritos domiciliares sobre o consumo de SPAs, pela população brasileira, foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID). O I Levantamento (CARLINI et al., 2002), feito em 2001, envolveu as 107 maiores cidades do país, e II Levantamento (CARLINI et al., 2006), realizado em 2005, com as 108 maiores cidades. A partir destes estudos epidemiológicos nacionais, detectou-se que no II Levantamento 22,8% da população fez uso de alguma droga na vida (exceto álcool e tabaco), representando um aumento do consumo em relação ao I Levantamento (19,4%). Em relação às demais substâncias o II Levantamento apontou os seguintes uso na vida: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), Cocaína (2,9%) e crack (0,7%). O álcool (74,4%) e o tabaco (44,0%) são ainda as substâncias psicoativas mais consumidas na vida e apresentam uma prevalência de dependência de 12,3% e 10,1%, respectivamente. (CARLINI; GALDURÓZ et al., 2007).

Em 2012, foi publicado o segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - II LENAD (LARANJEIRA et al., 2012), que é um estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira. O estudo foi desenvolvido entre novembro de 2011 e abril de 2012 pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)/ Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo.

Observamos a partir deste inquérito que o Brasil representa 20% do consumo mundial de Cocaína e Crack, como também se configura como o principal mercado de crack do mundo. Conforme o levantamento, nos últimos 365 dias que antecederam a pesquisa, 2,8 milhões de pessoas haviam consumido crack em nosso país. Foi possível constatar também, em relação ao consumo de álcool: que o beber pesado episódico (*Binge Drink*) apresentou um aumento de 31,1% quando comparado o ano de 2006 com o 2012, que 10% (6,6 milhões de pessoas) referiu que alguém se machucou em consequência do seu consumo de álcool e 9% admitiu que o uso de álcool já teve efeito prejudicial na sua família ou relacionamento.

Todavia, 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, e 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).

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 70 possibilitou a construção de novas maneiras de cuidar em saúde mental. E por meio destas novas maneiras, a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tem colaborado para uma assistência que visa à reinserção social do usuário e o resgate de sua autonomia (OLSCHOWSKY, 2009).

Como afirmam, Wetzell 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. Além disso, Mielke et al (2009) apontam que mesmo com surgimento dos novos serviços a partir dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, surge a crítica com o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização se não operados e organizados em uma lógica diferente do modelo de cuidado tradicional.

Dada esta realidade, é que diversos autores como Almeida (2002) e Wetzel e Kanstorki (2009) salientam que é essencial desenvolver processos avaliativos nos serviços de saúde mental, seja também pela crescente demanda de usuários, que precisam de cuidados, seja pela recente atuação dos serviços substitutivos de saúde mental no país, como pela complexidade do objeto da saúde mental.

Entende-se que a avaliação pode ser utilizada para efetivar práticas psicossociais no campo da saúde mental, sobretudo, compreendendo a importância de seja realizada como processo contínuo no cotidiano dos serviços (WETZEL; KANSTORKI, 2004).

Por isso, conforme Giordano (2000), tendências internacionais objetivam a incorporação da avaliação ao campo da Saúde Mental. Contudo é perceptível que ainda não se constituiu uma tradição de sistematização em avaliação neste campo, quando comparada com outras áreas da atenção à saúde, mesmo os procedimentos clássicos de avaliação, baseados em análise de eficácia, efetividade e eficiência, são pouco utilizados no campo da Saúde Mental.

Em relação à Dependência Química, é fato que seu tratamento é um assunto relativamente novo e somente a partir da segunda metade do século XX o conceito de DQ deixou ser considerado um desvio de caráter e passou a ser visto como um transtorno mental relacionado ao consumo de drogas (GRANT; DAWSON, 1999). No Brasil, conforme Laranjeira e Romano (2003), até o ano de 1976 não existia legislação que tratasse do tratamento da DQ, sendo as ações baseadas na redução da oferta das drogas tendo como foco a repressão do tráfico e o controle do consumo de drogas.

A crescente expansão do consumo de SPAs e as dificuldades apresentadas pelos programas e serviços não especializados para atender as necessidades apresentadas pelos usuários (em especial a atenção básica), constituem-se significativos desafios para os serviços especializados em DQ. Como afirma Ribeiro (2004), existem serviços de atendimento para o tratamento dos diferentes estágios da DQ: ambulatoriais, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores,

dentre outros. Esta gama de *settings* terapêuticos deve estar preparada para lidar com a necessidade e o perfil do usuário que os procura. Contudo devido ao imaginário social, e infelizmente presente em diversas políticas governamentais, de que o tratamento da DQ só é eficaz em ambientes de internação e distante do meio social em que o sujeito está inserido colabora para a ineficiência de ações de tratamento e reinserção social realizadas no âmbito dos serviços de saúde.

Espera-se que a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ofereça uma assistência extra-hospitalar, acolhedora, integral, efetiva, resolutive, pensada e articulada, que evite a cronificação e o isolamento dos usuários e que aconteça junto aos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS). Todavia, em meio a avanços ainda há um longo percurso para que esta rede atue de forma a cuidar integralmente dos usuários sob sua responsabilidade (BRASIL, 2004; CÉSAR; SIQUEIRA, 2011).

Ainda, de acordo com Schneider et al. (2003), somente 23% dos dependentes de drogas procuram serviços de tratamento específico da DQ, sendo que muitos não os procuram por falta de recursos financeiros. As pessoas de classes menos abastadas são as que mais sofrem quando envolvidas nessa situação, em função da insuficiência de serviços públicos de atenção à dependência de álcool e outras drogas.

Por isso, a avaliação deve ser parte constituinte, indissociável e responsável pelo dinamismo que toda a proposta de tratamento em DQ. Uma boa avaliação permite ao serviço mensurar a qualidade e o impacto das ações implementadas, identificando estratégias mal sucedidas e abrindo novas discussões na equipe a fim de solucioná-los. A avaliação de um serviço em DQ é baseada em critérios científicos e um procedimento complexo, que requer estudos sistematizados. Por isso, são difíceis de serem implementados por profissionais não capacitados (OPAS; CICAD, 2000; SEEIU, 2004; RIBEIRO, 2004)

Segundo Ramos e Lima (2003) a avaliação da perspectiva do usuário quando se aborda a satisfação com relação à qualidade dos serviços de saúde, vem crescendo cada vez mais. 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 possam repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a organização dos mesmos, visando seu aperfeiçoamento.

No contexto do cuidado em saúde mental, como também no cuidado à DQ, a participação de usuários, familiares e profissionais é de suma importância para a concretização da assistência e interferem veementemente no desfecho terapêutico. Bem como é preconizado e necessário a inclusão da família neste cenário de atenção. Os familiares são importantes atores sejam como cuidadores dos seus entes doentes sejam por serem considerados como usuários que demandam cuidados por parte da equipe e dos serviços.

Schenker e Minayo (2004) em uma revisão de literatura sobre a relevância da família no tratamento da DQ, concluíram que os estudos apontam para a complexa influência da família. Os diversos tratamentos são construídos, em sua maioria, na busca de engajamento e retenção daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar.

Na prática algumas famílias participam ativamente do tratamento, enquanto outras são omissas, ou ausentam-se assim que constatam que o seu familiar dependente de drogas inicia sua participação no processo terapêutico. Nesse sentido, dar voz a família e investigar os motivos da sua satisfação podem aproximá-la do tratamento, do seu familiar, dos profissionais. Sobretudo, indicar possibilidades de modificações para os serviços de saúde, de modo a cada vez mais adequá-los a realidade da população a qual se propõe atender.

E sob este prisma que a satisfação dos familiares também tende a ser uma das referências, quanto à avaliação da qualidade dos serviços no campo da saúde mental. Como exposto por Donabedian (1992) e Mercier et al. (2004), a literatura da área tem a ressaltado como parte necessária para o processo de satisfação e avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental, principalmente quando se

trata de avaliar as suas percepções sobre os resultados do tratamento, através de escalas de medida validadas. Porém, a maioria das pesquisas desenvolvidas até o momento sobre avaliação de serviços de saúde mental tem como foco a satisfação dos pacientes, deixando a satisfação dos familiares com a prestação dos serviços em segundo plano. (BANDEIRA et al., 2011). Portanto, as pesquisas sobre a avaliação da satisfação dos familiares mostram-se essenciais no campo da saúde mental no cenário atual do Brasil.

Frente ao exposto o presente estudo possibilitará conhecer as expectativas e necessidades dos familiares dos usuários de um serviço de DQ e, sobretudo, avaliar sua satisfação com o mesmo. A relevância deste trabalho justifica-se pelo fato de que, ao avaliar a satisfação da família, além de fomentar a participação dos familiares no serviço constitui-se de subsídio para a tomada de decisão, bem como evidencia a avaliação enquanto processo relacional e dispositivo para planejamento de ações.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Avaliar a satisfação dos familiares com as ações desenvolvidas pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA).

3.2 ESPECÍFICOS

- Mensurar o nível de satisfação dos familiares com o serviço analisado;
- Conhecer a satisfação dos familiares com as ações desenvolvidas no PRESTA; e
- Identificar os fatores relacionados a satisfação com as ações oferecidas pelo Programa, na visão dos familiares dos usuários.

4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: REVELANDO SUAS MULTIPLAS FACES

4.1 DEFINIÇÕES, CONCEITOS E CONSENSOS EM AVALIAÇÃO

A avaliação como área de conhecimento ainda é jovem. Existem diferentes definições e classificações, mas nem sempre há consenso entre os diferentes estudiosos e avaliadores. Apesar da discordância e dos desentendimentos entre as diferentes escolas e perspectivas de avaliação, há convergências sobre alguns denominadores comuns entre diversas correntes (SERAPIONI, 2009).

O ato de avaliar faz parte da história da humanidade desde seus primórdios, sendo inerente ao próprio processo de aprendizagem. Hoje, a avaliação é também um conceito que está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Apesar da *Avaliação em Saúde* ainda ser vista por muitos como algo punitivo e associada a práticas autoritárias e de controle, essa concepção vem mudando gradativamente para uma perspectiva de melhoria da qualidade, planejamento futuro, tomada de decisões e mudanças na práxis cotidiana dos profissionais que a utilizam. Contudo, conceituar avaliação é algo complexo devido a polissemia de seus significados e conceitos que ora se encontram ora se desencontram (DONABEDIAN, 1984; FURTADO, 2006).

Serapioni (2009), em uma revisão internacional acerca da abordagem do conceito de *Avaliação*, identificou três aspectos-chave que permeiam as diversas definições:

- Atenção pelas questões metodológicas, em que se pode constatar um consenso sobre o fato de que a avaliação é uma atividade de pesquisa;
- Preocupação com a finalidade e utilidade da avaliação e com a necessidade de aumentar o seu valor de uso no âmbito dos processos de tomada de decisões; e

- Reconhecimento do pluralismo de valores (avaliar significa julgar) e da importância, portanto, de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesses no processo avaliativo.

A Organização Mundial da Saúde (1989) define avaliação como "[...] um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura". Enquanto Cohen e Franco (1993, p. 73) apresentam a seguinte definição: "Avaliar é fixar o valor de uma coisa; para ser feito se requer um procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado."

Segundo Garcia (2001), a avaliação significa determinar o valor e a importância de alguma coisa. Portanto, avaliar será sempre exercer o julgamento sobre ações, comportamentos, atitudes ou realizações humanas, não importando se produzidas individual, grupal ou institucionalmente. Mas para tanto, há que se associar ao *valor* uma capacidade de satisfazer alguma necessidade humana. E à avaliação compete analisar o valor de algo em relação a algum anseio ou a um objetivo, não sendo possível avaliar, sem se dispor de um quadro referencial razoavelmente preciso.

Hartz (2000) afirma que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção e/ou seus componentes, objetivando colaborar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico. Já Contandriopoulos et al. (2000), afirmam que não é possível estabelecer uma definição absoluta e universal da avaliação, mas definem, que seu objetivo é ajudar na tomada de decisões.

Cabe enfatizar que avaliação não deve ser confundida com seguimento ou monitoramento. A avaliação implica um processo analítico que, mediante um conjunto de atividades, registra, compila, mede, processa e analisa uma série de

informações que revelam o curso ou desenvolvimento das atividades programadas. Enquanto o seguimento e o monitoramento geralmente são contínuos, periódicos e requeridos pela gestão administrativa, objetivando assegurar o cumprimento do calendário de programação de trabalho e a entrega de insumos no momento oportuno (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

No contexto da saúde, Contandriopoulos (2006) difere pesquisa avaliativa, avaliação e tomada de decisão. Afirma que conceitualmente estas três áreas estão interligadas, mas não se sobrepõem. A *Avaliação em Saúde* se distingue da pesquisa, pois objetiva não somente a medir os efeitos de uma intervenção e a entender como foram obtidos, mas, também, a julgá-la.

Este mesmo autor (CONTANDRIOPOULOS, 2000) afirma que não seria possível propor uma definição universal e absoluta da avaliação. Também diz que cada avaliador constrói a sua. No entanto, a definição apresentada a seguir é objeto de um amplo consenso. Portanto, para efeitos desta pesquisa adotaremos o conceito de avaliação, como proposto por Contandriopoulos (2006):

“Avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.”

4.2 OBJETIVOS E FINALIDADES DA AVALIAÇÃO

Como afirmam Tanaka e Melo (2000), dentre muitas outras contribuições, a avaliação proporciona não apenas o apontamento de acertos ou falhas, mas permite o delineamento de soluções, reorganizar atividades e serviços, vislumbrando caminhos alternativos.

Uma das importantes funções da avaliação é favorecer o aprendizado individual e coletivo (CROZIER; FREIDBERG, 1977). Ela tem potencial para tornar-se um

excelente instrumento de transformação e inovação. Assim sendo, deixaria de ser instrumento de poder de um determinado grupo de atores, permitindo uma visão crítica da norma estabelecida. Para isso, a avaliação deveria estar orientada para a ação, criando a oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não-hierárquico, portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Os diversos modos de se conceituar e operar *avaliações* permite salientar muitas contribuições oriundas dos processos avaliativos. Considerando a classificação de Novaes (2000) em três grandes tipos de avaliação (pesquisa de avaliação, investigação, avaliação para gestão e avaliação para tomada de decisão). Cada tipo possui uma finalidade específica conforme nos orienta o autor:

“Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado. [...] Na avaliação para a decisão, o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. [...] a avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. (NOVAES, 2000; p.550-551)

Samico et al. (2010) sintetizam os propósitos da avaliação segundo a concepção de diversos autores da área. Destacam cinco objetivos, que são descritos a seguir:

- **Estratégico:** ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- **Formativo:** fornecer informação para melhorar um intervenção no seu decorrer;
- **Somativo:** Determinar os efeitos de uma intervenção ao final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida;

- **Transformador:** utilizar os processos de avaliação com um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo;
- **Fundamental:** contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

4.3 CONCEPÇÕES E ABORDAGENS TEORICO-METODOLÓGICAS

As abordagens de avaliação apoiam-se em pressupostos políticos e filosóficos muito diversificados. Neste sentido, as concepções e valores dos autores influenciam o desenvolvimento teórico e a utilização prática da avaliação (FERNANDES, 2010).

Serapioni (2009) afirma que do ponto de vista metodológico, há diversos métodos e técnicas que demonstrem a capacidade de captar tanto as dimensões estruturais dos serviços, como as dimensões relacionadas às representações sociais dos atores envolvidos e às expectativas dos cidadãos. Porém, segundo este mesmo autor, ao se analisar as experiências em andamento em nível internacional, observa-se que ainda existe uma multiplicidade de linguagens, de práticas e de métodos de avaliação da qualidade que dificultam o desenvolvimento de estratégias de integração.

Este trabalho não pretende discutir todo o conhecimento sobre as teorias e métodos avaliativos. Ter clareza da gama de visões e modos de fazer *Avaliação em Saúde*, já é um passo largo no percurso da construção de uma abordagem apropriada para o encontro com uma realidade que se deseja avaliar. E esta clareza que se objetiva ao apresentar concepções teóricas da avaliação nesta pesquisa.

As teorias da avaliação prescrevem como se deve fazer avaliação, apontando um conjunto de regras, procedimentos e outras recomendações. Na realidade estas recomendações revelam, na opinião dos teóricos, o que é seria uma boa avaliação. Apesar de existirem visões diferentes quanto à necessidade da construção teórica como forma de melhorar o que se pretende avaliar, nomeadamente programas,

currículos ou políticas, vários autores têm procurado integrar e articular a diversidade de perspectivas avaliativas (FERNANDES, 2010).

Alkin (2004) sistematizou a *Árvore da Teoria da Avaliação*, que consiste em uma representação de diversas teorias avaliativas como o próprio nome sugere, ou seja, em forma de árvore. Nesta representação, Alkin estabelece as origens do campo da avaliação a partir do controle dos programas, prestação de contas à sociedade e investigação social. Estas necessidades objetivam a melhoria dos programas e da sociedade, para tanto é necessário o emprego de métodos sistemáticos e justificáveis (SAMICO, 2010). A *Prestação de contas (accountability)* como o processo de “dar respostas”, pode referir-se a metas, processos ou resultados e a *Pesquisa social* entendida, em seu sentido amplo, como o estudo sistemático do comportamento de grupos ou indivíduos em meios sociais diversos, através de uma variedade de métodos.

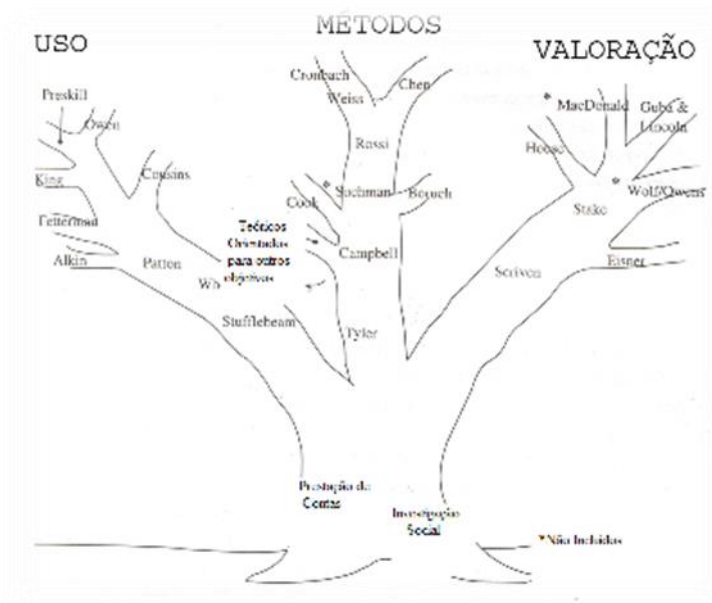
O esquema representativo das teorias avaliativas é sistematizado em como uma “árvore genealógica”, sendo assim Alkin subdivide os teóricos segundo três dimensões principais, que dizem respeito a ênfase teórica dada pelo autor para a *Avaliação*: uso, métodos e valor. No desenho estas dimensões são representadas por três grandes “galhos”, que podem ser visualizados na *Figura 1*. A seguir são descritos as três dimensões presente na classificação proposta por Alkin conforme abordado por trabalhos que discutiram esta temática classificatória (VERANI, 2005; SAMICO et al., 2010; FERNANDES, 2010):

- **Métodos:** As teorias avaliativas incluídas desta dimensão são orientadas por métodos de pesquisa, entendendo que método, em sua mais pura forma, visa a generalizações ou à construção de conhecimento. Onde destacam-se as abordagens propostas por Tyler, Cronbach e Chen e com apresentação de diversos autores como Madaus; Shadish e Luellen; Cook; Boruch; Rossi; Chen; Weiss; Greene;
- **Uso:** O pioneiro foi Daniel Stufflebeam. Esta dimensão expressa uma preocupação com o modo como os resultados da avaliação serão usados e

quem fará uso de tais resultados. A ênfase é na utilização que é feita da avaliação por parte dos utilizadores. São autores que representam este galho: Stufflebeam; Wholey; Patton; Alkin; Fetterman; Cousins; King; Preskill; Owen; e

- **Valor:** Segundo os autores desta dimensão (principalmente o seu inspirador inicial Michael Scriven) estabelece que o papel mais essencial e vital do avaliador é o de atribuir valor aos dados. São autores que sustentam este ramo teórico: (Scriven; Eisner; Stake; House; Lincoln e Guba).

Figura 1. Arvore Genealógica das Teorias de Avaliação



Fonte: Alkin MC editor. Evaluation Roots: tracing theorists views and influences. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.

Mesmo que distintas, as diversas abordagens técnicas e metodológicas dos estudos e intervenções avaliativas compartilham entre si características comuns, existindo então critérios utilizados para caracterizá-las. Novaes (2000) em seu estudo sintetizou critérios, a partir da literatura conhecida até então, são eles: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado. Estes critérios facilitam a compreensão da avaliação enquanto estratégia metodológica e segundo este autor caracterizam

quatro grandes tipos de *avaliações*: pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para gestão e avaliação para decisão.

Ainda acerca das questões teórica, técnica e metodológica, vários autores (GUBA; LINCOLN, 1989; SILVA; FORMIGLI, 1994; LOBO, 1998; NUTO; NATIONS, 1999; HARTZ, 1999; ; CONTANDRIOPOULOS, 2006; KANTORSKI et al., 2009) apontam o predomínio do paradigma positivista, pautada em abordagens quantitativas e investigação de relações causais como modelos amplamente utilizados, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, ambas porém orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização do observado.

Por isso, há a utilização ainda predominante de desenhos gerais metodológicos experimentais ou, mais frequentemente, quase-experimentais. O motivo da proposição deste desenho é o alcance de um equilíbrio satisfatório entre o controle da subjetividade e a garantia de uma objetividade, que por sua vez dilemas sempre presentes nas de investigações de avaliação (SILVA; FORMIGLI, 1994; NOVAES, 2000).

De acordo com Tanaka e Melo (2000), as situações avaliadas no campo da saúde irão exigir a adoção de múltiplas abordagens, para que não se perca a capacidade de explicação e compreensão da situação. Isto significa afirmar que tanto perspectivas quantitativas como qualitativas serão pertinentes, a depender da pergunta avaliativa. O que se quer responder com a avaliação advém de uma sequência de perguntas, geradas por uma clara pergunta inicial, que vão sendo formuladas na medida em que se avança no processo de análise dos dados. Estes autores afirmam que esta característica metodológica da avaliação facilita o processo de utilização transdisciplinar de distintos conhecimentos existentes e disponíveis. Neste aspecto estes autores concordam com Acurcio (1991, p.51):

“[...] não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. [...] Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em

uma ou outra direção e se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. [...]”.

Para Patton (1997), nem o paradigma positivista, nem o construtivista é intrinsecamente melhor do que o outro, mas representam alternativas para o avaliador à luz das questões e dos propósitos da avaliação, ou seja, diferentes métodos são apropriados para diversas situações e propósitos de avaliação.

4.4 MODELO DONABEDIANO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O modelo Donabediano, formulado pelo médico Avedis Donabedian é uma das abordagens mais difundidas e utilizadas na questão da *Avaliação em Saúde*, até os dias atuais. A maioria dos trabalhos sobre avaliação citam os pressupostos pensados por este autor. A avaliação conduzida segundo o modelo de Donabedian (1978; 1980; 1988; 2005) está sustentada na avaliação de três componentes: estrutura, processo e resultado. Cabe frisar que este modelo foi desenvolvido para a avaliação da qualidade do cuidado médico.

A avaliação de Estrutura consiste no julgamento das condições físicas, técnicas e gerenciais sob as quais o cuidado é oferecido (DONABEDIAN, 1988). Conforme Donabedian (1978), Estrutura é o atributo do ambiente no qual o cuidado em saúde ocorre e por sua vez engloba o número, a formação profissional e qualificação técnica dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (recursos humanos); a maneira como estes profissionais estão organizados e são gerenciados, bem como engloba formas de remuneração por serviços prestados (estrutura organizacional); e o espaço físico, incluindo os diversos equipamentos tecnológicos disponíveis no serviço (recursos materiais).

O Processo refere-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que medeia a relação profissional-usuário (REIS et al., 1990; SILVA, 2009). De acordo com Donabedian (1978) a avaliação desta dimensão está orientada, principalmente, para a análise da competência no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. Para Silver (1992), a dimensão processo possui o

componente “prestador de serviço”, que seriam os profissionais de saúde e gestores, englobando todas as atividades realizadas por estes na identificação de problemas de saúde e a posterior organização de ações para o manejo destes; e o componente “usuário”, que considera os aspectos relacionados a acessibilidade, utilização, aceitabilidade do cuidado prestado e participação na organização e prestação dos serviços de saúde. Ainda, para Donabedian (2003), o processo seria a forma mais direta de avaliação da qualidade do cuidado.

Já o Resultado diz respeito às modificações no estado de saúde dos indivíduos: melhorias objetivas no status clínico dos pacientes, o nível de conhecimento destes com relação a sua condição de saúde, o comportamento das pessoas com relação a seus problemas de saúde e a satisfação do usuário com os serviços de saúde e práticas profissionais (DONABEDIAN, 1978; SILVA, 2009).

Merece ser explicitado que a conceituação de cada elemento da tríade encontra divergências entre os diversos atores do campo da saúde. Nesse sentido, cada ator pode considerar distintos aspectos a serem incorporados em cada ponto da tríade, dificultando sistematizações e comparações entre as diversas realidades sendo que um mesmo indicador pode perfeitamente funcionar como indicador de estrutura, de processo ou de resultado (VIEIRA DA SILVA; FORMIGLI, 1994; GLICKMAN et al., 2007).

O próprio Donabedian destacou limites do paradigma por ele elaborado, alertando para o fato de ser o mesmo uma versão simplificada da realidade. Afirmou, ainda, que as dificuldades encontradas para a distinção entre as três categorias da tríade surgem mais frequentemente quando se separa o mesmo do âmbito clínico, para o qual ele foi desenhado, e se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação (DONABEDIAN, 1992; VIEIRA DA SILVA; FORMIGLI, 1994).

Vale frisar que, este modelo da tríade “estrutura-processo-resultado” não encerra toda a proposta metodológica de Donabedian. E, segundo Silva (2009), um equívoco muito frequente na literatura é reduzir a proposta metodológica de Donabedian à

discussão dessa tríade. Esse foi um recurso usado pelo autor para sistematizar as múltiplas classificações existentes, naquela época.

4.5 AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

Almeida (2006) ao sintetizar a proposta teórico-metodológica de Guba e Lincoln (1989) afirma que o paradigma positivista não permite incluir a diversidade de valores e interesses, mas sim o paradigma construtivista, para qual não há uma realidade dada como única, uma vez que esta é socialmente construída. Essa nova alternativa nasce de um longo processo de construção e reconstrução sob diversas influências (GUBA; LINCOLN, 1989)

Guba e Lincoln (1989) organizam a história da avaliação em quatro gerações. Na primeira geração o foco era a medição de variáveis, já na segunda o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados e na terceira o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva da avaliação de segunda geração.

Estas gerações da avaliação compartilham limitações como: 1) a tendência à supremacia da visão gerencial, a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, 2) a hegemonia do paradigma positivista, 3) a desconsideração com o contexto, a grande dependência de medições quantitativas. Em nenhuma delas o avaliador é responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados (GUBA; LINCOLN, 1989). Portanto, partindo das críticas às gerações anteriores e objetivando construir um referencial alternativo, Guba e Lincoln (1989) propõe a Avaliação de Quarta Geração (AQG). Intitulada pelos próprios autores, constituem segundo os mesmos uma avaliação inclusiva e participativa.

A AQG é um modelo que permite atenuar a influência dos fundamentos da ciência que valorizam a objetividade e neutralidade do pesquisador e vêm sendo colocados em voga nas últimas décadas (ALVES, 1987; CHALMERS, 1993; MORIN, 1995).

Guba e Lincoln (1989) mostram que esta forma de avaliação tem algumas propriedades importantes. Primeiramente, observam que os resultados de uma

avaliação não descrevem como as coisas realmente são, mas representam construções produzidas por diversos atores, sejam eles indivíduos ou grupos para dar sentido às situações nas quais eles se encontram. Também dizem que avaliação deve ter uma orientação voltada para ação que defina o percurso que deverá ser seguido e estimule os grupos de interesse envolvidos a segui-lo. E, finalmente, pelo fato de que a avaliação envolve atores humanos (grupos de interesse) como fontes de informação de perspectivas diferentes: cabe ao avaliador interagir com esses atores, respeitando sua dignidade, sua integridade e sua privacidade.

Comparada às três gerações anteriores, a avaliação da quarta geração se distingue pelos seguintes aspectos (GUBA; LINCOLN, 1989):

- É, antes de tudo, um processo sócio-político;
- É um processo compartilhado e colaborativo;
- É um processo de ensino e aprendizagem;
- É um processo contínuo, recursivo e altamente divergente;
- É um processo emergente e substancialmente imprevisível;
- É um processo com resultados imprevisíveis;
- É um processo que constrói uma realidade.

Furtado (2001) em seu trabalho percorreu diferentes concepções de avaliação de programas e serviços e identificou na proposta de avaliadores de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 1989) potencial capaz de superar alguns impasses e questões inerentes aos modelos tradicionais e positivistas. Ainda sintetizou os passos preconizados para o desenvolvimento de uma avaliação realizada sob a ótica da quarta geração:

- Estabelecimento de um contrato garantindo o engajamento do avaliador e cliente(s);
- Esclarecer as questões iniciais da avaliação;
- Identificar os grupos afetados pelo que vai ser avaliado, sendo que o avaliador deve permanecer aberto à inclusão de novos grupos de interesse, independente do momento em que surjam;

- O avaliador deve elucidar de maneira aberta e inclusiva as reivindicações e problemas dos implicados;
- O avaliador deve organizar um contexto no qual diferentes construções dos grupos de interesse possam ser expressas, compreendidas e questionadas,
- O avaliador tem a tarefa de buscar consensos no interior dos grupos e
- O avaliador deve buscar consensos também entre os grupos;
- O avaliador deve elaborar uma agenda de negociações de aspectos sobre os quais há dificuldades em estabelecer consenso;
- O avaliador deve coletar e difundir dados necessários às discussões e ao refinamento das construções dos implicados;
- O avaliador deve organizar e coordenar um fórum de negociações no qual os aspectos conflituais serão reexaminados à luz das últimas informações;
- O avaliador deve elaborar relatórios relativos às reivindicações, inquietações e consensos enunciados pelos implicados; e
- Por fim, o avaliador deve reiniciar o processo de avaliação se permanecerem importantes questões não resolvidas.

4.6 ABORDAGEM QUALITATIVA NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Na realidade brasileira, a incorporação da avaliação na gestão, nos serviços e programas, ainda é incipiente e assistemática. Assim, pode ser mais fácil iniciar a avaliação por um enfoque quantitativo (TANAKA; MELO, 2000).

As avaliações não podem se restringir a pesquisas que têm como objetivo a simples obtenção de respostas numéricas. É necessário considerar a importância da subjetividade implícita ao processo de avaliar, mas, para isso, faz-se necessária a superação daquelas tendências que defendem sua utilização exclusiva para aferição de resultados ou que buscam facilitar a sua operacionalização (SERAPIONI, 2009). De acordo com Deslandes e Gomes (2004), a abordagem qualitativa é essencial para o enriquecimento metodológico do processo avaliativo.

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e isso se refere a um espaço mais profundo das

relações, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser quantificados. Ainda segundo a autora, são características do objeto da abordagem qualitativa:

- **Consistência Histórica:** Os grupos e indivíduos conferem intencionalidade a suas ações;
- **Identidade com o pesquisador:** o objeto não é estranho e muito menos exterior ao pesquisador. Por isso, ele lida com aspectos que lhe dizem respeito pessoal e socialmente; e
- **Intrínseca e extrinsecamente ideológica:** os interesses e as visões de mundo do pesquisador e do pesquisado estão implicados em todo o processo de produção de conhecimento.

Uchimura e Bosi (2002) concluem em seu trabalho sobre a subjetividade imanente ao processo de avaliar que estudos baseados nas perspectivas dos atores sociais envolvidos em programas e serviços à medida que considerarem a utilização de um método científico para a análise do significado dos fenômenos, são relevantes ferramentas do campo da abordagem qualitativa. E segundo estes autores:

“ [...] a utilização de um método de pesquisa apropriado para a análise qualitativa de uma intervenção a partir das dimensões relevantes aos grupos de interesse (atores sociais) que interagem com um determinado programa ou serviço. Para fundamentar e instrumentalizar o processo de desvelamento da singularidade e do sentido presente no vivido dos usuários junto a determinados programas, a tradição qualitativa se nos apresenta como um profícuo caminho metodológico.”

Conforme Nunes (2005), o resgate da subjetividade acoplado ao fato de que não basta a quantificação para mensurar a qualidade e que a singularidade e as marcas simbólicas que os eventos imprimem nos indivíduos são fundamentais para analisar os sistemas/serviços de saúde são contribuições trazidas com a abordagem qualitativa.

Para Bosi e Uchimura (2007, p.151) a *avaliação qualitativa*: “corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise

se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas”.

Já para Minayo (2011, p.7), entende-se por *avaliação qualitativa*: “aquela que busca analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional. A razão principal deste tipo de avaliação se fundamenta na certeza de que os valores, as injunções políticas e as relações humanas influenciam na realização dos projetos e programas”.

Os instrumentos geralmente utilizados em *Avaliações Qualitativas* são descrições socioculturais, econômicas e demográficas dos contextos analisados. Ainda, empregam entrevistas, grupos focais e observação de campo, complementados com informações institucionais, orientações escritas, dados de serviços, mapas de atividades, organogramas, cronogramas de trabalho, fotografias, filmagens, estudos já existentes, entre outros (SAMICO et al, 2010; MINAYO, 2011).

5. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 SATISFAÇÃO: DO CONCEITO À UTILIZAÇÃO

Na atualidade, a satisfação do usuário começou a ser vista como legítima, tornando-se um atributo na avaliação dos serviços de saúde e não apenas um meio de fazer com que o paciente aderisse ao tratamento (HOLLANDA et al., 2012). De acordo com Silva e Formigli (1994) a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem o cuidado que recebe.

Tendo em vista, que a satisfação de certo modo é a percepção que os usuários tem do serviço, ela possibilita tomar consciência de como eles percebem e interagem com o meio ambiente a sua volta (ALVES, 2003). Além disso, Trad et al., 2001 afirmam que incluir a satisfação do usuário na avaliação não significa apenas acrescentar um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas também proporcionar maior adequação no uso do serviço.

De acordo com Serapioni (2009) a ênfase no usuário e, ao mesmo tempo, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e usuários têm legitimado o ponto de vista do usuário e a importância da sua satisfação.

Cruz e Melleiro (2010) afirmam que a satisfação pode ocorrer quando as necessidades e expectativas dos usuários são atendidas, de forma que suas percepções tornem-se mais positivas e os resultados esperados sejam alcançados. Por isso, o desenvolvimento de sistemas avaliativos de satisfação do usuário na área da saúde, pode representar uma ferramenta relevante no aperfeiçoamento de estratégias de gestão e cuidado para esse setor.

Os estudos de satisfação de usuários se destacaram em torno da década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, onde a satisfação do usuário era considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, objetivando melhorias nos serviços de saúde (LINDER-PELZ, 1982; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; 2006). De acordo com

Williams (1994), pretendia-se alcançar melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Já no cenário nacional: “se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação” (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A satisfação do usuário engloba a opinião dos usuários de serviços de um modo geral, públicos ou privados e as pesquisas de satisfação focalizam distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação profissional-usuário até a qualidade das instalações do serviço, como também a qualidade técnica dos profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Segundo Starfield (2002) a satisfação com os serviços não é, sinônimo de qualidade da atenção. Entretanto, se relaciona com a qualidade, porque pode influenciar a busca de determinados tipos de serviços e com o estado de saúde dos sujeitos. Ademais, a satisfação do usuário, pode também fornecer subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas em relação aos problemas de saúde a elas vulneráveis (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A literatura (LINDER-PELZ, 1982; VAITSMAN; ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; 2006; HOLLANDA et al., 2012) mostra a inexistência de consenso sobre o conceito de *Satisfação do Usuário*, em primeiro lugar existem dificuldades em conceituar os termos "satisfação" e "usuário" e outro aspecto é a multiplicidade de abordagens teóricas sobre a satisfação.

Sem dúvida, assim como o conceito de *Avaliação em Saúde*, o conceito de satisfação dos usuários é amplo, englobando uma série de aspectos distintos relacionados aos usuários e aos teóricos avaliadores. A esse respeito, Esperidião e Trad (2006) afirmam que a satisfação é um conceito de natureza eminentemente subjetiva, em que os fatores psicossociais (expectativas, desejos, vulnerabilidade, desigualdades e desconhecimento de direitos) têm adquirido relevância.

Uma abordagem conceitual bem aceita é a elaborada por Ware et al. (1983), incluindo oito dimensões ao conceito de satisfação, a saber:

- **Comportamento interpessoal:** modo em que os profissionais se relacionam com os usuários;
- **Qualidade técnica do cuidado:** competência profissional;
- **Acessibilidade:** tempo de espera, facilidade de acesso;
- **Aspectos financeiros;**
- **Ambiente físico:** instalações físicas, equipamentos;
- **Resultados do cuidado:** impactos na saúde dos sujeitos;
- **Continuidade do cuidado;**
- **Disponibilidade:** presença de recursos, quantidade de profissionais e insumos.

Já Araújo (2003) aponta elementos e suas combinações contemplados em avaliações de níveis de satisfação: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média das experiências passadas em situação de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.

Dias, Ramos e Costa (2010) preconizam que, para se avaliar a satisfação é necessário conhecer quais as expectativas do usuário e suas percepções em relação ao cumprimento dessas expectativas. Isto é um desafio, porque as expectativas e as percepções são dinâmicas por serem essencialmente subjetivas e mutantes e, portanto difíceis de validar.

Um ponto conceitual relevante é a utilização dos termos “paciente”, “consumidor”, “cidadão” ou “usuário”. Indubitavelmente cada um deles carrega um sentido simbólico, marcado socialmente, com reflexos práticos no modo de visualizar os serviços de saúde. Com isso, ao escolher um determinado termo já se revela o modo como se concebe a percepção do sujeito e de que modo ela é útil para a trajetória do serviço de saúde. Por exemplo, conforme aponta Dinsdale e outros autores (2000): o indivíduo como “usuário” como pode desejar níveis mais altos de qualidade do serviço, mas, como cidadão, pode achar que os recursos seriam mais bem alocados em outra parte.

Sob esta ótica, para efeitos desta pesquisa concordamos com estes autores que afirmam que a noção de usuário é mais geral e permite abranger os indivíduos que utilizam serviços públicos e privados, sejam eles vistos como clientes, consumidores e/ou cidadãos (Dinsdale et al., 2000).

5.2 O CONSTRUCTO SATISFAÇÃO: ASPECTOS TEÓRICOS

Autores afirmam que as teorias sobre satisfação do usuário são frágeis ou ainda pouco desenvolvidas (LINDER-PELZ, 1982; TURRIS, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; SERAPIONI, 2009). Poucas pesquisas buscaram testar hipóteses ou teorias, ou mesmo construí-las (LINDER-PELZ, 1982). Por isso, há um consenso na literatura em considerar que a satisfação do usuário é um tema pouco teorizado (TURRIS, 2005).

Esperidião e Trad (2006), em uma revisão de 56 artigos de pesquisas sobre satisfação, concluíram que as avaliações de satisfação de usuário não são capazes de fornecer um modelo teórico razoavelmente consistente que possa dar conta de sua complexidade. Estes autores afirmam ainda que as abordagens teóricas encontradas para a análise da satisfação de usuários de serviços de saúde são predominantemente oriundas da escola de Psicologia Social, de vertente marcadamente norte-americana e do *marketing*. Ainda, apresentam as teorias mais difundidas acerca da satisfação dos usuários:

- **Teoria da discrepância:** Os níveis de satisfação são mensurados a partir da diferença entre as expectativas e a percepção da experiência. É considerada a teoria mais utilizada nas pesquisas de satisfação (CARR-HILL, 1992);
- **Teoria da atitude:** considera a satisfação uma atitude de avaliação positiva ou negativa feita pelos indivíduos sobre um determinado produto/serviço ou um dos aspectos que o compõem (LINDER-PELZ, 1982; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006);

- **Teoria da equidade:** sugere que as partes envolvidas em uma troca se sentirão tratadas com justiça e assim satisfeitas. Os indivíduos avaliam produtos/serviços segundo critérios de equidade, ou seja, em termos de “ganhos” ou “perdas” na comparação com outros indivíduos (OLIVER; DESARBO, 1988; COSTA; RAMALHO, 2010);
- **Teoria da realização ou confirmação da expectativa:** a satisfação dos usuários está presente quando estes recebem aquilo que esperavam dos serviços ou mais do que esperavam, permitindo conhecer o quanto um serviço superou ou não a expectativa inicial (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; COSTA; RAMALHO, 2010).

Sobre os fatores e características pessoais relacionados a satisfação do usuário ainda não há consenso entre pesquisadores (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). A revisão realizada por Weiss (1988), aponta 4 grupos principais de determinantes da satisfação e tem sido um estudo bastante citado por pesquisadores de satisfação. Conforme Weiss são determinantes da satisfação:

- **Características dos usuários:** incluem características sócio-demográficas e as expectativas sobre o atendimento e o estado atual de saúde.
- **Características dos profissionais que prestam o atendimento:** englobando os traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado" prestado.
- **Aspectos da relação profissional-usuário:** incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o "resultado" do encontro.
- **Fatores estruturais e ambientais:** como o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros.

5.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

Na literatura encontramos controvérsias a respeito das formas mais adequadas de se mensurar os níveis de satisfação dos usuários, seja na sua percepção referente

aos serviços recebidos, seja no impacto dos atributos geradores dessa satisfação (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Assim como nos estudos avaliativos, as abordagens qualitativa e quantitativa devem ser usadas de forma complementar para conferir consistência às investigações que tem como objeto a satisfação do usuário. São encontradas potencialidades e limitações em ambas abordagens. Como afirmam Minayo e Sanches (1993) as duas abordagens de pesquisa não se encontram em situação de oposição, e sim de continuidade e complementaridade.

Os métodos quantitativos são os mais utilizados, com uso frequente dos inquéritos populacionais, porém têm sido considerados reducionistas e criticados por não trabalharem os dados subjetivos do fenômeno da satisfação (TRAD et al, 2002; ASPINAL et al., 2003; SAMICO et al., 2010). Por esta razão, o uso de pesquisas qualitativas permite que os usuários se manifestem de forma mais ampla sobre o serviço de saúde (DESLANDES; GOMES, 2004).

Para condução de investigações de satisfação de usuários são utilizados questionários, grupos focais, assembleias públicas, análise de queixas e reclamações dos usuários, análise dos processos de fluxo dos usuários e várias tipologias de estudos etnográficos para identificar a satisfação deles. Além disso, os estudiosos recomendam utilizar também, abordagens narrativas, fundamentadas em premissas fenomenológicas e hermenêuticas que põem no centro da análise a experiência do usuário sobre a sua doença, o percurso terapêutico e a interpretação que ele atribui à própria experiência (GOOD, 1999; SERAPIONI, 2009; SAMICO et al., 2010).

Os grupos focais têm sido muito utilizados e são considerados primordiais na obtenção de dados qualitativos necessários para identificar a satisfação do usuário com os serviços (CARR-HILL, 1992; TRAD et al., 2001; 2002; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Contudo, a maioria das investigações de satisfação dos usuários é realizada através de questionários estruturados, que por sua vez são muito criticados por

apresentarem vieses conceituais e metodológicos, responsáveis pelos altos índices de satisfação obtidos (STRAW, 2002; SERAPIONI, 2009).

As pesquisas de satisfação diversos instrumentos de mensuração, ou seja, não existe um instrumento padrão-ouro e também há dificuldade no controle de vieses (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; SERAPIONI, 2009).

Autores, como Bernhart et al., (1999), apontam a existência do *Viés da Gratidão*, ou seja, o sentimento que certos usuários podem ter quando conseguem atendimento, fazendo com que possíveis problemas ligados ao atendimento sejam desconsiderados ou não sejam significativos. Estes autores afirmam que este sentimento seria comum em países periféricos, dificultando uma visão mais crítica do atendimento. Por causa deste viés, os usuários evitariam criticar os serviços, seja pelo medo de perder o acesso, seja pela relação de dependência dos profissionais de saúde.

Viés também relacionado a pesquisas de satisfação de usuários é o *Aspecto da Expectativa*, que acontece, pois alguns usuários podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços. Assim, uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários ou o inverso também pode acontecer (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Em estudos que utilizam escalas pode ocorrer o *Viés de Aquiescência*. Neste erro sistemático temos que o indivíduo em concordar com o primeiro item da escala independentemente do seu conteúdo. Assim a ordenação dos itens, organizados positivamente ou negativamente, pode influenciar no nível de satisfação aferido para mais ou para menos (ROSS et al. , 1993) .

Cabe citar o fenômeno é difundido na literatura como *Efeito de Elevação* das taxas de satisfação. Espera-se, onde o acesso a serviços de saúde de boa qualidade ainda é privilégio de poucos, que os usuários manifestassem mais insatisfação com os serviços que lhes são oferecidos. No entanto, devido a este efeito, temos altas taxas de satisfação mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas.

Por isso, pesquisadores tem questionado a validade dos estudos de satisfação, uma vez que, é pouco provável que os profissionais de saúde realizem sempre um cuidado isento de críticas (STANISZEWSKA; AHMED, 1999).

De acordo com Vaitsman e Andrade (2005) são também problemas metodológicos e conceituais: em que momento do atendimento o usuário deve ser abordado, o tipo de pergunta, a escala utilizada e o que exatamente se quer avaliar. Estes mesmos autores, criticam a ausência de consequências práticas dessas avaliações, questionando se elas produzem efetivamente uma melhoria na qualidade dos serviços.

Embora, possa parecer que o constructo *Satisfação do Usuário* sem utilidade para melhoria dos serviços devido sua fragilidade técnica, teórica e conceitual, Costa e colaboradores (2008) ponderam sobre a relevância do mesmo. Apontam que mesmo em meio a diversidade de métodos e abordagens dos processos avaliativos na busca de uma melhor apreensão do objeto de avaliação, a satisfação do usuário constitui de um indicador de qualidade dos serviços.

5.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: A RELEVÂNCIA DA FAMÍLIA

No campo da saúde mental, como desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, destacam-se a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, os quais resultam de um processo histórico de luta pela democratização da saúde no Brasil e busca de superação do modelo de atenção ao doente mental, pautado na exclusão social e cronificação da doença (AMARANTE, 1997). Segundo Mielke e outros autores (2009, p.2): “Com a mudança na assistência à saúde mental proposta pela Reforma, a qual implicou a reorganização das práticas assistenciais, a avaliação nos serviços da área vem crescendo e configurando-se como uma necessidade nos últimos anos”.

Kanstorki et al (2009) salientam que os usuários dos serviços de saúde mental também tiveram um papel importante na Reforma Psiquiátrica e, portanto, não se poderia deixar de fora a percepção deles. Afirmam ainda que incluir os usuários como atores no processo avaliativo é um processo que se consiste num desafio, pois isto produz e reforça o espaço do exercício da cidadania.

Segundo Coimbra (2003), as necessidades em saúde mental são complexas em várias situações. Este autor diz que as ações oferecidas pelos serviços de saúde devem trazer benefícios e satisfação aos usuários, que ao saírem serviço, necessitam levar a certeza que foi feito tudo para resolver seu problema e que a equipe de saúde está interessada na sua melhora.

Os usuários dos serviços de saúde mental podem ser colaboradores da organização do serviço. Para tanto é preciso dar voz a estes sujeitos, sendo uma forma eficaz a avaliação de satisfação dos mesmos. Com isso é possível implementar novas estratégias ou melhorar as existentes para qualificar o resultado do cuidado. Assim, processos avaliativos tem sido desenvolvidos, considerando não somente os usuários mas todos os atores presentes no serviço: familiares, profissionais, entre outros (MIELKE et al., 2009; KANTORSKI et al., 2009).

A medida da satisfação é considerada o principal indicador de qualidade dos serviços de saúde mental que envolve a percepção dos usuários. Contudo, evidências tem ressaltado a importância da participação de diversos atores e não somente dos usuários, como parte essencial, no processo de avaliação dos serviços de saúde mental.

Dentre estes atores, destaca-se a família (MERCIER et al., 2004; BANDEIRA et al., 2011a; 2011b). Em consonância com a literatura, a OMS preconiza que a avaliação dos serviços de saúde mental deve incluir a participação dos três atores envolvidos nos serviços: usuários, familiares e profissionais do serviço (OMS, 2001).

Entretanto, existem poucos estudos que incluem em sua análise a satisfação dos familiares apesar das recomendações sobre a necessidade da inclusão dos mesmos

na avaliação dos serviços de saúde mental (OMS, 2001; BANDEIRA et al., 2011a; 2011b).

Famíliares expressam sua percepção com o serviço de forma distinta das dos usuários e por isso, torna-se relevante incorporar suas perspectivas no processo de planejamento dos serviços e avaliação do serviço, principalmente por meio da avaliação de sua satisfação (FISHER et al., 2002).

Ademais, o uso da avaliação de satisfação dos familiares pode ser particularmente útil, porque os familiares são principais provedores de cuidados aos usuários. Desta forma, pode-se analisar e construir subsídios para a melhoria das ações no âmbito do tratamento realizadas pelos familiares, como: nas atividades cotidianas, na supervisão dos comportamentos problemáticos e no uso dos medicamentos (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Nos serviços de saúde mental, o trabalho no modo psicossocial só pode ser concretizado mediante a parceria e a participação familiar. A família deve ser foco de intervenção dos profissionais de saúde mental, portanto, é imprescindível que a equipe considere a participação e inserção dela em suas abordagens (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, 2008).

No contexto da Dependência Química, Schenker e Minayo (2004) ao investigarem a importância da família no tratamento do consumo de drogas concluem que ao pensar na família de modo *ecológico*, ou seja, como um sistema onde todos encontram-se interligados e interconectados: a mudança em um provoca modificação em todo o sistema. Sob esta ótica, a relevância em se investigar a satisfação da família reside no fato de que considerando a interligação de seus membros temos que a satisfação da família se relaciona, entre diversos aspectos do tratamento e do serviço, à satisfação do usuário.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma *pesquisa avaliativa*, que conforme Weiss (1972) é um processo que fornece subsídios para a tomada de decisão, por meio de métodos e técnicas sistematizados, ou seja, o método científico. Já Contandriopoulos et al (1997, p.37) definem *pesquisa avaliativa* como:

“[...]o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa [...]”.

Visando contemplar os aspectos multifacetados da avaliação, utilizar-se-á as abordagens qualitativa e quantitativa. Desta forma, a presente pesquisa será composta um estudo de caso com abordagem qualitativa e por um delineamento de corte transversal.

A utilização da abordagem quantitativa, conforme Hartz (1999), baseada em princípios epidemiológicos, necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável na pesquisa avaliativa e tradicionalmente orienta predominantemente diversos modelos e desenhos de estudo nesta área (SILVA; FORMIGLI,1994; LOBO, 1998; NUTO; NATIONS,1999; HARTZ, 1999; KANTORSKI et al., 2009b).

No entanto deve-se incluir diversas abordagens ao avaliar um serviço (POTVIN; PARADIS; LESSARD,1994). Sobretudo ao analisarmos um componente multifacetado como a avaliação em saúde e principalmente no que diz respeito a satisfação que engloba entre outros aspectos, a singularidade, as expectativas e participação dos sujeitos, por isso são necessárias abordagem e técnicas qualitativas na pesquisa avaliativa.

Com isso, ressaltamos a importância da abordagem qualitativa neste estudo, pois ela permite enfatizar mais o processo do que o produto e, sobretudo, se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes em um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada (ARAÚJO; OLIVEIRA, 1997; MINAYO, 2004; SAMICO et al., 2010).

Sendo assim, os *estudos de caso*, com múltiplos níveis de análise articulados são fortemente recomendados dado que o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais (HARTZ, 1999). O estudo de caso de acordo com Yin (1993; 2001) permite tratar tanto do fenômeno de interesse quanto de seu contexto, produzindo um grande número de informações potencialmente relevantes, é útil em situações nas quais o foco se encontra em fenômenos complexos e contemporâneos, inseridos no contexto da vida real.

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*, localizado no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, no município de Vitória-ES. O PRESTA foi iniciado em agosto de 1995, é integrado por uma equipe multidisciplinar, contando também com conselheiros em dependência química. Visa prestar assistência aos servidores civis e militares da Polícia Militar, extensiva aos respectivos dependentes e a comunidade em geral. Atua na prevenção e oferta de tratamento usuários com dependência de substâncias psicoativas, com vistas a sua reintegração à família e à sociedade. Desenvolve ações em nível de internação como também na modalidade ambulatorial.

O programa realiza consultas das diversas especialidade profissionais (enfermagem, medicina, psicologia, serviço social) atividades educativas, psicoterapia com diferentes atividades como meditação, terapia corporal e ocupacional, relaxamento, educação física, prevenção de recaída, grupo de família, atividade literária, aconselhamento e atividade artística. Do Programa, participam grupos de ajuda

mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (AA), dos Narcóticos Anônimos (NA) e dos Alcoólicos Anônimos para Parentes e Amigos de Alcoolistas (AL-ANON), objetivando dar apoio aos clientes externos e àqueles em regime de internação (LOUREIRO, 2007; ESPÍRITO SANTO, 2011).

6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A *população* foi constituída por familiares dos usuários internados no Programa, que por sua vez possui 18 leitos para atendimento a população em geral que possui dependência de substâncias psicoativas. Sendo assim, foram critérios de seleção dos sujeitos:

- *Inclusão*: foram incluídos na pesquisa todos familiares que aceitaram participar da mesma, que eram os familiares que acompanhavam o tratamento do usuário internado e que tivessem participado no mínimo uma vez do grupo de famílias oferecido pelo serviço após a internação do usuário.

- *Exclusão*: o sujeito que não possuísse condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por problemas cognitivos ou por recusa em responder os instrumentos da pesquisa, por conseguinte seria excluído da mesma.

6.3.1 Amostragem

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%, com acréscimo de perdas de 50%, considerando os estudos brasileiros de maior relevância encontrados na literatura e que dizem respeito a avaliação dos serviços de saúde sob a ótica dos usuários e familiares (KANTORSKI, 2009; BANDEIRA; SILVA; CAMILO et al., 2011b). Sendo assim encontrou-se uma amostra de 20 (vinte) indivíduos. Contudo, fez parte da pesquisa um total de 23 (trinta) usuários por satisfazerem os critérios de inclusão.

Destes 23 (vinte e três) familiares pesquisados, foi selecionado intencionalmente um grupo de 10 (dez) usuários que verbalizaram sua opinião de forma sobre o serviço de forma mais crítica e descritiva para compor o componente qualitativo desta pesquisa. Contudo apenas seis estiveram presentes no grupo focal, com isso a amostra para o componente qualitativo foi composta por 6 (seis) familiares.

O fato de a abordagem qualitativa estar comprometida com a compreensão e o entendimento do fenômeno inserido em um contexto particular, a representatividade estatística não é o mais importante (GONDIM, 2002). Ademais, a literatura sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa evidencia que o mesmo seja realizado com um número de seis a doze participantes (WESTPHAL, 1992; VEIGA; GONDIM, 2001; GONDIM, 2002).

6.4 PROCEDIMENTOS

6.4.1 Coleta de Dados

Inicialmente, enviou-se o Termo de Consentimento Institucional (Apêndice A), solicitando autorização para a condução da pesquisa ao Comando da Polícia Militar do Espírito Santo, em outubro de 2012. Após, a autorização da mesma, como também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, foi iniciada a *coleta de dados* pelo pesquisador e por um bolsista de iniciação científica devidamente treinado.

6.4.2 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Para o *estudo de corte transversal* elaborou-se um questionário (Anexo A) que investigavam as seguintes variáveis e utiliza engloba as seguintes escalas, que são descritas a seguir:

- Perfil Socioeconômico do Entrevistado

6.4.2.1 Idade: Idade do familiar no dia da aplicação do questionário.

6.4.2.2 Sexo: Estratificado em masculino e feminino.

6.4.2.3 Religião: Estratificado em: não tenho religião, Católica, Espírita, Umbanda/Candomblé, Judaica, Evangélica/Protestante, Budismo/Oriental, Santo Daime/ União Do Vegetal e outras.

6.4.2.4 Prática religiosa: Refere-se se ao fato do estudante praticar a religião citada anteriormente, dividiu-se em: Sim, apenas em eventos especiais; Sim, mais de uma vez por mês e Não.

6.4.2.5 Nível socioeconômico: Classificado em classe: A, B, C, D e E, de acordo com Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 1978), tendo como base itens de consumo e grau de escolaridade do chefe da família.

6.4.2.6 Grupo étnico: Estratificado em: Caucasoide/Branco, Negro, Mulato/Pardo, Asiático/ Amarelo, Índio e outros.

6.4.2.7 Estado civil: Dividido em: Solteiro, Casado/ “Vive junto”, Separado/ Divorciado e Viúvo.

6.4.2.8 Trabalho: Refere-se a qualquer atividade remunerada exercida pelo sujeito seja de modo formal ou informal.

6.4.2.9 Benefícios Governamentais: Refere-se a benefícios financeiros concedidos pelo Governo ao indivíduo: aposentadoria, auxílio-doença, pensão, bolsa-família e/ou outros.

6.4.2.10 Renda Pessoal Mensal: Diz respeito a renda bruta mensal do indivíduo em número de salários mínimos.

6.4.2.11 Renda Familiar Mensal: Diz respeito a renda bruta da mensal dos familiares residentes na mesma habitação em número de salários mínimos.

6.4.2.12 Moradia: Pessoas com quem o entrevistado reside, estratificado em: sozinho; com familiar que está internada no serviço em avaliação; com outros familiares e outros.

6.4.2.13 Grau de Parentesco: Refere-se ao grau de parentesco do entrevistado com o usuário que se encontra internado no serviço.

- Informações do Usuário do Serviço:

6.4.2.14 Idade: Idade do usuário no dia da aplicação do questionário.

6.4.2.15 Sexo: Estratificado em masculino e feminino.

6.4.2.16 Estado civil: Dividido em: Solteiro, Casado/ “Vive junto”, Separado/ Divorciado e Viúvo.

6.4.2.17 Tempo de Internação: Corresponde ao número absoluto de dias que o usuário está internado no Programa.

6.4.2.18 Tratamento Anterior: Diz respeito a existência de tratamento anterior devido a abuso/dependência de drogas, estratificado em: “sim” ou “não”.

6.4.2.19 Internação Anterior: Diz respeito a existência de tratamento anterior, em regime de internação, devido a abuso/dependência de drogas, estratificado em: “sim” ou “não”.

6.4.2.20 Acompanhante do Tratamento Anterior: Refere-se ao familiar entrevista e se este acompanhou o usuário em tratamento anterior (no caso dele ter ocorrido), estratificado em: “sim” ou “não”.

6.4.2.21 Drogas que motivaram o tratamento: Drogas que é considerada pelo familiar, serviço ou usuário que tenha motivado/ocasionado a internação no serviço: álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, heroína, tranquilizantes, anfetamínicos, inalantes, *ecstasy*, drogas sintéticas e/ou outras.

6.4.2.22 Uso de Drogas: Drogas já consumidas pelo usuário das quais o familiar tenha conhecimento: álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, heroína, tranquilizantes, anfetamínicos, inalantes, *ecstasy*, drogas sintéticas e/ou outras.

6.4.2.23 Consequências do consumo de droga: Trata de uma adaptação feita para as repercussões do uso de drogas no cotidiano do usuário através Inventário das Consequências do Beber (DrInc). Para tanto, utilizou-se as questões do domínio relacionado a responsabilidade social desta escala que por sua vez refere-se as repercussões no cumprimento de papéis sociais que são observados por terceiros. Então, foram questões que fizeram parte desta variável: “Faltou no trabalho ou aos estudos”; “A qualidade do trabalho dele foi prejudicada”; “Deixou de fazer coisas que deveria fazer”; “Se envolveu em confusões”; “Teve problemas financeiros”; “Gastou ou perdeu muito dinheiro” e “Foi afastado do trabalho ou dos estudos”. (LONGABAUGH et al., 1994; PICCOLOTO et al., 2006).

- Escalas de Mensuração:

6.4.2.24 Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): Versão abreviada da escala SATIS-BR, versão para família. A versão abreviada desta escala contém 8 (oito) questões quantitativas que são utilizados no cálculo do grau de satisfação dos familiares com o serviço. Além disso, possui 3 (três) questões qualitativas. O *SATIS-BR* é uma escala do tipo Likert, adaptada e validada 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, 2000a; BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000b; BANDEIRA et al., 2002).

6.4.2.25 Questionário Familiar (FQ): A FQ é uma escala breve, composta por 20 (vinte) questões, autoaplicável para avaliar a emoção expressa de familiares. A emoção expressa refere-se à qualidade da interação social entre os membros de uma família, ou seja, aos sentimentos que os familiares expressam em relação aos usuários (ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012).

No *estudo de caso qualitativo*, o instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice C) com questões acerca da opinião dos familiares com as ações realizadas no serviço. Os dados foram coletados através de um grupo focal, que foi realizado no serviço pelo próprio pesquisador e um bolsista de iniciação científica, tendo duração de uma hora. Além disso, respostas dadas às questões abertas do SATIS-BR (Anexo A) compuseram o material qualitativo deste estudo.

A escolha do grupo focal deve-se a concordância da afirmação de Krueger (1988) acerca desta técnica. Este por sua vez diz que o grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizada no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços.

Assim sendo, seu uso colaborou no alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa, no que diz respeito ao conhecimento da satisfação dos sujeitos.

6.4.3 Análise dos Dados

No *estudo de corte transversal* os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 20.0). Utilizando-se estatística descritiva para a apresentação dos resultados e utilização da correlação de Pearson para analisar a relação do escore da escala global SATIS-BR e de suas respectivas subescalas.

No *estudo de caso qualitativo*, os dados coletados foram gravados e posteriormente transcritos integralmente. Após a transcrição realizou-se a análise do material utilizando o referencial de Bardin (2011). Este procedimento pretende, como afirma a autora, obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados com o contexto de produção e recepção das mensagens e, enfatiza que a leitura realizada por aquele que analisa o conteúdo busca realçar um sentido que se encontra em segundo plano (BARDIN, 2011).

Assim, seguiu-se o plano de análise sugerido por Bardin (2011): pré-análise; codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ao fim da análise, estabeleceram-se as seguintes categorias¹) Satisfação com os profissionais do serviço; 2) Acessibilidade; 3) Aspectos Estruturais; 4) Resultados do tratamento; 5) Continuidade do tratamento; 6) Abordagens com os familiares. Sendo a presença e a frequência utilizadas como critérios de enumeração para eleger as unidades de registro. Adicionalmente, consideraram-se as dimensões da abordagem conceitual para a *satisfação* elaborada por Ware e outros autores (1983) e a tríade estrutura-processo-resultado abordado por Donabedian (1978) para a constituição das categorias de análise.

6.4.4 Éticos

Este estudo integra a pesquisa intitulada “Avaliação de Serviços em Saúde Mental: O caso PRESTA-ES” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Estando então de acordo com os dispositivos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, com o número de parecer 242.842/CEP-UFES em abril de 2013.

Sendo assim, os participantes foram informados da sua forma de participação, bem como dos riscos e benefícios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Por fim, com intuito de preservar o anonimato dos sujeitos, substituímos seus nomes por nomes de flores ao mencionarmos suas falas na apresentação dos resultados da pesquisa.

7. RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados desta dissertação. O artigo 1 intitulado “*Satisfação com um serviço de dependência química: avaliando familiares de usuários*” se refere ao recorte quantitativo já o artigo 2 cujo título é: “*Satisfação com um serviço de dependência química: o que pensam os familiares?*” diz respeito ao componente qualitativo.

7.1 ARTIGO 1

SATISFAÇÃO COM UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: AVALIANDO FAMILIARES DE USUÁRIOS

RESUMO

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “*Avaliação de Serviços em Saúde Mental: O caso PRESTA-ES*”. Pretendeu-se mensurar a satisfação dos familiares com um serviço de dependência química da capital do Espírito Santo. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre outubro de 2013 e janeiro de 2014 no *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*. A amostra foi composta por 23 familiares que acompanhavam usuários em tratamento no PRESTA, no regime de internação. O instrumento de coleta de dados incluiu a “*Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental*” (SATIS-BR). Na análise de dados foi utilizada a estatística descritiva para a apresentação dos dados socioeconômicos e correlação de Pearson para analisar a relação do escore da escala global SATIS-BR e de suas respectivas subescalas, auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 20.0). Com relação aos aspectos éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo com o número de parecer 242.842/CEP-UFES/2013. A amostra foi predominantemente feminina (91,3%). Quanto ao grau de parentesco, houve maior prevalência dos genitores (39,2%), seguido pelos cônjuges (30,43%). A droga mais se constituiu como motivo de procura pela internação no serviço foi a cocaína/crack (69,6%) seguida pelo álcool (26,1%). Detectou-se alto grau de satisfação dos familiares com o serviço (4,65). Da mesma forma o grau de satisfação com os resultados do tratamento (4,61), acolhida e competência da equipe (4,83) e também da privacidade e confidencialidade (4,43) foram altos. As correlações das três subescalas SATIS-BR com a escala global foram positivas, fortes e significativas ($r > 0,7$ e $p < 0,01$). A relevância deste estudo reside no fato de fornecer subsídios para melhoria dos serviços e principalmente por ser uma estratégia de dar voz a família, colaborando com sua inclusão no tratamento do usuário.

Descritores: Avaliação em Saúde; Saúde Mental; Abuso Drogas; Satisfação do Usuário; Família

SATISFACTION WITH A SERVICE ADDICTION: ASSESSING RELATIVES OF USERS

ABSTRACT

This study is part of a research project entitled "Evaluation of Mental Health Services: The PRESTA-ES case." It was intended to measure the satisfaction of the family with a chemical dependency service from the capital of the Holy Spirit. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative approach, conducted between October 2013 and January 2014 in the Rehabilitation Program junkie and alcoholic (PAYS) Health. The sample consisted of 23 family members who accompany users in treatment in PAYS, on an inpatient basis. The instrument for data collection included the "Rating Scale Satisfaction in Mental Health Services" (SATIS-BR). In data analysis descriptive statistics were used for the submission of socioeconomic data and Pearson correlation to analyze the relationship between the global score SATIS-BR and their respective subscales aid of Statistical Package for Social Science (SPSS 20.0) . With regard to ethical aspects, this study was approved by the Ethics Committee in Research of the Science Center, Federal University of Espírito Santo Saúde with the number of 242.842/CEP-UFES/2013 opinion. The sample was predominantly female (91.3%). The degree of kinship, was more prevalent among parents (39.2%), followed by spouses (30.43%). More The drug was constituted as the reason for seeking admission to the service was cocaine / crack (69.6%) followed by alcohol (26.1%). Detected a high degree of satisfaction with the service of the family (4.65). Similarly the degree of satisfaction with the treatment results (4.61), welcomed and competence of staff (4.83) and also the privacy and confidentiality (4.43). were high. The correlations of the three subscales SATIS-BR with the global scale were positive, strong and significant ($r > 0.7$ and $p < 0.01$). The relevance of this study lies in the fact provide support for improving services and mainly because it is a strategy to give voice to family, collaborating with their inclusion in the treatment of the user.

Descriptors: Health Evaluation; Mental Health; Drugs Abuse; Consumer Satisfaction; Family

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são significativa causa de morbimortalidade na população mundial. Apesar disto, a saúde mental continua sendo uma área muito negligenciada quanto aos serviços de atenção à saúde (MARAGNO, 2006). Neste cenário encontram-se os serviços de atenção a Dependência Química (DQ).

O tratamento da DQ é um assunto relativamente novo, até porque somente no século XX a DQ passou a ser vista como um transtorno mental relacionado ao consumo de drogas. Atualmente existem diversos serviços de atendimento para o tratamento dos diferentes estágios da DQ (GRANT; DAWSON, 1999; RIBEIRO, 2004). A estruturação destes serviços, da mesma forma que os demais da Saúde Mental, ocorreram em decorrência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na década de 70.

A Reforma possibilitou a construção de novas maneiras de cuidar em saúde mental e estas novas maneiras tem colaborado para uma assistência que visa à reinserção social do usuário e o resgate de sua autonomia (OLSCHOWSKY, 2009). Contudo, os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como deveriam. Portanto, desenvolver processos avaliativos nos serviços de saúde mental torna-se uma relevante estratégia. Além disso, a complexidade do objeto da saúde mental e a crescente demanda de usuários que precisam de cuidados são justificam a realização de avaliações nos serviços de saúde mental (ALMEIDA, 2002; WETZEL; KANTORSKI, 2004).

A medida da satisfação tem sido apontada pela literatura como um indicador útil na avaliação dos serviços. A satisfação engloba a opinião dos usuários dos serviços e se relaciona a diversas dimensões do cuidado à saúde, como: a relação profissional-usuário, a qualidade das instalações do serviço, como também a qualidade técnica dos profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A Organização Mundial de Saúde salientou a importância de inserir a avaliação dos resultados do tratamento como prática contínua e permanente, com inclusão do

olhar dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental (OMS, 2001). Diversos estudos também recomendam a inclusão dos familiares na avaliação dos serviços de saúde mental. Entretanto, a maioria das pesquisas tem utilizado apenas a satisfação dos usuários, dando pouca ênfase à avaliação da satisfação dos familiares com esses serviços (GIGANTESCO et al., 2002; BANDEIRA et al., 2011).

Nos serviços de saúde mental, a família deve ser foco de intervenção dos profissionais, sendo de suma importância sua inclusão e participação nas abordagens desenvolvidas pelos profissionais (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, 2008).

Além disso, Bandeira e Barroso (2005) justificam o uso da avaliação da satisfação da família dos usuários dos serviços de saúde mental argumentando que os familiares são os principais provedores de cuidados aos usuários, nas atividades cotidianas, na supervisão aos comportamentos problemáticos e/ou de risco, desta forma afetando os resultados do tratamento ofertado aos usuários.

No que diz respeito à DQ, cabe ressaltar que as consequências do consumo de drogas não atingem só o usuário e existem repercussões do grupo familiar, assim as famílias necessitam também de intervenções das equipes dos serviços (HALPERN, 2012). A este respeito, cabe ressaltar o modelo da doença familiar que considera que os membros da família sofrem de codependência (SCHENKER e MINAYO, 2004). Sendo assim, necessitam de tratamento da mesma forma que os usuários. Nesse sentido, a mensuração da satisfação dos familiares corresponderia a dos usuários uma vez que estariam relatando a percepção das práticas das quais eles mesmos eram os destinatários.

Outro aspecto importante assinalado FISHER et al (2002). Este autor diz que familiares expressam sua percepção com o serviço de forma distinta das dos usuários e por isso, torna-se relevante incorporar suas perspectivas no processo de avaliação do serviço, por meio da avaliação de sua satisfação.

Portanto, considerando as contribuições da mensuração da satisfação dos familiares para os processos avaliativos de serviços de saúde mental é que este trabalho

pretendeu mensurar a satisfação dos familiares com um serviço de dependência química da capital do Espírito Santo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre outubro de 2013 e janeiro de 2014 no *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*, localizado no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo (ES), no município de Vitória-ES. O Programa atualmente desenvolve ações em nível de internação como também na modalidade ambulatorial.

Participaram 23 familiares que acompanhavam usuários em tratamento no PRESTA, no regime de internação. A escolha por este regime como critério de inclusão se justifica, pois antes da internação o serviço preconiza um acompanhamento ambulatorial de em torno de quatro consultas. Assim, os familiares incluídos já conheceriam minimamente o serviço e teriam contato com a equipe, bem como teriam do tratamento e conhecimento das normas do PRESTA.

Além disso, foram critérios de inclusão dos sujeitos: aceitar participar da mesma, ser o familiar responsável por acompanhar o tratamento do usuário e ter participado no mínimo uma vez do grupo de famílias oferecido. O sujeito que não possuísse condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por problemas cognitivos ou por recusa em responder os instrumentos da pesquisa, por conseguinte seria excluído da mesma.

A amostra foi calculada no software *Epi Info 6.04*, com intervalo de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 90%, com acréscimo de perdas de 50%, considerando os estudos brasileiros de maior relevância encontrados na literatura e que dizem respeito a avaliação dos serviços de saúde sob a ótica dos usuários e familiares (KANTORSKI et al., 2009; BANDEIRA et al., 2011). Sendo assim encontrou-se uma amostra de 20 (vinte) indivíduos. Contudo, fez parte da pesquisa

um total de 23 (trinta) pelo fato da coleta de dados ter sido realizada no momento do grupo para os familiares ofertado pelo serviço, com aqueles que se dispusessem a participar.

Para a coleta de dados elaborou-se um questionário (Anexo A) afim de se obter dados socioeconômicos dos familiares e informações dos usuários que eram acompanhados por eles.

No questionário estava incluído o instrumento “*Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)*”: Versão abreviada da escala SATIS-BR, versão para família. É uma escala Likert composta por 8 questões, adaptada e validada a partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental. Possui 3 subescalas que além da satisfação global com o serviço avaliam a satisfação com os resultados do tratamento, com a acolhida e competência da equipe e com a confidencialidade e privacidade. (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000a; BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000b; BANDEIRA et al., 2002).

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 20.0). Utilizando-se estatística descritiva para a apresentação dos resultados e utilização da correlação de Pearson para analisar a relação do escore da escala global SATIS-BR e de suas respectivas subescalas.

Com relação às questões éticas, este estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “*Avaliação de Serviços em Saúde Mental: O caso PRESTA-ES*” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com o número de parecer 242.842/CEP-UFES/2013.

Os participantes foram informados da sua forma de participação, bem como dos riscos e benefícios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Com isso, respeitaram-se os dispositivos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 23 familiares. As *tabelas 1 e 2* descrevem os principais dados socioeconômicos da estudada. Conforme a *Tabela 1 observa-se* que houve predominância do sexo feminino (91,3%) e dos que estavam na faixa etária de 51 a 60 anos (34,8%). A idade média foi de 46,23 anos, sendo a idade mínima de 22 e a máxima de 68 anos.

No que se refere à raça/cor, 47,9% se declararam mulato/pardo e 39,2% negros. A maioria dos entrevistados (69,7%) foi de indivíduos casados ou que viviam em união estável, bem como de indivíduos que se afirmavam da religião católica (52,2%). De acordo com a classificação da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado, 52,2% encontravam nas classes C1 e C2, não havendo nenhum indivíduo na classe E. Quanto à escolaridade, mais da metade (56,5%) não possuía ensino médio completo.

Tabela 1. Caracterização socioeconômica dos familiares do PRESTA-HPM. Vitória-ES, 2014.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	2	8,7
Feminino	21	91,3
Total	23	100
Faixa Etária		
De 21 a 30 anos	3	13
De 31 a 40 anos	5	21,8
De 41 a 50 anos	4	17,4
De 51 a 60 anos	8	34,8
De 61 a 70 anos	3	13
Total	23	100
Raça/Cor		
Caucasóide/Branco	2	8,6
Negro	9	39,2
Mulato/Pardo	11	47,9
Asiático/Amarelo	1	4,3

Total	23	100
Estado Civil		
Solteiro(a)	4	17,4
Casado(a) / União estável	16	69,7
Divorciado(a) / Separado(a)	1	4,3
Viúvo (a)	2	8,6
Total	23	100
Religião		
Não Tenho	1	4,3
Católica	12	52,2
Evangélica/Protestante	9	39,2
Outras	1	4,3
Total	23	100
Classe Socioeconômica		
A1 e A2	1	4,2
B1 e B2	5	21,8
C1 e C2	12	52,2
D	5	21,8
E	0	0
Total	23	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	6	26,1
Ensino Fundamental Completo	2	8,6
Ensino Médio Incompleto	5	21,8
Ensino Médio completo	6	26,1
Ensino Superior completo	4	17,4
Total	23	100

Na *Tabela 2* podem ser observados os dados da situação de trabalho e renda pessoal dos indivíduos estudados. Quando se tratou de trabalho, detectou-se que 43,5% estavam trabalhando formalmente, enquanto 13% referiram trabalho informal. Ainda, entre os que informaram não trabalhar (43,5%), 70% recebiam algum benefício do governo.

No que diz respeito à renda pessoal mensal, a mesma foi avaliada com base no número de salários mínimos (SM) recebidos pelo entrevistado em decorrência do exercício de atividade remunerada exercida, recebimento de benefícios ou outro tipo de aquisição. Sendo utilizado como o valor de referência o fixado pelo Governo brasileiro em 2013, ou seja, R\$ 678,00. A partir da *Tabela 2* nota-se que houve

familiares que não possuíam renda própria (8,6%) e que 52,4% tinha renda mensal entre 1 e 2 SM. Além disso, percebeu-se que 13% recebiam menos de 1 SM por mês.

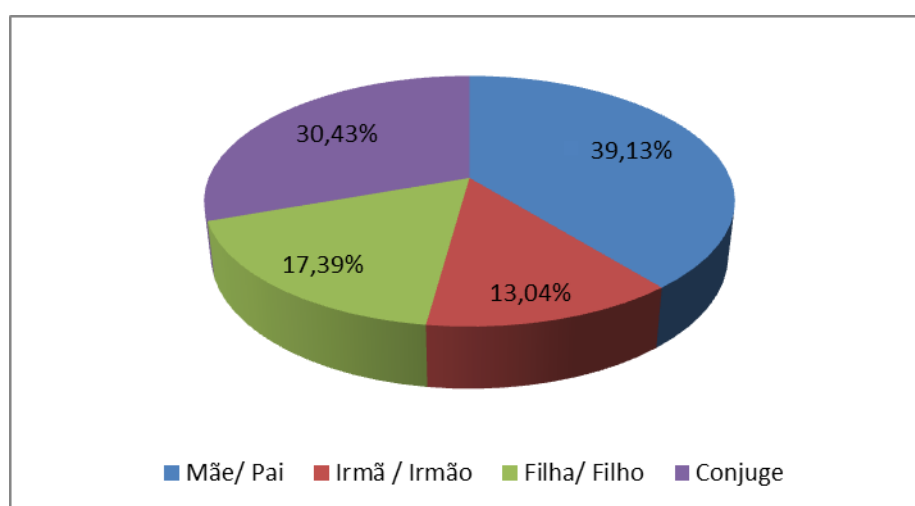
Tabela 2. Situação de trabalho, recebimento de benefício governamental e renda pessoal dos familiares do PRESTA-HPM. Vitória-ES, 2014.

Variável	N	%
Situação de Trabalho		
Trabalho formal	10	43,5
Trabalho informal	3	13
Não trabalha	10	43,5
Total	23	100
Benefício Governamental		
Aposentadoria	4	40
Auxílio-doença	1	10
Auxílio-reclusão	0	0
Pensão	0	0
Bolsa Família	2	20
Não recebe	3	30
Total	10	100
Renda Pessoal Mensal		
Não possui renda	2	8,65
Menos 1SM	3	13
Até 1 SM	6	26,2
Mais de 1 SM a 2 SM	6	26,2
Mais de 2 SM a 3 SM	2	8,65
Mais de 3 SM a 5 SM	1	4,35
Mais de 5 SM a 10 SM	2	8,6
Mais de 10 SM	0	0
Não respondeu	1	4,35
Total	23	100

No *Gráfico 1* está a distribuição dos familiares de acordo com o grau de parentesco com os usuários do serviço. Houve o predomínio dos genitores (39,2%), seguido respectivamente pelos cônjuges (30,43%), filhos (17,39%) e em último lugar os irmãos (13,04%).

Adicionalmente, notou-se que os usuários do serviço que não eram casados/viviam com companheiro tinham o tratamento acompanhado principalmente por Mãe/Pai (57%) já os que eram casados/ viviam com companheiro pelos seus cônjuges (77,8%).

Gráfico1. Distribuição dos familiares conforme grau de parentesco com os usuários atendidos pelo PRESTA-HPM/Vitória-ES, 2014. n=23



As *tabelas 3 e 4* apresentam as principais características dos usuários dos quais os familiares participaram desta pesquisa. Na *Tabela 3*, nota-se que os familiares acompanhavam usuários homens (100%). A maioria dos usuários estava na faixa etária entre 21 e 30 anos (34,8%), a média de idade foi de 39 anos, com mínimo de 21 e máximo de 66 anos. Quanto ao estado civil, 43,5% eram solteiros e 39,1% casados ou viviam em união estável.

De acordo com os familiares (*Tabela 3*), a maioria dos usuários não esteve em tratamento anterior por motivo de consumo de drogas (69,6%) sendo a droga que motivou a procura pela internação no serviço foi a cocaína/*crack* (69,6%) seguida pelo álcool (26,1%) e maconha (4,3%) respectivamente. Entretanto, relataram que os mesmos já consumiram alguma vez na vida álcool (87%), tabaco (65,2%), maconha (60,9%) e cocaína/*crack* (56,5%).

Quando se tratou das repercussões do uso de drogas no cotidiano do usuário, detectou-se que gastar ou perdeu muito dinheiro (91,3%), não cumprir com

compromissos (87%) e ter qualidade do trabalho prejudicado (82,6%) foram os problemas mais relatados pelos familiares (*Tabela 3*).

Além das informações contidas nas tabelas, ressalta-se que com relação ao tempo de internação: 65% estava internado no serviço há 14 dias ou mais, sendo a média em dias foi de 21,9, com mínimo de 5 e máximo de 45 dias de internação.

Tabela 3. Principais características dos usuários acompanhados pelos familiares entrevistados. PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	23	100
Feminino	0	0
Total	23	100
Faixa Etária		
De 21 a 30 anos	8	34,8
De 31 a 40 anos	7	30,4
De 41 a 50 anos	3	13,1
De 51 a 60 anos	3	13,1
De 61 a 70 anos	2	8,6
Total	23	100
Estado Civil		
Solteiro(a)	10	43,5
Casado(a) / "Vive Junto"	9	39,1
Divorciado(a) / Separado(a)	4	17,4
Viúvo (a)	0	0
Total	23	100
Tratamento anterior por Dependência Química (DQ)		
Sim	7	30,4
Não	16	69,6
Total	23	100
Droga que motivou internação		
Álcool	6	26,1
Tabaco	0	0

Maconha	1	4,3
Cocaína/Crack	16	69,6
Outras	0	0
Total	23	100

Drogas consumidas

Álcool	20	87
Tabaco	15	65,2
Maconha	14	60,9
Cocaína/Crack	13	56,5
Outras	3	13

Consequências sociais do consumo

Faltou no trabalho ou aos estudos	17	73,9
A qualidade do trabalho dele foi prejudicada	19	82,6
Deixou de fazer coisas que deveria fazer	20	87
Se envolveu em confusões	10	43,5
Teve problemas financeiros	17	73,9
Gastou ou perdeu muito dinheiro	21	91,3
Foi afastado do trabalho ou dos estudos	15	65,2

A *Tabela 4* mostra a frequência das respostas dos familiares às questões do SATIS-BR. Sendo respectivamente os itens com maior prevalência de satisfação: “Compreensão pelo profissional do problema do usuário na admissão” (91,3%), “Compreensão pela equipe do tipo de ajuda de que o usuário necessitava (87%)”, “Competência do profissional que teve contato mais próximo” (78,3%) e “Serviços ajudaram o usuário a lidar melhor com os seus problemas” (73,9%). A maior média de pontuação (4,87) e menor desvio padrão (0,34) foi para o item “Compreensão pela equipe do tipo de ajuda de que o usuário necessitava”.

Tabela 4. Frequência relativa de respostas dos familiares, média e desvio padrão para cada item avaliado pela escala SATIS-BR. PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.

Itens do SATIS-BR	Opções				Média (DP)
	Insatisfeito	Em parte Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
	Opções 1 e 2	Opções 3	Opção 4	Opção 5	
1. Compreensão pelo profissional do problema do usuário na admissão	4,3%	-	4,3%	91,3%	4,83 (0,65)
2. Equipe compreendeu o tipo de ajuda de que o usuário necessitava	-	-	13%	87%	4,87 (0,34)
3. Serviços ajudaram o usuário a lidar melhor com os seus problemas	-	8,7%	17,4%	73,9%	4,65 (0,65)
4. Obtenção do tipo de ajuda de que o usuário necessitava	-	-	39,1%	60,9%	4,61 (0,49)
5. Medidas utilizadas para assegurar a privacidade do tratamento	-	4,3%	52,2%	43,5%	4,39 (0,58)
6. Confidencialidade das informações	-	4,3%	43,5%	52,2%	4,48 (0,59)
7. Competência do profissional	-	-	21,7	78,3%	4,78 (0,42)
8. Usuário se beneficiou com o tratamento	-	4,3%	34,8%	60,9%	4,57 (0,59)

Na *Tabela 5*, é possível verificar a respostas dos familiares para questões do SATIS-BR que se relacionam a aspectos estruturais do mesmo. Nota-se que predominaram os indivíduos que demoravam mais de uma hora para se deslocar de sua residência até o serviço (43,5%), porém 60,9% da amostra relatou que era fácil chegar ao PRESTA e 74% julgou a localização satisfatória. Quanto ao conforto e aparência, 74% informou que estava satisfeito e com relação às instalações físicas, 17,4% avaliou como excelentes e 60,9% como boas.

Tabela 5. Satisfação dos familiares com aspectos estruturais do PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.

Questão do SATIS-BR	n	%
Tempo de deslocamento da residência ao serviço		
0-15 min	2	8,7
16-30 min	3	13
31-45 min	5	21,8
46-60 min	3	13
Mais que 60 min	10	43,5

Total	23	100
Facilidade para chegar ao serviço		
Muito difícil	0	0
Difícil	5	21,8
Mais ou menos	3	13
Fácil	14	60,9
Muito fácil	1	4,3
Total	23	100
Opinião sobre a localização do serviço		
Muito insatisfatória	0	0
Insatisfatória	1	4,3
Indiferente	1	4,3
Satisfatória	17	74
Muito satisfatória	4	17,4
Total	23	100
Satisfação com o conforto e a aparência do serviço		
Muito insatisfeito	1	4,35
Insatisfeito	1	4,35
Indiferente	1	4,35
Satisfeito	17	74
Muito satisfeito	2	8,6
Total	23	95,65
Julgamento das instalações físicas		
Péssimas	0	0
Ruins	0	0
Mais ou menos	5	21,7
Boas	14	60,9
Excelentes	4	17,4
Total	23	100

Conforme os familiares, o principal motivo da procura pelo serviço foi o fato do mesmo já ter sido recomendado por alguém (25,1%). Quando questionados sobre o retorno ao PRESTA, caso o usuário necessitasse de ajuda novamente, todos (100%) responderam que retornariam (*Tabela 6*). Outras informações acerca da satisfação dos familiares também estão listadas na *Tabela 6*.

Tabela 6. Frequência de respostas dos familiares acerca de sua satisfação com o PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.

Questão do SATIS-BR	n	%
Tempo de retorno no atendimento solicitado aos profissionais		
Não houve atendimento até o momento	0	0
Atendido imediato	4	17,4
Entre dois dias e uma semana	1	4,3
Entre duas semanas e um mês	1	4,3
Não solicitou atendimento	17	74
Total	23	100
Foi tratado com respeito e dignidade pela equipe		
Nunca	0	0
Raramente	0	0
Mais ou menos	0	0
Frequentemente	3	13
Sempre	20	87
Total	23	100
Sentimento com o tipo de informação dada sobre a doença do usuário		
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	0
Indiferente	0	0
Satisfeito	15	65,2
Muito satisfeito	7	30,5
Não respondeu	1	4,3
Total	23	100
Sentimento com o tipo de informação dada sobre o tratamento do usuário		
Muito insatisfeito	1	4,3
Insatisfeito	1	4,3
Indiferente	1	4,3
Satisfeito	12	52,25
Muito satisfeito	7	30,55
Não respondeu	1	4,3
Total	23	100
Disponibilidade de outros serviços no momento de contato com o PRESTA		
Sim	8	34,8
Não	14	60,9
Não tenho certeza	1	4,3
Total	23	100

Motivo pela escolha do PRESTA quando havia outro serviço disponível

Ele/ela já tinha estado lá no passado	1	4,3
O serviço foi muito recomendado por alguém	6	26,1
Conheci alguém que fazia tratamento lá	2	8,6
Confiamos na instituição/pessoa de referência	1	4,3
A localização é muito conveniente	0	0
Estava dentro de nossas possibilidades financeiras	1	4,3
Não tivemos outra escolha	1	4,3
Não sei	0	0
Outros	1	4,3

Retornaria ao PRESTA se o usuário necessitasse de ajuda novamente

Não, de forma alguma	0	0
Não, acha que não	0	0
Mais ou menos	0	0
Sim, acha que sim	1	4,3
Sim, com certeza	22	95,7
Total	23	100

Na *Tabela 7* encontra-se a distribuição da média e do desvio padrão da pontuação do SATIS-BR, bem como de suas subsescalas, sendo a maior média de pontuação (4,83) e menor desvio padrão (0,37) para a subsescala “Acolhida e competência da Equipe”. Também se encontram nesta tabela os resultados para a correlação entre o escore das subsescalas SATIS-BR com o escore da escala global.

Tabela 7. Médias do escore e correlação escala global SATIS-BR com suas subsescalas. PRESTA-HPM/ Vitória-ES, 2014.

Subescalas	Média	DP	Correlação
1 - Resultados do tratamento	4,61	0,41	0,81 ^a
2 - Acolhida e competência da equipe	4,83	0,37	0,82 ^a
3 - Privacidade e confidencialidade do serviço	4,43	0,53	0,78 ^a
Escala global	4,65	0,34	1

a) $p < 0,01$ na correlação de Pearson

DISCUSSÃO

O perfil dos familiares desta pesquisa é semelhante ao detectado por outros estudos realizados em serviços de saúde mental (SANTOS, 2010; BANDEIRA et al., 2011; KANTORSKI et al., 2012; LARANJEIRA, 2013). Como por exemplo, Kantorski et al. (2012), em um inquérito realizado na região sul do Brasil com 936 familiares de usuários dos CAPS, obteve como resultados: o predomínio do sexo feminino, maior frequência de indivíduos casados, média de idade de 49,2 anos, maior proporção de familiares com idade acima dos 40 anos de idade e a baixa escolaridade.

Resultados semelhantes também foram obtidos no Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD Família). O LENAD investigou 3.153 famílias de todo o país, em tratamento nas comunidades terapêuticas, clínicas de internação, grupos de ajuda mútua (Amor Exigente, NAR-ANON, AL-ANON e Pastoral da Sobriedade), entre junho de 2012 a julho de 2013 (LARANJEIRA et al., 2012b) e detectou que a maioria dos familiares entrevistados eram: mulheres (80%) e casados (58,4%).

Quanto ao grau de parentesco foi predominante a presença dos genitores, seguido pelos cônjuges e filhos. Da mesma forma Kanstorki et al. (2012) aponta as categorias Pai/Mãe, Cônjuge e Filho (a) respectivamente como as formas de vínculo mais frequentes na Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL). Já no LENAD família os tipos de parentesco mais prevalentes foram respectivamente, Pai/Mãe, Irmão/Irmã e Cônjuge.

Com relação ao predomínio feminino, já é sabido que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens e tem maior preocupação com aspectos relacionados à saúde (PINHEIRO et al., 2002). Adicionalmente, amostra do estudo é de familiares de usuários de um serviço de DQ.

A DQ é uma doença mais prevalente entre homens e tem repercussões no ambiente familiar, com isso é esperada a maior frequência de sujeitos que desempenhem papéis estratégicos na família. Apesar das transformações sociais, tecnológicas e biológicas, o sentimento de cuidado e maternidade ainda permanece entre as mulheres. Elas frequentemente desempenham as funções maternas dentro da

família e estão preparadas para cuidar e educar os filhos (BUENO, 2004). Então, a luz dos dados desta pesquisa, infere-se que no caso de dependentes químicos solteiros, esse papel é assumido pelas mães, já entre dependentes casados ele é assumido pela esposa.

Detectou-se que a busca pelo serviço se devia em primeiro lugar pelo uso do *crack* e posteriormente pelo uso do álcool. Os usuários de *crack* necessitam de abordagem especial devido ao processo acelerado de deterioração física e psíquica a que estão sujeitos devido ao uso da droga (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Dunn et al. (1997) assinalaram que os usuários de cocaína e *crack* se destacaram na metade dos anos 90 como o grupo de usuários de drogas ilícitas que mais procuravam tratamento nos ambulatórios e serviços de internação para dependência de substâncias psicoativas.

O *crack* por ter efeitos rápidos, curtos e alto índice de dependência, desconfigura de forma significativa a estrutura familiar (BOTTI; COSTA; HENRIQUES, 2011). Com isso a procura por tratamento pode se dar mais precocemente quando comparado à dependência de outras drogas.

Para Kessler e Peschansky (2008), o tratamento ao usuário de *crack* é difícil. Estes autores mencionam que a melhor estratégia requer um tratamento de longo prazo, por meio de uma internação inicial.

No Espírito Santo, o PRESTA é o único serviço público que oferece internação por períodos mais longos (até 45 dias) e talvez por este motivo há uma procura maior por usuários de *crack* e seus familiares em buscar de tratamento. A extinção total de leitos no hospital psiquiátrico estadual também pode estar relacionada a esta procura.

Mesmo posto isso, pontua-se que a dependência do álcool traz também sérias consequências necessitando de intervenções e estruturação de serviços. O álcool foi apontado como responsável por 4% de todas as mortes no mundo, cerca de 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência do consumo de álcool (OMS, 2011).

Dados recentes provenientes de um inquérito populacional que investigou 3007 indivíduos em 2006 e 4607 em 2012, mostram que 6,8% da população é dependente de álcool, 16% consome quantidades nocivas de álcool e com relação à família 9% já tiveram efeito prejudicial (LARANJEIRA et al., 2012a).

De modo geral os resultados encontrados demonstram que os familiares do serviço analisado estão muito satisfeitos e satisfeitos com o mesmo, principalmente com a compreensão do problema do usuário pela equipe no momento do mesmo ingressar no tratamento, como também com a forma que a equipe compreendeu o tipo de ajuda demandada pelo usuário.

Sem dúvida espera-se que os serviços e seus profissionais estejam preparados para compreender as necessidades e as intervenções requeridas pelos usuários e suas famílias. No que tange aos serviços de DQ esta compreensão pode favorecer a melhor adesão usuários às intervenções propostas e possibilitar a confiança da família com o plano terapêutico proposto pela equipe.

Os usuários cujos familiares constituíram a amostra analisada estavam em seu primeiro tratamento e internação hospitalar por DQ. De acordo com Seadi e Oliveira (2009) numa primeira internação hospitalar por DQ, muitas expectativas são depositadas pelos familiares na instituição. Uma delas é que a internação por si só resolverá o problema. Ainda dizem que, sentimentos como ansiedade, desespero, desapontamento frequentemente acompanham os parentes dos dependentes.

Posto isto, ao considerar que equipe compreende o problema e a necessidade do usuário diminui a ansiedade das famílias fortalecendo ou construindo vínculos pautados na confiança entre a equipe e os usuários, bem como entre a equipe e a família.

Acerca da satisfação com os aspectos estruturais, mesmo que maioria dos indivíduos demorasse mais de uma hora no trajeto entre residência e serviço, estavam satisfeitos com a localização do mesmo relatando que era fácil chegar até lá. De modo geral houve satisfação com conforto e aparência do serviço e também com relação às instalações físicas, que foram julgadas como boa pela maioria dos indivíduos.

Embora sejam relatados pelos familiares altos índices de satisfação com estes pontos avaliados, é necessário considerar os vieses inerentes a investigação da satisfação. A esse respeito, Vaitsman e Andrade (2005) chamam a atenção para o *Aspecto da Expectativa*, ou seja, para o fato dos sujeitos avaliarem os serviços de acordo com as expectativas que depositam no mesmo. Assim, a avaliação de um serviço pode ser fruto da resposta a estas expectativas, com também de uma baixa capacidade crítica dos sujeitos.

Talvez os familiares de dependentes químicos por sofrerem repercussões da doença de seus parentes em diversos âmbitos, esperam minimamente um serviço que institucionalize o indivíduo assumindo então a responsabilidade que desde então era somente sua e com isso os outros aspectos, dentre eles os estruturais tornam-se secundários ou menos valorizados.

Notou-se que a maioria dos familiares não solicitou atendimento aos profissionais. Então se supõe que as abordagens do serviço dirigidas à família foram capazes de atender as necessidades que surgiram no decorrer do tratamento ou que os familiares não tinham interesse em se envolver no tratamento dos usuários. A primeira suposição parece ser mais possível, até porque a maioria dos sujeitos relatou estar satisfeito ou muito satisfeito com as informações sobre a doença e tratamento do seu familiar.

Todos os participantes disseram que retornariam ao PRESTA se o usuário do qual acompanhavam o tratamento necessitasse retornar, sugerindo de certa forma as ações desenvolvidas pelo serviço atingem objetivos e expectativas por eles esperados.

Em outras palavras o retorno ao serviço expressou a aceitabilidade, que segundo Donabedian (1990) é a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da acessibilidade do cuidado, das características da relação profissional-usuário e das amenidades do cuidado.

A análise do *escore* da escala SATIS-BR demonstrou alto grau de satisfação dos familiares com o serviço, uma vez que o limite máximo aferido é cinco pontos. Da mesma forma o grau de satisfação com os resultados do tratamento, acolhida e competência da equipe e também da privacidade e confidencialidade foram altos.

Estes dados corroboram com os obtidos por Kantorski et al. (2009) e Bandeira et al. (2011) que também utilizaram a escala SATIS-BR. Kantorski et al. (2009) detectaram alto grau de satisfação (4,4) numa amostra 1.162 usuários dos CAPS da região sul do Brasil.

O estudo conduzido por Bandeira et al. (2011) que estudou familiares de pacientes psiquiátricos em acompanhamento em dois CAPS e em um ambulatório de saúde mental e encontrou *escores* médios de satisfação também elevados também para as subescalas, sendo 4,55 para a subescala "Resultados do tratamento", 4,29 para a subescala "Acolhida e competência da equipe" e 4,40 para a subescala "Privacidade e confidencialidade do serviço".

Apesar disto, é válido refletir além dos *escores* de satisfação uma vez que a mensuração deste construto está sujeito há diversos problemas metodológicos. Como por exemplo, a inexistência de um instrumento padrão-ouro e a dificuldade no controle de vieses. Também é frequente o Viés da Gratidão, que acontece em situações onde os sujeitos conseguem atendimento, fazendo com que possíveis problemas ligados ao atendimento sejam desconsiderados (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Por isso é recomendado pela literatura a utilização da abordagem qualitativa de forma complementar, afim de contribuir para uma melhor análise da satisfação e singularidades a ela relacionadas (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; SERAPIONI, 2009).

As correlações das três subescalas com a escala global mostraram que todas foram positivas, fortes e significativas ($r > 0,7$ e $p < 0,01$). Confirmando a presença de um construto comum subjacente aos fatores desta escala na população de familiares de serviços de dependência química.

Até o dado momento não há registro na literatura de estudo que tenha investigado as propriedades psicométricas do SATIS-BR versão família especificamente nos serviços de Dependência Química. Então, apesar das limitações deste estudo, como: amostra não probabilística e tamanho amostral pequeno; este resultado indica que o SATIS-BR se constitui de um bom instrumento para mensuração da satisfação nesta população específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos mostraram predomínio de indivíduos do sexo feminino e maior prevalência de mães estando em consonância com estudos realizados em serviços de saúde mental e dependência química. A maior demanda pela internação no serviço foi a dependência do *crack* seguido pela do álcool. Também obteve-se alto grau de satisfação dos familiares com o serviço, destacando-se a satisfação com a compreensão do problema e da necessidade do usuário pelo profissional que o acolheu.

Apesar de não ser objetivo desta pesquisa, os resultados que dizem respeito ao SATIS-BR sugerem que este é bom instrumento para mensuração da satisfação na população de familiares de usuários de serviço de dependência química. Verificou-se correlação forte e positiva das três subescalas com a escala global SATIS-BR confirmando a presença de um construto comum subjacente as subescalas. Assim, apontando um caminho para pesquisas de avaliação das propriedades psicométricas nesta população específica, uma vez que as limitações deste estudo não permitem inferir sobre demais propriedades psicométricas do SATIS-BR.

Por fim, acerca da relevância do estudo da satisfação nos serviços de saúde mental, destaca-se que embora existam diversas questões metodológicas e teóricas que circundem sua análise, a investigação deste construto além de fornecer subsídios para melhoria dos serviços é uma estratégia de dar voz a família e usuários.

REFERÊNCIAS

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 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BANDEIRA, Marina et al . Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 60, n. 4, 2011.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, v.21, n.4, p.588-594, 2008.

BOTTI, N.C.L.; COSTA, B.T.; HENRQUIES, A. P. F. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 93-110, jul./dez., 2011.

BUENO, C. M. B. P. **Aves raras na profissão**: a presença masculina na psicologia e no Serviço Social. 2004. 202 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2004.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 4, 2008.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, n.114, p.1115-118,1990.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R.; SILVEIRA, D.X. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Subst Use Misuse**, v.31, n.4, p.519-527, 1996.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: Considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v 22, n. 6 de junho de 2006.

FERREIRA FILHO, O. F.; TURCHI, M. D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.751-759, 2003.

FISCHER, E.P.; SHUMWAY, M.; OWEN, R.R. Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. **Psychiatr Serv.**, n.53,p.724-9, 2002.

GIGANTESCO, A et al. Patients satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. **Eur Psychiatry.**, v.17, p.139-147, 2002.

GRANT, B.F.; DAWSON, D.A. Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence, and comorbidity. In: McCrady BS, Epstein EE. **Addictions** – a comprehensive guidebook. Oxford: Oxford University Press; 1999.

HALPERN, S.C. Abordagem Familiar. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social.** Brasília: SENAD; 2012.p.149-159

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; DELPINO, G.B.; LIMA, L.M.; SCHWARTZ, E.; HECK, R.M. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.85-92, 2012.

KESSLER, F., PECHANSCKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.30, n.2, 2008.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas:** Uso de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas. UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo, 2012.

LARANJEIRA, R. et al. **Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos** (LENAD Família). São Paulo: INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas. UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/11/PressFamilia.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2013.

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.

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, Dezembro, 2009.

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

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on alcohol and health**. 2011.

PINHEIRO, R. S. et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 4, 2002 .

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

SANTOS, A. F. O. **Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: sobrecarga e satisfação com serviço**. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2010.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2009.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 85, Junho, 2009: 65-82.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho, 2004.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.127-134, 2008.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, Set., 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, Dec. 2004.

7.2 ARTIGO 2

SATISFAÇÃO COM UM SERVIÇO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: O QUE PENSAM OS FAMILIARES?

RESUMO

Objetivou-se nesta pesquisa conhecer a satisfação dos familiares com um serviço de dependência química inserido em uma instituição hospitalar e os fatores relacionados a mesma. Para tanto, realizou-se um pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa no *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista*, localizado (PRESTA) no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, no município de Vitória, entre outubro e dezembro 2013. A técnica de coleta de dados foi o grupo focal com participação de seis familiares de usuários internados no PRESTA. As falas foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas a luz da análise de conteúdo conforme Bardin (2011). Na análise dos dados emergiram três categorias : 1) Estrutura; 2) Processo; 3) Resultados. Notou-se que os familiares estão satisfeitos com o serviço e que as mudanças apresentadas pelos usuários decorrentes do tratamento, a competência e a postura acolhedora da equipe são questões relacionadas à satisfação destes. Os sujeitos demonstram não estarem satisfeitos com as condições físicas do local, com o fato de existir somente um dia fixado para visita aos usuários como também para o grupo de atenção à família. Também criticaram ao modo como é conduzido este grupo de atenção, principalmente no que diz respeito a resolutividade relatadas nos encontros.

Descritores: Avaliação em Saúde; Saúde Mental; Abuso Drogas; Satisfação do Usuário; Família

SATISFACTION WITH A SERVICE ADDICTION:

WHAT IS THE VIEW OF THE FAMILY?

ABSTRACT

The objective of this research was study the satisfaction of family of users who were admitted to a chemical dependency service and the factors related to it. To this end, held an evaluative qualitative research in *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista*, localizado (PRESTA) at the Hospital of the Military Police of the State of Espírito Santo , in Vitória , between October and December 2013. The technique of data collection was the focus group attended by families of users admitted to the PAYS . The discussions were recorded , transcribed and analyzed the light content analysis according to Bardin (2011) . In the data analysis emerged six categories : 1) Structural Aspects, 2) Process , 3) Results. It was noted the relatives are pleased with the service and changes suffered by users from the treatment, competence and welcoming attitude of the staff were issues related to family satisfaction. The subjects demonstrated have satisfaction with the physical condition of the site , with the fact there is only one business day fixed for users and also with the group of family care . They also criticized the way this group is driven attention , especially as regards the resolution of the problems reported in the meetings

Descriptors: Health Evaluation; Mental Health; Drugs Abuse; Consumer Satisfaction; Family

INTRODUÇÃO

Evidências apontam para a necessidade da incorporação da avaliação ao campo da Saúde Mental. Contudo é perceptível que ainda não se constituiu uma tradição de sistematização em avaliação neste campo, quando comparada com outras áreas da atenção à saúde (GIORDANO, 2000). Desenvolver processos avaliativos torna-se cada vez mais essencial, tanto para a superação de modelos tradicionais, como também aprimorar as práticas de saúde mental existentes nos serviços.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) ressaltou a importância de inserir a avaliação dos resultados do tratamento como prática contínua e permanente. Desta forma, a avaliação dos resultados dos serviços, é integrativa, ou seja, inclui o olhar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde mental.

As estratégias e métodos de atenção que integram a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental devem fazer uso de novas tecnologias que respeitam o usuário no seu direito de cidadania se diferenciando do modelo de biológico e curativo de atenção (OLSCHOWSKY et al., 2009).

Nesta lógica incluem-se também a atenção à Dependência Química (DQ). Contudo, a crescente expansão do consumo de SPAs e as dificuldades apresentadas pelos programas e serviços para atender as necessidades apresentadas pelos usuários de SPAs, constituem-se significativos desafios. Um destes desafios é apontado por Maragno et al., (2006), que ao estudar a prevalência de transtornos mentais conclui que poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema.

Os serviços de DQ devem ser articulados a rede de atenção psicossocial, que, por conseguinte precisam ser centrados na atenção comunitária, em práticas fundamentadas nas noções de território e na lógica ampliada do conceito de saúde. Somado a isto, devem lançar mão de abordagens que extrapolem a abordagem da droga, sejam integradas ao meio cultural e à comunidade em que os usuários estão inseridos, e também, incluir em suas práticas abordagens de atenção as famílias (BRASIL, 2004).

Ainda, nos serviços de DQ, para que as ações pautadas no modo psicossocial se concretizem efetivamente, elas devem ser realizadas mediante a participação familiar. A família deve ser foco de intervenção dos profissionais, portanto, é imprescindível que a equipe considere a participação e inserção dela em suas abordagens (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Nesse sentido, conhecer as expectativas, percepções e a satisfação dos familiares com as ações desenvolvidas no serviço são ferramentas relevantes tanto para o provimento do cuidado como também no sentido de se encontrar subsídios para a melhoria dos serviços. Em outras palavras, a inclusão dos familiares na avaliação dos serviços é uma ferramenta relevante para o cuidado dos usuários, bem como possibilita o aprimoramento das práticas existentes.

Ademais, os familiares expressam sua percepção com o serviço de forma distinta das dos usuários e por isso, torna-se relevante incorporar suas perspectivas no processo de planejamento e avaliação do serviço, principalmente por meio da análise de sua satisfação (FISHER et al., 2002).

Segundo Starfield (2002) a satisfação com os serviços não é, sinônimo de qualidade da atenção. Entretanto, se relaciona com a qualidade, porque pode influenciar a busca de determinados tipos de serviços e com o estado de saúde dos sujeitos. Nos serviços de Saúde Mental, onde se inclui a DQ, utilizar a avaliação de satisfação dos familiares pode ser particularmente útil, porque eles são os principais provedores de cuidados aos usuários, nas atividades cotidianas, na supervisão aos comportamentos problemáticos e/ou de risco, que afetam os próprios resultados do tratamento (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Ainda no tocante a família, Duarte e Kantorski (2011), concluem através de uma análise da atenção oferecida aos familiares de usuários de um CAPS que a família é um agente no cuidado, facilitando a reabilitação psicossocial do em tratamento. Estas autoras também salientam que a família possui um papel neste contexto, mas

também o serviço deve esforçar-se para atender as necessidades desses agentes facilitadores do cuidado.

Frente ao exposto, objetivou-se conhecer a satisfação dos familiares com um serviço de DQ inserido em uma instituição hospitalar e os fatores relacionados a mesma.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa “*Avaliação de Serviços de Saúde Mental: O Caso PRESTA-ES*”, conduzido pelo Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) da Universidade Federal do Espírito Santo. Nesse artigo, apresentamos os dados referentes apenas ao componente deste projeto que se trata de uma pesquisa avaliativa, com abordagem qualitativa.

Considerando que a avaliação qualitativa objetiva analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional (MINAYO, 2011), fez com que se optasse por sua utilização neste trabalho.

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

Os sujeitos participantes da pesquisa foram familiares de usuários internados no PRESTA entre outubro de 2013 e dezembro 2013. Sendo assim, foram incluídos os que aceitaram participar da mesma, que eram os familiares que acompanhavam o tratamento do usuário internado e que tivessem participado no mínimo uma vez do grupo de famílias oferecido pelo serviço após a internação do usuário. Não houve nenhum sujeito excluído, porém seriam excluídos os que não possuíssem condições de responder ao instrumento da pesquisa, por problemas cognitivos ou por recusa.

A técnica empregada para coleta de dados foi o grupo focal, realizado no serviço pelo próprio pesquisador e um bolsista de iniciação científica, tendo duração de uma

hora, no qual foi utilizado um gravador digital para registro das falas, após assinatura do Termo de Consentimento dos participantes. Para tal, foi elaborado um roteiro de entrevista com questões abertas que buscavam conhecer a opinião dos familiares acerca das ações realizadas no serviço. A fim de constituir o grupo focal, efetuou-se o convite para dez familiares que já haviam respondido o questionário do componente quantitativo do projeto “Avaliação de Serviços de Saúde Mental: O Caso PRESTA-ES” e manifestaram sua opinião quanto aos aspectos questionados de forma descritiva e crítica. Entretanto mesmo confirmando a presença somente seis familiares estiveram presentes no grupo focal. Desta forma, foram participantes seis familiares escolhidos de forma intencional.

Com relação ao número de participantes nos grupos focais, a literatura aponta entre seis e dozes sujeitos (WESTPHAL, 1992; VEIGA; GONDIM, 2001; GONDIM, 2002). Sobre isto, Gondim (2002) diz que o número pode até ser menos que seis se os sujeitos tem tendência em falar bastante (fato observado neste estudo). De acordo com Pizzol (2004), o número adequado é aquele que permita a participação efetiva dos sujeitos e a discussão adequada dos temas. Porém, um dos indicadores para o número de participantes deve ser a saturação das alternativas de resposta, ou seja, quando os grupos não são capazes de produzir novas informações é sinal de que se conseguiu mapear o tema para os quais a pesquisa foi planejada (GONDIM, 2002).

As falas do grupo focal foram gravadas e transcritas integralmente. Após a transcrição realizou-se a análise do material utilizando-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Este tipo de análise pretende obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados com o contexto de produção e recepção das mensagens. Também possibilita realçar um sentido que se encontra em segundo plano (BARDIN, 2011).

Assim, seguiu-se o plano de análise sugerido por esta autora: pré-análise; codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ao fim da análise, estabeleceram-se as categorias de análise, sendo a presença e a frequência utilizadas como critérios de enumeração para eleger as unidades de registro.

No estabelecimento das categorias consideraram-se a tríade estrutura-processo-resultado abordado por Donabedian (1978) as dimensões da abordagem conceitual para a *satisfação* elaborada por Ware e outros autores (1983). Com isso, foram configuradas três categorias (Estrutura, Processo e Resultado), sendo que a categoria “Resultados” abriga duas subcategorias (Continuidade do tratamento; Atenção oferecida à família.)

Como anteriormente citado, este estudo integra a pesquisa intitulada “*Avaliação de Serviços de Saúde Mental: O caso PRESTA-ES*” que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o N°. 242.842 (Anexo B). Também foi autorizada pelo Comando Geral da Polícia Militar do Espírito Santo (Apêndice A). Então, encontra-se de acordo com os dispositivos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e foram informados da finalidade da pesquisa, sobretudo da sua saída em qualquer fase da condução da pesquisa. Objetivando garantir o anonimato dos participantes, os nomes apresentados nos resultados foram substituídos por nomes fictícios de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a seguir e afim de manter o sigilo e a integridade dos sujeitos, seus respectivos nomes foram substituídos por nomes de flores.

a) Estrutura

Esta categoria analisa os elementos relacionados às condições físicas, técnicas e gerenciais sob as quais o cuidado é oferecido. Neste estudo os elementos de estrutura mais evidenciados nas falas dos sujeitos foram os aspectos estruturais e os profissionais do serviço.

Conforme Silva et al. (2012), a satisfação pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles: competência da equipe, qualidade da relação entre profissional e usuário.

Com a análise da fala dos familiares entrevistados foi possível perceber que estes se sentem acolhidos pelos profissionais e demonstram-se satisfeitos com a relação profissional e usuário do serviço:

“[...] aí a gente, nós viemos aqui né e a gente foi muito bem tratado, as pessoas me trataram com muito respeito, com muita educação e então eu até agora não tenho nada que reclamar não entendeu, to achando o tratamento excelente pra ele (Margarida).”

“O acolhimento deles aqui é muito bom, [...], o acolhimento eu gostei, eles acolhem a pessoa muito bem, eles tratam a pessoa muito bem (Orquídea).”

Ao avaliarem aspectos relacionados à satisfação com os profissionais do serviço, os familiares consideram a competência da equipe a partir da percepção que tiveram ao acompanharem determinadas ações desenvolvidas no PRESTA, como ilustra o depoimento a seguir:

“Tudo de bom” Eles (profissionais) são tudo de bom na vida do meu filho graças a Deus. Igual a colega disse, né palestras, eles são capacitados pra isso né, que eu até assisti no primeiro dia que eu trouxe ele (usuário do serviço), eu assisti junto com ele a entrevista, então assim, só tenho que agradecer a Deus, muito bons, são profissionais capacitados (Rosa).”

Uma boa relação com os profissionais e o reconhecimento de sua competência, fazem-se, além de necessárias, imprescindíveis para a confiança da família nas ações desenvolvidas pelo serviço. Cabe ressaltar que o cenário deste estudo é um serviço de tratamento de dependência química no regime de internação e sendo assim houve o distanciamento do usuário de sua família por um espaço de tempo significativo (no mínimo uma semana).

A confiança na equipe e uma boa relação com esta são fatores que auxiliam a participação efetiva da família potencializando as chances de melhores resultados na assistência aos próprios familiares e também aos usuários.

Sobre a relação de confiança entre família e equipe no âmbito de serviços de Saúde Mental, Schrank e Olschowsky (2008) afirmam que esta reverte-se em vínculo, que por sua vez entra como um recurso que possibilita vencer as resistências da família na parceria com o serviço, pois pode alicerçar uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família. Estes mesmos autores dizem uma relação pautada na confiança e no vínculo possibilita caminhos mais partilhados para inventar novos modos de atenção.

Desse modo, é possível melhor interação da família com a equipe facilitando o conhecimento dos familiares e a promoção da educação em saúde abordando temas importantes como orientação para lidar com recaídas e adesão ao tratamento.

Outro aspecto relevante que emergiu nas falas dos participantes foi a estrutura do serviço. De uma maneira geral os entrevistados manifestaram-se satisfeitos com os recursos empregados na assistência de seus familiares em tratamento. Mencionaram também que o fato do serviço estar inserido em uma estrutura hospitalar colabora para suficiência dos recursos e insumos, como ilustrado por Violeta:

“Na minha opinião o tratamento é bom, na hora que passa mal, tem remédios, levam pro hospital, eles tiram daqui levam pro hospital, levam e trás (Violeta).”

Os familiares relatam inadequações do espaço físico, principalmente o tamanho das instalações disponíveis que foi julgado pequeno. A falta de conforto foi evidenciada e relacionada à climatização do ambiente, isto porque, segundo os familiares não havia ventiladores e aparelhos condicionadores de ar.

“A parte física que eu acho que é um ponto negativo aqui, muito pequeno (Orquídea).”

“Os pontos fracos é que falta ventilador, um ar condicionado, nossa salinha de reuniões é pequena pra muitas famílias, são três membros da família, nessa sala aqui nas reuniões de domingo, antes da visita, fica muito quente, as pessoas não tem muito conforto (Violeta).”

“[...] o espaço é pequeno, tinha que ter um espaço maior, uma área maior pra eles poderem fazer atividade física, caminhada ou alguma coisa assim, ali não tem um entretenimento pra eles, quando não tem alguma tarefa eles ficam ali soltos, então assim, eu acho o espaço pequeno, inadequado (Girassol).”

Em se tratando de um serviço de internação torna-se ainda mais pertinente investigar as (in)adequações do espaço físico bem como o (des)conforto sentido pelos usuários. Adicionalmente, o espaço físico adequado contribui para a melhoria da ambiência do serviço.

A ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais. A ideia de ambiência pressupõe um espaço que visa a confortabilidade que exalta elementos do ambiente que interagem com o homem. São exemplos destes elementos: cheiro, som, iluminação, morfologia, clima. Assim, garantindo conforto aos atores inseridos no serviço (BRASIL, 2007).

b) Processo

Esta categoria analisa as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, ou seja, a acessibilidade (DONABEDIAN, 1973). A acessibilidade é um fator que tem sido estudado em diversas pesquisas de acesso aos serviços de saúde, possui pluralidade conceitual bem como distintas formas de se abordado na questão teórico-prática (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os familiares citaram como dificuldades relacionadas ao serviço: os dias e horários de visita aos usuários como também os dias e horários do grupo de atenção à família, como pode ser notado nos fragmentos seguintes:

“[...] então a dificuldade que eu acho é no domingo, a visita ser no domingo, eles não mudam, não tem como mudar e a única dificuldade que eu acho, por que eu moro longe né, então dependo de carro de prefeitura, e prefeitura só dá carro dia de semana, final de semana não tá tendo como vir aí é essa dificuldade que eu tenho (Tulipa).”

“Eu tenho esse mesmo problema também, que eu moro longe e a prefeitura só libera o carro durante a semana, nos domingos eles não liberam e eu moro lá em São Roque do Canaã é difícilimo poder vir, mas eu to fazendo o possível e o impossível pra poder vir pra poder apoiar ele[...] (Margarida).”

Nota-se nas falas de Tulipa e Margarida a questão geográfica relacionado com a acessibilidade ao serviço analisado, ou seja, a distância entre o município de residência e o PRESTA é na realidade o fator que dificulta o acesso dos entrevistados. Por isto, apesar de o sujeito Tulipa dizer *“eles não mudam, não tem como mudar”* se referindo ao serviço, é preciso também reflexionar acerca das políticas públicas que regem a atenção aos usuários de drogas, bem como sobre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois, sem dúvida, estas se relacionam as diversas dificuldades de acesso ao serviço.

A situação apresentada pelos depoimentos supracitados denota a insuficiência ou inexistência de serviços em regiões do Espírito Santo fazendo que ocorra o deslocamento para a região metropolitana gerando gastos por parte dos usuários e suas famílias e aumento da demanda nos serviços da capital.

Esta questão já foi abordada, há quase uma década, por Ambrósio et al. (2009) em uma análise da Rede de atenção aos usuários de drogas no Espírito Santo. Estes

concluíram que a maior concentração de instituições para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas situa-se na macro-região Centro, onde se inclui a capital (município onde se localiza o PRESTA). Desse modo, se gera deslocamentos, sobrecarga dos serviços existentes e aumento dos gastos com o tratamento.

A esse respeito, a Portaria Nº 3.088/2011/Ministério da Saúde que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas transtorno mental e com necessidades decorrentes drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, preconiza a: “Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”.

Merece ser destacado também, que desde 2003, o Ministério da Saúde possui a “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, que preconiza a estruturação de uma rede de centrada na atenção comunitária, com base nos CAPSad: dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, articulados à rede assistencial de saúde, em especial a de saúde mental (BRASIL, 2004).

Oliveira e Garcia (2011) efetuaram a análise da Política de Saúde Mental no Espírito Santo e a principal conclusão foi a de que a implementação da política nos municípios não ocorreu de forma homogênea. Detectaram que havia municípios de médio e grande porte que poderiam implantar outros dispositivos assistenciais, como CAPS, mas não o fizeram, que 61,5% dos municípios do Estado possuíam serviço ambulatorial em saúde mental. Também obtiveram que apenas 15% do total de municípios com serviços em Saúde Mental garantiram recursos.

Sem dúvida há muito que fazer para uma efetiva concretização da RAPS no Espírito Santo em consonância com as políticas de Saúde Mental e de Atenção integral aos usuários de drogas. Tanto que no Plano Estadual de Saúde do ES (SESA, 2012) há uma diretriz que prevê a organização da rede de saúde mental e atenção aos dependentes de álcool e outras drogas e tem como uma meta construir 15 CAPS ad para ampliação da cobertura assistencial da rede estadual.

Outro aspecto da acessibilidade evidenciado no discurso dos entrevistados foi relacionado ao aspecto financeiro. A locomoção realizada uma vez por semana para a participação obrigatória no grupo de familiares gera custos que nem todos os familiares tem como arcar. Como por exemplo, Violeta que relatou:

“[...] nem todo dia a gente tem o dinheiro da passagem, eu achava que eles deveriam dá um ticket, ou uma passagem pra gente poder vim toda quinta-feira, porque a gente recebe o dinheiro no mês, no final do mês paga todo mundo, não sobra nem pra comprar o pão no outro dia, quem dirá pra pagar passagem todo dia pra vim pra cá, toda quinta-feira. (Violeta).”

Indubitavelmente este aspecto gera insatisfação e dificulta a falta de adesão da família no tratamento do usuário e até mesmo pode impedir o ingresso de novos usuários ao serviço. Um estudo realizado com usuários deste mesmo serviço concluiu que a questão financeira contribuiu para a não adesão de usuários tratamento ambulatorial pós-internação realizado no programa (LOUREIRO, 2011). Siqueira et al. (2003), em pesquisa envolvendo 400 usuários atendidos em um programa para alcoolistas encontrou como fatores de falta ao tratamento: falta de recursos financeiros e dificuldades de acesso ao transporte até o serviço.

Muitos usuários e seus familiares não procuram tratamento para DQ por falta de recursos financeiros. Em função da insuficiência de serviços públicos de atenção à dependência de álcool e outras drogas, os indivíduos de classes sociais mais baixas ficam sem a devida assistência (SCHNEIDER et al., 2009). Nesse sentido, a insuficiência de financeiros dificulta significativamente a procura e a manutenção da família e do usuário no serviço.

Nesse sentido, a sugestão oriunda da fala de Violeta: “*eu achava que eles deveriam dá um ticket, ou uma passagem pra gente poder vim toda quinta-feira*” é factível. Inclusive é uma estratégia utilizada por alguns serviços de saúde. Loureiro (2007), em um estudo no conduzido também no PRESTA, já mencionava esta estratégia como forma de garantir a participação de usuários ponderando que o vale-transporte

seria uma alternativa para a questão do mesmo modo do que acontecia nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSad).

c) Resultados

Para Donabedian (1978) o constructo *resultado* diz respeito às modificações no estado de saúde dos indivíduos. A satisfação, inclusive, é uma se refere a este constructo.

A satisfação com o tratamento ofertado pelo serviço foi consenso entre os participantes deste estudo. Sem dúvida, a satisfação está relacionada com as mudanças que os familiares reconheceram em seus parentes após a internação. As mudanças percebidas e citadas pelos entrevistados não se restringiram a abstinência da droga, como pode ser visualizado nos trechos seguintes:

“Eu estou muito satisfeita com o tratamento do meu filho, que ele bebia muito, estava muito seco e hoje ele está gordo, forte, mais educado. Então graças a Deus ele está bem melhor, não bebe mais. Estou satisfeita com o PRESTA, aqui dentro, com o tratamento daqui de dentro, trataram ele muito bem, como gente (Tulipa).”

“A cachaça que ele não bebe mais né, não fica mais nervoso, não xinga, que ele xingava muito, então só dele parar de beber foi ótimo isso aqui pra ele, foi uma benção [...] (Violeta).”

“A expectativa de vida né, de melhorar de querer alguma coisa a mais pro futuro, porque antes nem no futuro ele pensava, não tinha nem tempo de pensar agora ele pelo menos tem consciência do que ele quer, do que ele almeja pro futuro (Girassol).”

O tratamento efetivo atende às múltiplas necessidades do indivíduo, não somente o uso de substâncias. Para ser efetivo, o tratamento precisa focar também aspectos psicológicos, sociais, laborais e legais do indivíduo (NIDA, 2001). Dentre os

psicológicos e sociais, são incluídas as habilidades sociais. O fato de um indivíduo não possuir as habilidades sociais necessárias para um desempenho social saudável pode estar relacionado ao consumo de drogas (LARANJEIRA; ZANELATTO, 2013).

O trecho do comentário de Violeta: “(...) *não fica mais nervoso, não xinga, que ele xingava muito*”, remete a uma possível aquisição de habilidades sociais pelo familiar desta no tratamento. Evidências apontam que as intervenções que utilizam os modelos cognitivos comportamentais possuem maior eficácia, dentre elas o treinamento das habilidades sociais. Ademais, as habilidades sociais, podem auxiliar o indivíduo a apresentar melhores repostas sociais quanto ao enfrentamento de situações de risco (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; LARANJEIRA; ZANELATTO, 2013).

Ainda, observa-se no relato dos entrevistados acerca de sua percepção sobre os resultados do tratamento que o sentimento de felicidade estava presente nos usuários por ocasião do alcance de metas e resultados, principalmente a abstinência, e na família por perceberem claramente a felicidade de seus parentes:

“[...] eu vim aqui visitar meu filho e encontrei ele muito saudável e bem, quando eu vi ele, a maior alegria pra mim foi ver ele feliz e bom. [...] aí no domingo nós viemos visitar eu, meu esposo e meu outro filho, meu filho (usuário do PRESTA) estava saudável e foi a maior felicidade, porque a gente vê antes o sofrimento, todo abatido chega aqui vê ele todo feliz (Rosa).”

“Tanto eu quanto ele (usuário do PRESTA) estamos muito feliz”, porque ele lutou pra parar de fumar e nunca conseguiu e nesses 45 dias que ele ficou aqui dentro ele tem até nojo do cigarro agora (Violeta).”

A felicidade é caracterizada por um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer que se associam à percepção de sucesso e à compreensão

do mundo. Nos últimos anos, diversos pesquisadores têm se preocupado em desvendar as relações entre felicidade e saúde mental (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Ao lado de outros sentimentos positivos, como o otimismo, a alegria, a resiliência a espiritualidade, a felicidade está associada à saúde física e colabora para a produção de saúde dos indivíduos (SALOVEY; ROTHMAN; STEWARD, 2000; FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Num outro ângulo, a felicidade verbalizada pelos entrevistados no grupo focal diante do estado de seus familiares pode ser relacionada ao o *sucesso prático* das intervenções realizadas no PRESTA. O termo *sucesso prático* assim como o *êxito técnico* diz respeito às práticas de saúde e tem suas raízes na hermenêutica filosófica, estando ambos relacionados.

De acordo com Ayres (2001) por êxito técnico entende-se a dimensão propriamente instrumental da ação. Dito de outra forma este conceito se refere às relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde (AYRES, 2001). Assim, no tratamento da DQ, as intervenções e os seus resultados esperados constituem aspectos do *êxito técnico*. Neste estudo, temos como exemplos, as mudanças decorrentes do tratamento como manutenção da abstinência, aquisição de habilidades sociais, melhora da alimentação, mencionados anteriormente através do discurso dos familiares.

O conceito de *sucesso prático* se relaciona ao valor que a ação de saúde tem para sujeitos e populações, incluindo implicações simbólicas, relacionais e materiais das intervenções e recomendações de saúde na vida cotidiana dos sujeitos. Então, a partir deste pressuposto, a felicidade dos usuários e seus familiares pode ser vista como um *sucesso prático* do tratamento, uma vez que é uma implicação singular e subjetiva destes sujeitos.

Ainda na categoria “Resultados” emergiram duas subcategorias “ Continuidade do tratamento” e “Atenção oferecida à família), descritas a seguir.

Continuidade do tratamento

Mesmo que os familiares não tenham mencionado experiências de insucesso dos usuários com o tratamento ofertado pelo serviço, cabe trazer a ponderação de Seadi e Oliveira (2009). Estes por sua vez afirmam que em ocasiões de um primeiro tratamento hospitalar para DQ há um sofrimento muito grande por parte da família, como também muitas expectativas são depositadas na instituição que o recebe, como a de que a internação solucionará o problema de forma mágica.

O PRESTA, preconiza um tratamento ambulatorial para os usuários e suas famílias por um período de dois anos. Contudo, apenas um familiar citou a continuidade do tratamento oferecido após o período de internação quando foi questionado sobre os resultados da assistência:

“Com certeza, a expectativa é muito boa, ele já tendo alta e eu só tenho que dizer assim, foi muito bom, só ajudou muito tanto ele quanto eu e, além disso, quando vai pra casa tem dois anos em acompanhamento né, tanto o interno como o familiar. (Rosa).”

Permanecer em tratamento para DQ por um período adequado é fundamental. O tempo apropriado dependerá da gravidade dos problemas apresentados por cada indivíduo, quanto mais tempo em tratamento, maior a chance de sucesso. As recaídas são situações frequentes e o tratamento precisa ser ajustado. Como os indivíduos tendem a abandonar precocemente os tratamentos, os programas devem incluir estratégias para engajar e manter os pacientes em tratamento (NIDA, 2001; BRASIL, 2012).

Portanto, os usuários e suas famílias devem ser constantemente orientados acerca da DQ enquanto doença crônica, objetivando que os mesmos reconheçam a necessidade da duração tratamento e os benefícios inerentes às etapas do mesmo.

Atenção oferecida à família

Através da análise do discurso dos familiares, observou-se que os mesmos não estavam satisfeitos com o grupo do qual participavam semanalmente no serviço. Expuseram que o tempo de duração era insuficiente para permitir a participação igualitária de todos os membros, bem como um acolhimento efetivo e sobre a necessidade um profissional que pudesse orientá-los na resolução de questões que os mesmos verbalizavam nos encontros. Na opinião dos sujeitos, a atenção oferecida no grupo não foi resolutiva diante dos problemas que possuíam e apresentaram:

“Eu acho, deveria ter um psicólogo que nos auxiliasse [...], porque nós só falamos e ninguém responde, cada um fala um pouquinho da sua vida mais aí termina o horário de 14h as 16h, mas é pouco tempo pra muita gente e falta assim alguma direção porque as vezes a família, quem tá aqui pela primeira vez ou a primeira semana, a pessoa chega aqui aos prantos, desnorteada, então as vezes não tem tempo de ser totalmente acolhida (Girassol).”

“Eu acharia assim, igual ela (outra entrevistada) falou, você falar o que tá sentindo, falar o que tá passando com você e eles resolverem, eu mesma to com muito problema e até agora eles não resolveram nada. (Tulipa).”

As repercussões do uso de uma substância psicoativa ocorrem não somente no usuário, mas também no seu grupo familiar (HALPERN, 2012). As falas apresentadas anteriormente permitem inferir que os sujeitos entrevistados demandam intervenções do serviço de modo que possam enfrentar as repercussões da DQ dos seus familiares.

De acordo com Halpern (2012), as abordagens dirigidas à família dos dependentes são variadas e derivadas de múltiplos referenciais teóricos e, dessa forma, produzem resultados e impactos diversos. Afirma ainda que embora haja o reconhecimento da necessidade de atenção terapêutica às famílias de dependentes, não se têm evidências de qual é a melhor abordagem existente.

O modelo da doença familiar considera que a família e o usuário de droga estão doentes e pressupõe que os membros da família sofrem de co-dependência. (SCHENKER e MINAYO, 2004). O depoimento dado pelo sujeito Margarida mostra, além da necessidade de intervenção, uma concepção atrelada ao modelo da doença familiar:

“[...] eles (usuários do serviço) estão doentes e a gente acaba quase ficando mais doente do que eles, então você vem aqui conversa tal e tal, mas algumas questões era pra ter mesmo, concordo com ela tinha que ter um psicólogo pra esclarecer porque a gente também tá doente [...] (Margarida).”

Apesar de a maioria dos familiares não demonstrar-se satisfeita com atenção oferecida através do grupo, um sujeito apontou os aspectos que considerou positivos de sua participação no mesmo:

“[...] me ajudaram a compreender que é uma doença, me ajudaram a buscar ajuda em outras irmandades, ALANON, AA e me esclareceu dúvidas mesmos, de estarem ajudando, [...] me orientando em como fazer, em como agir (Orquídea).”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa objetivou conhecer a satisfação dos familiares com um serviço de dependência química e os fatores relacionados à mesma. Frente aos resultados notou-se que de modo geral os familiares estão satisfeitos com o serviço e que as mudanças apresentadas pelos usuários decorrentes do tratamento, a competência e a postura acolhedora da equipe são questões relacionadas à satisfação destes.

Concluiu-se que os sujeitos estudados demonstram-se insatisfeitos com as condições físicas do local, com a fixação apenas um dia para visita aos usuários como também com o grupo de atenção à família. Ainda, apresentaram críticas ao

modo como é conduzido este grupo de atenção, principalmente no que diz respeito a resolutividade de questões apresentadas por eles nos encontros.

Assim, esta pesquisa contribui para fornecer subsídios ao cenário avaliado permitindo a organização das práticas de modo a atender a necessidade dos familiares, colaborando para a inclusão da mesma e conseqüentemente beneficiando os usuários atendidos.

A utilização das dimensões da satisfação concebidas por Ware e colaboradores facilitou a avaliação da mesma, bem como colaborou para a identificação de diversos fatores relacionados à qualidade das ações desenvolvidas. Assim, seu uso torna-se uma escolha metodológica relevante em estudos que objetivam investigar a satisfação e que utilizem o grupo focal como técnica de coleta de dados.

Por fim, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos nesta linha a fim de colaborar com a consistência da análise sobre as ações desenvolvidas pelos serviços de dependência química, objetivando conhecer se elas estão conectadas com as necessidades e expectativas de seus familiares e usuários.

REFERÊNCIAS

AMBROSIO, B.T.; BENINCA, F.B.; FEJOLI, M.M. SIQUEIRA, M.M.; BUAIZ, V. Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: mapeamento de serviços e equipes de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.2, p.318-326, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, v.21, n.4, p.588-594, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília : SENAD; 2012.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia, Educação e Trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

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

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science 200, 1978.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p.1743-1748, sept., 1988.

DUARTE, M. L. C. ; KANTORSKI, L. . Avaliação da atenção aos familiares num Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 47-52, 2011.

FERRAZ, R. B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Felicidade: uma revisão. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 5, 2007.

FISCHER, E.P.; SHUMWAY, M.; OWEN, R.R. Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. **Psychiatr Serv.**, n.53,p.724-9, 2002.

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; 2000. p.133-50.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v.12, n.24, p.149-161, 2002.

HALPERN, S.C. Abordagem Familiar. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD; 2012.p.149-159

LARANJEIRA, R. ZANELATTO, N.A (Org) **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.313-330.

LOUREIRO, R. J. **Motivos de não adesão do profissional de segurança pública ao tratamento ambulatorial de dependência química**. Dissertação de Mestrado [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

LOUREIRO, R.J. Programa de reabilitação para profissionais de segurança pública usuários de álcool. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 454-461, jul./set. 2011.

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.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE (NIDA). **Principios de tratamiento para la drogadicción** – una guía basada en investigaciones. Rockville: NIH; 2001.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, Junho, 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, Dezembro, 2009.

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

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

SALOVEY, P.; ROTHMAN, A.J.; STEWARD, W.T. Emotional states and physical health. **Am Psychol.**, v.55, n.1, p.110-121, 2000.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho, 2004.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.127-134, 2008.

SCHNEIDER, D.R. et al. Avaliação crítica dos serviços de atenção à dependência química da Região da Grande Florianópolis: Projeto de Pesquisa-Funpesquisa. In: **Anais da 3ª SEPEX**. Florianópolis, p. 100, 2003.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2009 .

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SESA). **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. SESA: Vitória, 2012.

SIQUEIRA, M.M. ou MACIEIRA, M.S.; GARCIA, M.L.T; GOMES, M. P.Z. Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Antonio Cassiano de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA/HUCAM/UFES). **Jornal Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.42, n.2, p.97-109, março, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, Sup. 2, p.190-198, 2004.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

WESTPHAL, M. F. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: SPINOLA, A. W. P. et al. (Org.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez; 1992. p. 117-24.

8 CONCLUSÕES

Nesta pesquisa, pretendeu-se analisar a satisfação dos familiares de usuários internados para o tratamento em um serviço de dependência química. A satisfação é um aspecto multifacetado que exige um olhar crítico e detalhado em sua análise a fim de que se encontrem resultados fidedignos e que tenham utilidade para as abordagens conduzidas pelos serviços.

Assim, como a literatura recomendada e foi realizado neste trabalho, a combinação das abordagens qualitativa e quantitativa oferece olhares distintos de um mesmo fenômeno.

A satisfação dos familiares foi observada tanto no componente quantitativo quanto no componente qualitativo. Como principal resultado do componente quantitativo obteve-se alto grau de satisfação com o serviço, com maior prevalência de satisfação com a compreensão do problema e da necessidade do usuário pelo profissional que o acolheu.

Compreender o usuário, sua necessidade de ajuda e seus problemas é um passo imprescindível 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). Nos serviços de DQ esta compreensão pode favorecer adesão dos usuários e a confiança por parte da família.

Da mesma forma os resultados do componente qualitativo mostraram que houve os sujeitos estavam muito satisfeitos com o serviço. A satisfação esteve relacionada principalmente com as mudanças apresentadas pelos usuários decorrentes do tratamento, com a competência e a postura acolhedora da equipe.

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 a doença ainda é vista na sociedade com olhos de preconceito, que pode distanciar o usuário do serviço pelo medo do estigma e pela vergonha de sua doença.

Na análise qualitativa a insatisfação foi mais evidenciada que na quantitativa, muito embora os participantes do grupo focal tivessem respondido anteriormente ao instrumento quantitativo. Isto sem dúvida reside nas possibilidades que a abordagem

qualitativa e a técnica do grupo focal oferecem. A abordagem qualitativa permite conhecer emoções, experiências, expectativas e implicações que são metas inatingíveis por técnicas quantitativas. Quanto ao grupo focal, que ao proporcionar a interação colabora para maior criticidade e valorização de aspectos que não foram/eram observados individualmente.

Constatou-se também que mesmo que a satisfação com os serviços seja algo inerente ao indivíduo, suas expectativas e características, não é possível isentar sua avaliação negando os aspectos políticos, sociais e institucionais que circundam os indivíduos e as instituições.

Por fim, ressalta-se o uso da Avaliação tanto na sua dimensão formativa, para gerar informações a fim de aprimorar intervenções que estão sendo realizadas, quanto em sua dimensão transformadora, objetivando modificar realidades para o bem estar coletivo.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A., 1991. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.33,p.50-53.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Tradução de Jaime A. Clasen; Lúcia Mathilde de E. Orth. Petrópolis: Vozes, 1994. 499p.

ALKIN, M. (Ed.). **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. London: Sage, 2004.

ALKIN, M.; CHRISTIE, C. A. An evaluation theory tree. In: Alkin MC, Editor. **Evaluation Roots: tracing theorists views and influences**. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.

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** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

ALMEIDA, V. P. Avaliação de Programas Sociais: De Mensuração de Resultados para uma Abordagem Construtivista. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dez. 2006.

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

AMORIM, T. R.; LAZARINI, W.S.; SIQUEIRA, M.M. Atenção à dependência química na Universidade Federal do Espírito Santo: possibilidades da extensão universitária. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v.11, n.4, p.717-721, dezembro de 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY S. (org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 163-185.

ARAÚJO, I. C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. 126f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP, 2003.

ASPINAL, F. et al. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v.42, n.4, p.324-339, 2003.

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.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

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.

BANDEIRA, M.; SILVA, M.A. da. et al. **Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados**. Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Minas Gerais, mai. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, D. R. **Representações Sociais de profissionais das áreas de humanas e da saúde acerca do alcoolismo**. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social Não-Publicada). 2004. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.

BERNHART, M.H.; WIADNYANA, I.G.P.; WIHARDJO, H.; POHAN, I. Patient satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med**, v.48, n.8, p.9899-9996, 1999.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, v.21, n.4, p.588-594, 2008.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Fev./2007.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.

BOTTI, N. C. L.; LIMA, A. F. D.; SIMOES, W.M.B. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. **SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas** (Ed. port.). 2010; 6(1): 1-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 380 p., 2002.

CARLINI, E.A; GALDURÓZ, J.C. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2006.

CARR-HILL, R.A. The measurement of patient satisfaction. **J Public Health Med**, n.14, p.236-49, 1992.

CÉSAR, M.P.; SIQUEIRA, M.M. **A Saúde Mental na Atenção Básica**. [Editorial]. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v.13 n.2, p. 4-3, 2011.

CHALMERS, A. F. **O que é ciência afinal?** Editora Brasiliense, São Paulo, 1993. 226 pp.

COHEN, E.; FRANCO, E. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993. 312p.

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial** [dissertação de mestrado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da 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, 2000.

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, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Setembro de 2006.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

CREMESP/AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª. Edição. Conselho regional de Medicina do estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, São Paulo, 2003. 119p.

CROZIER, M.; FREIDBERG, E. **L'acteur et le système**. Paris: Seuil; 1977.

CRUZ, W. B. S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99–120.

DIAS, O.V; RAMOS, L.H.; COSTA, S.M. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science 200, 1978.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p.1743-1748, sept., 1988.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1).

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

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica**: un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública, DF, 1990.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, n.18: 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in health care: consumer's role. **Qual Health Care**. v.1, p.247-51. 1992.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press; 2003.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. Dez. 2005

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: Considerações teórico-conceituais **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v 22, n. 6 de junho de 2006.

ESPÍRITO SANTO. Polícia Militar . **Programa de Reabilitação do Toxicômano e Alcoolista atendeu 3,9 mil pessoas em 2010**. Publicada em 09/09/2011. Disponível em: <<http://www.pm.es.gov.br/noticia/noticia.aspx?idNoticia=10197>> Acesso em: 13 de setembro de 2013.

FARIAS, S. A.; SANTOS, R. C.. Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 4, n. 3, Dez. 2000.

FERNANDES, D. Acerca da articulação de perspectivas e da construção teórica em avaliação educacional. In M. T. Esteban e A. J. Afonso (Orgs.), **Olhares e interfaces**: Reflexões críticas sobre a avaliação, pp. 15-44. São Paulo: Cortez, 2010.

FISCHER, E.P.; SHUMWAY, M.; OWEN, R.R. Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. **Psychiatr Serv.**, n.53,p.724-9, 2002.

FURTADO, J. P. Avaliação para conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação Qualitativa de programas de Saúde**. Enfoques Emergentes. Editora Vozes, pp.191 – 306, 2006.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, 2001.

GARCIA, R. G. **Subsídios para organizar avaliações de ação governamental**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: nov. 2013.

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; 2000. p.133-50.

GLICKMAN, S. W. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 341–348, oct. 2007.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v.12, n.24, p.149-161, 2002.

GOOD, B. **Narrare la malattia**. Torino: Edizioni Comunità, 1999.

GRANT, B.F.; DAWSON, D.A. Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence, and comorbidity. In: McCrady BS, Epstein EE. **Addictions** – a comprehensive guidebook. Oxford: Oxford University Press; 1999.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.4, n.2, pp. 341-353. 1999.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

HOLLANDA, E. et al . Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, Dez. 2012.

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

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

LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M,; MADRUGA, C.S.; PINKSY, I.; MITSUHIRO, S.; CAETANO, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**: Uso de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas. UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo, 2012.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Políticas Públicas para o Álcool. **Universidade Federal de São Paulo**, 2001.

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

LOBO, T. **Avaliação de processos e impactos em programas sociais**: Algumas questões para reflexão. In: *Avaliação de Políticas Sociais* (E. M. Rico,org.), pp. 75-84, São Paulo: Editora Cortez, 1998.

LONGABAUGH, R.; MATSON, M.E.; CONNORS, G.J.; COONEY, N.L. Quality of life as an outcome variable. **Journal of Studies on Alcohol**, v.12, p.119-129, 1994.

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

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

MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. M. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 41, n. 4, Dez. 2001.

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

MERCIER, L, LANDRY, M, CORBIERE, M, PERREAULT, M. 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 Press. p. 904-9. 2004.

MIELKE, F. B. et al . O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, Fev. 2009.

MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V.M.R. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.159-164, 2009.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-28.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde e Transformação Soc.**, Florianópolis, v.1, n.3, p.02-11, 2011.

MINAYO, M. C. S.; Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MORIN, E. **Os meus demônios**. Publicações Europa-América, Lisboa, 1995. 233 pp.

NOGUEIRA, VMR; PIRES, DEP. Direito à Saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, 20(3); 753-760, mai-jun, 2004.

NOVAES, H. M.D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, n.2, p. 7-12 ,1996.

NUNES, E. D. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, Abril, 2005.

NUTO, S. S.; NATIONS, M. K. Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. **Ação Coletiva**, v.2, p.25-29, 1999.

OLIVER, R. L.; DESARBO, W. S. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of Consumer Research**, v. 14, p. 495-507, Mar. 1988.

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, Dezembro, 2009.

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

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report**. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: Author, 2001.

OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud), 1989. **Evaluación de Servicios de la Salud Materno-Infantil**. Castaballeda, Venezuela, 24-28 de agosto de 1987. Washington D. C.: OMS/OPS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Relatório Mundial de Saúde, 2002. Lisboa, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Relatório Mundial de Saúde, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) e Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD). Desarrollo de un programa de evaluación de la calidad de atención en el tratamiento de la dependencia de las drogas. In: OPAS & CICAD. **La dependencia de las drogas y su tratamiento** – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD; 2000.

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.

PICCOLOTO, Luciane Benvegnú et al . Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 33, n. 4, 2006 .

POTVIN, L.; PARADIS, G.; LESSARD, R. Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiplex de promotion de la santé. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, v.1, n.1, p. 45-57, 1994.

RAMOS, D.D.; Lima, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Cad. Saúde Pública**, 19(1): 27-34p, 2003.

REIS, E. J. F. B. et al . Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, Mar. 1990.

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

ROSS, C.K.; STEWARD, C.A.; SINACOPE, J.M. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. **Medical Care**, v.31, n.12, p.1138-1149, 1993.

SAMICO I.; FELISBERTO, E., FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em Saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.

SANTOS, MV.F.; PROCOPIO, R.R.; PORTUGAL, F.B.; SIQUEIRA, M.M. Revista **Saúde em Debate**, v.37 , n.esp., dezembro de 2013.

SANTOS, M.V.F; PEREIRA, D.S.; SIQUEIRA, M.M. **J. Bras. Psiquiatria**, v.62 n.1, Rio de Janeiro 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho, 2004.

SCHNEIDER, D.R.; SPOHR, B.; ACCORSI, M.; LEITÃO, C.; SCATAMBURLO, N. Avaliação crítica dos serviços de atenção à dependência química da Região da Grande Florianópolis: Projeto de Pesquisa-Funpesquisa. In: **Anais da 3ª SEPEX**; 2003 jun 4-7; Florianópolis, Brasil. p. 100.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.127-134, 2008.

SCOTTISH EXECUTIVE EFFECTIVE INTERVENTIONS UNIT (SEEIU). **Needs Assessment**: a practical guide to assessing local needs for services for drug users [online]. Edingburg: SEEIU; 2004. Available from: URL: <http://scotland.gov.uk/library5/health/nadu.pdf>

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 85, Junho, 2009: 65-82.

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

SILVA, L. M. V. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, E.A. (org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p

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

SILVEIRA, D.X da; MOREIRA, F.G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H. (Orgs.). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

STANISZEWSKA, S.; AHMED, L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.2, p.364-372, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços

STRAW, P. Riscoprire i pazienti. **Salute e Società**, n.2, p.47-63, 2002.

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.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M. **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos**. PNEPG, CNPq, 2001.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J Adv Nurs**, n.50, p.293-8, 2005.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, n.18, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODOC). **World Drug Report**, 2012.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set., 2005.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

VERANI, J. F.S. **Crítica Metodológica sobre Avaliação de Programa de Imunização: Contribuições para a Construção de um Novo Modelo**. [Tese de Doutorado em Ciências - Área de Saúde Pública]. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2005.

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

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2012. Os Novos padrões da Violência Homicida no Brasil. 1ª edição. São Paulo, 2011.

WARE, J.E.; SNYDER, M.K.; WRIGHT, W.R.; DAVIES, A.R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and Program Planning**, n.6, p.247-263, 1983.

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

WESTPHAL, M. F. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: SPINOLA, A. W. P. et al. (Org.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez; 1992. p. 117-24

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

WHO – World Health Organization. **World Health Statistics**. 2012.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, v.38, n.4, p.509-516, 1994.

YIN, R. K. **Case study designs for evaluating high risk youth programs: the program dictates the design**, p. 77-93. In Applications of Case Study Research. Sage, Newbury Park, 1993.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso, planejamento e métodos**. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2001.

ZANETTI, A. C.G.; GIACON, B.C.C.; GALERA, S.F. Adaptação cultural do *Family Questionnaire* para avaliação da emoção expressada. **Rev. enferm. UERJ**, v.20, n.1, p.90-97, Rio de Janeiro, jan/mar 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

DIRETORIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

Prot. nº: 07264

Em 05/10/12



PENHA
PROTOCOLISTA
SINFOI/Protoc

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS

Vitória, 05 de outubro de 2012.

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

AO: Sr. Presidente da CEP.

Assunto: Autorização para realização de projeto de pesquisa

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

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

Desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

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

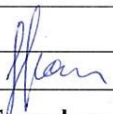
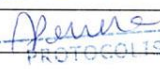
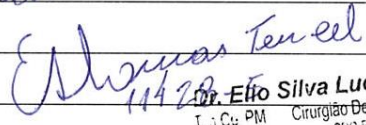
Coordenadora de Pesquisa do CEPAD-CCS-UFES

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE SAÚDE



EM 28/12/2012	Prot DS nº 07264/12	(Desp 2702)
À Presidente da CEP/DS,		
1) Autorizo.		
2) Tomar providências quanto ao acompanhamento do estudo e utilização dos dados da pesquisa.		
		
		Jgg/maf
Jorgean Grego Gonçalves – Cel PM Méd.		
RG 12661/5 - Diretor de Saúde da PMES.		Dr. Jorgean Grego Gonçalves Cel PM MED Diretor de Saúde da PMES RG 12661-5 CRM - ES 3420
PROTOCOLO - DS/HPM RECEBIDO EM 28/12/12 HS: 16:55  PROTOCOLISTA		
Em 03/01/13 A Prof: Dra. Marluce Miguel de Siqueira Conforme determinação do Sr. Diretor de Saúde, informo que a realização da pesquisa está autorizada, e que esta Comissão deverá ser comunicada do andamento da mesma.		
		
Dr. Elio Silva Lucas T. C. PM Cirurgião Dentista RG 11428-5 CHO-ES 1347		

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO

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

“Avaliação de Serviços de Saúde Mental: o Caso PRESTA-ES”.

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dra. Marluce Miguel de Siqueira e Enfermeiro Marcos Vinícius Ferreira

Objetivo

Avaliar a qualidade do serviço oferecido pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista - PRESTA.

Duração e local

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

Participação

Fui informado que minha participação consiste em responder a um questionário com questões sobre a satisfação com o PRESTA, minha percepção com o tratamento

que recebo no mesmo e dados socioeconômicos. E também, concederei uma entrevista sobre minha percepção sobre PRESTA, sendo a mesma gravada.

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 Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista .

Risco/desconforto

Estou ciente que esta pesquisa pode trazer um risco mínimo de desconforto pois ocupará um pouco do meu 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:

Marcos Vinícius Ferreira - (27) 97145590 – mvsantos@hotmail.com

Marluce Miguel de Siqueira – (27) 33357492

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 2013.

Participante da Pesquisa

Enfermeiro Marcos Vinícius Ferreira dos Santos (Mestrando em Saúde coletiva)

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

APENDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

- Você se sente satisfeito com o serviço oferecido pelo PRESTA? Por quê?

- Em relação a estrutura aponte os pontos fortes e fracos do PRESTA.

- Em relação ao acolhimento, grupo de ajuda mútua, visita, profissionais e outras atividades terapêuticas aponte os pontos fortes e fracos do PRESTA. Quais sugestões para melhoria do serviço?

- Você está satisfeito com as mudanças proporcionadas através do serviço oferecido pelo PRESTA na “vida” do seu familiar?

- O programa atende/atendeu suas necessidades e necessidades do seu familiar? Por quê?

- O que te deixa satisfeito/insatisfeito no PRESTA? Por quê?

- Que fatores contribuem para melhor funcionamento do serviço?

- Que fatores dificultam um melhor funcionamento do serviço?

- O que o PRESTA representa para você?

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO COMPONENTE QUANTITATIVO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: O CASO PRESTA

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado pelo Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com serviços de saúde mental, com a perspectiva de melhoras futuras .

Este questionário foi construído pela equipe de coordenação desta pesquisa e inclui duas escalas adaptadas e validadas à partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ.

Grato pela colaboração!

SEÇÃO A - PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Qual é a sua idade? (Insira um número em cada quadrado)

Anos

--	--

2. Assinale o seu sexo/genêro:

Masculino	1
Feminino	2

3. Qual é a sua religião? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Não tenho religião	1
Católica	2
Espírita	3
Umbanda/ Candomblé	4
Judaica	5
Evangélica/ Protestante	6
Budismo/Oriental	7
Santo Daime/ União do Vegetal	8
Outras	9

4. Você pratica sua religião?

(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Sim, apenas em eventos especiais	1
Sim, mais de uma vez por mês	2
Não	3

5. Qual é o seu estado civil? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Solteiro(a)	1
Casado(a) / "Vive junto"	2
Separado(a) / Divorciado(a)	3
Viúvo(a)	4

6. A qual grupo étnico você pertence? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Caucasóide / Branco	1
Negro	2
Mulato / Pardo	3
Asiático/ Amarelo	4
Índio	5
Outros	6

7. Selecione para cada alternativa a quantidade de itens relacionados que você possui em sua residência: (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA PARA CADA ITEM)

Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou mais
Rádio	0	1	2	3	4 ou mais
Banheiro	0	1	2	3	4 ou mais
Automóvel	0	1	2	3	4 ou mais

Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou mais
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou mais
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou mais
Geladeira	0	1	2	3	4 ou mais
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou mais

8. Quem é o chefe da sua família? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Eu mesmo (ir para questão 10)	1
Familiar usuário do serviço	2
Outro familiar	3

9. Qual é o grau de instrução do chefe de sua família? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Analfabeto / Primário incompleto (considere até o 5 ^a ano do Ensino Fundamental)	1
Primário completo / Ginásial incompleto (considere até o 9 ^o ano do Ensino Fundamental)	2
Ginásial completo / Colegial incompleto (Ensino Fundamental Completo)	3
Colegial completo / Superior incompleto (Ensino Médio completo)	4
Superior completo	5
Não sei	9

10. Qual é o seu grau de instrução? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Analfabeto / Primário incompleto (considere até o 5 ^a ano do Ensino Fundamental)	1
Primário completo / Ginásial incompleto (considere até o 9 ^o ano do Ensino Fundamental)	2
Ginásial completo / Colegial incompleto (Ensino Fundamental Completo)	3
Colegial completo / Superior incompleto (Ensino Médio completo)	4
Superior completo	5
Não sei	9

11. Atualmente o(a) Sr(a)./você trabalha? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Sim, de carteira assinada	1
Sim, mas não de carteira assinada	
Não	2

12. Você recebe algum benefício do governo, como aposentadoria, auxílio-doença, bolsa-família etc? (CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)

Aposentadoria	1
Auxílio-doença	2
Auxílio-reclusão	3

Pensão	4
Bolsa Família	5
Outro/Especifique:	6

13. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Anote o valor: (#) __ __ . __ __ __ , 00	(#)
Menos de R\$ 678,00 (<1SM)	1
Até R\$678,00 (1 SM)	2
Mais de R\$678,00 (1 SM) a R\$1.356,00 (2 SM)	3
Mais de R\$1.356,01 (2 SM) a R\$ 2.034,00 (3 SM)	4
Mais de R\$ 2.034,00 (3 SM) a R\$ 3.390,00 (5 SM)	5
Mais de R\$ 3.390,00 (5 SM) a R\$ 6.780, 00 (10 SM)	6
Mais de R\$ 6.780,00 (10 SM) a R\$13.560,00 (20 SM)	7
Mais de R\$ 13.560,00 (20 SM) a R\$ 20.340,00 (30 SM)	8
Mais de R\$ 20.340,00 (30SM)	9
Outros	10

14. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Anote o valor: (#) __ __ . __ __ __ , 00	(#)
Menos de R\$ 678,00 (<1SM)	1
Até R\$678,00 (1 SM)	2
Mais de R\$678,00 (1 SM) a R\$1.356,00 (2 SM)	3
Mais de R\$1.356,01 (2 SM) a R\$ 2.034,00 (3 SM)	4
Mais de R\$ 2.034,00 (3 SM) a R\$ 3.390,00 (5 SM)	5
Mais de R\$ 3.390,00 (5 SM) a R\$ 6.780, 00 (10 SM)	6
Mais de R\$ 6.780,00 (10 SM) a R\$13.560,00 (20 SM)	7
Mais de R\$ 13.560,00 (20 SM) a R\$ 20.340,00 (30 SM)	8
Mais de R\$ 20.340,00 (30SM)	9
Outros	10

15. Atualmente o(a) Sr(a)/você mora? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Sozinho	1
Com familiar que é usuário do serviço	2
Com outros familiares	3
Outros	

16. Qual é o seu grau de parentesco com (nome do usuário)? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Avô/Avó	1
Pai/Mãe	2
Tio/tia	3

Irmão/irmã	4
Primo/prima	5
Filho/filha	6
Neto/neta	7
Bisneto/bisneta	8
Sobrinho/sobrinha	9
Genro/Nora	10
Cunhado/cunhada	11
Companheiro/Companheira	12
Enteado/Enteada	13
Outros	14

SEÇÃO B – INFORMAÇÕES DO USUÁRIO DO SERVIÇO

1. Qual é a idade do seu familiar? (Insira um número em cada quadrado)

Anos

--	--

2. Qual o seu sexo/genêro do seu familiar?

Masculino	1
Feminino	2

3. Qual é o estado civil do seu familiar? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Solteiro(a)	1
Casado(a) / "Vive junto"	2
Separado(a) / Divorciado(a)	3
Viúvo(a)	4

4. Qual é o regime de tratamento do (nome do usuário)? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Ambulatorial	1
Internação (responder item 2.1)	2
Pós-tratamento (responder item 2.2)	3

4.1 Há quantos dias ele está internado? (____)

4.2 Há quanto tempo ele teve alta? (____)

5. Você poderia me dizer se (nome do usuário) já teve tratamento anterior por motivo de abuso/dependência de drogas? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Sim	1
Não	2

5.1 Ele já esteve internado no tratamento anterior? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Sim	1
Não	2

5.2 O (a) Sr(a)/você já acompanhou (nome do usuário) em algum tratamento anterior? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Sim	1
-----	---

Não	2
-----	---

6. Seu familiar está internado no PRESTA pelo uso de qual droga? **(CIRCULAR APENAS UMA RESPOSTA)**

Álcool	1
Tabaco	2
Maconha	3
Cocaína/Crack	4
Heroína	5
Tranquilizantes	6
Anfetamínicos	7
Inalantes	8
Ecstasv	9
Drogas Sintéticas	10
Outras	11

7. O (a) Sr.(a) sabe me informar quais destas drogas seu familiar já fez uso? **(CIRCULAR QUANTAS RESPOSTAS FOREM NECESSÁRIAS)**

Álcool	1
Tabaco	2
Maconha	3
Cocaína/Crack	4
Heroína	5
Tranquilizantes	6
Anfetamínicos	7
Inalantes	8
Ecstasv	9
Drogas Sintéticas	10
Outras	11

8. Antes de ingressar no PRESTA, responda quais destas situações foram vivenciadas pelo seu familiar por causa do uso de drogas? **(CIRCULAR QUANTAS RESPOSTAS FOREM NECESSÁRIAS)**

Faltou no trabalho ou aos estudos	1
A qualidade do trabalho dele foi prejudicada	2
Deixou de fazer coisas que deveria fazer	3
Se envolveu em confusões	4
Teve problemas financeiros	5
Gastou ou perdeu muito dinheiro	6
Foi afastado do trabalho ou dos estudos	7

SEÇÃO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

(Versão Abreviada)

1. Até que ponto a pessoa que admitiu o seu familiar no PRESTA pareceu compreender o problema dele (situação)?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Você acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no PRESTA?

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

9. De que você gostou mais neste serviço?

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

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

Sim	1
Não	2
Não sei	3

11.1. Se sim, como?

SEÇÃO D – SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (questões do SATIS-BR)

1. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao PRESTA?

0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
Mais que 60 min	5

2. Até que ponto é fácil para você chegar ao PRESTA?

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

3. Até que ponto a localização deste serviço é satisfatória para você?

Muito insatisfatória	1
Insatisfatória	2
Indiferente	3
Satisfatória	4
Muito satisfatória	5

4. Se você solicitou uma consulta com os profissionais do PRESTA, quanto tempo demorou até que você fosse atendido?

Fui atendido imediatamente	1	Entre duas semanas e um mês	5
Menos que 1 dia	2	Mais de um mês	6
Entre dois dias e uma semana	3	Não fui atendido até agora	7
Entre uma semana e duas semanas	4	Não solicitou consulta (Se não solicitou, passar à questão 17)	8

5. Até que ponto você sentiu que foi tratado com respeito e dignidade apropriados pela equipe do PRESTA?

Nunca me senti respeitado	1
Raramente me sentir respeitado	2
Mais ou menos	3
Frequentemente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

6. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do PRESTA quando as pediu?

Sempre	1	Raramente	4
Frequentemente	2	Nunca	5
Mais ou menos	3	Nunca pedi	6

7. Como você se sente em relação ao tipo de informação dada a você sobre a doença do paciente?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3

Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

8. Como você se sente em relação ao tipo de informação que foi dada à você sobre o tratamento de seu familiar?

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

9. No momento em que você ou o seu familiar entrou em contato com o PRESTA, outras opções estavam disponíveis?

Sim	1
Não	2
Não tenho certeza	3
Não sei	4

10. Se você tinha outras opções, por que você ou o seu parente escolheu o PRESTA? **(PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)**

Ele/ela já tinha estado lá no passado	1	Estava dentro de nossas possibilidades financeiras	6
O serviço foi muito recomendado por alguém	2	Não tivemos outra escolha	7
Conheci alguém que fazia tratamento lá	3	Não sei	8
Confiamos na instituição/pessoa de referência	4	Outros (especificar)	9
A localização é muito conveniente	5		

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

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

12. Como você classificaria as condições das instalações (p. ex. instalações de banheiro e cozinha, refeições, o prédio em si, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Mais ou menos	3
Boas	4
Excelentes	5

13. Se o seu familiar precisar de ajuda novamente, você voltaria ao PRESTA?

Não, de forma alguma	1
Não, acho que não	2
Mais ou menos	3

Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

14. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda semelhante, você o encaminharia ao PRESTA?

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

SEÇÃO E – QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)

A seguir está listada uma sequência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o (nome do usuário).

Assinale em cada afirmação a frequência de sua reação em relação ao (nome do usuário). Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

Item	Muito raramente	Raramente	Quase Sempre	Sempre
1. Por causa dele (a) eu não presto atenção o em mim mesmo (a)	1	2	3	4
2. Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	1	2	3	4
3. Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	1	2	3	4
4. Ele(a) me deixa irritado(a)	1	2	3	4
5. Eu penso muito sobre o que causou doença(a)	1	2	3	4
6. Eu preciso me esforçar para não criticá-lo(a)	1	2	3	4
7. Eu não consigo dormir por causa dele(a)	1	2	3	4
8. É difícil chegar a um acordo com ele(a)	1	2	3	4
9. Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo pra mim	1	2	3	4
10. Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	1	2	3	4
11. Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	1	2	3	4
12. Ele me deixa nervoso(a)	1	2	3	4
13. Eu me preocupo muito com ele(a)	1	2	3	4
14. Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	1	2	3	4
15. Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	1	2	3	4
16. Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	1	2	3	4
17. Ele(a) é muito importante na minha vida	1	2	3	4
18. Eu preciso exigir a ele(a) que se comporte de outra maneira	1	2	3	4
19. Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo	1	2	3	4
20. Ele(a) me aborrece	1	2	3	4

ANEXO B – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Serviços de Saúde Mental: O caso do PRESTA-ES

Pesquisador: Marluce Miguel de Siqueira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 09428812.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.842

Data da Relatoria: 10/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa a qual objetiva neste avaliar a qualidade das ações desenvolvidas por um programa de reabilitação a saúde de usuários de substâncias psicoativas. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, na qual a avaliação compreenderá as dimensões estrutura, processo e resultados de acordo com as proposições de Donabedian, sendo 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 do Programa e a amostra compreenderá de 40 usuários e 40 familiares, serão utilizados as escalas SATIS-BR, IMPACTO-BR e EMP e questionários semi-estruturados aplicados ao coordenador e profissionais propostos por Kantorsy em

sua pesquisa em 2005 e adaptados pelos pesquisadores. Os dados serão analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science, versão 17. Utilizar-se-á 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%. O

estudo de caso qualitativo será desenvolvido a partir da Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln, em 1989, e adaptada por Wetzel em 2005, serão sujeitos 12 profissionais do programa, o instrumento utilizado será um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões norteadoras sobre as fragilidades e potencialidades do programa e os dados coletados serão

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 20.040-001

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

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



gravados, transcritos e trabalhados pela técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin. Espera-se, a partir dos dados gerados, fornecer subsídios para a melhoria das ações desenvolvidas pelo programa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações desenvolvidas pelo Programa de Reabilitação à Saúde Toxicômano e Alcoolista (PRESTA), do Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

Descrever a estrutura e os processos do serviço desenvolvido pelo PRESTA; Conhecer a satisfação dos usuários, familiares e profissionais com as ações desenvolvidas; Avaliar a efetividade e eficácia do tratamento realizado; Conhecer as potencialidades e fragilidades do programa, na concepção dos profissionais e usuários; Compreender como os profissionais avaliam os resultados da atenção oferecida pelo programa;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo de desconforto pois ocupará um pouco do tempo do entrevistado.

Benefícios:

Benefícios:

Serão benefícios as contribuições para melhoria do Programa Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista, com apontamentos de fatores relacionados ao qualidade do programa no momento da entrevista, pelos entrevistados.

Serão benefícios as contribuições para melhoria do Programa Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista, com apontamentos de fatores relacionados ao qualidade do programa no momento da entrevista, pelos entrevistados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de grande relevância

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos em conformidade

Recomendações:

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

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

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências do parecer anterior foram atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
DANIELLE CABRINI MATTOS
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

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