

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

GABRIELLE LEITE PACHECO LISBÔA

O ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES DAS PESSOAS ATENDIDAS EM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

MACEIÓ

2014

GABRIELLE LEITE PACHECO LISBÔA

O ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES DAS PESSOAS ATENDIDAS EM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Alagoas para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Mércia Zeviani Brêda

MACEIÓ

2014

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade.

L769a Lisbôa, Gabrielle Leite Pacheco.
 O acolhimento aos familiares das pessoas atendidas em centro de atenção psicossocial
 álcool e outras drogas / Gabrielle Leite Pacheco Lisbôa. – 2014.
 79 f.

 Orientadora: Mércia Zeviani Brêda.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
 Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2014.

 Bibliografia: f. 67-74.

 Apêndices: f. 75-79.

 1. Acolhimento. 2. Família – Usuários de drogas. 3. Serviço de saúde mental.
 3. Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). I. Título.

CDU: 616-083

Folha de Aprovação

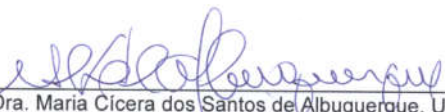
AUTOR: GABRIELLE LEITE PACHECO LISBÔA

"O acolhimento aos familiares das pessoas atendidas em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas" / Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Área de Concentração: enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida e aprovada em 01 de setembro de 2014.


Prof.ª Dra. Mécia Zeviani Brêda, UFAL, Orientadora

BANCA EXAMINADORA:


Prof.ª Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, UFAL, Examinador Interno


Prof.ª Dra. Mara Cristina Ribeiro, UNCISAL, Examinador Externo

AGRADECIMENTOS

À Deus pela concretização de mais uma etapa em minha vida, por ser minha força nos momentos mais difíceis;

Aos meus pais e irmãos por se fazerem sempre presentes, por serem meu porto seguro; por toda a retaguarda para que eu chegasse até aqui.

Ao meu amor, meu esposo Bruno, pelo acalanto nas horas de choro, de fadiga, e pelo entusiasmo com cada passo por mim dado, por toda compreensão e amor.

À minha pequena Beatriz, razão do meu viver, com quem compartilhei intensamente a trajetória neste último ano do mestrado, dentro do meu ventre e agora aqui fora. Que me priva das boas noites de sono, mas que me recompensa todas as manhãs com os sorrisos mais lindos e doces que meus olhos já viram.

À minha professora e orientadora Mércia, por acreditar no meu potencial e compartilhar comigo as dores e alegrias desse momento, por suas palavras sábias e seus abraços fofinhos e sem-fim;

Às professoras Cícera, Mara e Maria pelas contribuições valiosas à este trabalho;

À professora Ingrid pela disponibilidade;

Aos profissionais do CAPS ad pela receptividade e pela permissão em adentrar no seu universo de trabalho;

Aos familiares que contribuíram com este trabalho, expondo suas angústias, seus medos, suas expectativas e sonhos, permitindo-me mergulhar num universo desconhecido, o íntimo de cada um;

Aos colegas de mestrado por tornarem a caminhada árdua, amena e divertida. Em especial à amiga Luciana Amorim por compartilhar comigo tantos momentos dessa última etapa do mestrado, estágio de docência e dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFAL, pela oportunidade, pela formação, pelos novos e antigos amigos. E que venha o Doutorado!!!

“O sistema atropela;
Dá tombo, pisa na goela;
Cala nossa fala,
Mas sua prepotência
Não sufoca a consciência,
A ânsia que nos abala,
E se busca outra linguagem:
Cada sílaba, atitude,
FAZER, verbo que não ilude
E dá concretude à mensagem,
E esta, ninguém derruba,
Não importa quem caia ou suba
Ninguém mata a coragem.”

Poesia: “Outras Palavras” de Carlinhos Guarnieri

“A vida é arte do encontro
Embora haja tanto desencontro pela vida”.

Vinícius de Moraes/Baden Powell

RESUMO

Pesquisa qualitativa exploratória, realizada num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas tipo III do estado de Alagoas. Teve como objetivo compreender como acontece o acolhimento aos familiares das pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Participaram do estudo oito profissionais e seis familiares. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário – CESMAC (COEPE) sob protocolo nº 1574/12. Os preceitos éticos foram respeitados conforme determina a Resolução CNS/MS 466/2012. A apreensão dos dados ocorreu no período de junho a novembro de 2013, através de entrevista semiestruturada com uso de roteiro previamente elaborado e dos registros feitos no diário de campo. Para a análise utilizou-se Bardin e fundamentou-se a discussão em Merhy. Os resultados evidenciaram o acolhimento como ato de receber. Para profissionais, trata-se de recepção administrativa, triagem e repasse de informações. Para familiares, é ser bem recebido sempre. A prática, presente nas relações em que há o encontro profissional-usuário, materializa-se nos grupos de família e na escuta. A demanda excessiva, o despreparo dos profissionais, o acolhimento focado na dependência, dificuldades para o trabalho interdisciplinar e a ausência de uma rede efetiva foram identificados como ruídos produzidos no processo de trabalho, dificultando o acolhimento aos familiares. Apontou-se como caminhos para o acolhimento das famílias a ampliação dos vínculos, a territorialização, a articulação com grupos de ajuda mútua e a operacionalização dos grupos de famílias. Este estudo não esgota o debate sobre a temática em questão e abre espaços de possibilidades para futuras investigações. Ao promover uma autorreflexão de profissionais e familiares acerca do acolhimento evoca a intervenção na realidade objetiva, o aprimoramento das relações interpessoais, modificações no processo de trabalho e fortalecimento de vínculos para tornar o atendimento no CAPS ad congruente com o acolhimento.

Descritores: Acolhimento; Família; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This exploratory qualitative research was carried out in a State of Alagoas Alcohol and Other Drugs Psycho Social Care Center of the 3rd Type. It aimed at understanding how the reception of the family whose relative is under treatment in the Alcohol and Other Drugs Psycho Social Care Center. Eight professionals and six family members took part in this study. This study was previously approved by the Center of Higher Studies of Maceió - CESMAC's Committee on Ethics in Research and Teaching (COEPE) under the protocol number 1574/12. The ethical principles were respected according to what is stated on the Resolution CNS/MS 466/2012. The data collection was accomplished between June and November, 2013, through semi-structured interviews with the use of previously elaborated script and records from the field journal. Bardin was used for the analysis and its discussion was founded on Merhy. The results highlighted the reception as the act of receiving. For the professional, it is a matter of administrative reception, sorting out and transmission of information, whereas for the family relations, it has to do with being always welcome. The practice, present within the relations in which there is the professional-user gathering, is materialized in the family groups and in listening. The overwhelming demand, the professionals' lack of preparation, the reception focused on the dependency, difficulties for the interdisciplinary work and the absence of an effective net were identified as kinds of noise produced in the work process, thus making the family reception more difficult. The increase of the bonds, the territorialisation, the articulation with other self-help groups and operationalization of the family groups were pointed out as ways to receive the families. The current study does not close the discussion about the mentioned matter and it opens spaces to make future investigations possible. At promoting professionals and families' self-reflection about the reception, it evokes an intervention on the objective reality, the improvement of the inter-personal relations, changes in the work process and the strengthening of the bonds so as to make the service at CAPS more coherent with the reception.

Descriptors: User Embrace; Family; Mental Health Services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVOS	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4. PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Cenário.....	29
4.3 Sujeitos	32
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	32
4.5 A aproximação com os sujeitos e aquisição do consentimento livre e esclarecido.....	33
4.6 A apreensão dos dados	33
4.7 A análise dos dados	34
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
5.1 Caracterização dos entrevistados.....	36
5.2 Resultados e discussão.....	37
5.2.1 Concepções e Práticas de acolhimento e suas interações com o processo de trabalho no CAPS ad	38
5.2.2 Ruídos produzidos no processo de trabalho do CAPS ad e suas interações com o acolhimento aos familiares	46
5.2.3 Caminhos e possibilidades de acolhimento às famílias no CAPS ad.	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A.....	75
APÊNDICE B.....	76
APÊNDICE C.....	77
ANEXO	78

1. INTRODUÇÃO

Em meados da década de 80 ao início da década de 90, o Brasil passou por significativas transformações em seu sistema de saúde, especialmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1998) que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo aquela a base para a formulação dos princípios e das diretrizes norteadoras do referido sistema.

Assim, o SUS apresentou proposições, tendo definido a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade e equidade do acesso à saúde, a busca da superação da dicotomia entre prevenção e cura, a visão da integralidade na assistência ao indivíduo, a descentralização do sistema de saúde, definição de ações entre União, Estados e Municípios, entre outras uniformizações.

Desde a III Conferência Nacional de Saúde em 1963, o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira dedicou-se à luta política por um sistema de saúde público e hierarquizado. A partir da promulgação da Constituição de 1988 e das leis 8.080 e 8.142, começou o processo de implantação do SUS. No entanto, uma vez definidas em lei as diretrizes gerais do sistema, era necessário transformá-las em práticas concretas nos estabelecimentos de saúde estatais e conveniados, hospitalares e da Atenção Básica. Era necessário debruçar-se sobre a gestão do SUS e confrontar-se com as práticas dominantes.

A contraposição ao modelo hegemônico de saúde no Brasil, modelo biomédico, hospitalocêntrico, conduziu à elaboração de diversas propostas, dentre as quais se destacam as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância em saúde, a proposta de criação de cidades saudáveis e a promoção da saúde, como estratégias de intervenção que poderiam auxiliar na concretização dos princípios e diretrizes do SUS (BECK; MINUZI, 2008).

Porém, antes das tensões iniciais, engendradas no bojo do movimento de reforma sanitária, o Brasil já havia experimentado outros modelos de atenção à saúde, os quais estavam voltados ao ideal curativista, pautado na doença. Para entender, desta forma, a trajetória brasileira relacionada à atenção a saúde/doença, retomaremos através de abordagem sucinta os modelos de atenção vivenciados no país.

O Sanitarismo Campanhista, do início do século, estava marcado por uma visão militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (MENDES, 1994), deixou profundas raízes na cultura institucional do SUS, a exemplo dos seus inúmeros programas centralizados, que

dispõem de uma administração única e vertical, constituindo um conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente.

Com o modelo Liberal Privatista, ou médico assistencial privatista, de início na década de 20, a assistência era prestada aos trabalhadores urbanos e industriais. O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir da década de 40 dando início à compra de serviços privados e constituiu-se no modelo neoliberal de organizar serviços, sendo hegemônico no país (MENDES, 1994).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS na década de 70 conferiu um novo impulso nesse modelo de assistência. O setor público na prática é responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação deste modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e apoios diagnósticos são "comprados" diretamente do setor privado. A dicotomia preventivo/curativa foi cristalizada formalmente com a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, onde as questões assistenciais ficavam a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Paralelamente ocorreu a expansão do Convênio-empresa, estimulada pela Previdência e que, na década de 80, passou a ocupar um espaço significativo na atenção médica no Brasil: a atenção médica suplementar. Este setor rapidamente se constituiu, passando a prescindir do Estado nas suas relações comerciais (planos individuais ou coletivos – empresariais ou não), mas se alicerçando no poder público, seja através da renúncia fiscal, seja na utilização do sistema público para o atendimento considerado de alta complexidade ou custo (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

No contexto mundial, a Medicina Comunitária surge nos anos sessenta nos Estados Unidos onde buscava-se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, introdução de outras categorias profissionais na assistência (PAIM, 1976). Nos Estados Unidos sua implantação foi baseada nos centros comunitários de saúde, focalizando setores minoritários e deixando intocada a assistência médica convencional (MENDES, 1994; DONNANGELO, PEREIRA, 1979; PAIM, ALMEIDA, 1998)

Na América Latina, programas de saúde comunitária foram implantados na década de sessenta, principalmente na Colômbia, Brasil e Chile, sob o patrocínio de fundações norte-americanas e endossadas pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), na expectativa de que o efeito demonstração pudesse influenciar os sistemas de saúde no continente. Em

1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela OMS, reafirmou a saúde como direito do homem e estabeleceu a atenção primária como estratégia para se conseguir a Saúde Para Todos no Ano 2000 (PAIM; ALMEIDA, 1998).

No Brasil a Medicina Comunitária encontrou, nos Departamentos de Medicina Preventiva, espaços de ampliação e reciclagem, resultando em propostas ampliadas de intervenção (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Nos anos 80, a política de saúde no Brasil seguiu um percurso paradoxal: se por um lado inscreveu-se nos textos jurídico-legais um modelo baseado na universalidade, por outro concretizaram-se práticas sociais marcadas pela exclusão social, onde o acesso era seletivo, em função das diferentes inserções sociais, além da atenção médica centrada (SILVA JÚNIOR, 1998; CAMPOS, 1992).

No processo de formulação de propostas de reorientação dos serviços, apresentaram-se alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS e a municipalização possibilitou o surgimento de experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Cada uma dessas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva. As experiências apresentam semelhanças no sentido de que, os atores principais participaram do Movimento da Reforma Sanitária, as propostas surgiram da integração academia-serviço e foram possíveis de implantação em municípios por estarem inseridas dentro de um processo político de quebra da hegemonia local, através de uma articulação partidária no campo democrático popular (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Após praticamente três décadas de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o Brasil continua buscando novas alternativas para mudanças efetivas nas práticas cotidianas do fazer saúde, numa tentativa de efetivar seus princípios e trazer à tona novas maneiras de garantir seu funcionamento.

Essa busca pelas transformações das práticas em saúde, já reconhecia os obstáculos que marcaram a configuração do SUS como Sistema Nacional de Saúde, entre os quais estariam: a profunda precarização das relações interpessoais, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema. Muito pouco havia tido de avanço para a efetivação da integralidade e da igualdade.

Não muito distante da realidade vivenciada atualmente,

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p.387).

Estes entraves revelam os desafios a serem enfrentados no sistema de saúde: a superação da cultura sanitária biomédica, que associa saúde à ação médica e acesso à remédios e hospital, concepção que permite a medicalização da vida; iniquidades no acesso; vazios assistenciais em muitos territórios; inexistência operacional de rede de atenção, o que dificulta a continuidade dos tratamentos; forte presença da cultura hospitalocêntrica e de interesses privados; baixa capacidade de ordenamento dos processos de formação de trabalhadores às necessidades do sistema de saúde (PASCHE, 2009).

O modelo biomédico, hegemônico durante muito tempo no Brasil, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o ‘cuidado’ integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde, que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (PINHEIRO, 2009).

Encarar esses desafios, buscando a transformação do modelo de atenção à saúde, transpondo seu caráter biomédico necessitaria de uma mudança radical e significaria:

[...] não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes [...] A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p.387).

A organização dos serviços e a atuação dos profissionais devem então ser dirigidas a tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário no usufruto dos seus direitos. É preciso organizar o SUS em torno do acolhimento, da promoção da saúde, do direito às escolhas, dos compromissos em amenizar o desconforto e sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006).

Para Mattos (2009) é em torno do sofrimento que podemos e devemos fazer o exame crítico das práticas e das instituições de saúde. O sofrimento se impõe aos serviços e aos profissionais de saúde. É ele que dá sentido às práticas do cuidado em saúde. No sofrimento, é possível deparar-se com a humanidade, não através do compadecimento com o outro, mas no reconhecer-se no outro, nas fragilidades inerentes ao ser humano, pois o sofrimento é algo inerente à vida humana, como o são o cuidado e os esforços para reduzir e evitar.

A mudança do modelo de atenção à saúde requer entender o cuidado como base para as suas práticas, pois o cuidado é um “modo de fazer na vida cotidiana” que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com as pessoas em lugares e tempos distintos de sua realização. O cuidado consiste em um modo de agir que é produzido como experiência de um modo de vida específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade (PINHEIRO, 2009).

Daí o cuidado como ato resulta na prática do cuidar, que, ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro. O outro é o lugar do cuidado. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu cuidado, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida (PINHEIRO, 2009).

Voltando o olhar ao SUS, lócus da prática de cuidado na saúde pública, pode-se apontar avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro lado, a fragmentação dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários. O trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção ficam fragilizados (BRASIL, 2004).

Este cenário exige mudanças! Mudanças efetivas no modelo de atenção e gestão. Mudanças na forma de enxergar e executar o cuidado.

A Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2007) se apresenta e se constrói exatamente nesta dobra, neste duplo reconhecimento em que há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que necessitam ser enfrentados. Organiza um conjunto de conceitos e ferramentas para a superação de problemas e contradições que ainda permanecem como marcas dos serviços e práticas de saúde (PASCHE, 2009).

A PNH nutre-se e reinveste na tradição do SUS, reinveste na Reforma para formar de novo, para resolver o que já está demasiadamente estável e cristalizado (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A PNH, instituída no ano de 2003, se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS, numa atuação transversal e configurada em torno da humanização das práticas de atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde (BREHMER; VERDI, 2010).

A humanização se define num ponto indissociável: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde implica mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

A PNH não inaugura o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas muda seu sentido e estratégias. Toma por humano não uma referência idealizada do “bom homem”, mas o homem real encarnado em práticas sociais concretas. A humanização da saúde não se trata portanto de uma prescrição moral para lidar com a complexidade e os paradoxos humanos. Não se trata de caçar o que há de mau no humano, como a intolerância, os narcisismos, o egoísmo, etc, características que também se constroem e comparecem na experiência humana. A modificação dos modos de gerir e cuidar não é propriamente uma problemática das consciências, não pode ser tomada como uma decisão de foro íntimo de trabalhadores e usuários de saúde, mas de experimentação nos processos de trabalho, de dispositivos com potência para a promoção de reposicionamentos subjetivos e que possam ampliar a capacidade das pessoas de se compreenderem como fenômenos complexos e contraditórios (PASCHE, 2011).

A humanização de que trata a política não faz alusão à falta de humanidade, mas de humanizar enquanto forma de emergir trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e co-responsáveis.

Muitas vezes a humanização é erroneamente confundida com o princípio da integralidade. Erroneamente pois enquanto política sua efetividade não é generalista e abstrata e embora se oriente por princípios, está essencialmente comprometida com os modos de fazer, com processos efetivos de transformação (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização enquanto política de saúde se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade. Tais direções indicam o “como fazer” desta política que se concretiza como “tecnologias relacionais”. É a partir da

transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Dentro da PNH, atenção especial é dada ao acolhimento, que se configura como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. É considerado uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH (BRASIL, 2004).

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p.6).

Vários autores (GUERRERO et al, 2013; ANDRADE, SOUZA, QUINDERÉ, 2014; PELISOLI et al, 2014; LOPES et al, 2014; BREHMER, VERDI, 2010; FALK et al, 2010; FRACOLLI, ZOBOLI, 2004; FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; INOJOSA, 2005; OLIVEIRA, TUNIM, SILVA, 2008, entre outros) têm estudado o assunto, considerando assim sua importância.

No entanto, a compreensão do acolhimento pode ocorrer sob outros diversos ângulos.

Tem sido confundido muitas vezes com as atividades realizadas na recepção de uma unidade de saúde ou com a triagem nos serviços (SOUZA et al, 2008; BREHMER, VERDI, 2010; FALK et al, 2010). Ou ainda como a combinação destes (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, o acolhimento tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-lo de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma “velha” atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento) (TEIXEIRA, 2003).

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção.

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas (TEIXEIRA R, R *apud* SCHIMITH; LIMA, 2004). O acolhimento vai além disso, ultrapassa a recepção.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010).

Como diretriz, o acolhimento se apresenta como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde. Como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010).

Para Guerrero et al (2013) o acolhimento converte-se num ponto de intersecção entre diferentes sujeitos e práticas de cuidado na atenção à saúde, desdobrando-se nas dimensões acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços.

O acolhimento-diálogo constitui-se numa dimensão central no trabalho em saúde, seja como fator de mediação entre sujeitos ou como fator de articulação entre diferentes campos de produção de saúde. O acolhimento-postura trata-se de uma manifestação pró-ativa, capaz de fortalecer o vínculo do serviço com os usuários pelo reconhecimento direto dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde individual e comunitária. E o acolhimento na dimensão reorganização do serviço de saúde, situado em um campo predominantemente gerencial, expressa tanto a organização interna do sistema e da política de atenção à saúde, quanto o exercício de uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde.

O acolhimento não se trata de um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes. Não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2010).

O acolhimento se conforma portanto no espaço intercessor (de encontro e intervenção) trabalhador/usuário, onde ocorre um jogo de interesses (do serviço, dos trabalhadores e dos

usuários) expresso na micropolítica do trabalho em saúde. Neste jogo, seus agentes se fazem presentes, enquanto homens sócio-historicamente constituídos, com problemas e necessidades transferidos para o âmbito dos serviços de saúde, cuja expectativa de resolução, fundamentar-se-á na representação dos envolvidos no atendimento concernente ao que é saúde/doença. Neste espaço, certa disponibilidade poderá estar presente ou não, especialmente dos trabalhadores, em construir uma relação mais humana, o desenvolvimento das potencialidades dos homens, mobilizando-os ou não para o uso das tecnologias disponíveis (MATUMOTO, 1998).

Neste sentido, a despeito das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, as mesmas podem ser classificadas como leves, leve-duras e duras (MERHY et al, 1997).

No estudo que se segue, embora hajam diversas óticas sob às quais podemos compreender o acolhimento, este é entendido como tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorre em todos os lugares em que se constituem os encontros trabalhadores-usuários (MERHY et al, 1997). Esta visão do acolhimento será melhor discutida no decorrer do estudo.

Na constituição da PNH, embora não esteja explicitamente voltada à saúde mental, a busca pelo respeito à subjetividade, às necessidades dos indivíduos de forma acolhedora, na tentativa de produzir sujeitos autônomos e corresponsáveis converge com os ideais da reforma psiquiátrica ocorrida no país, que se efetiva através da atenção psicossocial.

Trabalhar com o conceito de reabilitação psicossocial é possibilitar a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re)construção de práticas voltadas para as reais necessidades do paciente; é estabelecer relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de suas histórias de vida (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007).

O acolhimento nos dispositivos de atenção em Saúde Mental é uma prática de grande relevância, uma vez que, nesse universo, a Reforma Psiquiátrica caracterizou-se pela criação de novos serviços e novas estratégias de cuidado no campo da Saúde Mental, operando uma profunda transformação no modelo assistencial a partir dos conceitos de desinstitucionalização, territorialização e acolhimento (MERHY et al, 2006).

Nos processos de trabalho na área de saúde mental, com a luta pela reforma psiquiátrica e a criação dos serviços substitutivos, o acolhimento torna-se ainda mais significativo, pois uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades (BRASIL, 2010) e porque não dizermos: às diversidades de estabelecimento de relações com o mundo, de significações da vida, da saúde, da doença?

O novo olhar para a saúde mental instituído com a reforma, deu origem à substituição dos hospitais psiquiátricos do país por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, a principal estratégia utilizada no processo de desinstitucionalização, que visa à prestação de cuidados extra-hospitalares.

É considerado um serviço substitutivo em saúde mental - serviço de saúde do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizado a toda a população, preparado para uma nova abordagem de atendimento, pela qual cuidar já não é mais excluir, e onde cada usuário pode encontrar ajuda para construir sentidos e mudanças para sua própria vida (BRASIL, 2012).

É ainda um serviço de saúde aberto e comunitário, cujas práticas se caracterizam por ocorrerem em ambiente acolhedor com objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

As pessoas atendidas nos CAPS apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilitam viver e realizar seus projetos de vida. Assim, diz respeito às pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2010).

Para atender às demandas específicas da população a partir das suas necessidades e individualidades, foram instituídos CAPS especializados, a exemplo dos CAPS ad III, que oferecem atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas funcionando 24h.

A Portaria GM nº. 130, de 26 de janeiro de 2012, redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas 24h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros, estabelecendo que de forma geral este serviço objetiva:

Proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

As atividades desenvolvidas no CAPS ad III devem ser direcionadas ao cuidado integral de seus usuários, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e média.

Ainda de acordo com a Portaria acima referida, são objetivos específicos do CAPS ad III (BRASIL, 2012):

- Constituir-se em serviço aberto, de base comunitária, territorializado e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas;
- Ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc);
- Acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;
- Produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- Regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação leve, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros;
- Promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;
- Organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade;
- Estabelecer profissionais de referência para cada usuário;
- Adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras;
- Ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário ao serviço;
- Promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental Álcool, crack e outras Drogas, e da defesa de seus direitos;
- Orientar-se pelos princípios da Redução de Danos;
- Responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

- Compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção;
- Realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde;
- Funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia;
- Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário.

Com base na Portaria, a equipe técnica mínima do CAPS ad 24 horas deverá ser composta levando em consideração três modalidades de organização: uma equipe para o atendimento diurno, uma equipe para o acolhimento noturno, com plantões de 12 horas, e uma equipe para atendimento aos sábados, domingos e feriados (BRASIL, 2012).

* Equipe mínima para atendimento de 40 pacientes por turno, tendo limite máximo 60 pacientes/dia em regime intensivo:

- Profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um médico no período diurno de segunda à sexta-feira;
- 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, por turno;
- 5 (cinco) profissionais de nível universitário por turno, pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; educador físico.
- 4 (quatro) técnicos de enfermagem por turno;
- 4 (quatro) profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos dentre as seguintes categorias profissionais: artesão; agente social; educador social.

- 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, por turno.

* Composição da equipe mínima para o acolhimento noturno, das 19 às 7 horas:

- 1 (um) enfermeiro;
- 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem.

* Para atendimento de 12 (doze) horas diurnas aos sábados, domingos e feriados:

- 2 profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro;
- 2 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem; e
- 1 (um) profissional da área de apoio.

De acordo com DOUNIS et al (2013) o Projeto Terapêutico Institucional (PTI) do CAPSad III, prevê atividades coletivas e ações integradas dos profissionais, os mesmos devem:

- Participar da abordagem individual e em grupo aos usuários;
- Realizar Acolhimento;
- Coordenar grupos;
- Realizar busca ativa;
- Participar da programação de Educação em Saúde junto aos usuários, seus familiares e comunidade em geral;
- Acompanhar os usuários em atividades externas;
- Participar da Assembléia com os usuários;
- Evoluir cada procedimento realizado no prontuário do respectivo usuário;
- Desenvolver trabalhos de esclarecimentos, apoio e orientação junto ao usuário e às suas famílias;
- Motivar o usuário no compromisso com o tratamento, ampliando a sua percepção sobre as consequências do uso de substâncias psicoativas, visando o desenvolvimento de suas habilidades e o resgate e manutenção das já adquiridas;

- Desenvolver atividades de articulação com outros serviços, promovendo a interação intra e intersetorial com outros dispositivos públicos e privados;
- Participar da discussão dos casos clínicos;
- Participar das reuniões e grupos de estudo;
- Participar da formação dos recursos humanos do CAPSad III e das demais Unidades da Rede de Atenção Psicossocial na área de Dependência Química e afins, como ouvinte ou facilitador;
- Contribuir e fomentar pesquisas na área da dependência química e do seu tratamento;
- Colaborar na formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação na sua área específica e para a atuação com a dependência química;
- Desenvolver atividades de divulgação e esclarecimento sobre a dependência química e seu tratamento em campanhas, datas comemorativas e em locais que mantenham parceria com o CAPSad III;
- Cumprir e fazer cumprir o disposto nas leis do Estatuto da Criança e do Adolescente, no caso de atendimento a essa clientela;
- Cumprir e fazer cumprir as rotinas e normas do Serviço.

Os profissionais de nível superior do serviço assumem a tarefa de Técnicos de Referência (TR) dos usuários, a partir de discussões dos casos na reunião técnica, assumindo as seguintes atribuições:

- Coordenar a elaboração e o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário de referência;
- Manter contato com os dispositivos de inserção social das relações do usuário;
- Realizar visita domiciliar;
- Realizar atendimento individual de frequência, no mínimo, semanal;
- Realizar atendimento e acompanhamento com a família;
- Realizar evolução periódica do usuário em seu prontuário.

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade de diferentes formas, em diferentes contextos culturais e com diferentes funções, geralmente ligadas ao desejo do homem em buscar maneiras de alterar o estado de consciência, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, intensificar os sentidos ou promover a interação em seu meio social (NUNES et al, 2010).

No Brasil, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006), 22,8% da população pesquisada já fizeram uso na vida de drogas exceto tabaco e álcool, correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas. A estimativa de dependentes de Álcool foi de 12,3% e de tabaco 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.700.635 de pessoas, respectivamente.

Comparando-se dados do I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 pelo mesmo Centro com o II levantamento realizado em 2005, constatou-se que na região Nordeste houve uma diminuição da porcentagem de entrevistados que declararam já haver recebido tratamento para o uso de álcool e outras drogas, indo de 5,5 em 2001 para 4% em 2005 (CEBRID, 2006).

A análise destes dados possibilita considerar duas situações opostas. Que as estratégias de prevenção ao uso de drogas têm se revelado mais efetivas, ou contrariamente, que os serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não tem sido suficientes em número para atender à população que faz uso de tais substâncias.

O consumo abusivo de substâncias psicoativas pode trazer relevantes danos sociais e à saúde, porém, em se tratando do consumo de substâncias psicoativas é preciso atentar para as múltiplas formas de uso de diferentes substâncias e que nem todas as pessoas que usam drogas têm problemas com seu uso, pois existem diferentes níveis de consumo que podem ou não caracterizar uso problemático. O que se tem assistido é a “sociedade do espetáculo” na medida em que a mídia associa indiscriminadamente o uso de substância psicoativa à situações de violência de toda a ordem. Esta lógica exclui e segrega cada vez mais a pessoa que usa drogas, tornando-se também um empecilho àquelas que necessitam de cuidado, perpetuando a não garantia dos direitos fundamentais (NUNES et al, 2010).

O CAPS ad deve então estar preparado, entre outras atividades, para realizar o acolhimento universal e incondicional às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, oferecer suporte e apoio aos familiares (BRASIL, 2010), exigindo ainda uma abordagem interinstitucional, e intersetorial que problematize e enfrente a questão, buscando o cuidado e a promoção da vida. São ações complexas, essencialmente políticas, que transbordam para novos cuidados e ações pela qualidade e direito à vida.

O uso abusivo e a dependência de drogas não interfere somente na dimensão individual, mas progressivamente interfere nos laços afetivos e compromete os relacionamentos sociais, de forma que os vínculos familiares fragilizam-se e frequentemente rompem-se, o que marginaliza o indivíduo progressivamente (SELEGHIM et al, 2011).

No cuidado a um ente com problemas psíquicos, a família na história da psiquiatria, em algum momento, privou-se do cuidado de seu familiar doente mental, em outros, ela foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, isto é, como causadora da doença, pois atrapalhava o tratamento proposto. Outras vezes, delegou esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir frente a certas manifestações do doente, pela sobrecarga física e emocional que o sujeito doente acarreta a seus membros (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

As mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica na assistência em saúde mental, implica também em uma importante mudança da relação do profissional de saúde mental com as famílias dos usuários, importantes parceiras no processo de reabilitação (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003).

Assim, no atual paradigma da atenção psicossocial não se espera que as famílias simplesmente convivam com aquele que sofre, mas que elas sejam compreendidas pelos profissionais dos serviços de saúde em suas dificuldades para lidar com esta realidade e isto pode se dá nos espaços de participação com a criação de estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado (MIELKE et al, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) entre os objetivos do CAPS, encontra-se o incentivo para que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços, pois os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo.

Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento, por isso podem contribuir diretamente nas atividades deste serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

Desta forma, o acolhimento pode ser utilizado como estratégia de inclusão da família no contexto dos serviços substitutivos, porque a partir dos vínculos criados nos espaços de acolhimento e escuta, a família se sente fortalecida para lidar com o sofrimento psíquico e tem a possibilidade de reorganizar seu núcleo familiar (MIELKE et al, 2010), contribuindo para a reinserção social e a reabilitação do seu familiar que faz uso de drogas.

Além disso, o momento em que a família decide recorrer a um serviço de saúde mental, é o momento em que se convence de que seus próprios recursos não estão sendo suficientes. É a hora do sufoco, de pedir socorro! Por isso há uma urgência de acolhimento (MÂNGIA et al, 2002).

Diante do que foi exposto e considerando que os estudos sobre o acolhimento aos familiares de usuários de drogas ainda são restritos, justifica-se a relevância do desenvolvimento desta pesquisa, visando o preenchimento de lacunas do conhecimento.

Este estudo é ainda importante pois uma vez compreendido como o acolhimento aos familiares das pessoas que fazem uso de drogas está sendo realizado, serão fornecidos subsídios que podem ser considerados para a intervenção na realidade objetiva dos sujeitos do estudo e promovam assim uma auto-reflexão de profissionais e familiares acerca do acolhimento, sendo capaz de possibilitar o aprimoramento das relações interpessoais, modificações no processo de trabalho do serviço e o fortalecimento de vínculos, para tornar o atendimento no CAPS ad muito mais acolhedor.

Assim, **o objeto de estudo** desta pesquisa é:

“O acolhimento aos familiares das pessoas atendidas em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.”

O estudo norteou-se pela seguinte **questão de pesquisa**: *“Como acontece o acolhimento aos familiares das pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de funcionamento 24 horas ?”*

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender como acontece o acolhimento aos familiares das pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas na perspectiva de familiares e profissionais.

2.2 Específicos

Identificar as concepções e práticas de acolhimento aos familiares das pessoas que fazem uso de drogas, sob a perspectiva dos profissionais e dos familiares;

Identificar os ruídos produzidos no processo de trabalho e suas inter-relações com o acolhimento aos familiares;

Constituir caminhos e possibilidades de acolhimento às famílias no CAPS ad.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O acolhimento neste estudo tomou como referência a produção teórica de Emerson Elias Merhy sobre a temática, situando-o nas esferas do processo de trabalho em saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005),

O trabalho é uma das experiências mais ricas que a pessoa tem e, por isso, ele produz nela novas formas de entender e agir no mundo e com as outras pessoas. Ao produzir coisas e serviços, como o de assistência à saúde, por exemplo, o sujeito produz a si mesmo (BRASIL, 2005 p.75).

Pensar na assistência à saúde traz de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. É preciso considerar no entanto, que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como se aplica e constrói tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que se pode enxergar como necessidades de intervenção em saúde (AYRES, 2004).

As necessidades de saúde são construídas historicamente a depender do modo de organização social e das concepções sobre o processo saúde doença, sendo assim, são sempre sociais e coletivas, embora se manifestem concretamente de maneira individual em cada indivíduo portador de necessidades (MENDES GONÇALVES, 1992).

No processo de trabalho em saúde alguém procura o serviço com uma necessidade a ser satisfeita, assim a finalidade do trabalho será atender a esta necessidade e o produto será consumido em ato. Para a intervenção sobre o objeto do trabalho, neste caso o homem, a família ou a comunidades, os profissionais utilizarão as tecnologias disponíveis que podem ser leves, leves-duras ou duras (COIMBRA, 2003).

Falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho; e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca da produção de bens/produtos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos que satisfaçam necessidades (MERHY, 1997)

Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), levedura (como no

caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde (como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais);

Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, constata-se que ao realizar o cuidado, ele opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” e “Trabalho Vivo”. O Trabalho Morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (MERHY, 2003).

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

O acolhimento é portanto, uma tecnologia leve que se produz em ato, no trabalho vivo. Tecnologia leve do processo “interseçor”. “Interseçor” porque designa o que é produzido nas relações entre os sujeitos nas suas interações, como produto que existe em ato e no momento da relação em processo (MERHY, 1997).

Através da interrogação do processo de trabalho sob a ótica do acolhimento, é possível observar a potencialidade deste caminho para se repensar processos de trabalho em saúde, além de permitir a abertura para um olhar sobre como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997).

Este, no interior do processo de trabalho, não pode libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos presentes no seu cotidiano, podendo reinventar a lógica do processo de trabalho (MERHY, 1997).

Na saúde mental, a relação serviço/profissional/usuário/família no modelo psicossocial visa um espaço de interlocução em que as subjetividades aparecem e o acolhimento se encaixa (COIMBRA, 2003), pois possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e dispara imediatamente na instituição um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades captadas (MATUMOTO, 1998).

O modelo de atenção psicossocial em substituição ao modelo manicomial, propõe a hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, abrindo espaço para a produção de saúde através das tecnologias leves. Busca então estabelecer relações entre os sujeitos pautadas na

integralidade, universalidade, de forma humanizada e resolutiva de maneira a respeitar as subjetividades, atender as necessidades e produzir sujeitos autônomos e corresponsáveis pelo seu andar a vida.

Na gestão do cotidiano se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados. Na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia. Passa também pela redefinição dos critérios de cura, do papel dos serviços de saúde - colocá-los a serviço da reprodução da vida. Envolve novas formas de acolhimento do sujeito individual ou coletivo que necessita de atenção (CAMPOS, 1992), por isso na saúde mental, assume tamanha importância, sendo capaz de ressignificar as relações e provocar mudanças no processo de trabalho em saúde.

O acolhimento é mais do que um fenômeno lingüístico, do discurso verbal, deve traduzir-se em intencionalidade de ações. Enquanto agir, pode atravessar os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Em todo campo da saúde, não só na saúde mental, as tensões permanentes que o constituem não desaparecem, quando há a construção de um certo modo de agir em saúde, de um certo modelo de organizar os processos de trabalho, de uma certa forma de produzir o cuidado. Por isso, elas podem servir de alavancas para as ações que visam interferir no modelo constituído, ou mesmo ser exploradas para a permanência do modelo dado (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. A pesquisa é qualitativa porque a coleta de dados e o processo de análise respeitam a subjetividade dos sujeitos, abordando aspectos que admitem quantificação.

Além disso, a utilização da abordagem qualitativa na pesquisa em saúde mental permite que o pesquisador entre em contato com a história, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões dos sujeitos. E ao valorizar a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, atesta que nenhum processo e nenhum produto são apenas funções técnicas que ocorrem à revelia dos atores ou como mandato sem mediações (MINAYO, 1996).

4.2 Cenário

O Cenário onde se desenvolveu esta pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III do estado de Alagoas.

O primeiro projeto para criação deste serviço, que anteriormente era um CAPS ad II foi iniciado no ano de 2002, mas só em 2006 foi possível retomá-lo e colocá-lo em prática. O CAPS ad II, inicialmente pensado para o público infanto-juvenil, então foi criado em 16 de setembro de 2006, segundo o Diário Oficial da União Nº 2647, atendendo às Portarias GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, nº816 de 30 de abril de 2002 e à Portaria nº 305/SAS de 03 de maio de 2002, que previam a implantação e organização dos serviços de atenção à saúde mental para pessoas que sofrem de transtorno mental e dependência de álcool e outras drogas (TENÓRIO et al, 2012)

Em 2013, o CAPS ad II, através da Resolução CIB/AL nº 50 de 12 de agosto, é qualificado, visto ser um serviço já existente, e passa a ser CAPS ad III, funcionando 24h, em atendimento à Portaria GM nº 130 de 26 de janeiro de 2012, tendo como população alvo, adultos, crianças ou adolescentes de ambos os sexos, em uso, abuso ou dependência de álcool, crack e outras drogas, bem como, os que apresentam transtornos mentais decorrentes do uso de drogas.

O CAPS ad pauta seu Projeto Terapêutico Institucional partindo das premissas e princípios a seguir: permanência voluntária; preservação do anonimato; compromisso com o

sigilo; preservação e manutenção do CAPS ad como um espaço livre de álcool, tabaco e outras drogas; redução de danos; autonomia e liberdade das pessoas; respeito aos direitos e às singularidades; acolhimento das diversidades e das múltiplas expressões da relação pessoa e substância (TENÓRIO et al, 2012).

Na ocasião da coleta de dados deste estudo, o CAPS ad estava passando por um processo de transformação, onde enfrentava as mudanças decorrentes de sua qualificação e da mudança de profissionais advinda da nomeação através de concurso público.

Neste cenário, haviam profissionais que estavam recém-chegados ao serviço, aqueles que ainda permaneciam no mesmo através de contratos e profissionais concursados que já trabalhavam no serviço desde a sua fundação. Contudo, mesmo antes dessa transição havia uma grande rotatividade de profissionais, sendo a maioria deles era contratado.

Atualmente, passado quase um ano de funcionamento na modalidade de atendimento tipo III, o CAPS apresenta uma nova realidade, conta com um quadro de profissionais onde um pouco mais da metade (41 profissionais) é funcionário efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Ainda há profissionais em regime de contrato (32), entre os quais alguns (11) pertencem à reserva técnica do concurso acima mencionado, que esperam a criação legal de vagas para serem efetivados.

Abaixo especifica-se as categorias profissionais e seus respectivos quantitativos:

nº	Nível	Profissional	Quantidade	
01	Superior	Diretor Administrativo	01	
02		Psicólogo	05	
03		Assistente Social	05	
04		Enfermeira	09	
05		Nutricionista	01	
06		Terapeuta Ocupacional	01	
07		Educador Físico	04	
08		Médico	Psiquiatra	05
			Neurologista	01
09	Farmacêutico	01		
10	Fundamental/ Médio	Técnico de Enfermagem	13	
11		Agente Administrativo	11	
12		Monitor	04	
13		Agente Social	07	

14		Oficineiro	05
Total			73

O funcionamento do serviço se dá através de plantões de 12h. De acordo com a direção administrativa, em média ocorrem 80 atendimentos por turno. À época da coleta de dados esse quantitativo de atendimentos era ainda maior, atingindo uma média de 100 atendimentos por turno.

O serviço conta com 14 leitos de internação, sendo 7 masculinos, 5 femininos e 2 infanto-juvenis.

São realizadas no serviço as seguintes atividades:

- Grupos terapêuticos;
- Atividades de lazer – internas e externas (com atividades na praia, entre outros lugares);
- Visitas domiciliares;
- Busca ativa;
- Aulas/oficinas de fotografia;
- Aulas/oficinas de teatro;
- Grupo de famílias (realizado às quintas-feiras às 18h, e mediado por uma psicóloga, uma educadora física e uma assistentes social. À época da coleta de dados, a educadora física ainda não participava do grupo);
- Atividades físicas (futebol entre outras, realizadas na unidade);
- Grupo de espiritualidade;
- Aulas/oficinas de música;
- Aulas/oficinas de serigrafia/costura;
- Grupo de controle social (Bem recentemente foi organizado um conselho gestor da unidade, composto por 8 usuários, 4 profissionais e 4 representantes da gestão, sendo o grupo dividido entre titulares e suplentes);
- Atividades do Grupo de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos – AA (O grupo utiliza o espaço da unidade para a realização das atividades com participação dos usuários. Entretanto, não há a participação de profissionais do serviço no grupo).

O CAPS ad atualmente regula 6 leitos de internação num hospital geral, localizado na área metropolitana de Maceió; e conta com a retaguarda de um Hospital Psiquiátrico do

estado (para casos de abstinência grave), HGE (em casos de emergências clínicas) e SAMU (quando há a necessidade de transporte para algum dos anteriores).

Funciona dentro do serviço, a Comissão de Internação Involuntária da Secretaria Municipal de Saúde, composta por um médico, um psicólogo e um assistente social, que avalia os pedidos de internação involuntária realizado por algumas famílias. Nos casos em que a internação é deferida, os usuários são encaminhados para Clínicas de Reabilitação custeadas pelo município.

Nos casos em que os usuários apresentam risco iminente de morte por ameaças e algumas outras vulnerabilidades, o serviço articula-se com a Secretaria da Paz, para a internação voluntária em comunidades terapêuticas.

4.3 Sujeitos

Os sujeitos deste estudo foram os familiares de pessoas que são atendidas pelo CAPS ad III e os profissionais de nível superior que exercem suas atividades neste serviço.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foi entrevistado apenas um familiar de referência (o cuidador principal) para cada pessoa que é atendida no CAPS ad.

Foram entrevistados os profissionais de nível superior que realizavam atendimento aos familiares e/ou pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, independente do tempo de serviço na unidade de saúde.

Neste estudo não houve um número pré-determinado de sujeitos, sendo o número definido pelo critério de saturação de dados, ou seja, o processo de coleta de dados se satura quando há a percepção de que os dados novos a serem coletados decantam-se, isto é, não são diluídos ou absorvidos na formulação teórica que se processa, não mais contribuindo para seu adensamento (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Desta forma, cessou a inclusão de novos sujeitos à pesquisa.

4.5 A aproximação com os sujeitos e a aquisição do consentimento livre e esclarecido

A aproximação com os sujeitos deu-se através da participação da pesquisadora no cotidiano das atividades do serviço mediante a realização do estágio de docência, além da participação nas atividades em grupo realizadas com familiares no CAPS ad.

A aproximação com os familiares se deu no grupo de famílias, onde a pesquisadora comparecia alguns minutos antes do horário previsto para a realização do grupo e convidava os familiares a participar do estudo, realizando posteriormente a entrevista. Com a participação da pesquisadora no grupo, novos familiares iam sendo convidados a participar. Embora muitas vezes comparecessem mais de um familiar de cada indivíduo acompanhado no CAPS, apenas um era entrevistado, aquele que participava mais efetivamente do cuidado em contato com o serviço.

Já a aproximação com os profissionais se deu através do estágio de docência realizado no serviço. Posteriormente os profissionais foram procurados e convidados a participar do estudo, tendo-se a preocupação de convidar e entrevistar sujeitos pertencentes a todas as categorias profissionais.

A participação dos sujeitos da pesquisa foi livre e esclarecida. Desta forma foram considerados sujeitos deste estudo os indivíduos que aceitaram participar do mesmo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme resolução CNS/MS 466/12.

As informações obtidas não permitiram em hipótese alguma a identificação dos entrevistados. Sempre que desejaram, os sujeitos foram esclarecidos sobre cada uma das etapas do estudo. Os sujeitos não receberam qualquer tipo de benefício ou recompensa financeira pela participação neste estudo e nem a custearam.

O estudo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário CESMAC (COEPE), sob protocolo nº 1574/12 (anexo).

4.6 A apreensão dos dados

O levantamento de informações para este estudo foi orientado pela técnica da entrevista semi-estruturada.

Foi utilizado portanto um roteiro de entrevista (apêndices A e B) como facilitador de abertura do encontro, composto por questões disparadoras que introduziram a temática, a

partir de então novos pontos que possibilitaram a ampliação e aprofundamento sobre o tema investigado, foram acrescentados ao roteiro.

Foi perguntado aos familiares: Para você que é ser acolhido? Como você identifica estar sendo acolhido? Você poderia me descrever como é este acolhimento? E aos profissionais: Para você o que é acolher? Como você identifica estar realizando o acolhimento? Você poderia me descrever como é este acolhimento?

Dessa forma, o pesquisado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto com maior liberdade e o pesquisador pôde interagir com ele em busca de mais informações que ajudaram a elucidar a questão de pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a novembro de 2013, tendo duração média de 20 minutos. Foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, para posterior análise, sendo realizadas no próprio cenário do estudo. A gravação permitiu as transcrições com maior fidedignidade.

De acordo com Duarte (2004) se forem bem realizadas, as entrevistas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade.

A pesquisadora utilizou ainda um diário de campo (apêndice C), onde foram anotadas suas observações, impressões e sentimentos oriundos da sua presença no serviço.

4.7 A análise dos dados

Metodologicamente a análise foi feita de acordo com a análise de conteúdo. Nesse sentido, quando a análise de conteúdo é escolhida como procedimento de análise mais adequado, como em qualquer técnica de análise de dados, os dados em si constituem apenas dados brutos, que só terão sentido ao serem trabalhados de acordo com uma técnica de análise apropriada (MOZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Assim, utilizou-se como técnica a análise temática, visto que a mesma se adequa melhor a investigação qualitativa de estudos na área da saúde. Desta forma, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011). Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência de unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denotam os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso (MINAYO, 1996).

Teoricamente, a análise deste estudo tomou como referência a produção de Emerson Elias Merhy sobre o acolhimento.

Esta pesquisa pertence aos estudos desenvolvidos no Laboratório de Acolhimento – LACOLHE da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas e do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno-GPESAM.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 – Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados 8 profissionais do CAPS. Destes apenas um era do sexo masculino, e 7 do sexo feminino. A idade variou de 25 a 45 anos, com média de 33,2 anos. Todos os entrevistados eram solteiros. As categorias profissionais foram assim representadas: 2 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 educadora física e 1 médica. O tempo de formação variou de 8 meses a 22 anos, com média de 9,3 anos. E o tempo de atuação no serviço variou de 1 semana a 2 anos, com média de 8,5 meses.

As informações individuais encontram-se na Tabela abaixo:

Tabela 1 – Apresentação dos dados individuais dos profissionais entrevistados

Entrevistado/ Variável	Sexo	Idade	Estado Civil	Formação	Tempo de formada(o)	Tempo de atuação no serviço
Profissional 1-8 P1-P8	F	27	Solteira	Enfermagem	2 anos	18 meses
	F	28	Solteira	Enfermagem	3 anos	2 anos
	F	40	Solteira	Serviço Social	17 anos	2 meses
	M	29	Solteiro	Psicologia	6 anos	7 dias
	F	25	Solteira	Terapia Ocupacional	8 meses	4 meses
	F	45	Solteira	Serviço Social	22 anos	2 meses
	F	28	Solteira	Educação Física	3 anos	15 dias
	F	44	Solteira	Medicina	21 anos	18 meses

FONTE: Elaborada pela autora

Foram entrevistados também 6 familiares de pessoas atendidas no serviço. Destes, 5 eram do sexo feminino, e apenas 1 do sexo masculino. A idade variou de 27 a 72 anos, com uma média de 50,5 anos. Entre os entrevistados, 50% eram de mães, os outros 50% foram representados por uma esposa, uma avó e um pai. Quanto à escolaridade, 50% dos entrevistados eram analfabetos, e sabiam escrever apenas o próprio nome, os outros 50% foram representados por familiares que possuíam nível superior, nível médio e fundamental incompleto.

Estas informações encontram-se individualizadas na tabela abaixo:

Tabela 2 – Apresentação dos dados individuais dos familiares entrevistados

Entrevistado/ Variável	Sexo	Idade	Parentesco	Estado civil	Escolaridade
Familiar 1-6 F1-F6	F	27	Esposa	Casada	Superior
	F	63	Avó	Solteira	Fundamental Incompleto
	M	72	Pai	Divorciado	Analfabeto
	F	42	Mãe	Casada	Analfabeta
	F	32	Mãe	Solteira	Ensino Médio
	F	67	Mãe	Viúva	Analfabeta

FONTE: Elaborada pela autora

5.2 – Resultados e discussão

Aqui, procede-se a análise e discussão dos dados deste estudo, onde busca-se compreender como acontece o acolhimento aos familiares das pessoas atendidas no CAPS ad.

Os resultados obtidos são apresentados em 3 temas:

Tema 1 - Concepções e Práticas de acolhimento e suas interrelações com o processo de trabalho no CAPS ad – neste tema descreve-se as concepções e práticas de acolhimento dos profissionais em seu processo de trabalho, confrontando-as com as concepções de acolhimento dos familiares;

Tema 2 - Ruídos produzidos no processo de trabalho do CAPS ad e suas interrelações com o acolhimento aos familiares – neste tema desvela-se através das falas dos entrevistados o que os incomoda no processo de trabalho do CAPS, quais suas dificuldades e desta maneira, como isso implica no acolhimento dos familiares.

Tema 3 - Caminhos e possibilidades de acolhimento às famílias no CAPS ad – no último tema, encontra-se na fala dos sujeitos caminhos e possibilidades para que a equipe do CAPS ad utilize melhor o potencial do acolhimento em seu processo de trabalho.

5.2.1 - Concepções e Práticas de acolhimento e suas interrelações com o processo de trabalho no CAPS AD

Nesta categoria temática são expressas as concepções e práticas de acolhimento dos profissionais do CAPS ad, assim como as concepções de acolhimento dos familiares de pessoas atendidas neste serviço.

As concepções e práticas de acolhimento estarão inter-relacionadas com o processo de trabalho, pois as mesmas influenciam significativamente este, além disso, o processo de trabalho, enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários(MALTA; MERHY, 2003).

Deste modo, também foi dado voz aos familiares, uma vez que conhecer e entender o que a família sente e experiencia frente à enfermidade de um dos seus integrantes constitui um passo na direção de mudanças nas relações entre os familiares, pacientes e profissionais de saúde (BIELEMANN, 2004).

Neste contexto, o acolhimento apresenta-se como peça fundamental para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347).

Assume ainda a responsabilidade pela mudança do cuidado centrado nas tecnologias duras para um cuidado mais voltado para o uso das tecnologias leves, especialmente nos serviços de saúde mental e por possibilitar a manifestação da subjetividade do outro, é que atualmente tornou-se indispensável a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos componentes da prática nos serviços de saúde mental considerando as mudanças advindas da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. (JORGE et al, 2011).

A seguir apresentam-se as concepções e práticas de acolhimento dos profissionais confrontando-as com as concepções dos familiares.

“O que a gente chama de acolhimento aqui no Caps é o momento da chegada deles lá na frente, onde geralmente fica um técnico responsável naquele dia para acolher, então é quando a gente vai apresentar qual é a proposta do Caps, porque às vezes as pessoas vêm, mas elas não sabem exatamente o que é, o que significa, então a gente apresenta os serviços que existem aqui, os grupos que existem aqui no serviço e como a pessoa vai se encaixar nessa proposta terapêutica.” (P6)

Nesta fala, o acolhimento aparece como ato de recepcionar, sendo corroborado pela concepção dos familiares que atestam que

“É ser bem recebido. A palavra acolhimento já diz tudo.”(F2)

“Ser acolhido é ser recebido bem.”(F3)

“Ser acolhida é na hora que a gente precisa, ser bem recebida.” (F4)

“É a pessoa onde for ser bem recebido.”(F5)

Assim, considera-se que o acolhimento acumulou durante alguns anos significados com os quais não podemos mais deixar de nos inquietar, sendo identificado ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Tais significados quando tomados isoladamente no processo de trabalho em saúde nos remete a ações pontuais, isoladas e descomprometidas com os processos de responsabilização e vínculo (BRASIL, 2010).

Compartilha-se assim da ideia de Merhy (1998) na qual o acolhimento é uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde, que ocorre em todos os lugares em que se constituem os encontros trabalhadores-usuários. Assim, distingue-se da triagem por não se constituir como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, e por este motivo não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e

invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade (BRASIL, 2010).

Embora o acolhimento no contexto atual não possa ser entendido apenas como recepção ou triagem, é necessário lembrar que nenhum indivíduo sente-se acolhido num ambiente em que é mal recebido, desta maneira, o acolhimento se dá também no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. Inevitavelmente, na recepção. Como diz Inojosa (2005) o acolhimento é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégico para toda a relação.

Sobre a continuidade do acolhimento, o profissional 5 diz que,

“Acolher não é só o primeiro momento, porque a gente faz a triagem que é o primeiro momento com o usuário e daí inicia o acolhimento [...] então o acolhimento eu acredito que ele é desde quando ele entra até a alta do serviço, ele é contínuo, é o tempo todo, aí a gente vai compreendendo como o usuário está, como está sendo a recuperação, se não está, aí vai identificando e direcionando melhor o tratamento.”
(P5)

Nesta fala, fica explícito que o acolhimento se dá no processo de relação trabalhador – usuário, num continuum, especialmente no campo da saúde, onde se estabelecem as relações de cuidado. Sobre o trabalho em saúde, que é sempre relacional, Merhy (2002) diz que as relações que se estabelecem no mundo do trabalho em saúde podem ser sumárias e burocráticas, ou podem se dar como relações interseçoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. Esclarece ainda que o termo interseção é usado para designar o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro.

Desta maneira ,

...o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as

pessoas, podendo acontecer de formas variadas [...] o acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2013, p. 19).

São trazidas então aqui, as práticas reveladas pelos profissionais do CAPS ad.

“Acolher é você fazer uma escuta qualificada, é você entender que o indivíduo ele é um ser único, quando você atende a partir disso você cria um vínculo.” (P2)

Nesta fala, identifica-se a presença da tríade das tecnologias leves no processo de trabalho, qual seja: acolhimento, escuta qualificada e vínculo (COIMBRA et al, 2013).

Para Franco; Bueno; Merhy (1999) o acolhimento, primeiro elemento da tríade, é um processo intercessor que visa à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção.

Assim, no processo de trabalho do CAPS ad, o acolhimento às famílias expressa ainda mais a necessidade da realização de uma escuta qualificada, uma vez que as famílias que acompanham o processo de dependência química de um ente querido mostram-se muito fragilizadas, abaladas com as questões afetivas, econômicas e sociais que as drogas trouxeram para o seio familiar.

Sobre a escuta qualificada, segundo elemento da tríade, Matumoto (1998) diz que a escuta ultrapassa a captação de mensagens verbais, buscando o significado do falado e que o trabalhador através da escuta deve buscar ver o usuário além da sua queixa. Oferece ainda uma resposta positiva, capaz de resolver problemas e propiciar uma relação de confiança e apoio ao usuário, respeitando os sentimentos, as ideias e as expectativas de cada sujeito (COIMBRA et al, 2013).

Acrescenta-se ainda que uma escuta qualificada propicia o ler nas entrelinhas. No caso do acolhimento às famílias, escutar qualificadamente significa emaranhar-se nos sentimentos, nas angústias, nos medos, nas expectativas, nos sonhos roubados pela dependência química, em tudo aquilo que somente as palavras não poderiam jamais expressar.

Podendo ser verificado na fala que segue:

“No atendimento individual a gente faz uma escuta qualificada, a gente ouve o que eles têm pra falar, primeiro a gente escuta e faz as orientações... um exemplo, ontem a tia queria saber porque a sobrinha estava interna, o que tinha acontecido [...], então ela chorou muito e a gente deixa chorar, digo que é normal porque mexe com as emoções.”(P2)

Sobre o processo de escuta dentro do serviço Oliveira; Tunim; Silva (2008) mencionam que quando o serviço se abre para a escuta, ele deixa de trabalhar apenas com a esfera clínica, com o corpo que dói e sofre, permitindo que a “vida lá de fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade, transformando esse ato num momento de construção de saberes, entre profissional e usuário.

Por este motivo, toda forma de julgamento deve ser evitada na relação trabalhador-usuário, uma vez que as mesmas podem por um fim ao que seria a formação do vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança.

Sobre o não julgamento, os profissionais afirmam:

“A gente não pode julgar, a gente não pode colocar por exemplo religião à frente, porque às vezes quando a gente vai ouvir, de repente o indivíduo pode falar alguma coisa que ofende a sua religiosidade, aí você bate de frente. Então, evitar fazer julgamentos, fazer falsos julgamentos na verdade e entendê-lo na sua religião, sua integridade, acho que o acolhimento tem que ser feito uma coisa neutra.” (P2)

“... às vezes ele é muito acolhido aqui mas se depara com um profissional despreparado que pode até ser preconceituoso”. (P3)

De acordo com a fala destes profissionais, é necessário no momento onde se estabelece a escuta, não medir esforços para evitar o embate de ideias ou convicções entre as partes.

Segundo Raimundo; Cadete (2012) no processo de escutar o outro, ao se assumir a provocação de encarcerar as próprias certezas e passar a acolher o ponto de vista do usuário, amplia-se a capacidade de enxergar outras dimensões possíveis. O usuário precisa ser ouvido sem interrupções, sem inferências, simplesmente silencia-se, para que seu ser seja escutado (MARIOTTI, H. *apud* RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Sobre a necessidade do não julgamento, o familiar menciona:

“As pessoas atendem muito bem [...] o pessoal é muito simpático, eu não vejo um olhar crítico deles não. Isso me parece ser um acolhimento.” (F1)

Para este familiar, observando sua fala, percebe-se que o acolhimento perpassa a idéia de não julgamento também sob a forma de expressões não verbais, como o olhar.

Para Ayres (2007) as formas de comunicação não-verbal são também relevantes para facilitar o encontro cuidador, em especial o olhar:

Quando olhamos para alguém que busca nossos cuidados, não interessados apenas em enxergar regularidades morfo-funcionais - coloração da pele e mucosas, características da marcha, ritmo respiratório, etc. - muito nos pode ser dito. Quantos de nós, profissionais de saúde, já não tivemos a experiência de ouvir alguma coisa de um usuário, mas, ao olhar para ele, perceber que ele está dizendo outra coisa bem diferente?! Da mesma forma o nosso modo de tocar, nossa postura corporal, nosso gestual, as atitudes de responsabilidade, acolhimento e compromisso que demonstramos com nossas ações, o ambiente onde nos encontramos, todos esses aspectos devem ser lembrados quando se trata de potencializar o diálogo no encontro cuidador (AYRES, 2007, p. 58).

Essa necessidade do diálogo sem haver julgamento pelos profissionais, torna o serviço muito mais acolhedor na visão dos familiares, que estão vivenciando o processo de adoecimento/ recuperação de um ente querido pelo uso das drogas, uma vez que o assunto é cercado por tabus.

Retomando a tríade das tecnologias leves, encontramos ainda o vínculo, que diz respeito ao estabelecimento de uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado, sendo permeado ainda pela responsabilização e pelo compromisso.

Sobre a formação de vínculo com a família:

“Em geral a gente procura obter o máximo de informações [...], pedindo o apoio, a ajuda e as informações da família e ao mesmo tempo criando uma parceria e criando vínculos.” (P8)

Nesta fala, constata-se que há uma transversalidade entre a formação de vínculos familiares - profissionais do serviço e a escuta qualificada, pois o familiar dispõe de informações importantes acerca do usuário que é atendido pelo serviço e a escuta aqui se mostra como potente instrumento de trabalho, sendo reconhecida e utilizada desta maneira pelo profissional.

Além disso, a escuta propicia o conhecimento mútuo entre familiar e profissional de saúde, por isso, corrobora-se com Silva Júnior; Mascarenhas (2006) que dizem que para escutar também é imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o

que se fala. Desta maneira, a formação do vínculo assume papel imprescindível para a manutenção da escuta e da relação entre os sujeitos.

Estabelecer vínculos portanto consiste em

... o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997b, p. 138).

Sobre essa integração que ocorre nos diversos locais onde se estabelece a relação entre os sujeitos, os profissionais revelam a formação de vínculos também no grupo de famílias, como observa-se a seguir:

“Tem o primeiro momento, que é aqui no CAPS, [...] e sempre, a reunião de famílias, às quintas-feiras, pra ter um vínculo.” (P1)

A participação dos profissionais no grupo proporciona uma relação de confiança e vinculação, onde os mesmos acabam tornando-se referência de cuidado e atenção. Quando perguntados sobre os profissionais com quem podiam contar, os mais citados eram aqueles responsáveis pelo grupo de famílias às quintas-feiras.

Para a equipe do CAPS ad, o grupo de famílias mostra-se como um espaço privilegiado de participação desses sujeitos no serviço de saúde, onde através da troca de experiências, saberes, informações, é possível fortalecer os indivíduos na luta diária contra a dependência química e trazer os familiares para a realidade do serviço, buscando restituir-lhes a autonomia, como visualiza-se na fala a seguir:

“... acolher é colocar como participante ativo e informar ao máximo para que ele possa atuar, para que a família possa dar continuidade ao que se começou aqui e ter sempre uma porta, um ponto de apoio, uma porta que vai estar sempre aberta para ele estar recorrendo à gente.”(P8)

Para Jorge et al (2011) o acolhimento e o vínculo favorecem a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos. A construção da autonomia ocorre na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, co-produção de si mesmo e do contexto.

Nesse caso, a formação da atitude co-responsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito (CAMPOS G.W.S *apud* JORGE et al, 2011).

Pode-se observar isso na fala do familiar que segue:

“... a pessoa para ser bem atendido, e exigir as coisas também tem que ter o seu compromisso, participar das reuniões. Muitas mães aqui dizem: ‘Pra F5 é tão fácil conseguir as coisas...’ Mas porque? Porque quando elas mandam eu ir eu vou, quando tem coisa da secretaria, palestra para a gente ir, que precisa de uma mãe, um familiar, eu estou lá.”(F5)

Embora a olhos nus o que foi mencionado por F5 pareça uma troca de favores, a relação de cuidado que se estabeleceu entre a equipe do serviço e este familiar, favoreceu a formação do vínculo e percepção (mesmo que inconsciente) da corresponsabilização e do compromisso necessário para a manutenção das relações entre o mesmo e o serviço.

Esta mesma corresponsabilização é mencionada também por P4:

“Acolher é você receber a pessoa e colocar-se a disposição dela na medida dos recursos que você pode oferecer e ao mesmo tempo do que aquela pessoa que está sendo acolhida também pode lhe oferecer, porque o acolhimento precisa sempre de uma contra partida daquele que é acolhido, tanto de aceitar as regras do serviço, quanto de dar a contrapartida dele para que o serviço seja efetivo.” (P4)

Através desta fala, depreende-se que para os profissionais do CAPS, numa relação em que há a corresponsabilização, o profissional de saúde coloca à disposição do familiar todo o arsenal de intervenções terapêuticas disponíveis, ao passo que o indivíduo acolhido deve demonstrar envolvimento, participando ativamente na busca de soluções possíveis para a resolução de seu problema, dando um feedback ao serviço, e contribuindo para a efetividade do cuidado.

No entanto, nem sempre o serviço disporá do arsenal necessário ao cuidado daqueles que procuram o serviço, por isso é importante salientar que:

o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção

de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2010, p. 27).

Sobre este aspecto do acolhimento, P6 comenta que:

“Acolher seria receber esse usuário, tentar entendê-lo, o que o traz aqui ao CAPS e a partir daí encaminhá-lo ao serviço que corresponde às necessidades dele, porque nem todo mundo que vem pra cá precisa do mesmo tipo de tratamento que é oferecido aqui.”(P6)

Aqui percebe-se que para os profissionais do CAPS o acolhimento também perpassa a idéia de responsabilização pelo usuário nos seguimentos que se dão à rede de atenção à saúde, quando o serviço não é capaz de atender às demandas deste sujeito.

5.2.2 – Ruídos produzidos no processo de trabalho do CAPS ad e suas interrelações com o acolhimento aos familiares

Nesta categoria são expressos os ruídos no processo de trabalho identificados nas falas dos profissionais e familiares depoentes e como tais ruídos interrelacionam-se com o acolhimento dos familiares.

Aqui entenda-se ruído na acepção de Merhy (2004). Para ele,

... a idéia de ruído vem da imagem de que, cotidianamente, as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída seja rompida. Porém, esse rompimento é normalmente percebido como uma disfunção, como um desvio do normal, que deveria ocorrer. Com ruído, queremos introduzir a noção, baseado em Fernando Flores, de que a quebra do silêncio do cotidiano pode e deve ser percebida como a presença de processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhos dos processos de ações dos agentes envolvidos e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento (MERHY, 2004).

O ruído no sentido trazido por Merhy (2004) em outras palavras é aquilo que é percebido como algo que não vai bem, que não está acontecendo no serviço/instituição da maneira como deveria, a inquietar os sujeitos, abrindo interrogações sobre como está ocorrendo o processo de trabalho e possibilitando desvelar novos caminhos a percorrer.

Tais ruídos representam obstáculos visíveis e invisíveis, tensões, contradições, estranhamentos no processo de trabalho (MARQUES; MELO, 2011).

O primeiro ruído é identificado no discurso de praticamente todos os profissionais e diz respeito à grande demanda atendida pelo serviço, como mostram as falas a seguir:

“... esse é o único CAPS AD, atendendo a mais de um milhão de habitantes, e circunvizinhos. Assim, aqui tá superlotado, só temos um CAPS AD 24h, então a gente faz das fraquezas, forças...”(P1)

“... a demanda é grande e às vezes a gente tem um pico de 108 pacientes por turno, então é um fluxo muito grande.”(P2)

“... a gente está recebendo uma demanda acima da capacidade de acolhimento.”(P6)

“...o que dificulta é o número de usuários que está tendo aqui, está muito acima da capacidade, então isso faz com que fique bem mais difícil o acolhimento do paciente e mais ainda da família.”(P8)

De acordo com a Portaria GM nº. 130, de 26 de janeiro de 2012, Maceió com uma população de 1.005.319 habitantes, de acordo com estimativas para o ano de 2014 (IBGE), deveria contar com no mínimo 3 CAPS AD III. Com apenas 1 atendendo a esta população, gera-se uma demanda reprimida, que acaba por sobrecarregar o serviço e os profissionais que ali exercem suas atividades.

A demanda excessiva gera uma dificuldade em relação ao acolhimento, como pode ser evidenciado nas falas acima. Em estudo realizado por Souza et al (2008), a grande demanda e a sobrecarga de trabalho foram consideradas condições desfavoráveis para a realização do acolhimento, e embora este apareça como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, exige muito esforço e dedicação profissional.

Por diversas vezes, como se observa na fala a seguir, a demanda compromete a qualidade da assistência produzindo resultados indesejados ao trabalho desenvolvido no CAPS:

“...teve um dia que eu atendi 7 acolhimentos, um exemplo, fiz no meu tempo, então eu passei de 8 até 12h30 fazendo acolhimento, porque a pessoa tem que fazer a escuta certa, não é rápido, não é uma escuta rápida! preenche o formulário e acabou, não, você tem que ouvir, você tem que olhar [...]Mas a gente percebe que muitos tem

pressa de sair, aí atende muito rápido e deixa a desejar. O que facilita o acolhimento é quando há organização, quando essa demanda é menor e quando a gente tem tempo de atender, não ficam, ‘tem outro, tem outro!’”(P2)

Contraditoriamente, embora a grande demanda seja considerada um fator que inviabiliza o acolhimento, um profissional revela a importância de manter o serviço aberto à esta demanda de cuidado.

O profissional refere:

“Eu acho que o que facilita o acolhimento é o CAPS ser um serviço de portas abertas e não só fisicamente de portas abertas [...]isso facilita sem dúvida, porque o usuário não precisa de muito protocolo para chegar aqui, basta vir e ser acolhido.”(P4)

Nesta fala, traz-se metaforicamente o sentido do serviço dar um retorno às demandas de todos aqueles que o procuram independente de terem sido referenciados ou não, de serem o público alvo da assistência prestada pelo serviço ou não.

O serviço que se mantém disponível representa para o usuário uma possibilidade importante para compartilhar, compreender, responsabilizar-se e buscar soluções para as problemáticas existenciais e materiais vividas (MÂNGIA et al, 2002).

Estes ruídos trazem à tona a questão do acolhimento enquanto organizador da acessibilidade ao serviço. Para Schneider et al (2008) o objetivo maior da incorporação do acolhimento no processo de trabalho em saúde é regular o acesso e permitir e/ou facilitar a abertura dos serviços com responsabilização de todos (trabalhador da saúde, gestores, paciente e familiares). O Acolhimento surge assim como uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho visando ampliar o acesso à assistência integral.

Especialmente num serviço de saúde mental, manter o CAPS de portas abertas significa acolher àquele que muitas vezes foi excluído da assistência à saúde, restituindo-lhe o direito de ser cuidado, reinserindo-o num ambiente cuidador.

A acessibilidade ao serviço de saúde mental aparece, na representação do trabalhador, como um compromisso institucional que ajuda a promover a revitalização do sujeito como usuário de direito de um sistema. Usuário este que, durante séculos, foi excluído de qualquer possibilidade terapêutica[...] O acesso livre e irrestrito da população a um serviço especializado como o CAPS vem ao encontro daquilo que entendemos como um exercício de cidadania, resultado da replicação

dos ideais sanitários de um sistema de saúde que luta pela inclusão e pela re-significação da loucura no imaginário social (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009, p. 615).

Contudo, vale ressaltar que um serviço de portas abertas também é passível de apresentar dificuldades operacionais. O fato de o serviço estar organizado para acolher as demandas do outro corre um risco de ver um processo complexo ser reduzido a uma mera dimensão procedimental, quando o sujeito acolheria para avaliar, analisar e resolver com base em padrões “protocolares” de atendimento (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009). Isto se exemplifica na fala do profissional:

“O acolhimento é feito da forma que cada profissional entende, não é uniformizado, eu acho que poderia ser [...] Como o CAPS está passando por um momento de mudança [...] é também um momento de oportunidade para fazer, pra organizar certas coisas com as pessoas que estão chegando para poder uniformizar, criar rotinas, protocolos [...] Por mais que todos os profissionais façam um acolhimento muito bom, o fato de não ser uniformizado, de não ter uma dinâmica institucional de acolhimento, isso já é uma falha.”(P4)

Observa-se na fala deste profissional a necessidade de encaixotar a maneira de acolher os indivíduos, numa tentativa de diluir as incertezas do cotidiano através de uma organização operacional, protocolizando, uniformizando aquilo que não é possível normatizar.

Às relações humanas, momento em que o acolhimento acontece, não é possível que se aplique tal tentativa. Enquadra-se aquilo que não tem possibilidade de criação, de reinvenção no contato com o outro. Assim, não é possível que o acolhimento seja tolhido às caixinhas.

Outros ruídos identificados foram a baixa remuneração, a escassez de profissionais e o despreparo em relação à área de atuação.

“O fator que dificulta (a utilização do acolhimento) é a questão do fator profissional, da carga horária, às vezes a questão da remuneração. Muitos dos profissionais não estão contentes com a remuneração do trabalho. A gente não ganha adicional de insalubridade, adicional noturno! Tudo isso faz com que vários profissionais que estejam aqui no serviço sejam remanejados para outros, e assim, a questão dos horários que eram para ser preenchidos com os profissionais, ficam vagos ou então tem que ser preenchidos por quem tá aqui e acaba ficando sobrecarregado.”(P1)

“Muita gente chega despreparada no serviço, cai de paraquedas no serviço, não sabe o que é saúde mental, a lei que protege as pessoas que usam álcool e outras drogas, a Lei 10216, não vão estudar um pouco o que é saúde mental, saber que a dependência é uma doença. Muitas vezes o que dificulta (a utilização do acolhimento) é isso, vem pra o serviço e muitas vezes não entende nem o que é aquele serviço, precisaria mais de estudo em relação a alguns profissionais e treinamento para os que estão chegando no serviço.”(P1)

“A gente não recebeu capacitação alguma, cada um de nós está tendo que buscar informações, porque nós não fomos capacitados e esse é um serviço especializado, a gente não tem a formação para lidar com o dependente.”(P6)

Por ser uma área especializada, a assistência prestada no CAPS AD necessita de identificação pessoal com a temática em questão. Diversas vezes, a falta desta somada à ausência de incentivo financeiro promove a rotatividade intensa de profissionais no serviço, prejudicando o estabelecimento do vínculo e, por conseguinte, enfraquecendo o acolhimento (GUERRERO et al, 2013).

Da mesma maneira, a permanência no CAPS de profissionais que não possuem qualificação adequada à área compromete o acolhimento. Enquanto tecnologia relacional, o acolhimento não pode prescindir do treinamento dos profissionais para humanizar a atenção visando à satisfação dos usuários (GUERRERO et al, 2013; COELHO, JORGE, 2009).

Outro ruído identificado diz respeito à percepção do acolhimento às famílias ainda deficiente, estando o acolhimento no serviço voltado prioritariamente para o usuário que faz uso de álcool e outras drogas.

“O acolhimento é feito na verdade ao usuário. [...] A gente faz a escuta da família, mas o foco ainda é o usuário.” (P3)

“Direcionado mesmo eu trabalho muito mais com os usuários, a gente entra mais em contato com a família (referindo a contato telefônico).” (P5)

Na presença da família, os profissionais a utilizam como fonte de informação para o serviço sobre o processo de adoecimento de seu ente, sendo também prestado esclarecimentos a ela sobre o funcionamento da unidade.

“Quando a família vem acompanhando a gente também atende a família, mas a gente explica o serviço como é, ouve da família que está trazendo depoimento pra entender a história [...] com o familiar a gente faz a escuta só para entender a problemática.”(P3)

“O momento da chegada deles lá na frente, é quando a gente vai apresentar qual é a proposta do Caps, porque às vezes as pessoas vêm mas elas não sabem exatamente o que é, o que significa, então a gente apresenta os serviços que existem aqui, os grupos que existem aqui no serviço e como a pessoa vai se encaixar nessa proposta terapêutica. Quando a pessoa vem com a família eu geralmente convido para conhecer o CAPS, eu desço com a família, porque quando você vai deixar um familiar seu aqui em tratamento, você no mínimo fica curioso para entender como é aquele lugar que a pessoa está ficando. É prática minha, não é prática do Caps, é prática minha como profissional.”(P6)

As práticas de cada profissional podem diferir, como mostra a fala anterior onde o profissional revela uma prática privada, incomum aos demais.

Para Merhy (2002) os serviços de saúde são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

Contrariando a ideia de manutenção da família informada, outros profissionais sinalizam a possibilidade do acolhimento aos familiares não estar ocorrendo de maneira satisfatória, quando observam que há falhas no processo de comunicação profissional-família, resultando muitas vezes em situações conflitantes:

“A gente pode identificar que o familiar não foi acolhido quando o familiar não está a par da situação, às vezes nem sabe que o usuário tá interno, não sabe o que é dependência química, não sabe que a dependência é uma doença e que precisa de

tratamento, acompanhamento, e que a família é tão importante como as medicações e até o próprio atendimento dos profissionais aqui dentro do CAPS.” (P1)

“Quando você vê uma pessoa assim muito equivocada e isso acaba gerando comportamentos inadequados, muitas vezes é por falta de acolhimento mesmo, daquela pessoa ter sido recebida, ouvida, escuta qualificada, e informada, então isso acaba gerando resistência e um comportamento inadequado da família, então eu acho que o que mais me chama a atenção, que ele não foi acolhido, é quando eu vejo um familiar com comportamento de resistência, de agressividade, procurando culpados, ou fazendo acusações. Isso significa que aquela abordagem não foi bem feita, porque não integrou na realidade do serviço.”(P8)

O acolhimento neste sentido relaciona-se também ao exercício da comunicação, da capacidade de manter o diálogo entre profissionais e familiares, na tentativa de tornar o serviço mais resolutivo às necessidades de todos. Ela torna-se essencial ao lidar com as subjetividades. Neste contexto, prestar informações aos familiares é deixá-los mais tranquilos, cientes do seu papel no cuidado.

Os profissionais da saúde e trabalhadores do SUS, em geral, ao informar os usuários sobre seus direitos em relação aos serviços de saúde, bem como sobre o funcionamento do sistema, adotam o acolhimento-postura. Na medida em que o usuário está esclarecido, evitam-se reações de rebeldia e incompreensão. É observado pelos gestores que a compreensão sobre o funcionamento dos serviços, suas normas, critérios e rotinas tem bom efeito na aceitação das dificuldades vivenciadas e limitações do sistema [...] O acolhimento-postura contribui para a democratização do conhecimento no sentido do reconhecimento da saúde como direito de cidadania (GUERRERO et al, 2013, p. 136).

A comunicação envolve não só a capacidade de se fazer claro, mas, sobretudo, de escutar o outro de forma acolhedora. Para sensibilizar e mobilizar os indivíduos é preciso atingir sua subjetividade, não apenas conceder-lhes informação proporcionando um entendimento conceitual. Todavia, não é comum encontrarmos um campo fértil para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, devido à própria lógica dos serviços, ou seja, a configuração do processo de trabalho (OLIVEIRA et al, 2008).

Para avançar na busca por esse ideal de relacionamento, é necessário romper com a prática de culpabilização do outro e repensar a conduta no sentido de todos assumirem a responsabilidade de promover transformações (OLIVEIRA et al, 2008).

É preciso que os profissionais de saúde assumam uma nova postura diante da família, não apenas como mera informante, mas como protagonista de um processo de reforma da atenção em saúde mental (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009), pois o serviço de saúde que tem seu processo de trabalho centrado no sujeito e consegue incluir a família como parceira nos cuidados ajuda no fortalecimento de vínculos, na maior integração entre os indivíduos e no desenvolvimento integral do ser humano (PULIDO; MONARI; ROSSI, 2008).

Embora os profissionais admitam a priorização do acolhimento ao usuário, o acolhimento realizado às famílias é identificado pelos profissionais através da participação dos familiares no grupo de famílias. O grupo acontece no serviço e é mediado por uma psicóloga e uma assistente social, conforme se pode observar nas falas a seguir:

“Como o acolhimento às famílias aqui é feito por uma psicóloga que tem a formação em psicanalista, e tem uma assistente social, eu acho muito bom sabe, porque supre várias necessidades, tanto na parte social, como na parte mental”(P2)

“Às famílias é feito o atendimento individual, fora o grupo, porque as famílias quando vem aqui é para frequentar o grupo”(P2)

“Tem um grupo na verdade que é com a família, feito por uma assistente social e uma psicóloga, eu não estou nesse grupo, porque esse grupo ele já havia iniciado, mas existe esse momento com as famílias”(P3)

“Aqui a gente tem um grupo de família, que é feito pela psicóloga e assistente social todas as quintas.”(P5)

Esse espaço de acolhimento às famílias realizado por apenas 2 profissionais, gera o ruído das dificuldades do trabalho em equipe, que necessita não só da multidisciplinaridade, mas da interdisciplinaridade.

“O fato dos profissionais não conversarem entre si com frequência, de forma organizada, sistematizada, sobre o acolhimento inclusive, isso já me diz que algo não anda bem [...] das falhas (do acolhimento às famílias) talvez seja esse atendimento que é multiprofissional e ao mesmo tempo individual.”(P4)

A fala acima demonstra a inquietação do profissional com o relacionamento entre os profissionais do serviço, indicando que há um universo de profissões exercendo suas atividades num mesmo local de trabalho, sem contudo haver muita interação entre elas.

A própria comunicação parece sofrer com isso, conforme é percebido por um familiar na fala que segue, dificultando ainda mais o acolhimento às famílias que necessitam de cuidado integral e não somente de atendimentos pontuais e especializados, prestados por um ou outro profissional.

“[...]A gente chega pra reunião, eu venho do Jacintinho. Se eu vier de ônibus é mais de 1 hora pra chegar aqui, mas eu venho de mototáxi, aí quando chega aqui o rapaz fala que não tem (sobre a realização do grupo de famílias), aí eu volto de novo. Já duas quintas que eu venho e o rapaz diz que não tem e teve. Acho que o pessoal aqui está muito mal informado.”(F4)

A assistência fundamentada no modelo tradicional, biomédico, traz limitações ao trabalho em equipe, favorece a fragmentação da atenção, a produção de saúde centrada nos procedimentos e na doença, e não no usuário, e a concentração do poder de decisão na figura do médico, situando a atuação dos demais profissionais de forma periférica e com desigual valoração (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

No caso do acolhimento, embora este se proponha a modificar os processos de trabalho no sentido de tornar a assistência multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, ao invés de centrada no profissional médico, pudemos observar que o próprio profissional médico admite não se envolver com o acolhimento.

“Normalmente o corpo médico aqui ainda não está envolvido no acolhimento em si, até mesmo do usuário [...] o acolhimento em si não é feito pelos médicos.”(P8)

Estudos realizados por Andrade, Souza, Quinderé (2014); Oliveira, Tunim, Silva (2008) corroboram com esse achado.

A não participação do médico no acolhimento, não contradiz a ideia de transformação do processo de trabalho no tocante à interdisciplinaridade, uma vez que a assistência de modo geral, gira em torno das consultas médicas. Pode-se observar tal afirmativa quando na ausência do médico na unidade, a mesma apresenta demanda significativamente diminuída.

O envolvimento da categoria profissional em questão com o acolhimento somaria experiências, saberes, como quando da participação dos demais profissionais, contribuindo para um acolhimento mais efetivo às famílias, pois no trabalho interdisciplinar os profissionais contribuem com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina, mas também precisam estar abertos às mudanças, dotados do espírito de descoberta e curiosidade, desejando enriquecer-se com novos enfoques, precisam estar cheios de gosto pelas combinações de perspectivas e, principalmente, desejosos de superar os caminhos já trilhados (SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Considera-se que mais que trabalhar junto, na saúde mental especializada é necessário trabalhar conjuntamente pois

uma efetiva interdisciplinaridade fornece o passaporte para um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de ação faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e/ou variáveis sociais. Como contrapartida, a presença de amplo sortimento de práticas e saberes exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que brotam do ventre dessa pluralidade, como as dificuldades na comunicação, na demarcação das fronteiras profissionais e nas assimetrias entre as disciplinas. Dessa feita, a ampliação do leque assistencial suscita a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de diálogo entre os profissionais e de tornar os espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos afetivos e inconscientes, posto que, do contrário, avoluma-se o risco de fragmentação (VASCONCELLOS, 2010, p. 13).

Outro ruído identificado diz respeito à rede de atenção psicossocial, pois a assistência integral à saúde depende também da articulação da rede de serviços, como forma de garantir um encaminhamento seguro e resolutivo, considerando que cada nível de atenção à saúde atende a uma determinada complexidade (LOPES et al, 2014).

O profissional diz:

“Eu acho que a rede também dificulta, porque a gente acolhe no serviço mas o objetivo que também faz parte do acolhimento é que o usuário saia do serviço, que ele não fique dependente do serviço. E a gente não tem para onde mandar, a gente não tem nenhum lugar. Nosso usuário vem pra cá e a gente tem que liberar e ele vai para rua. Aí como é que a gente vai fazer um acolhimento, recuperar dessa forma? Não existe uma rede de atenção psicossocial em Maceió. Essa é a nossa realidade.”(P5)

De acordo com notícias veiculadas na mídia, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas e a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió encontram-se discutindo estratégias para a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Alagoas.

A criação da RAPS atende à Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro 2011, que 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.

Os CAPS AD III constituem pontos de atenção que integram o componente Atenção Psicossocial Especializada da RAPS. Esta Rede tem como objetivos gerais ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Para o desenvolvimento do cuidado continuado e articulado em redes é necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora. Seria um sistema de referência e contrarreferência, como um tramado de cuidados (CORTES et al, 2014).

Na fala do profissional acima percebe-se a angústia pela falta deste tramado de cuidados em Maceió, desta rede que deve possibilitar o cuidado integral. A inclusão da família como alvo do cuidado através do acolhimento nos objetivos gerais desta rede, expressa a importância que a mesma assume não só por constituir o meio social do indivíduo, mas por necessitar de cuidado também, por isso espera-se que a mesma seja contemplada no cuidado quando da implantação da rede no estado de Alagoas e na capital.

Outros ruídos, que emergiram não através das entrevistas, mas da observação da pesquisadora e seu registro num diário de campo dizem respeito a duas ações que causaram inquietação: a revista dos usuários ao adentrarem o serviço e a suspensão dos mesmos em casos de descumprimento de regras.

Na revista aos usuários, os monitores fazem a procura por objetos perfuro-cortantes e por substâncias químicas no corpo dos usuários, palpando suas vestimentas; e em seus pertences, na tentativa de evitar a presença de tais objetos no serviço. A revista também é feita aos pertences dos familiares quando na oportunidade das visitas.

Já a suspensão, consiste no afastamento do usuário das atividades cotidianas de sua reabilitação, quando incorre em atos de descumprimento de regras, como a utilização de

substâncias dentro do serviço, ameaças ou agressões físicas feitas aos demais usuários ou aos profissionais. A suspensão varia de acordo com a ação e pode ser de até 6 meses, sendo avaliada pela equipe. Neste período, segundo a coordenação do serviço, o usuário comparece apenas para as consultas médicas e com o psicólogo, não podendo participar das demais atividades. No entanto, presenciou-se um episódio em que uma usuária suspensa reivindicava seu direito à consulta médica, o qual havia sido negado.

Nas situações observadas, o que causa estranhamento é que em nenhum outro serviço de saúde ocorre a revista de quem procura atendimento. Por ser um serviço fruto da reforma psiquiátrica, com vistas à desinstitucionalização e de portas abertas, a revista causa ainda mais inquietação, nos remetendo à violência institucional.

Para o Ministério da Saúde (2013) a violência institucional nos espaços de saúde é:

Aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2003, p. 21).

Embora nas duas situações a violência seja o pano de fundo sob o qual se estabelece as ações, e seja usada como justificativa para a realização das mesmas, observa-se principalmente que a suspensão está pautada na intenção de punir para educar, reproduzindo esta antiga ideia utilizada à época dos manicômios.

De acordo com Cristo (2012) durante séculos, o tratamento a que os chamados loucos eram submetidos nos manicômios, tinham como objetivo punir para reeducar. Não sendo livre para fazer escolhas, pois a loucura justificava qualquer ato de violência, o psicótico não seria culpado de seus atos, mas paradoxalmente o tratamento visaria restabelecer essa consciência que foi perdida com a loucura e tal restabelecimento só poderia ser feito através de castigos.

Nessa ambiguidade o pensamento do tratamento moral foi se construindo e, até hoje, muitos profissionais da saúde, questionam a ausência de razão do usuário que age com violência, já que é considerado corresponsável por seu atendimento, e acabam agindo também com violência através da punição velada em sua relação com esse usuário (CRISTO, 2012, p.65).

A suspensão no entanto, não se trata de uma punição velada, mas explícita, embora outras formas de punição velada possam também estar presentes e não terem sido percebidas.

Ambas as ações, suspensão e revista, não têm amparo legal para serem executadas. Talvez possam até ter sido incluídas no Regimento Interno do serviço, o qual negou-se o acesso, contrariando todos os preceitos de um serviço voltado para a reabilitação psicossocial,

onde deve haver respeito à autonomia e liberdade das pessoas, aos direitos e às singularidades.

Embora estas ações contrariem todos os princípios e diretrizes de um serviço substitutivo, elas revelam o medo e a impotência dos profissionais diante da violência e a falta de preparo/ condições que possibilitem lidar com ela de maneira a não violar o direito do outro.

Não se tem neste estudo a intenção de criticar os profissionais, senão de provocar a reflexão sobre tais práticas, acreditando que o acolhimento pode abrir espaços de discussão entre profissionais e usuários do serviço, possibilitando encontrar melhores estratégias de enfrentamento à violência.

5.2.3 – Caminhos e possibilidades de acolhimento às famílias no CAPS AD

Na última categoria temática sugerem-se caminhos e possibilidades de acolhimento às famílias no CAPS AD, para que possam cada vez mais participar do processo de cuidar e ser cuidado, sendo ora cuidador, ora sujeito a quem se destina o cuidado.

O cuidado diário que recai sobre a família é identificado em vários estudos sobretudo como uma sobrecarga seja ela econômica, social ou pessoal (NÓBREGA, CORIOLANO, 2011; BORBA, SCHWARTZ, KANTORSKI, 2008; KOGA, FUREGATO, 2002; PEREIRA, PEREIRA JÚNIOR, 2003).

Esta sobrecarga, somada ao cansaço físico e mental pode tornar o provimento de cuidado um ônus constante ao familiar. Essa sobrecarga parece contribuir para esgarçar uma possível relação de afeto e de reciprocidade entre paciente e familiar, tornando-se desgastante para o cuidador e dolorosa para o paciente (LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Desta forma, é comum o rompimento dos laços familiares, quebrando-se o vínculo daquele que faz uso de drogas com sua família. Com esta quebra dos vínculos, muitos desses indivíduos acabam por tornarem-se moradores de rua, dificultando ainda mais o contato do serviço de saúde com a família e, por conseguinte o estabelecimento de vínculos.

A necessidade de resgatar/ ampliar o vínculo com a família é expressa pelos profissionais:

“Eu acho que o Caps ele está precisando realmente investir nesse resgate do vínculo familiar, eu acho que a família não está ainda inteirada nem muito junto ao tratamento não, precisa dar um foco maior nisso.”(P6)

“Eu acredito assim: de imediato alguns familiares não querem contato nem com o serviço nem com o usuário. Mas o serviço tem que articular isso, isso também é acolher! Tem que fazer com que o familiar se aproxime da recuperação do usuário, porque depois ele vai retornar para casa, porque essa é a proposta, que ele volte pra casa, que ele volte para a família, que ele volte para o contexto dele e se a gente não consegue ter o contato com a família, a gente não está acolhendo também” (P5)

“Eu acho que talvez na escuta a gente criar uma forma de ouvir mais, ampliar, ouvir a família na primeira escuta, e no decorrer do processo ampliar os vínculos, porque a gente tem muita dificuldade ainda do contato, mas pela questão do rompimento familiar.” (P3)

O estabelecimento de vínculos dos profissionais com a família facilita a parceria almejada pelo serviço, pois através do relacionamento gera-se uma ligação mais humana, mais singular, que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

A parceria entre o serviço e os profissionais através dos vínculos construídos possibilita à família renovar as forças dimensionadas para o cuidado, uma vez que se torna possível compartilhar as vivências, o sofrimento, a sobrecarga a que está exposta.

Participar, estar próximo, junto, fazer em conjunto se constituem práticas construídas no dia a dia da vivência do sofrimento psíquico. Essa relação, esse vínculo, reverte-se em confiança, em caminhos menos sofridos, menos estigmatizados e mais partilhados para inventar novos modos de atenção em saúde mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Nas falas acima se observa ainda a importância que os profissionais dão à participação da família no contexto de cuidado, essa, no entanto não pode ser entendida apenas como o provedor do cuidado, mas como aquele que também necessita dele, tendo em vista as dificuldades que enfrenta e a sobrecarga a que está exposta.

O trabalho com as famílias portanto, requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e

conviver numa família, onde há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore. (SANTIN; KLAFKE, 2011)

Embora muitos profissionais mencionem a situação de rua dos indivíduos atendidos no CAPS e conseqüentemente a sua desvinculação à família, há também aquelas famílias que não estão tão participativas dentro do serviço, como menciona o profissional e o familiar a seguir:

“Muitos não tem família, vivem na rua e a gente não consegue identificar quem é a família. E alguns que a gente consegue, a gente não consegue mobilizar para vir até aqui.”(P7)

“Eu acharia assim, que os outros familiares viessem, porque é muito bom.”(F5)

No contexto do relacionamento interpessoal, é comum se agregarem juízos de valor aos comportamentos humanos. Representando a família como um grupo “desinteressado”, pela falta de participação no serviço, ou pela participação não tão frequente, culpabilizando a família, o trabalhador vai transformando a “aliada” em “vilã” do tratamento. De um lado, o trabalhador acolhe, mas responsabiliza; de outro, a família, que se afasta porque quer, pode ou porque necessita reorganizar-se e cuidar de outras demandas, muitas vezes esquecidas pelos encargos do sofrimento mental (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Esta realidade de afastamento da família, culpabilização pelos profissionais, requer um olhar cuidadoso, especialmente nos casos em que há a quebra de vínculos familiares, uma vez que rompido o vínculo, a culpabilização pelos profissionais pode acarretar um maior afastamento da família, contrariando o preconizado pelo modelo de atenção psicossocial vigente, que traz a família como aliada, buscando preservar os laços afetivos e familiares.

O cuidado dos trabalhadores, livre dos juízos de valor negativo (afasta-se, nega, não aceita, desconhece), deve encarar a família como uma aliada no processo de tratamento do usuário. Independente de conhecer ou não, aceitar ou não, afastar-se ou não, inclusão implica valorização das subjetividades e protagonismo. Um protagonismo que é construído na convivência recíproca do cotidiano, quando serviço e família se entendem como parceiras, compartilham as dificuldades e propõem alternativas. Famílias e serviço, juntos, constroem relações genuínas, onde os juízos de valor moral que não agregam crescimento humano dão lugar à flexibilidade, à autonomia e à participação horizontal (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010, p. 111).

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada. (SANTIN; KLAFKE, 2011)

De acordo com os profissionais é preciso estabelecer novos mecanismos para a aproximação das famílias:

“Acho que talvez a gente tenha que encontrar técnicas mais eficientes para trazer a família até aqui.”(P7)

Para isto, sugere-se a busca pela efetiva territorialização do serviço através das visitas domiciliares.

“Eu acho que o serviço ainda precisa articular uma equipe voltada para a visita domiciliar, voltada para trazer a família mesmo para o serviço para conhecer como funciona, além do grupo familiar, devia articular no território, porque aqui é um serviço de territorialização, então a gente sair daqui, ir mesmo para casa, para articular lá dentro, eu acho que o que está faltando é isso.”(P5)

“Em muitas coisas (precisa melhorar), acho que fazer visita à família em casa, o principal também, porque muito bem eu venho pra reunião, conto os problemas de casa, mas meu marido não quer participar da reunião, ele diz que quem usa drogas isso é uma safadeza, que isso não é uma doença... aí em casa ele quer bater no meu filho.”(F4)

Para conhecer as necessidades é preciso ultrapassar os muros do CAPS e ir ao encontro do que é real na vida das pessoas, ao contrário de permanecer ensimesmado no serviço. É principalmente fora da instituição que se delineia o cotidiano dos indivíduos, composto por suas relações, pelos espaços por onde circulam, por seus afazeres. É ali que as respostas às necessidades devem ser contempladas (LEÃO; BARROS, 2012).

É no território que é possível visualizar o cotidiano das famílias, ver a olhos nus a realidade que vivenciam. É principalmente nos espaços extramuros que é possível conhecer o outro sem as vírgulas, ou os parênteses, muitas vezes impostos pela rigidez institucional e

buscar encontrar soluções possíveis ao sofrimento vivenciado, acolhendo às suas necessidades.

Num serviço como o CAPS, pautado na territorialização, é preciso “raciocinar com os pés”, pois os pés necessitam conhecer a comunidade. Tem-se que atravessar, em comprimento e em largura, a comunidade, viver o cotidiano fora do ambulatório, dentro, ao contrário, do “laboratório da vida”. Só então será possível compreender como se sedimentam as relações, como se cria o sofrimento, como se produz saúde. O território não é só um espaço, são as pessoas, os cidadãos, são as histórias dos homens (VENTURINI, 2010).

Através das visitas domiciliares, ação no território, é possível adentrar no mundo das famílias, sendo necessário entendê-la como uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário; conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares; abordar questões que vão além da doença e que contemplem também os problemas sociais e emocionais; proporcionando, assim, orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde, e buscando singularidades na forma de cuidar (SAKATA et al, 2007).

O reconhecimento do domicílio como um dos espaços de atenção em saúde mental aponta para a comunidade como um espaço social a ser explorado. Contudo, as suas ações devem estar orientadas para o cenário do mundo social, rompendo com os limites espaciais do serviço e do domicílio, englobando outros espaços sociais (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

O profissional sugere:

“A gente poderia ter mais proximidade com os grupos que já existem o AL-ANON, o NAR-ANON, para familiares de usuários de substância psicoativas. É uma saída (o grupo), porque nem todo familiar pode vir ao CAPS para participar do grupo que é feito aqui.”(P4)

Apesar dos grupos de auto-ajuda direcionados para os familiares de pessoas que fazem uso de drogas, a exemplo dos Grupos de auto-ajuda para familiares de alcoolistas – AL-ANON e de dependentes químicos em geral – NAR-ANON, não estarem contemplados atualmente nas políticas públicas como um dispositivo formal da rede de atenção psicossocial, representam uma das formas de participação da sociedade civil na rede de atenção. São organizações que prestam ajuda aos familiares e amigos, encorajando interações sociais através de atividades de grupo onde há o compartilhamento de experiências numa atmosfera de apoio protegida pelo anonimato.

Considerando que o reforço do apoio social consiste numa intervenção efetiva, o profissional da saúde, especialmente do CAPS, pode atuar de modo a articular o serviço com as demais organizações de apoio, como os grupos de auto-ajuda, fortalecendo a ação comunitária na tomada de decisões. Nesse sentido, possibilita-se a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, para a compreensão do problema e elaboração de estratégias para resolução através do processo de capacitação dos indivíduos para melhorar e controlar sua saúde (LIMA; BRAGA, 2012).

Outro caminho apontado pelos profissionais e familiares para a inserção da família no serviço diz respeito ao aumento do número de grupos destinados aos familiares e à flexibilização dos horários de realização dos mesmos:

“O que ainda faltam são mais grupos familiares, não só à noite, porque alguns não vêm pelo horário, porque moram distante, porque começa de 18h, então eu acho que poderia ter grupos durante o dia, teve até uma proposta de fazer, mas não foi firmado. E grupos com mais dias, dois dias na semana, um dia no final de semana.”(P2)

“Por sinal já chamei até uma colega minha, que está passando por um momento difícil. Mas ela trabalha, só chega à noite e o horário dela não dá. Podiam ter outros grupos em outros horários.” (F6)

Depreende-se das falas acima que a realização do grupo de familiares num único dia da semana, à noite, inviabiliza a participação de alguns familiares, especialmente aqueles que provêm o sustento da família. A abertura da equipe de profissionais à formação de novos grupos em outros horários, para além do estabelecido, possibilitaria a inclusão destas famílias muitas vezes desejosas em participar, mas que não tem oportunidade para tal.

Deve ser tarefa prioritária da equipe de saúde mental criar espaços permanentes com capacidade de oferecer escuta qualificada às famílias cuidadoras. As intervenções precisam ser pensadas de maneira compartilhada, visando ajudar as famílias na superação de dificuldades. Isso implica repensar e reorganizar o cuidado operado no cotidiano nos dispositivos de atenção psicossocial. (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013)

Neste reorganizar o cuidado é necessário incorporar a ideia de que as famílias são também alvo do cuidado prestado e que o serviço precisa se adequar para atender às suas necessidades. A flexibilização seja de horários de grupos voltados para os familiares, ou qualquer outra atividade no serviço deve buscar atender às demandas daqueles que necessitam

do cuidado e não daqueles que prestam o mesmo. A abertura do serviço ao atendimento das singularidades aproxima as famílias e possibilita aumentar os vínculos.

A interdisciplinaridade ruidosa apresentada na categoria temática anterior reflete também na realização dos grupos de famílias e dá lugar à proposta de participação de outros profissionais no grupo.

“Então eu acho que poderia ter mais grupos e com profissionais diferentes, pela humanização, não só psicóloga e assistente social, eu acho que todos os profissionais deveriam se envolver, pra ouvir essa família, para entender o que se passa, é muito importante isso.”(P2)

“Acho que talvez ofertar mais atividades para eles[...]cada profissional ofertar o que tem de melhor para essas pessoas. (fala em relação ao grupo família)”(P7)

A participação de somente duas categorias profissionais como mediadoras do grupo de famílias, restringe o leque de saberes disponíveis. A participação das demais categorias profissionais no grupo, ao contrário, amplia os diversos olhares a respeito da vivência desses familiares e possibilita a busca por possíveis soluções aos problemas enfrentados, haja vista a complexidade das questões envolvendo a dependência química e a família.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento aos familiares apresenta-se ainda em construção no CAPS ad.

As concepções e práticas de acolhimento estão inter-relacionadas com o processo de trabalho, pois as mesmas influenciam significativamente este. Além disso, o processo de trabalho é um lugar estratégico de mudança, no qual, por meio das relações profissionais-familiares-usuários, é possível lutar pelo compromisso com a vida, sendo as necessidades reais atendidas de forma acolhedora, estabelecendo-se uma escuta qualificada, buscando fortalecer os vínculos com corresponsabilização e restituindo a autonomia dos sujeitos.

Evidenciou-se, neste estudo, a concepção de acolhimento como ato de recepcionar, assumindo diferentes significados para familiares e profissionais. Revelou-se como tecnologia leve dos processos relacionais, não exigindo profissional específico, dia ou hora para acontecer.

Trata-se de uma prática de cuidado presente em todas as relações em que há o encontro profissional-usuário, a qual se materializa na escuta qualificada, no vínculo, na corresponsabilização e compromisso, e na busca pela autonomia.

A demanda excessiva; o despreparo dos profissionais; o acolhimento focado na dependência da pessoa às drogas; a dificuldade no trabalho interdisciplinar; e a ausência de uma rede de atenção estruturada quebram o silêncio do processo de trabalho, configurando-se como entraves ao mesmo e acabam por apontar novos caminhos a serem trilhados pela equipe na busca do acolhimento efetivo às famílias.

A ampliação dos vínculos, as visitas domiciliares e a parceria com serviços comunitários como os grupos de ajuda mútua, além de modificações na operacionalização dos grupos destinados à família dentro do serviço, possibilitam vislumbrar o investimento necessário ao acolhimento das famílias.

É preciso, contudo, ir além, buscar cotidianamente estratégias criativas e possíveis de acolhimento e aproximação com as famílias, considerando suas necessidades singulares e decorrentes da interferência da dependência química nas relações familiares. Para isso, faz-se necessário possibilitar encontros.

Em todo processo de trabalho em que as relações se esgarçam, impede encontros e coloca sob risco a possibilidade de escuta, construção de vínculos e acolhimento. Desta forma não há cuidado. Assim, o processo de trabalho hoje instituído no serviço solicita ser revisitado a fim de promover estes encontros.

Este estudo não esgota o debate sobre a temática em questão e abre espaços de possibilidades para futuras investigações. Ao promover uma autorreflexão de profissionais e familiares acerca do acolhimento evoca a intervenção na realidade objetiva, o aprimoramento das relações interpessoais, modificações no processo de trabalho e fortalecimento de vínculos para tornar o atendimento no CAPS ad congruente com o acolhimento.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. T.; SOUSA, M. L. T.; QUINDERÉ, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP** - 8(2), São João del-Rei, julho/dezembro/2014.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M.G.F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (3): 821-841, 2013.
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F.; ARANHA E SILVA, A.L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41 (Esp): 815-9.
- BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.
- BIELEMANN, V.L.M. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In: ELSÉN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. (org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR): Eduem; 2004. P.199-215.
- BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm** 2008;21(4):588-94.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica nº 8, 2ª ed. Brasília: MS, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **[HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS](#)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. 104p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack/ no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Texto preliminar destinado à consulta pública).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. d. 5. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha: Direito à saúde mental.** Brasília: PFDC, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>> Acesso em 30 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria GM nº 130** de 26 de janeiro de 2012 – Redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassinforma/anexo_130_rep_mai_2013.pdf> Acesso em 30 ago. 2014.

_____. **Portaria GM Nº 3.088** de 23 de dezembro 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso em 30 ago. 2014.

_____. **Portaria GM Nº 336** de 18 de fevereiro de 2002 – Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo.php?id=603>> Acesso em 30 ago. 2014.

_____. **Portaria GM Nº 816** de 30 de abril de 2002 – Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>> Acesso em 30 ago. 2014.

_____. **Portaria n.º 305/SAS** de 03 de Maio de 2002 – Aprova , na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-305.htm>> Acesso em 30 ago. 2014.

_____. **Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BREHMER, L.C.F., VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde coletiva** . 2010 Nov; 15(Supl 3): 3569-3578.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(2): 393-400.

CAMPOS, G. W.S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, 1(2)79-95, 1992a.

_____. **Reforma da Reforma, repensando a Saúde**. HUCITEC, S.P., 1992b.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera dos sujeitos da mudança. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p.85-112, 2011.

Cartilha Direito à Saúde Mental. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/> Acesso em 30 ago. 2014.

CEBRID. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. d.], -- São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento do Centro de Atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto [dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP:2003.

COIMBRA, V. C. C. et al. The technologies used in the working process of the psychosocial care unit with sights to reach the comprehensiveness. **R. pesq.: cuid. Fundam. Online** 2013. Abr./jun. 5(2):3876-83.

COLVERO, L. A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2):197-205.

CORTES, L.F. et al. Atenção à usuário de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** 2014 jan/mar;16(1):84-92.

CRISTO, D. A. Grupo terapêutico no CAPS: cuidado a homens com sofrimento mental e histórico de violência. **Rev. NUFEN [online]**. v.4, n.2, julho-dezembro, 61-70, 2012.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. S.P., Duas Cidades, 1979.

DOUNIS, A. B. et al. **Projeto terapêutico institucional do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas III Dr. Everaldo Moreira**. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Dr. Everaldo Moreira. Maceió, 2013.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**. Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.

FALK, M.L.R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2008, vol.24, n.1, p. 17-27.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saúde em Debate**, v.29, n.31, p.385-96, 2006.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2):143-51.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 132-40.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades @**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270430>> Acesso em 30 ago. 2014.

INOJOSA, R.M. **Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários**. In: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

JORGE, M.S.B et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: Sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 1. sem. 2002.

- LEÃO, A.; BARROS, S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, 2012.
- LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B. Grupo de auto-ajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 887-95.
- LOPES, G.V.D.O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev Bras Enferm.** 2014 jan-fev; 67(1): 104-10.
- LUZARDO, A.R.; WALDMAN, B.F. Atenção ao familiar do idoso com doença de Alzheimer. **Acta. Sci. Health Sci.**, v.26, n.1, p.135-45, 2004.
- MALTA, D.C; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, 7(1):61-66, jan./jul., 2003.
- MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.
- MARQUES, P.A.; MELO, E.C.P. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Esc Enferm USP.** 2011; 45(2):374-80.
- MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação** v.13, supl.1, p.771-80, 2009.
- MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.
- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, in MENDES, E.V.(org.) **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Ed. Hucitec, São Paulo,1994.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: Processo de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.
- MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE E. (org.) **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, 2003.

- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997a. p. 71-112.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997b. p. 117-60.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do Processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S.F.(org.) **Democracia e Saúde**. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.
- MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In MERHY, E. E; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde: Um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997 p.113-150.
- MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.
- MIELKE, F.B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** 2010;12(4):761-5.
- MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MOZATO, A.R, GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.
- MS e Sesau discutem estratégias para criação da Rede de Atenção Psicossocial em Alagoas**. Noticiado em 22/01/2014. Disponível em: <http://www.tribunadoagreste.com.br/noticias/?vCod=13890> > Acesso em 30 ago. 2014.
- NUNES, D. C.et al. “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...” In: SANTOS, L. M. B.(org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.
- NÓBREGA, S. A.; CORIOLANO, M. W.L. Experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.2, p.101-107, 2011.
- OLIVEIRA, A. et al. Communication within the context of user welcoming into a family health unit in São Carlos, São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.749-62, out./dez. 2008.

- OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIM, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.
- PAIM, J.S. Medicina Comunitária, introdução à uma análise crítica. **Revista Saúde em Debate**, No 1, p.912, 1976.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. Saúde Coletiva: uma "nova Saúde Pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, 32 (4): 299-316 1998.
- PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.13, supl.1, p.701-8, 2009.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11): 4541-4548, 2011.
- PELISOLI, C.et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**.Campinas, 31(2) ,225-235, abril - junho 2014.
- PEREIRA, M.A.O; PEREIRA JÚNIOR,A.P. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev Esc Enferm USP** 2003; 37(4):92-100.
- PINHEIRO, R. O cuidado em saúde. In: PEREIRA,I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio(EPSJV), 2009. 478 p.
- PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. **Cogitare Enferm**. 2009 Out/Dez; 14(4):612-9.
- _____. Psychiatric reform, mental health workers and the family's "partnership": the discourse of distancing. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.103-13, jan./mar. 2010.
- PULIDO, R.; MONARI, M.; ROSSI, N. Institutional therapeutic alliance and its relationship with outcomes in a psychiatric day hospital program. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v.22, n.5, p.277-87, 2008.
- RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(Número Especial 2):61-7.
- SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm** 2007 nov-dez; 60(6): 659-64.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, 2004.

SCHNEIDER, D.G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 81-9.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP** 2008; 42(1): 127-34.

SELEGHIM, M.R. et al. Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** set.-out. 2011;19(5).

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva**. Ed. Hucitec, São Paulo, 1998.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(org) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ IMS/ ABRASCO; 2006. p.241- 257.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A.L.S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 5, n.1, 1º semestre de 2005.

SOUZA, A.C.S.; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, p. 91-93, 2013.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

TENÓRIO, T. C. V. N. M. et al. **Por uma atenção universal, integral, equânime, descentralizada e com controle social na atenção psicossocial e à pessoa com uso de substâncias psicoativas na cidade de Maceió**. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Dr. Everaldo Moreira. Maceió, 2012.

VASCONCELLOS, V.C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD** 2010; v.6, n. 1.

VENTURINI, E. “O caminho dos cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22 – n. 3, p. 471-480, Set./Dez. 2010.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista : família

1. Conhecendo o familiar, áreas mais afetadas da relação, problemas gerados, caminhos percorridos e chegada ao serviço.

Perguntar qual o parentesco, idade, desde quando ele tem tido problemas com a droga, e como isso tem afetado a relação familiar? É você quem o acompanha mais de perto?

Qual o caminho percorrido até chegar ao serviço? Como foi que ele chegou aqui? Por quem ele foi recebido? Como ele foi recebido?

2. O acolhimento propriamente dito, profissionais e espaços de atenção disponíveis.

E agora qual o profissional que o acompanha mais de perto?

E a família quem são os profissionais que você tem contado? (se possível identificar com quais profissionais não mantém contato e por que)

Quando é que você tem oportunidade de ser atendido ou de falar sobre suas angústias?

Você poderia me descrever como é este atendimento?

3. Concepções, descrição e expectativas de acolhimento pelo familiar

Para você o que é ser acolhido?

Como você identifica estar sendo acolhido?

Você, enquanto familiar de uma pessoa que usa drogas, com todas as dificuldades que este problema traz, quais suas expectativas em relação a este acolhimento?

Quando é que você identifica que não foi acolhido nas suas necessidades?

4. Avaliação deste acolhimento pelo familiar

Como é o acolhimento realizado às famílias neste serviço?

O que facilita e o que dificulta este acolhimento neste serviço?

O que você acha que ainda poderia ser feito para acolher estes familiares?

Você, enquanto familiar poderia dar uma **mensagem** para os serviços que atendem pessoas que tem o mesmo problema do seu ente?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista: profissional

1. **Conhecendo o profissional, sua formação, caminhos percorridos e chegada ao serviço.**

Perguntar qual a formação, em que instituição formou-se, idade, tempo de formação.

Quais os caminhos profissionais percorridos até chegar ao serviço? Há quanto tempo atua no serviço? Profissionalmente como você se sente atuando aqui?

2. **O acolhimento propriamente dito, atuação profissional e espaços de atenção disponíveis.**

Na sua prática, quais os membros da família mais envolvidos no cuidado aos parentes que fazem uso de drogas?

Quando é que você tem oportunidade de realizar o acolhimento às famílias?

Você poderia me descrever como é este atendimento?

3. **Concepções, descrição e expectativas de acolhimento pelo profissional**

Para você o que é acolher?

Como você identifica estar realizando o acolhimento?

Você, enquanto profissional do serviço, com todas as virtudes e dificuldades que o mesmo apresenta, quais suas expectativas em relação ao acolhimento às famílias?

Quando é que você identifica que um familiar não foi acolhido em suas necessidades pelo serviço?

4. **Avaliação do acolhimento pelo profissional**

O que você acha do acolhimento realizado às famílias neste serviço?

O que facilita e o que dificulta este acolhimento neste serviço?

O que você acha que ainda poderia ser feito para acolher estes familiares?

Você, enquanto profissional poderia dar uma **mensagem** para os familiares atendidos pelos serviços de atenção psicossocial?

APÊNDICE C – Diário de Campo

Diário de Campo
Cenário: CAPS AD III
Dia: _____ Hora: _____
Atividades Desenvolvidas
Observações
Impressões/ Sentimentos

ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética



Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 18 de fevereiro de 2013.

PARECER CONSUBSTANCIADO

I) IDENTIFICAÇÃO:

Protocolo nº: 1574/12 **Título:** O acolhimento ao familiar da pessoa que faz uso de crack em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas

Grupo III Área de conhecimento: Ciências da Saúde **Código:** 4.04

Pesquisador Responsável: Mércia Zeviani Brêda.

Instituição Responsável: Universidade Federal de Alagoas

Data de Entrada: 09/07/2012

Analisado na 143ª Reunião Ordinária

Data da Reunião: 12/12/2012

II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

De acordo com o Ministério da Saúde entre os objetivos do CAPS, encontra-se o incentivo para que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços, pois os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo. Os familiares podem participar dos CAPS diretamente nas atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. Desta forma, o acolhimento pode ser utilizado como estratégia de inclusão da família no contexto dos serviços substitutivos, porque, a partir dos vínculos criados nos espaços de acolhimento e escuta, a família se sente fortalecida para lidar com o sofrimento psíquico e tem a possibilidade de reorganizar seu núcleo familiar, contribuindo para a reinserção social e a reabilitação do seu familiar que faz uso de crack. O objetivo desta pesquisa é compreender como acontece o acolhimento ao familiar da pessoa que faz uso de crack em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. Esta pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas localizado no Município de Maceió. Amostra será de 9 profissionais e 5 a 8 familiares de referência (por possuírem maior vínculo com o drogadito). Serão entrevistados familiares de referência (com o qual possui maior vínculo, ou laços estreitos) para a pessoa que faz uso de crack atendida no CAPS ad. Desta forma, cessaria a inclusão de novos sujeitos à pesquisa. Recrutamento dos sujeitos: A aproximação com os sujeitos dar-se-á através da participação da pesquisadora nas atividades grupais realizadas com familiares no CAPS ad. A participação dos sujeitos da pesquisa será livre e esclarecida. Desta forma serão considerados sujeitos partícipes deste estudo os indivíduos que aceitarem participar do mesmo e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão incluídos neste estudo, todos os profissionais de nível superior que possuam vínculo com o serviço e que realizem atendimento aos familiares de pessoas que fazem uso de crack no centro e um familiar de cada pessoa que faz uso de crack atendida no serviço há no mínimo um mês, até que haja a saturação dos dados e excluídos os profissionais de nível superior que não atendem os familiares de pessoas que fazem uso de crack no centro, ou que não possuam vínculo com o serviço e os familiares que estejam participando do serviço em tempo inferior a um mês e os familiares de pessoas que fazem uso de outras drogas. Procedimentos: Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas e/ou filmadas com o consentimento dos entrevistados, podendo ser realizadas nos centros de reabilitação. Serão realizados ainda registros em diário de campo. Análise dos dados será de acordo com a análise de conteúdo. Os riscos à saúde dos sujeitos decorrentes da participação neste estudo são mínimos, podendo haver desconforto gerado aos sujeitos pelas emoções sentidas ao verbalizar a situação vivenciada, tais como tristeza, medo, vergonha. Tais desconfortos serão minimizados através da atitude empática da pesquisadora frente às experiências dos sujeitos, pela participação da pesquisadora nas atividades em grupos com famílias, possibilitando a criação de vínculos e pelo fato dela não pertencer ao serviço. Benefícios: Espera-se como resultado deste estudo o preenchimento das lacunas do conhecimento acerca do tema e após compreendido como acontece o acolhimento aos familiares de pessoas que fazem uso de crack : 1) Fornecer subsídios para a melhoria da qualidade do Acolhimento na modalidade do dispositivo de saúde mental em que a pesquisa será realizada; 2) Favorecer a interação entre os familiares, usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e 3) Promover a sensibilização maior dos profissionais da equipe para os aspectos subjetivos da relação profissional/usuário/família no que trata ao acolhimento a pessoa com uso do crack. Ao final do estudo será elaborada uma cartilha de orientação aos profissionais sobre o acolhimento ao familiar da pessoa que faz uso de crack e um artigo para publicação em revista indexada. A pesquisa será interrompida caso não haja adesão por parte dos sujeitos em participar das entrevistas e/ou atividades outras que inviabilizem a constituição de um grupo de sujeitos através do

qual seja possível obter os dados necessários, caso haja problemas graves de saúde com a pesquisadora ou desligamento da mesma na IES.

III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):

Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

IV) CONCLUSÃO DO PARECER

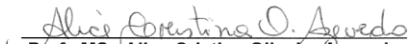
APROVADO

V) CONSIDERAÇÕES

Ilma. Profa. Dra. **Mércia Zeviani Brêda**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 14/05/2013 e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

Atenciosamente,


Profa MSc Alice Cristina Oliveira Azevedo
Coord. do COEPE/CESMAC