

## **Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde**

### **Reception in the Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs: concepts of health professionals**

Aline Teles de Andrade<sup>1</sup>

Maria Lidianny Tributino de Sousa<sup>2</sup>

Paulo Henrique Dias Quinderé<sup>3</sup>

#### **Resumo**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com o propósito de conhecer as concepções sobre acolhimento dos trabalhadores de saúde do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de Sobral-CE. O estudo foi realizado com quatro trabalhadores de saúde responsáveis por realizar a atividade de acolhimento. Para coleta de informações, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Os achados apontaram para as categorias triagem e porta de entrada; o acolhimento como dispositivo propiciador de recomeço, de retomada do tratamento e manutenção do vínculo do usuário com o dispositivo de saúde. No que concerne aos fatores que precisam ser trabalhados com vistas à qualificação da prática do acolhimento, emergiram necessidade de aprimorar a comunicação da equipe, tempo reduzido para acolhimento e ambulatorização do acolhimento.

**Palavras-chave:** Centro de Atenção Psicossocial; Saúde Mental, Dependência Química; Acolhimento.

#### **Abstract**

This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach and the purpose of learning the concepts of reception of the health professionals of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) of the city of Sobral, in the State of Ceará. The study was conducted with four health professionals in charge of conducting the activities of reception. For the collection of information, a script of semi-structured interview was used. The findings suggested the categories triage and port of entry; the reception as a device providing a restart, of resumption of treatment and maintenance of the connection of the user to the health device. In relation to the factors which need to be developed for the qualification of the practice of reception, the need to improve the communication arose, as well as a reduced time for the reception and the development of the ambulatory reception.

**Keywords:** Psychosocial Care Center, Mental Health, Chemical Dependency, Reception.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, especialista em Saúde Mental pela UECE. Tutora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS, Av. Jonh Sanford, 1320, CEP: 62030-000, Junco, Sobral, Ceará, Brasil. Tel.: (88) 3614.5520. E-mail: alinetaid@hotmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, mestre em Saúde da Família pela UFC - Campus Sobral. EFSFVS, Av. Jonh Sanford, 1320, CEP 62030-000, Junco, Sobral, Ceará, Brasil. Tels.: (88) 3614.5520. E-mail: tributidany@gmail.com

<sup>3</sup> Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pela associação ampla IES UECE/UFC/UNIFOR. Rua João Melo 729, edifício Ana Melo, bloco B Apto. 50, CEP: 60426-050, Damas, Fortaleza, Ceará. E-mail: quinderephd@gmail.com

## Introdução

A escolha pela temática – o Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) – deve-se à inquietação que surge pelo fato retratado por meio da mídia (imprensa escrita e falada), nos diversos cenários do País, acerca da assistência pública aos usuários do Sistema de Saúde que acabam submetidos a longas filas de espera e até mesmo sendo negligenciados.

Como forma de situar o termo acolhimento, destaca-se o significado da palavra acolher segundo a ótica de diferentes estudiosos. No entendimento de Franco, Bueno e Merhy (1999), acolher significa, entre outras coisas, dar crédito, dar ouvidos a, tomar em consideração.

Colocando o Sistema de Saúde como pano de fundo, o acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada, além de ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos<sup>4</sup> nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, com o fim de alterá-las.

Franco et al. (1999) chamam atenção para o fato de que se deve construir uma nova ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. Desse modo, o acolhimento resulta das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso.

Silva e Mascarenhas (2004) denominam acolhimento a postura que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e cuidar de forma humanizada dos usuários e de suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e sujeitos que buscam os serviços de saúde.

Após essa breve revisão conceitual, percebe-se de forma mais nítida que o acolhimento não possui uma única interpretação nem um único objetivo, podendo ser entendido como dimensão espacial restrita à atividade de recepcionar os usuários na ocasião de sua chegada ou a um espaço adequado para tal, como atividade de triagem e encaminhamento de usuários para outros

dispositivos, como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho<sup>5</sup>, como dispositivo tecnológico e, finalmente, como dispositivo de efetivação do SUS (Brasil, 2006).

A concepção acerca da palavra acolher que perpassa este trabalho extrapola a ideia de espaço ou local no qual se faz a recepção dos usuários, ou mesmo do conceito de triagem. Aproxima-se de uma postura de corresponsabilização com a pessoa que procura o serviço trazendo as suas demandas. Assim, faz-se necessário que a equipe busque acolher o caso, investindo na construção de vínculo, empenhando-se em estabelecer possibilidades concretas de resolubilidade, evitando, dessa forma, encaminhamentos inadequados.

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).

Ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que diz respeito ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de Saúde Pública (Brasil, 2006). Isso se torna ainda mais relevante quando voltado para a realidade dos CAPS AD, em que os primeiros contatos realizados entre esse dispositivo e o usuário são cruciais para o processo de acompanhamento e tratamento, pois é nessa fase que se torna possível o estabelecimento de um vínculo entre a equipe multiprofissional e a pessoa com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A clientela desse tipo de dispositivo caracteriza-se, dentre outros fatores, por ser fortemente marcada pelo sentimento de ambivalência em relação a si e à necessidade de um tratamento. As pessoas que lutam contra a dependência geralmente chegam aos serviços especializados com motivações flutuantes e conflitantes, tornando-as mais sensíveis ao modo como são abordadas (Miller & Rollnick, 2001).

As colocações dos autores reforçam a ideia de que se faz necessário o acolhimento desses sujeitos nos serviços de saúde mediante a oferta de uma escuta qualificada e terapêutica por equipe multiprofissional desprovida de quaisquer preconceitos para com o sujeito, reconhecendo e respeitando suas necessidades e diferenças.

<sup>4</sup> Captar ruídos no sentido descrito por Franco et al. (1999), ou seja, perceber fenômenos, fatos, comportamentos que sinalizam a complexidade das relações e da problemática que deve ser trabalhada, apontando mudanças na dinâmica instituidora dos serviços em busca de um processo de cuidado usuário-centrado. O conceito *ruído* é balizado pelo trabalho de Flores (1989 citado por Jorge, 2002) e vem, em escritos da Saúde Coletiva, articulado à categoria conceitual *analisador* baseada na Análise Institucional.

<sup>5</sup> Processo de trabalho entendido, segundo Marx (1975), como ação humana na busca de imprimir valor-de-uso ao objeto sobre o qual atua por meio do trabalho.

Pressupõe-se que o entendimento do modo como os trabalhadores da saúde do CAPS AD compreendem o acolhimento propiciará a identificação de elementos, os quais orientarão na busca de intervenções para a qualificação da mencionada prática, favorecendo, assim, uma melhor adesão do usuário ao tratamento, reorganização da assistência, visibilidade dos processos de trabalho no CAPS AD e reconhecimento do acolhimento como um dos dispositivos para efetivação dos princípios do SUS.

No contexto do CAPS AD de Sobral-CE, ressalta-se que o acolhimento encontra ressonância com o cuidado dirigido ao usuário que busca o serviço, no sentido de não permitir a sua saída ou a sua transferência do serviço para outro dispositivo sem os encaminhamentos necessários para resolução do problema em questão. Diante do exposto, tornou-se relevante, neste estudo, compreender qual é o entendimento dos trabalhadores de saúde acerca do acolhimento realizado no CAPS AD de Sobral.

### **Caminho metodológico**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, qualitativo, pois tem como propósito conhecer as concepções dos trabalhadores da saúde do CAPS AD de Sobral, município localizado na região noroeste do estado do Ceará.

A escolha do local de estudo deve-se à relevância do tema e ao fato de o CAPS AD ser a unidade de referência no município de Sobral para o tratamento e acolhimento aos dependentes de álcool e outras drogas.

Torna-se, assim, importante mencionar que o acolhimento é um procedimento realizado no CAPS AD pelos trabalhadores de nível superior, objetivando oferecer pronto atendimento aos usuários que buscam o serviço sem agendamento prévio para consultas, emergências, retomadas do tratamento outrora interrompido e após alta hospitalar. Essa atividade exige um instrumental de qualificação técnica no contexto desse serviço de Saúde Mental, uma vez que nessa ocasião se avalia o estado geral do usuário, para que em seguida sejam definidas as condutas e os encaminhamentos adequados ao caso, tais como elaborar o projeto terapêutico<sup>6</sup> dele e estabelecer o terapeuta de referência do caso que será assistido.

<sup>6</sup> Projeto Terapêutico Singular é uma variação do “caso clínico” que possibilita a discussão e a construção por uma equipe multidisciplinar de um plano de ação, levando em consideração aspectos do cuidado ao sujeito não limitadas ao diagnóstico (Brasil, 2007).

Para selecionar os sujeitos do estudo, foram convidados todos os trabalhadores da saúde que realizam o acolhimento no CAPS AD de Sobral, os quais foram entrevistados intencionalmente.

O Setor de Psicologia não foi convidado a participar como categoria informante deste estudo, pois o serviço dispõe atualmente de uma profissional dessa categoria, que é uma das autoras deste trabalho.

Os trabalhadores médico e educador físico não realizam acolhimento em virtude da reduzida carga horária disponibilizada dentro do serviço, sendo priorizadas as atividades específicas das categorias às quais pertencem.

Além dos critérios citados, considerou-se fundamentalmente a aceitação e a não-aceitação dos trabalhadores de saúde na participação do estudo. Dessa maneira, a amostra intencional dos trabalhadores da saúde foi composta por dois enfermeiros, um assistente social e um terapeuta ocupacional.

O período de coleta de informações ocorreu no mês de outubro de 2010, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), FR – 373078.

Como mecanismos para obtenção das informações, utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas individualmente, a partir de um roteiro com três questões norteadoras, às quais direcionaram a coleta das informações com o intuito de contemplar os objetivos do estudo. A condução das entrevistas foi feita por uma profissional da saúde e foram registradas mediante a utilização de um gravador com a prévia permissão dos participantes.

Vale salientar que o instrumento foi submetido a um pré-teste realizado pela pesquisadora. Em seguida, foram realizadas as mudanças necessárias com o intuito de aprimorá-lo.

Para apresentação dos resultados, organizaram-se as informações mediante a aplicação de perguntas elaboradas, denominadas eixos principais. A partir das falas dos sujeitos do estudo, emergiram categorias dos referidos eixos que foram analisadas a partir de literatura pertinente. Foram atribuídos nomes fictícios aos sujeitos entrevistados na busca de manter o sigilo de suas identidades.

### **Resultados**

#### *Caracterização dos sujeitos*

Do total de quatro pessoas entrevistadas, três foram do sexo feminino e uma do sexo masculino, sendo dois pós-graduados (um em Saúde Mental e outro em Enfermagem e Obstetrícia) e dois realizando cursos de especialização em Saúde Mental.

No que se refere à formação profissional, observou-se que quem apresentava maior tempo de formação contava com dez anos de experiência, dois possuíam pouco mais de três anos e um tinha seis anos de formado. O mais velho do grupo apresenta 46 anos e o mais novo 27; os demais contam com 30 e 39 anos.

No concernente ao tempo de atuação no CAPS AD, observou-se que um trabalha no serviço há cinco anos, dois possuem pelo menos três anos de experiência e um tem menos de dois anos de experiência.

Diante do exposto, pode-se observar que houve predominância de pessoas do sexo feminino, com tempo de serviço igual ou superior a três anos. Todos os trabalhadores de saúde que realizam acolhimento no dispositivo ou já concluíram, ou estão finalizando cursos de pós-graduação.

## O Acolhimento no CAPS AD segundo os Trabalhadores da Saúde

### *Triagem e Porta de Entrada*

Neste eixo, de um modo geral, as respostas indicam que a dinâmica do acolhimento no citado serviço é fortemente marcada como um procedimento com características de triagem e porta de entrada (categorias emergentes), conforme se observa nos relatos que se seguem.

*É o momento em que colhemos a história do paciente, feito anamnese, o exame físico, exame mental do paciente. Momento em que a gente orienta quanto à dinâmica do serviço e quanto ao seu tratamento (Luz).*

Para Carvalho e Campos (2000), o termo triagem estaria mais direcionado ao interesse da instituição em filtrar quem pode ou não ser atendido, baseando-se na lógica e critérios do serviço, e não na necessidade da pessoa que o procura.

Por outro lado, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) diferencia acolhimento e triagem, na medida em que o primeiro não se limita a ser apenas uma etapa do processo, e sim uma ação que deve acontecer em todos os momentos e em qualquer lugar do serviço de saúde, não sendo atividade restrita de uma categoria específica.

É importante mencionar que, embora a atividade denominada de acolhimento no CAPS AD seja realizada somente por trabalhadores da saúde de nível superior, ela não se esgota na triagem ou na coleta das informações. Isso pode ser evidenciado a seguir:

*É feita a avaliação do caso do paciente, se seria necessário uma internação, alguma medicação, alguma interconsulta, se há algum risco de suicídio, risco a terceiros ou risco social (Luz).*

Mediante a contextualização das falas dos trabalhadores, pode-se perceber que à triagem a qual se referem está associada a necessidade de coleta de informações para elaboração de um projeto terapêutico individualizado, baseando-se nas necessidades apresentadas pelo usuário no momento do atendimento, e não apenas a filtragem de quem permanece ou não no serviço. Percebe-se um comprometimento do trabalhador com a continuidade do acompanhamento do usuário, seja no CAPS AD, seja em outro dispositivo.

A elaboração de um projeto terapêutico se configura como um aspecto primordial no que se refere ao início do tratamento de qualquer usuário que busca o serviço CAPS AD de Sobral.

Mediante a escuta e a coleta de informações realizadas no primeiro atendimento, possibilitado pelo acolhimento, elabora-se um projeto terapêutico individualizado que visa a atender às necessidades específicas do usuário. Em um momento posterior, o projeto é discutido com a equipe que acompanhará o caso, a fim de avaliar os encaminhamentos e levantar outras possibilidades terapêuticas.

Evidenciou-se nas falas a seguir que o acolhimento significa também um procedimento de porta de entrada do usuário ao promover a possibilidade de início ou retomada do tratamento, como também facilita o acesso dos usuários ao dispositivo de saúde.

*A dinâmica do acolhimento aqui funciona como a porta de entrada onde recebemos diversos casos para darmos encaminhamentos [...] a gente vê casos da seguinte forma: acolhida de familiares, de paciente em síndrome de abstinência ou intoxicação por diversos tipos de substâncias psicoativas [...] casos de busca ativa (Paz).*

Esse primeiro contato é realizado sem necessidade de agendamento prévio, possibilitando que o usuário seja atendido na ocasião em que sente necessidade ou vontade de um acompanhamento, sem ter que enfrentar filas de espera. Esse atendimento garante a continuidade do seu acompanhamento pela elaboração do projeto terapêutico nos primeiros contatos com o usuário, conforme explicitado outrora.

Outro fator que não se pode omitir desta análise é a avaliação feita pelos trabalhadores na ocasião do acolhimento, que, segundo a entrevistada Luz, promove uma avaliação de risco, a qual auxilia a definição de uma conduta adequada a ser tomada em cada caso.

Novamente, pode-se perceber uma convergência entre as ideias trazidas pelos trabalhadores da saúde e as preconizadas pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2006) ao considerar que avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau

de sofrimento físico quanto psíquico do usuário que chega ao serviço.

#### *Recomeço do tratamento*

Esta categoria emergiu dos relatos dos trabalhadores da saúde, os quais identificam o acolhimento com uma porta que está sempre aberta para receber. Nesse caso, trata-se não mais dos usuários que buscam o serviço pela primeira vez, mas daqueles que, por motivos que escapam ao objetivo deste estudo, interromperam o seu acompanhamento:

*Os pacientes não comparecem às consultas, aí eles vêm para acolhimento para serem agendados, agora alguns que fazem uso do acolhimento mais frequente eu percebo que são aqueles que têm dificuldade em aderir (Serena). De ele chegar sem ter nenhuma consulta de retorno marcada, por exemplo, facilitar essa [...] digamos que [...] essa reinserção dele, né? No tratamento e também até uma forma de a gente rever o projeto terapêutico, se for o caso, né? [...] discutindo o caso com o profissional de referência (Paz).*

Diante das falas explicitadas, o que ganha relevância aqui é a garantia de retomada do tratamento na ocasião em que o usuário sente necessidade e não no dia em que o trabalhador da saúde tem disponibilidade para atendê-lo. Tal possibilidade gera uma aproximação maior entre usuário, trabalhador e serviço de saúde, propiciando, assim, a formação de um vínculo que permeia as relações e contribuem de forma significativa para condução e evolução favorável dos casos.

Como destaca Rêgo (2009), o acolhimento constitui-se como primeiro contato com o usuário, identificando os elementos constituintes da problemática, os pontos de ancoragem entre o indivíduo e a droga, buscando, assim, um diagnóstico situacional que possibilite traçar uma primeira direção do que virá, em seguida, a se estabelecer como plano terapêutico. Dessa forma, retira-se a universalidade do fenômeno, tratando cada caso na sua singularidade, sem desconsiderar as ações coletivas.

Os estudos de Franco et al. (1999) tratam da inversão do modelo tecno-assistencial a partir do acolhimento como diretriz operacional, o qual propõe a organização do trabalho<sup>7</sup> de forma usuário-centrada, contemplando aspectos como a garantia de acesso a todos aqueles que buscam o

serviço de saúde; reorganização dos processos de trabalho a partir de equipe multiprofissional, não mais centrada na figura do médico; e qualificação da relação entre o usuário e trabalhador de saúde, mas em parâmetros humanitários e cidadãos.

#### *Manutenção do vínculo*

Nesta categoria, pode-se constatar que os aspectos referentes ao vínculo e ao acesso surgem novamente. Aqui, o trabalhador da saúde faz referência de maneira mais destacada à questão da responsabilização com a continuidade do tratamento.

*Dá uma organizada, aqui o acolhimento como uma forma de manter o vínculo independente da consulta, tanto é que eu oriento paciente que vê que vai perder consulta ter o acolhimento como elo de manutenção do contato, não digo mesmo a aderência ao tratamento, mas o contato com o serviço (Serena).*

Destaca-se que a formação do vínculo torna-se possível mediante a responsabilização dos trabalhadores da saúde em relação aos usuários assistidos e ao fortalecimento da confiança entre eles. Franco et al. (1999) reforçam o exposto ao tratar do acolhimento como dispositivo capaz de interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, com vistas à produção da responsabilização clínica e sanitária e à intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

A responsabilização não significa dizer necessariamente que o profissional se entenda como responsável pelo usuário, pelas suas ações e pelas suas decisões. Ela está muito mais relacionada a um compartilhar.

Nesse contexto, Merhy (2002) chama a atenção para a necessidade de se construir outro proceder em saúde que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores da saúde, na busca de uma resolubilidade que seja regida em favor do ganho de autonomia dos usuários.

*É fundamental o acolhimento [...] pelo vínculo e avaliação. O paciente chegar e não ficar solto no atendimento, e no CAPS AD principalmente por se tratar de dependência química. Quando ele tem a vontade de parar ele sabe que pode contar com o acolhimento a todo momento, né? (Luz).*

Essa nova forma de proceder em saúde está intimamente ligada ao protagonismo dos trabalhadores da saúde, no sentido de estes investirem de maneira permanente na relação com o usuário, nas relações com a equipe e no modo de produção do cuidado, sem, no entanto, tutelar o usuário com condutas paternalistas, mas incentivando-o a responsabilizar-se pelo seu

<sup>7</sup> Referindo-se à divisão das tarefas, ritmos e formas operatórias, bem como à divisão dos homens representada pela hierarquia para garantir essa divisão do trabalho (Dejours, 1992).

tratamento e por sua vida, assumindo, assim, uma postura cidadã.

O trabalhador de saúde se refere ao acolhimento como ferramenta em potencial para construção de vínculo, uma vez que aproxima quem presta serviço de quem o recebe de forma a personalizar a relação que ali se estabelece.

No caso da dependência química, a formação de vínculo torna-se ainda mais importante pelo fato de a clientela ser fortemente marcada por baixos índices de adesão ao tratamento.

Com base no exposto e na necessidade explicitada pelo trabalhador de saúde em garantir o acesso do usuário na ocasião da procura pelo serviço, ou seja, no momento em que surgem a necessidade e a vontade de procurar ajuda, o acolhimento é entendido como uma ferramenta que promove a inserção do usuário no serviço de saúde CAPS-AD de maneira facilitada, com baixas exigências e reduzindo os transtornos na ocasião da procura, como a necessidade de um agendamento prévio.

O estabelecimento de vínculo entre trabalhador de saúde e usuário aponta para outro elemento importante: a responsabilização. Merhy (1994) afirma que criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que o trabalhador de saúde se sensibiliza com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável, o que promove uma intervenção menos burocrática e impessoal.

Tal compreensão possibilita que os encaminhamentos, quando necessários, sejam feitos de forma compartilhada entre equipe, usuário e o dispositivo que irá recebê-lo, evitando que se caia na lógica do repasse do problema. Esse tipo de postura promove práticas de saúde humanizadas e centradas nos usuários, sendo as relações que se estabelecem nesses encontros importantes elementos para a produção de saúde.

Franco et al. (1999) argumentam que em todo lugar em que ocorre um encontro entre trabalhador de saúde e um usuário do sistema de saúde operam-se processos tecnológicos que visam à produção de escutas e responsabilizações com vistas à produção de saúde.

*É o momento onde ele pode interagir, recomençar o tratamento e ter aquele fortalecimento, aquele vínculo com o profissional e com a própria instituição (Lua).*

## **Fatores que devem ser trabalhados com vistas à qualificação da prática do Acolhimento no CAPS AD**

### *Adesão Familiar*

Nesta categoria, elencada pelo trabalhador da saúde do CAPS AD, foi expressa a necessidade de maior adesão do familiar ao tratamento como forma

de potencializar as intervenções da equipe técnica, uma vez que muitos usuários procuram o serviço quando já adquiriram vários prejuízos com a justiça e com a família. A baixa adesão dos familiares ao tratamento se evidencia pela frustração com as sucessivas recaídas do usuário ou com a necessidade de terceirizar o cuidado a uma instituição que resolva os seus problemas.

*Eu não vejo o que tem para melhorar no momento porque antes já tem a sala de espera antes do acolhimento, já faz todas as orientações, já facilita dentro do próprio acolhimento e eu vejo a necessidade que nós precisamos mais é do acompanhamento familiar junto do acolhimento, geralmente o paciente vem sozinho (Lua).*

A dependência química na dinâmica familiar acarreta elevado nível de estresse e sofrimento, transformando-se rapidamente em uma doença de todo o grupo familiar. São esses sentimentos que, por muitas vezes, acabam gerando outros complicadores, como isolamento, superproteção, exclusão, inversão ou abandono de papéis.

O problema mais comum é querer entender a dependência química de forma isolada, oferecendo a abstinência da droga e a intervenção pontual sobre o indivíduo como exclusiva intervenção terapêutica. Faz-se necessário intervir nos múltiplos aspectos envolvidos, tanto nas origens do problema quanto nas consequências que dela possam advir, sempre numa perspectiva polimorfa e interdisciplinar (Puentes, 2009).

Consonante com essa ideia, a inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido consideravelmente estudada. Stanton e Shadish (1997) referem-se às pesquisas que reforçam a ideia de que é preciso alcançar as famílias e trabalhar os vínculos entre seus membros, nos casos dos indivíduos adictos que querem sair dessa situação.

Muitas vezes, a dependência é encarada por alguns familiares como uma escolha, uma idiosincrasia relacionada à “fraqueza de caráter”, sem atentar para o contexto. A compreensão é do dependente como alguém que tem responsabilidade unicamente individual sobre seu problema, além de ser responsável pelo sofrimento de toda a família. Ou seja, seu comportamento não é concebido como doença e, por conseguinte, desobriga a família de uma análise mais acurada do que representa o usuário dentro do contexto familiar.

A experiência mostra que essa tendência a “abandonar” o dependente ao cuidado único dos trabalhadores da saúde do CAPS AD torna sua ressocialização muito prejudicada e não altera a dinâmica familiar de codependência. Essa postura pode levar, inclusive, a reforçar a ideia da dependência como “incurável”. Se por acaso o projeto terapêutico proposto pela equipe não for compartilhado pela família e não “dê certo”, cria-se

um clima favorável a pensamentos de que “é porque realmente não deve haver solução”, o que acarreta mais abandono do paciente.

Acredita-se que, na medida em que a família se envolve com o tratamento da dependência, ela é para o indivíduo uma rede de apoio no momento da abstinência e da reinserção social. Durante todo o processo, a família se enriquece em seu conjunto, fortalecendo-se e adquirindo recursos próprios para lidar com a situação de forma que todos os seus membros sintam-se competentes para cuidar de si mesmos.

Identifica-se que, no âmbito da atenção desenvolvida pelo CAPS AD, grande parte das famílias assistidas, infelizmente, recusa-se a participar do processo terapêutico. Elas geralmente apresentam dificuldades para entender e aceitar a necessidade de sua inserção no tratamento, preferindo, muitas vezes, acreditar que o problema não é seu.

A família, ao tratar a questão como um desvio de caráter, exime-se de sua parcela de responsabilidade no processo, o que resulta numa postura de exclusão do dependente químico do seio familiar, delegando tais responsabilidades a uma instituição, a qual deverá promover a cura.

*Necessidade de aprimorar a comunicação da equipe*

Este eixo surge a partir do relato de um trabalhador, o qual coloca a comunicação como importante ferramenta na qualificação do acolhimento prestado nessa unidade de saúde. Aqui, a comunicação está voltada principalmente para aquela estabelecida entre os trabalhadores da saúde.

*Eu acho, assim, que a gente precisa ter não necessariamente um protocolo, mas ter uma maior unificação dos profissionais, porque assim a gente consegue manter um diálogo legal entre todos os profissionais, mas às vezes falha um pouco na comunicação: eu atendo um paciente pela manhã, peço para ele vir a tarde e aí eu não evoluo o motivo da vinda dele, à tarde eu identifico essa não-evolução como uma falha na comunicação [...] eu acho que é mais é afinar essa comunicação (Serena).*

Dessa maneira, a comunicação configura-se em um instrumento valioso que opera o trabalho vivo<sup>8</sup> e em um veículo da relação, diferenciando-se daquela que se estabelece mediante intermediários impressos (o prontuário, a ficha de atendimento ou protocolos), os quais se estabelecem de forma fria e não-humana, esquecendo-se do que se dá entre as

pessoas que desenvolvem o trabalho nos diferentes setores.

Conforme relato da pessoa entrevistada, muitas vezes, as comunicações tendem a se estabelecer por meio de notificações em prontuários, dada a dificuldade de encontro com o colega ou mesmo pela dinâmica e rotina do serviço. A ausência de um momento no qual o caso seja discutido com o profissional que irá fazer o próximo atendimento, invariavelmente, gera impactos para o usuário na hora do seu atendimento, pois o profissional não está a par do caso. A informação, muitas vezes, fica registrada no prontuário do usuário, sem o conhecimento do profissional para o qual foi encaminhado, que só saberá no momento do atendimento.

Uma comunicação adequada pode evitar transtornos nas rotinas de trabalho entre trabalhadores e destes com seus usuários, assim como fugir de um trabalho voltado para o fazer técnico, com atos isolados, sem relação entre suas partes.

Neste estudo, a categoria emerge como um alerta quanto à forma de organização do trabalho que, muitas vezes, não favorece o estabelecimento de relações saudáveis na equipe de trabalho e não promove diálogos francos para que se possam esclarecer e elaborar quaisquer desentendimentos. Daí, a necessidade de a equipe investir em momentos que privilegiem a comunicação entre os seus membros, como as reuniões de equipe, as quais se configuram espaços de promoção do diálogo. Entretanto, para alcançar os resultados almejados, elas devem acontecer de forma sistemática, com periodicidade breve, pois isso possibilitará que os trabalhadores da saúde afinem os discursos, qualificando, assim, a comunicação.

Matumoto (1998), em seu estudo, aponta o acolhimento como um processo resultado de práticas de saúde, em que, na construção das relações entre o serviço e usuários, entre trabalhadores e usuários, a comunicação destaca-se como um dos aspectos fundamentais.

*Tempo Reduzido para Acolhimento*

Somente um trabalhador fez alusão à categoria referente à restrição do fator tempo no momento do acolhimento como algo com potencial de prejudicar a prática, uma vez que o usuário, não se sentindo bem acolhido, impactaria na formação do vínculo, e ele dificilmente retornaria ao serviço.

*Às vezes, a demanda é muito grande, então muitas vezes o tempo é reduzido [...] colher uma história mais superficialmente impacta na formação de vínculo do paciente, pode formar um vínculo muito superficial com esse paciente [...] ele teria mais coisas para contar [...] se o cliente não se sente bem acolhido ele não irá voltar (Luz).*

<sup>8</sup> Contribuição de Merhy (2002), que esclarece esse termo como sendo as produções/efeitos de gestão e cuidado no cotidiano dos territórios que articulam processos tecnológicos e relacionais.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) alerta para o fato de que a sistemática de acolhimento deve ser implantada na rede de saúde de forma integrada, pactuando e explicitando com os serviços suas responsabilidades com a atenção à demanda não agendada, visando à capacidade resolutive e à garantia de continuidade da atenção.

Segundo o relato da trabalhadora, a continuidade do acompanhamento é garantida. Entretanto, nas ocasiões em que o acolhimento necessita ser mais breve, em decorrência da grande demanda, corre-se o risco de, nesse primeiro contato, não se estabelecer uma relação de confiança entre o trabalhador e o usuário, e de esse último, por sentir-se mal acolhido, não comparecer ao atendimento no segundo momento e não aderir ao tratamento.

No CAPS AD, o fluxo de atendimento não é igual em todos os dias e turnos. Detecta-se uma variação natural conforme as particularidades sócio culturais do local. Assim, partindo-se desta análise, o tempo de atendimento varia conforme a demanda ou procura pelo serviço, exigindo do trabalhador maior flexibilidade e habilidade em lidar com a questão e aproveitar ao máximo o tempo que lhe é possível, a fim de promover uma vinculação com o usuário. Dessa maneira, em um segundo momento, a coleta mais detalhada das informações seria necessária à elaboração do seu projeto terapêutico singular.

#### *Ambulatorização do Acolhimento*

Nesta categoria, a questão mencionada pelo relato do trabalhador de saúde, com vistas a indicar elementos que possam qualificar sua atividade de acolhimento, relaciona-se à questão da ambulatorização do acolhimento.

*[...] Ter o cuidado na questão de não deixar é o acolhimento se tornar um momento de ambulatório [...] clientes que vêm mais para uma questão de medicação [...]* (Paz).

Alves e Guljor (2004) retratam a ambulatorização da demanda como um risco de se recair na psiquiatrização dos problemas sociais, ou seja, a porta de entrada do sistema de saúde, tratando-se, na verdade, somente de um espaço de triagem para a atenção especializada, ou, ainda, limitando-se a uma clínica cujo foco é a patologia.

Não é raro encontrar nos serviços de saúde casos de usuários que buscam o acolhimento apenas para solicitar medicamento, demonstrando total desinteresse em construir ou cumprir um projeto terapêutico singular que aborde suas questões de forma integral; o foco, muitas vezes, está na doença e no medicamento que a cure.

Tesser (2006) argumenta que, no processo de medicalização, há uma tendência à redução dos

adocimentos a problemas da “máquina humana” que a tecnologia irá resolver. Constata-se a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, por vezes desnecessários e, por que não dizer, danosos, ao passo que há uma desvalorização da abordagem do modo de vida, valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença. Tal processo gera um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adocimentos e das dores cotidianas, desembocando num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, dependência excessiva e alienação.

Para Franco et al. (1999), o fenômeno da medicalização está relacionado de forma direta à configuração dos modos de produção de saúde, que até os dias de hoje são fortemente marcados pelo saber médico, caracterizando-se, assim, como “produtores de procedimentos”. Ainda de acordo com os autores, o modelo médico hegemônico desenvolveu-se a partir de recursos que são disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado, equipamentos/máquinas e fármacos.

Entretanto, para que se possa falar num modelo assistencial centrado no usuário, faz-se necessário, além dos processos de trabalho multiprofissional, que estes estejam centrados em tecnologias leves/leve-duras<sup>9</sup>, como, por exemplo, a produção do cuidado, entendida como ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução.

Não se trata de negar o lugar e a importância que os medicamentos desempenham nos processos terapêuticos. Trata-se, sim, de alertar para a necessidade de que esses recursos não surjam de forma descontextualizada da vida do indivíduo que sofre, configurando-se uma “solução mágica” e contribuindo para a desresponsabilização do sujeito no seu processo de saúde-doença.

#### **Considerações finais**

O estudo possibilitou uma investigação acerca da prática de acolhimento realizada no CAPS AD de Sobral, a partir da concepção dos trabalhadores da saúde que desenvolvem essa atividade.

Ao longo das entrevistas, percebeu-se, de forma bastante nítida, que a atividade de acolhimento realizada no CAPS AD não se refere a uma

<sup>9</sup> Segundo Merhy (1997), incidem sobre o trabalho vivo em ato, sendo fundamental para a produção do cuidado, integrando técnica e interação humana. As tecnologias leves têm caráter relacional, ou seja, produzem-se nas relações entre sujeitos a partir do que cada um tem de singular para contribuir no processo de cuidado. As tecnologias leve-duras seriam uma espécie de capacidade expressiva dos conhecimentos técnicos.

atividade pontual, com vistas a filtrar os usuários que buscam o serviço, escolhendo aqueles que ficam ou não. Mostrou-se como uma atividade proporciona vários desdobramentos na rotina do serviço, estando intimamente relacionada aos processos de trabalho, à criação de vínculo e responsabilização, não se limitando à problemática de acesso à demanda.

Os trabalhadores entrevistados demonstraram que suas atuações estão focadas no usuário e na resolução das demandas. Mesmo não sendo detectada nos discursos a presença de conceitos concernentes à Política Nacional de Humanização (PNH), ficou clara a preocupação dos trabalhadores com o usuário, principalmente quando os sujeitos do estudo apontavam questões como adesão do usuário, forma como os encaminhamentos são feitos quando necessários e garantia de acesso nas diferentes etapas do tratamento.

Destaca-se que a prática de acolhimento na referida unidade transcende os procedimentos burocráticos, configurando-se uma postura diante do usuário e no modo de fazer saúde que, na PNH, é definida como “ética” no que se refere ao compromisso em acolher o outro em suas diferenças, sua forma de viver, sentir e estar no mundo (Brasil, 2006).

Os aspectos que visam à melhoria estão mais relacionados às questões referentes à organização do trabalho do que à produção do cuidado propriamente dito. Ficou explícita a possibilidade de essa ferramenta vir a ser deturpada em sua função primordial, tornando-se apenas um recurso para dispensação de medicamentos, colocando em risco a integralidade do cuidado e a autonomia do usuário. Também foi levantada a necessidade de uma comunicação mais aprimorada da equipe, pela qual esta deve se manter atenta para não restringir suas ações em um trabalho essencialmente técnico, caracterizado por atos isolados e sem relação entre suas partes.

Pode-se mencionar ainda a fragilidade de manejo dos trabalhadores de saúde em situações específicas como a abordagem ao familiar com resistência em aderir ao tratamento, assim como no manejo do fator tempo, que, conforme as especificidades de cada ocasião, pode se tornar um impedimento para a produção do vínculo e um atendimento integral de qualidade.

Durante a análise das categorias, a ideia de acolhimento apareceu interligada a outros termos como vínculo, acesso e responsabilização, não permitindo que fossem separados por completo ou compartimentalizados.

A análise permite inferir que, apesar de entrevistas não fazerem alusão ao acolhimento, conforme preconiza o Ministério da Saúde, os trabalhadores pontuaram a atividade realizada por eles como diretriz operacional que possibilita a

prática de um modelo assistencial humanizado, uma vez que os discursos em torno de sua prática estão focados, invariavelmente, no usuário.

Resta saber se a clientela do dispositivo consegue perceber essa postura por parte dos trabalhadores da saúde. Dessa maneira, a realização deste estudo torna o campo fértil para o desenvolvimento de outras pesquisas que abordem diferentes dimensões e perspectivas, possibilitando dessa maneira a reflexão/discussão permanente das práticas, com vistas à qualificação do cuidado prestado às pessoas com problemas relacionados à dependência química.

## Referências

- Alves, D. S. N. & Guljor, A. P. (2004). O cuidado em saúde mental. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (pp. 221-240). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de Produção à saúde*. Série B. Brasília, DF.
- Brasil. (2007). *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Carvalho, S. R. & Campos, G. W. de S. (2000). Modelos de atenção à saúde: A organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 507-515. Recuperado em 6 agosto, 2010, de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X200000200021&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200000200021&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X200000200021
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353. Recuperado em 6 agosto, 2010, de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X1999000200019

- Jorge, A. O. A. (2002). *Gestão Hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Marx, K. (1975). *O Capital: Crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Matumoto, S. (1998). *O acolhimento: Um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Merhy, E. E. (1994). 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 (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In O. C. L, Cecílio (Org.). *Inventando a mudança na saúde* (pp. 116-160). São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E. E., Chakkour, M., Stéfano, E., Stéfano, M. E., Santos, C. M., & Rodrigues, R. A. (2006). 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 E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: Um desafio para o público* (pp. 113-150). São Paulo: Editora Hucitec.
- Miller, W. R. & ROLLNICK, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Puentes, M. (2009). *Detrás de la droga: Raíces espirituales, culturales, sociales, familiares, psicológicas y orgánicas de la problemática de la drogadicción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rêgo, M. (2009). Toxicomania: Movimento de uma clínica. In A. Nery Filho, E. Macrae, L. A. Luiz Alberto Tavares, & M. Rêgo (Orgs.). *Toxicomanias: incidências clínicas e sóciantropológicas* (pp. 207-220). Salvador: EDUFBA: CETAD.
- Silva, A. G. & Mascarenhas, M. T. M. (2004). Avaliação da atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. In R. Pinheiro & Mattos R. A. (Orgs.). *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (pp. 241-257). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco.
- Stanton, M. D. & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface*, 10(20), 347-362.

Recebido: 06/08/2013  
 Revisado: 24/10/2013  
 Aprovado: 29/10/2013