



## Concepções e práticas de acolhimento aos familiares na atenção psicossocial em álcool e outras drogas

Conceptions and practices of embracement to the family members in psychosocial attention in alcohol and other drugs

Concepciones y prácticas de acogimiento a parientes en la atención psicossocial en alcohol y otras drogas

Gabrielle Leite Pacheco Lisbôa<sup>1</sup>, Mércia Zeviani Brêda<sup>1</sup>, Maria Cícera dos Santos de Albuquerque<sup>1</sup>

Pesquisa qualitativa, realizada de março de 2012 a fevereiro de 2014 para identificar e analisar concepções e práticas de acolhimento aos familiares de usuários de drogas, na perspectiva de familiares e de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em Maceió, AL, Brasil. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada com uso de roteiro previamente elaborado. A análise dos dados foi guiada por Bardin e sua discussão por referenciais de 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. No processo de trabalho, acolhimento às famílias expressa a necessidade da escuta qualificada, constituição de vínculo e corresponsabilizações.

**Descritores:** Acolhimento; Família; Serviços de Saúde Mental.

This is a qualitative research made from March 2012 to February 2014 to identify and to analyze conceptions and practices of embracement to the family members of the people who use drugs, from the family's and the professionals' perspective in a Psychosocial Attention Center specialized in Alcohol and Other Drugs in Maceió, AL, Brazil. Data collection was made by semi-structured interviews with the use of previously elaborated script. Bardin's thematic analysis and discussion approved by Merhy revealed it as an act of receiving. For professionals, it is an administrative reception, triage, and transfer of information. For the family members, it is always to be welcome. The practice, present in relations in which there is the encounter professional-user, materialized in family groups and listening. In the working process, embracement to the families expresses the need of qualified listening, constitution of bond and their co-responsibilities.

**Descriptors:** User Embracement; Family; Mental Health Services.

Investigación cualitativa, llevada a cabo de marzo de 2012 a febrero de 2014 para identificar y analizar las concepciones y prácticas de acogimiento a parientes de usuarios de drogas, en la perspectiva de parientes y de profesionales de un Centro de Atención Psicossocial Alcohol y Otras Drogas en Maceió, AL, Brasil. La recopilación de datos fue por entrevista semiestruturada, con uso del guión previamente producido. El análisis temático fue guiado por Bardin y la discusión por Merhy. Los resultados revelaron acogimiento como acto de recepción. Para los profesionales, es una recepción administrativa, selección, transferencia de información. Para la familia, es ser bien recibido. La práctica presente en las relaciones en las cuales hay el encuentro entre usuario y profesional se materializa en grupos familiares y en la escucha. En el proceso de trabajo, acogimiento a las familias expresa la necesidad de escucha cualificada, constitución de vínculo y de corresponsabilizaciones.

**Descritores:** Acogimiento; Familia; Servicios de Salud Mental.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

Autor correspondente: Mércia Zeviani Brêda  
Av. Álvaro Otacílio, 2.741, Apto 403, Ponta Verde, CEP: 57035-160. Maceió, AL, Brasil. Email: merciazb@gmail.com

## Introdução

No contexto atual, o Brasil busca novas alternativas para mudanças nas práticas cotidianas do fazer saúde, numa tentativa constante de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e trazer à tona novas maneiras de garantir seu funcionamento, capazes de responder às necessidades das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

Uma das maneiras é a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). Tal política, desde 2003, propõe-se 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, para uma atuação transversal e configurada em torno da humanização das práticas de atenção e gestão, como uma dimensão fundamental do sistema de saúde<sup>(1)</sup>.

Nesse processo de implementação, o acolhimento é a diretriz de maior relevância ética, estética e política da PNH<sup>(2)</sup>. Ele pode assumir diversas vertentes: pode ser confundido com as atividades realizadas na recepção de uma unidade de saúde ou até mesmo com a triagem nos serviços<sup>(1)</sup>. Sua compreensão pode ainda 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)<sup>(3)</sup>.

O acolhimento, no entanto, vai além de tudo disso. Não se trata de um espaço e nem de um local, mas de uma postura ética; não pressupõe hora e nem profissional específico para fazê-lo, mas implica compartilhamento de saberes. Não constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde<sup>(2)</sup>.

O acolhimento, enquanto diretriz da PNH, configura-se como uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário e de sua rede social por meio de parâmetros

técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo do processo de produção da saúde<sup>(2)</sup>.

Conforma-se, desse modo, no espaço intercessor (de encontro e intervenção) do trabalhador/ usuário, no qual ocorre um jogo de interesses (do serviço, dos trabalhadores e dos usuários) expresso na micropolítica do trabalho em saúde. Nesse jogo, seus agentes se fazem presentes, enquanto homens social e historicamente constituídos, com problemas e necessidades transferidas para o âmbito dos serviços de saúde. Nesse espaço, certa disponibilidade poderá estar presente ou não, especialmente dos trabalhadores, para construir uma relação mais humana, baseada no desenvolvimento das potencialidades das pessoas, mobilizando-as ou não para o uso das tecnologias disponíveis<sup>(4)</sup>, que favoreçam os vínculos.

Nesse sentido, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como leve (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização e acolhimento), leve-dura (saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como clínica médica, epidemiologia etc.) e dura, como no caso de equipamento tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais<sup>(5)</sup>.

A partir de tal classificação, o acolhimento 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<sup>(5)</sup>, localizando-o, dessa forma, na esfera dos processos de trabalho, que se revela na dinâmica das relações cotidianas entre profissionais, usuários e familiares do serviço.

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 implica estar atento e poroso às diversidades<sup>(2)</sup>, ao estabelecimento de relações com o mundo, de significações da vida, da saúde, da doença e do cuidado.

Dentre os serviços substitutivos, destaca-se

o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principal estratégia utilizada para a atenção à pessoa com sofrimento psíquico. É um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, cujas práticas se caracterizam por ocorrerem em ambiente acolhedor, com o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, e o propósito de realizar 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<sup>(6)</sup>.

Para atender às demandas específicas da população com problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad). Para tanto, ele desenvolve ações intersectoriais, e deve estar em constante movimento e reinvenção para realizar o acolhimento universal e incondicional<sup>(7)</sup>.

A problemática da droga afeta não somente as pessoas que fazem uso abusivo ou dependente, mas também os que lhes são mais próximos. Isso porque ela interfere progressivamente nos laços afetivos, comprometendo os relacionamentos sociais, de forma que os vínculos familiares se fragilizam e frequentemente rompem-se, marginalizando o indivíduo progressivamente<sup>(8)</sup>.

Cabe ao CAPS oferecer suporte e apoio aos familiares<sup>(7)</sup> para manutenção e fortalecimento desses vínculos, devendo reforçar e demonstrar a relevância da presença dos familiares no serviço, informando-os de que eles são parceiros e corresponsáveis pelo tratamento do usuário. É por essa participação que se pretende atingir a aderência ao tratamento: a partir do vínculo e da responsabilidade mútuos requeridos<sup>(9)</sup>.

Assim, no atual paradigma da atenção psicossocial, não se espera que as famílias simplesmente convivam com aquele que sofre, mas que elas também sejam compreendidas em suas dificuldades para lidar com tal realidade, a partir de espaços de participação e criação de estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado<sup>(10)</sup>.

Dessa 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 pode se sentir fortalecida para lidar com o sofrimento psíquico e ter a possibilidade de reorganizar seu núcleo familiar<sup>(10)</sup>.

Considerando a importância do cuidado prestado às famílias, este estudo objetivou identificar e analisar as concepções e práticas de acolhimento aos familiares das pessoas que fazem uso de drogas, sob a perspectiva dos profissionais do CAPS ad e dos familiares acompanhados por tal serviço.

O estudo tomou como referência produção teórica em que o acolhimento é considerado uma tecnologia e localiza-se na esfera dos processos de trabalho, uma vez que ocorrerá sempre que houver uma relação estabelecida entre trabalhador e usuário<sup>(5,11-12)</sup>.

## Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado entre março de 2012 e fevereiro de 2014, que possibilitou compreender e interpretar a problemática, através dos sujeitos e seus significados na produção dos resultados<sup>(7)</sup>. O estudo foi conduzido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS ad III) Dr. Everaldo Moreira, localizado na cidade de Maceió (AL).

A coleta de dados foi orientada pela técnica da entrevista, sendo utilizado um roteiro como facilitador de abertura do encontro, composto por questões disparadoras, que introduziram a temática. Foi perguntado aos profissionais: Para você o que é acolher? Como você identifica estar realizando o acolhimento? Você poderia me descrever como é este acolhimento? E aos familiares: Para você o que é ser acolhido? Como você identifica estar sendo acolhido? Você poderia me descrever como é este acolhimento?

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, foram transcritas pelo próprio pesquisador, seguindo-se por leitura

flutuante. Utilizou-se da análise temática para a descoberta dos núcleos de sentido que compuseram a comunicação dos sujeitos<sup>(13)</sup>. E a perspectiva teórica de Merhy possibilitou tecer aproximações com o processo de trabalho, tido como espaço estratégico em que as relações entre trabalhadores, usuários e familiares do serviço constituem o acolhimento em ato<sup>(5,12)</sup>.

Participaram seis familiares acompanhantes de pessoas atendidas pelo CAPS ad III e oito profissionais de nível superior, que exerciam suas atividades no serviço e realizavam atendimento aos familiares, independentemente do tempo de serviço na unidade de saúde.

As falas dos sujeitos participantes são representadas por: F ou P, para familiares ou profissionais respectivamente, acompanhado de número arábico que corresponde ao número do entrevistado. Foram incluídos, neste estudo, os sujeitos escolhidos que aceitaram participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e considerou-se o critério de saturação de dados<sup>(14)</sup>.

Os princípios éticos da pesquisa foram respeitados conforme determina a resolução CNS/MS 466/12<sup>(15)</sup>. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário CESMAC (COEPE) sob protocolo 1.574/12.

## Resultados

Dos seis familiares de pessoas atendidas no serviço entrevistados nesta pesquisa, cinco eram do sexo feminino. A idade variou de 27 a 72 anos, com média de 50,5 anos. Entre estes, três eram mães, os outros três familiares foram representados por uma esposa, uma avó e um pai. Quanto ao estado civil, duas eram casadas, duas solteiras, havendo ainda um divorciado e uma viúva. Quanto à escolaridade, três dos entrevistados eram analfabetos e sabiam escrever apenas o próprio nome; os outros três foram

representados por familiares que possuíam nível superior, nível médio e fundamental incompleto.

Entre os oito profissionais do CAPS entrevistados, sete eram do sexo feminino. A idade variou de 25 a 45 anos, com média de 33,2 anos, todos solteiros. As categorias profissionais foram assim representadas: dois enfermeiros, dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um educador físico e um médico. O tempo de formação variou de 8 meses a 22 anos, com média de 9,3 anos. O tempo de atuação no serviço variou de 1 semana a 2 anos, com média de 8,5 meses.

Para ambos os grupos de sujeitos, acolhimento é tido essencialmente como ato de receber, atestando que: *Ser acolhido é ser recebido bem* (F3). *Ser acolhida é na hora que a gente precisa, ser bem recebida* (F4). *É a pessoa ser bem recebido* (F5). *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).

O profissional compreende 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). *Dentre as práticas reveladas, acolher é você fazer uma escuta qualificada, é você entender que o indivíduo é um ser único, quando você atende a partir disso você cria um vínculo* (P2).

Existe uma relação do acolhimento com a escuta qualificada quando o profissional afirma: *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 por que 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).

A escuta qualificada deve ser destituída de

juízo. O profissional entende que: *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).*

Sobre a necessidade do não juízo, o familiar revela que na prática: *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).*

Sobre a formação de vínculo com a família, o profissional refere: *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).*

Ele revela a prática utilizada para construção de vínculos no grupo de famílias: *Tem o primeiro momento, que é aqui no CAPS, e sempre, a reunião de famílias, às quintas-feiras, para ter um vínculo (P1).*

Para o profissional do CAPS ad, no grupo de famílias, *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 o familiar, *a pessoa para ser bem atendida, e exigir as coisas também tem que ter o seu compromisso, participar das reuniões. Muitas mães aqui dizem: 'Para F5 é tão fácil conseguir as coisas!' Mas por quê? Porque quando elas me mandam ir eu vou, quando tem coisa da secretaria, palestra para a gente ir, que precisa de uma mãe, um familiar, eu estou lá (F5).*

Há uma corresponsabilidade mencionada também pelo profissional, quando afirma que: *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 contrapartida daquele que é acolhido, tanto de aceitar as regras do serviço, quanto de dar a contrapartida dele para que o serviço seja efetivo (P4).*

Há também a concepção de 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 para cá precisa do mesmo tipo de tratamento que é oferecido aqui (P6).*

## Discussão

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"<sup>(16:347)</sup>.

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 à 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<sup>(17)</sup>.

A partir da análise das falas, identificaram-se concepções e práticas de acolhimento e suas inter-relações com o processo de trabalho no CAPS ad.

Evidenciou-se o acolhimento como ato de receber, 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 concepções guardam significados diferentes para familiares e profissionais. Quando tomados isoladamente no processo de trabalho em saúde, o acolhimento nos remete a ações pontuais, isoladas, que podem evidenciar ou vir a comprometer a responsabilização e o vínculo<sup>(2)</sup>.

Compartilha-se, assim, a concepção do acolhimento enquanto tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde, que ocorre em todos os lugares em que se constituem os encontros trabalhadores-usuários<sup>(11)</sup>. 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. Por tal 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<sup>(2)</sup>.

Ainda assim, é necessário lembrar que nenhuma pessoa sente-se acolhida num ambiente em que é mal recebida. Dessa maneira, o acolhimento se dá também no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. Inevitavelmente, na recepção. O acolhimento é, portanto, um processo contínuo, e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços.

No que diz respeito à continuidade do acolhimento, fica explícito que sua prática ocorre no processo de relação trabalhador-usuário, num *continuum*, especialmente no campo da saúde, no qual se estabelecem as relações de cuidado. No trabalho em saúde, que é sempre relacional, as relações que se estabelecem podem ser sumárias e burocráticas, ou podem se dar como relações “interseçoras” estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. O termo “interseção”, nesse caso, designa o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço de 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<sup>(12)</sup>.

A noção de acolhimento, que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revela perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, pode-se afirmar 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<sup>(18)</sup>.

A prática do cuidado pela fala dos pesquisados baseia-se na tríade das tecnologias leves do processo de trabalho, qual seja: acolhimento, escuta qualificada e vínculo<sup>(19)</sup>. 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<sup>(16)</sup>.

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.

A escuta qualificada propicia o ler nas entrelinhas e requer uma disposição interna de acolher signos explícitos como não explícitos<sup>(19)</sup>. Ultrapassa a captação de mensagens verbais. O trabalhador, por meio da escuta, deve buscar ver o usuário além de sua queixa<sup>(4)</sup>. 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<sup>(20)</sup>.

No acolhimento às famílias, escutar qualificadamente significa emaranhar-se nos sentimentos, nas angústias, nos medos, nas expectativas, nos sonhos e em tudo aquilo que somente as palavras não poderiam jamais expressar.

Por esse motivo, quando o serviço se abre para a escuta, ele traz, para sua rotina de trabalho,

a dinâmica vivenciada no cotidiano das famílias, transformando esse ato num momento de interação e de compartilhamento de saberes.

Nessa relação trabalhador-usuário, toda forma de julgamento deve ser evitada, uma vez que as mesmas podem por um fim ao que seria a formação do vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança, tornando-se necessário, no momento em que se estabelece a escuta, não medir esforços para evitar o embate de ideias ou as convicções entre as partes.

Para os familiares, o acolhimento perpassa ainda a ideia de não julgamento, também sob a forma de expressões não verbais, como o olhar. Quando o serviço atende a essa expectativa de não julgamento, torna-se muito mais acolhedor na visão dos familiares.

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 também pela responsabilização e pelo compromisso.

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

Além disso, a escuta propicia o conhecimento mútuo entre familiar e profissional de saúde. Dessa 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 e nos grupos, e se tornando referência para o paciente, individual ou coletivo, para servir, assim, à construção de autonomia do usuário<sup>(4)</sup>.

Sobre a integração que ocorre nos diversos locais onde se estabelece a relação entre os sujeitos,

os profissionais nos revelam a formação de vínculos também no grupo de famílias. A participação dos profissionais no grupo proporciona uma relação de confiança e vinculação, na qual os mesmos acabam tornando-se referência de cuidado e atenção.

Para a equipe do CAPS ad, o grupo de famílias mostra-se como um espaço privilegiado de participação desses sujeitos no serviço de saúde; em que, por meio da troca de experiências, saberes e informações, tornam-se 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.

O acolhimento e o vínculo possibilitam a construção da autonomia mediante a 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, coprodução de si mesmo e do contexto. Nesse caso, a formação da atitude corresponsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito<sup>(17)</sup>.

A relação de cuidado que se estabelece entre a equipe do serviço e os familiares favorece a formação do vínculo, além da percepção da corresponsabilização e do compromisso necessário para a manutenção das relações entre os sujeitos.

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 a pessoa acolhida deve demonstrar envolvimento, participando ativamente da busca de soluções possíveis para a resolução de seu problema, dando um *feedback* ao serviço e contribuindo para a efetividade do cuidado.

Por isso, é importante salientar que o 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<sup>(2)</sup>; desde que a relação trabalhador, familiar e usuário do serviço ocorra sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania<sup>(5)</sup>.

## Considerações Finais

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 receber, 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. Destaca-se ainda o valor dos grupos de apoio às famílias, os quais constituem local privilegiado para a inserção e participação destas no serviço.

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 verdadeiramente acolhedor.

## Colaborações

Lisbôa GLP contribuiu para a concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Brêda MZ contribuiu para a concepção do estudo, orientação do mesmo, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Albuquerque MCS contribuiu com a redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl 3):3569-78.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2010. p. 89-111.
4. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Revista Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(6):1001-8.
5. Merhy EE, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde um*

- desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
6. Azevedo DM, Miranda FAN. A representação social de familiares nos Centros de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):354-60.
  7. Ministério da Saúde (BR). Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack/ no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
  8. Seleglim MR, Marangoni SR, Marcon SS, Oliveira MLF. Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5):1163-70.
  9. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):339-45.
  10. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2010 [citado 2014 fev 11]; 12(4):761-5. Disponível em: [revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6812](http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6812)
  11. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(4):514-22.
  12. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
  13. Fontanella BJB, Lechesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):389-94.
  14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
  15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
  16. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2):345-53.
  17. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3051-60.
  18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
  19. Oliveira FB, Silva JCC, Silva VHF, Cartaxo CKA. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Rev Rene*. 2011; 12(2):229-37.
  20. Coimbra VCC, Nunes CK, Kantorski LP, Oliveira MM, Eslabão AD, Cruz VD. The technologies used in the working process of the psychosocial care unit with sights to reach the comprehensiveness. *R Pesq Cuid Fundam*. 2013; 5(2):3876-83.