



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



CARINE DE JESUS SOARES

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE A
FAMÍLIA NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

JEQUIÉ-BA

2017

CARINE DE JESUS SOARES

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE A FAMÍLIA NO
CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA
2017**

S653 Soares, Carine de Jesus.
Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial/Carine de Jesus Soares.- Jequié, UESB, 2017.
79 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde), UESB,2017.

1. Saúde mental – Percepção de profissionais sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial 2. Filosofia em enfermagem – Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial I Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia . II. Título.

CDD - 616.89

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOARES, C.J. **Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial**. 2017. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Saúde pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.



Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Profª. Drª. Evanguelia Evanguelia Kotzias Atherino Santos
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Drª. Rozemere Cardoso de Souza
Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz

Jequié-BA, 21 de Fevereiro de 20 17

DEDICATÓRIA

À família França, em representação a minha avó materna, Lindaura França (In memorian) que, com muito amor, ensinou-me que o bem mais precioso que alguém pode ter é a família. Mesmo não estando entre nós, dedico a ti este trabalho, que é fruto de todas as nossas vivências que hoje perpetuam em nossa geração familiar. Te amarei eternamente.

À família Soares, em representação o meu avô paterno, Lourival Soares (In memorian). Contigo aprendi que somos capazes de conquistar os nossos objetivos. Força, trabalho, honestidade, sabedoria, comunhão, são sinônimos de cuidado que deixaste para nós. Sinto-me honrada de ser fruto de seu “Loro”, como carinhosamente o chamávamos. Esta dissertação representa mais um sonho que nossa família realiza, e é por isso, que dedico a ti, porque sei o quanto lutaste pela nossa felicidade. Amor sem fim.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Deus, pela oportunidade de vivenciar as maravilhas que Ele mesmo sonhou para mim. Sem a sua presença eu não teria chegado até aqui. Amor que me constrange em todo tempo, pois sei que não sou merecedora de tanta graça (favor imerecido). Serei eternamente grata a Ti, ó, Rei, por todos os benefícios feitos a mim. Obrigada, meu Senhor!

Aos meus pais, Edson e Elis Regina, por serem meu porto seguro, onde me aconcho e encontro paz. Sou fruto de seus ensinamentos, que estarão eternamente em mim. Com vocês aprendo que a família é o princípio de tudo. Obrigada por me proporcionar sempre o melhor que puderam, incentivando-me a ser melhor a cada dia. As palavras se perdem quando tento expressar o tamanho de minha gratidão que, por sinal, nunca poderá ser medida. Simplesmente amo vocês!

Aos meus irmãos, Ane Caroline e Edson Junior, pois sei que não estou sozinha; tenho vocês em todos os momentos. Por vezes os incomodei com minhas obrigações, mas permaneceram sempre dispostos a me ajudar. Muito obrigada por todo cuidado durante esta trajetória. Esta conquista é nossa... Amo vocês!

A todos os meus familiares, em especial às minhas tias Mismara França e Mônica França, que sempre estiveram presentes durante esta jornada. Agradeço a vocês pelo apoio e companheirismo;

À minha querida orientadora, Edite Lago. Como expressar a minha gratidão?! Você, que abriu a porta da sua "casa" para que eu habitasse dentro dela. Um abrigo de mãe, que me ensinou a dar os primeiros passos na vida científica. Serei eternamente grata à sua pessoa; à nossa relação, que extrapolou os muros da universidade. Nossas orientações sempre regadas a bons diálogos, lanches, ensinamentos, orações, que permitiram a criação de uma esfera intersubjetiva, culminando com a elaboração desta dissertação. Você me ensinou o caminho a ser percorrido, e agora, com as lentes da fenomenologia. Estendo os meus agradecimentos à sua família, que inúmeras vezes permitiram a sua ausência em detrimento de nossos encontros. Meus sinceros agradecimentos!

A Patrícia Anjos, um ser de luz. Sua bondade e humildade me ajudaram a trilhar este caminho. Agradeço pelo cuidado durante todos esses anos. Anjo não apenas no nome, mas na pessoa que é! Obrigada por todo carinho e atenção;

Aos profissionais, usuários e familiares do Caps ad, por me permitirem fazer parte de suas histórias. Sem vocês este estudo não teria sentido. Obrigada pela oportunidade de me tornar uma outra eu mesma;

Ao Grupo de Estudos Loucos por Cidadania, que representa a nossa família acadêmica. Vocês fizeram parte da elaboração desta dissertação. Agradeço, em

especial, à **Vanessa, Sâmia, Diego e Lucas**, por estarem sempre em prontidão a me ajudar. Ainda bem que pude contar com pessoas tão especiais. Muito obrigada;

Às professoras Evangelia Kotzias e Rozemere Souza, pela disponibilidade de fazer parte deste momento tão especial para mim. Sinto-me honrada em saber que esta dissertação tem contribuições de pessoas tão compromissadas e competentes. Feliz em tê-las neste processo. Obrigada por todo cuidado;

Às abençoadas do mestrado, Bárbara, Érica, Eliane, Maria Lidya e Patrícia, por compartilhar essa vivência comigo. Confesso que, com vocês, a aventura se tornou muito mais prazerosa. Cada uma com sua forma singular de cuidar de si e da outra. Louvo a Deus pela vida de vocês! Obrigada por permitirem que eu fizesse parte de suas histórias. Amo vocês!

Aos meus pastores Ivan Luiz e Neide Moura, por me ensinarem que a fé é o princípio de tudo, e que sem ela é impossível chegar a Deus. Vocês são fundamentais em minha vida. Agradeço pelas orações que me sustentam todos os dias. Amo vocês;

Aos meus amigos de ontem, hoje e sempre, por todo apoio para a realização desse sonho. Perdoem-me pela ausência em alguns momentos, mas sempre foi por uma boa causa. Amo cada um de forma particular;

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde, especialmente à prof.^a **Alba Vilela** e à prof.^a **Adriana Nery** pela responsabilidade e compromisso na formação de mestres aptos para o cumprimento de suas funções. Obrigada por tudo!

A todos os colegas da turma 2015.1, que construíram esse sonho juntamente comigo. Hoje tornam-se laços invisíveis, mas que estarão sempre registrados em minha memória;

À CAPES pela concessão de bolsa de Mestrado.

Enfim, como dizia Merleau-Ponty “***nós tomamos em nossas mãos o nosso destino, tornamo-nos responsáveis, pela reflexão, por nossa história, mas também graças a uma decisão em que empenhamos nossa vida, e nos dois casos trata-se de um ato violento que se verifica exercendo-se***”. Esse sonho se tornou real com a ajuda de vocês. Muito obrigada.

TREM BALA

Não é sobre ter todas pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós
É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito é saber sonhar
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema, sobre acreditar

Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações
A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim
Por isso eu prefiro sorrisos e os presentes
Que a vida trouxe para perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento
Sorriso a se compartilhar
Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Ana Vilela

RESUMO

A reabilitação psicossocial consiste em uma estratégia relevante para a reinserção social da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico, o que requer a articulação dos vários dispositivos que compõem a rede de atenção em saúde mental. O presente estudo objetivou compreender a percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo fenomenológico, na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, acerca da percepção. O cenário da pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Jequié, Bahia, Brasil. Participaram do estudo seis profissionais de saúde do Caps ad. As descrições vivenciais foram produzidas no mês de janeiro de 2016, por meio de dois encontros de Grupos Focais. Para análise das descrições vivenciais, utilizamos a técnica da Análise da Ambiguidade, que consiste em uma estratégia desenvolvida para a compreensão dos vividos intencionais a partir da suspensão de teses de serem as coisas em si mesmas. Este estudo atende às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados do estudo foram apresentados sob a forma de dois manuscritos: *Reabilitação Psicossocial: olhar de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, e Desafios na inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas*. Evidenciamos que é necessária a superação de vários desafios para a consolidação da reabilitação psicossocial, como por exemplo, a falta de participação da família nesse processo de cuidado, o que parece dificultar as ações desenvolvidas no serviço de saúde mental. Nota-se que a postura da família, nesse contexto, pode ser entendida como forma de cuidar de si. Portanto, os profissionais de saúde mental precisam estabelecer vínculo com os familiares dos usuários, a fim de que o cuidado seja compartilhado.

Descritores: Família. Filosofia em Enfermagem. Reabilitação Psiquiátrica. Saúde Mental.

ABSTRACT

Psychosocial rehabilitation consists of a strategy relevant to the social reintegration of the person who experiences psychic suffering, which requires the articulation of the various devices that make up the mental health care network. The present study aimed to understand the perception of mental health professionals about the family in the context of psychosocial rehabilitation. This is a phenomenological study, from Maurice Merleau-Ponty's perspective, on perception. The research scenario was a Psychosocial Alcohol and Drug Attention Center in Jequié, Bahia, Brazil. Six health professionals from Caps ad participated in the study. The descriptions were produced in January 2016, through two meetings of Focal Groups. For the analysis of the experiential descriptions, we use the Ambiguity Analytic technique, which consists of a strategy developed for the understanding of the intentional experiences from the suspension of theses of being things in themselves. This study complies with the norms of Resolution 466/2012 of the National Health Council. The results of the study were presented in the form of two manuscripts: Psychosocial Rehabilitation: Professional Look of a Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs, and Challenges in Inclusion of Psychosocial rehabilitation of drug users. We show that it is necessary to overcome several challenges for the consolidation of psychosocial rehabilitation, such as the lack of participation of the family in this care process, which hampers the actions developed in the mental health service. It is noted that the family posture, in this context, can be understood as a way to take care of itself. Therefore, mental health professionals need to establish links with the family members of the users, so that care is shared.

Descriptors: Family. Mental health. Philosophy in Nursing. Psychiatric Rehabilitation. Rehabilitation.

LISTA DE SIGLAS

Caps ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

GF- Grupos Focais

HGPV- Hospital Geral Prado Valadares

OMS- Organização Mundial de Saúde

PET- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PPGES- Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde

RAPS-Rede de Atenção Psicossocial

RD- Redução de Danos

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UESB- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1 UNIVERSO REFLETIDO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	11
2 REVISANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA BUSCA DE UM IMPENSADO ...	15
2.1 O CAPS AD NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: AS PRÁTICAS EM TENDÊNCIA	16
2.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À FAMÍLIA	18
3 A ILUMINAÇÃO FILOSÓFICA DE MERLEAU-PONTY PARA SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO	21
4 CAMINHO PERCORRIDO PARA A PRODUÇÃO DA INTERSUBJETIVIDADE ..	25
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	25
4.2 CENÁRIO DE DESCRIÇÃO VIVENCIAL	26
4.3 COLABORADORES VIVENCIAIS	27
4.4 4.4 OBTENÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS.....	29
4.5 A ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE: COMPREENSÃO FIGURA-FUNDO.....	31
4.6 DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO	32
5 EXPERIÊNCIA DE TRANSCENDÊNCIA NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS	33
5.1 MANUSCRITO 01: REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS: OLHAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL	34
5.2 MANUSCRITO 02: DESAFIOS NA INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS	52
6 O DESPERTAR PARA UM NOVO COMEÇO	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	73
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	74
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS	77
ANEXO – Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	78

1 UNIVERSO REFLETIDO DAS VIVÊNCIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Mas o sistema da experiência não está desdobrado diante de mim como se eu fosse Deus, ele é vivido por mim de um certo ponto de vista, não sou espectador, sou parte dele [...] (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 408).

Compreender a reabilitação psicossocial implica na necessidade de trazer à luz os conceitos veiculados no meio político-científico, tendo em vista que as práticas dos profissionais de saúde são subsidiadas pelo ideário teórico disponibilizado. Nesse contexto, elegemos dois autores clássicos brasileiros que discutem a temática de um ponto de vista amplo e com perspectivas que são consideradas mais próximas do “ideal”, são eles: Benedito Saraceno e Ana Pitta.

O pensamento elucidado por Saraceno revela que a reabilitação psicossocial deve ser pautada na singularidade da pessoa com sofrimento mental e valorização de suas potencialidades, o que desconstrói a ideia da reabilitação como algo estático, regido por normas técnicas instrumentalizadas, mas remete a uma estratégia capaz de criar possibilidades de mudanças, sendo primordial para a reconstrução da cidadania. Para esse autor, o processo de reabilitação psicossocial requer a contratualidade em três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Além disso, o processo deve envolver diversos atores sociais, tais como usuários, familiares, profissionais de saúde e a comunidade (SARACENO, 2010).

Para Ana Pitta, a reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica complexa, compreensiva e delicada, cujo cuidado é dispensado a pessoas vulneráveis às condições sociais desfavoráveis (PITTA, 2010). A autora faz, ainda, uma reflexão sobre a etimologia da palavra reabilitação, na qual desperta para o reducionismo que esse termo pode apresentar, pois denota o retorno de algo que se havia perdido, imprimindo a ideia de que reabilitar se resume a trazer os sujeitos à sua normalidade.

Justapondo os conceitos acima, vale, ainda, ressaltar a definição feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a temática em questão. Segundo a OMS, a Reabilitação Psicossocial configura-se como um processo pautado no fortalecimento das potencialidades dos indivíduos que estão desabilitados,

incapacitados ou deficientes. No caso do consumo abusivo de drogas, a reabilitação deve ser feita por meio de um conjunto de ações capazes de ampliar o leque de oportunidades para a pessoa, minimizando os danos causados pela cronificação da doença, por meio do desenvolvimento de práticas de cuidado, de forma a aumentar a sua independência na sociedade (OMS, 1995; 2001).

Nessa perspectiva, podemos considerar que a Reabilitação Psicossocial se configura como o principal operador teórico-prático que, a partir de um movimento intersubjetivo e dinâmico, tem como efeito processual a reinserção da pessoa nos variados pontos da rede de atenção psicossocial; sua genealogia advém da mudança paradigmática no campo da saúde mental, que redireciona as formas de cuidar da pessoa com sofrimento psíquico (PINTO; FERREIRA, 2010).

Desde o advento das discussões sobre a desinstitucionalização, muitos debates têm sido fomentadas sobre a temática da reabilitação psicossocial, via de regra, sobre os serviços que estão pautados na perspectiva dos princípios e valores da Reforma Psiquiátrica brasileira, impulsionada pela lei 10.216, que orienta as novas práticas em saúde mental (HIRDES, 2009). A finalidade de todo esse processo é ajudar pessoas a construir e/ou fortalecerem sua cidadania, o que implica no acesso ao direito de constituição afetiva, relacional, material, laboral e habitacional, estando, assim, inserida socialmente (PINHO et al., 2013).

Em consonância com esses ideais, a Portaria nº 3.088, criada em 23 de dezembro de 2011, orienta a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad), que agrega uma equipe multiprofissional, deve funcionar segundo a ótica interdisciplinar, em nível territorial. Desse modo, promove a articulação com os mais variados serviços comunitários, tendo em vista o desenvolvimento do cuidado por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, cuja construção deve envolver a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2011).

Essa portaria possibilita a regulamentação da Política Integral sobre Álcool e Outras Drogas, porque reconhece a família como integrante da rede de atenção ao consumidor de drogas, preconizando o suporte familiar como um dos componentes de cuidado da rede, considerando sua capacidade para acolher, encaminhar, prevenir, tratar, reconstruir a existência e criar alternativas para a promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2003).

No entanto, mesmo havendo uma legislação que preconiza a participação da família na reabilitação, percebemos que as famílias não têm marcado presença nas atividades desenvolvidas nos Caps ad e, mais ainda, que elas também necessitam de cuidados. Essa realidade foi observada no campo da saúde mental do município onde o estudo foi originado, desenvolvendo, além da pesquisa, atividades da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Além disso, ações de extensão, como as iniciadas no ano de 2012, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde Mental), momento em que também começamos a construir conhecimentos sobre o novo modelo de atenção psicossocial.

Por meio das vivências experimentadas em virtude das atividades do PET-Saúde Mental entre os anos de 2012 a 2014, incluímos na pesquisa o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCC) em Enfermagem, intitulado “Percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sobre a família no contexto da reabilitação”.

Ao finalizar o TCC, algumas das nossas indagações foram respondidas, visto que os resultados do estudo revelaram que, para os usuários do Caps ad, a participação da família no processo de reabilitação psicossocial é de extrema relevância, pois ela foi representada como agente do cuidado de si e do outro. No entanto, os familiares estão distantes desse processo, o que parece ser um dos impeditivos para a exploração de campos existenciais para o consumidor de drogas.

Percebendo o significativo papel da família no processo de reabilitação psicossocial e, tendo em vista sua participação efetiva como parceira da equipe de saúde do Caps ad, fomos instigadas a desenvolver o estudo de dissertação de mestrado com esta temática, na perspectiva de que, durante o desdobramento da pesquisa e por meio da intersubjetividade desenvolvida entre o pesquisador e os participantes do estudo, chegássemos à produção de estratégias de cuidado que fossem capazes de incluir as famílias dos usuários do serviço como coparticipantes do processo de reabilitação psicossocial.

Neste sentido, elaboramos a seguinte questão norteadora: **Como os profissionais de saúde mental percebem a família no contexto da reabilitação psicossocial?** E, como objetivo: **compreender a percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial.**

Logo, foi possível identificar teses enraizadas no contexto social que impedem a abertura às novas possibilidades de olhar para as potencialidades do consumidor de drogas e das famílias. Nessa direção, a partir dos resultados desse estudo e tendo em vista o embasamento do referencial teórico-filosófico utilizado, poderemos retomar as nossas vivências e ressignificá-las na perspectiva de que novos horizontes sejam revelados, de modo a subsidiar o planejamento e a implementação do cuidado no contexto da reabilitação psicossocial dos consumidores de drogas.

Acreditamos que o estudo contribuirá, também, como base teórica para a organização da RAPS no município, que atualmente pleiteia a implantação do matriciamento das equipes de saúde da Atenção Básica para o atendimento em saúde mental e a implementação da RAPS, o que requer a integração da família no âmbito do cuidado em nível do território.

Diante do exposto, compreendemos que a família tem um papel crucial na reabilitação psicossocial dos consumidores de drogas, e é relevante que assuma sua condição de coparticipante desse processo. Assim, considerando o nosso posicionamento teórico-metodológico – a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty –, empenhamo-nos em descrever as vivências, assim como elas ocorrem, sem nos preocuparmos com a explicação dos fatos, visto que compreendemos o mundo enquanto a representação de nossa vivência e não enquanto aquilo que pensamos sobre ele; estamos abertos ao mundo, portanto, não há dúvidas de que nos comunicamos com ele. Entretanto, não o possuímos, pois ele é inesgotável (MERLEAU-PONTY, 2015).

2 REVISANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA BUSCA DE UM IMPENSADO

Retornar as coisas mesmas é retornar a este mundo anterior ao conhecimento do qual o conhecimento sempre fala (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 4)

A busca pela lacuna do conhecimento permite encontrar o impensado, algo ainda não dito pelos autores que discorrem sobre a temática abordada. Nessa direção, o aporte teórico contribui para ampliar o leque de conhecimentos sobre o objeto de estudo, desvendando outras possibilidades de reflexões.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que consiste em descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, sendo realizado a análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas (ROTHER, 2007).

Essa revisão narrativa foi realizada a partir das buscas por publicações disponíveis nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Utilizamos como descritores: Drogas ilícitas x Família x saúde mental x reabilitação, com o operador boleado "AND", combinados entre si.

Elencamos como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra publicados nos últimos cinco anos, em português e/ou inglês. E, como critério de exclusão, utilizamos: artigos publicados com o período maior do que cinco anos e em outros idiomas que não fosse o português e o inglês. Além disso, foram utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde, como legislações e resoluções referentes à saúde mental.

Nesta perspectiva, o ponto inicial para essa discussão advém da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visa à reconstrução da concepção de loucura, enfocando a questão do sofrimento psíquico e repensando as formas de cuidado ao consumidor de drogas. Assim, fomos direcionados a contextualizar duas dimensões inerentes ao que já vem sendo expresso no campo científico, a saber: O Caps ad, na perspectiva da Reabilitação Psicossocial: as práticas em tendência; e, Atenção Psicossocial à Família.

2.1 O Caps ad na perspectiva da Reabilitação Psicossocial: as práticas em tendência

A proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira é redirecionar o modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para uma atenção integrada, baseada no território, possibilitando transformações nas dimensões culturais e legais. Em outras palavras, visa garantir a permanência das pessoas com suas diferenças na sociedade, na perspectiva de promover a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico (LUCENA; BEZERRA, 2012).

Um dos principais marcos históricos no campo da saúde mental é a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que foi embasado no desejo de desinstitucionalizar os internos – indivíduos que se tornaram moradores dos hospitais psiquiátricos, e propor ações em saúde mental nos territórios próximos ao cotidiano dos sujeitos com sofrimento psíquico, e implementar uma rede de serviços substitutivos de âmbito ambulatorial a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), normatizados pela Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 (MORAES, 2014).

Nessa perspectiva, a reestruturação do modelo de assistência tem como principal objetivo, em última análise, a reabilitação dos usuários e a sua reinserção social, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, cumprindo, assim, os pressupostos norteados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (PINHO et al., 2013).

As estratégias utilizadas para execução dessa proposta abarcam a RAPS, que foi estabelecida com a finalidade de criar, ampliar e articular os serviços de assistência à saúde dessas pessoas, tendo como principal objetivo a reabilitação e a reinserção social por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011).

A RAPS é composta pelos seguintes serviços: Atenção Básica; equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência; Atenção psicossocial especializada; Atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial); atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral); serviço Hospitalar de Referência;

estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Tais redes atravessam equipes e equipamentos de saúde, visto que podem se articular de uma unidade básica para emergência ou desta para um hospital. Desse modo, os caminhos a serem percorridos são acionados e definidos a partir de um Projeto Terapêutico Singular, sempre inerente às necessidades dos usuários e àquilo que está disponível para o seu cuidado (QUINDERÁ; JORGE; FRANCO, 2014).

Em pesquisa desenvolvida sobre inclusão social de pessoas com transtornos mentais, foi observado que quanto mais estas pessoas circulam pela comunidade, participando de diferentes ambientes sociais, mais elas fazem uso das possibilidades do contexto para construir uma rede de relações (SALLES; BARROS, 2013).

Essa conjuntura só pode ser melhor visualizada a partir do matriciamento em saúde mental na atenção básica, pois propicia a construção de um projeto terapêutico que não se limita às fronteiras de um dado serviço, mas que é diluído em variadas instâncias, articuladas por uma equipe de referência, com habilidade para mobilizar diversos atores e dar seguimento ao caso. Além disso, oferta um cardápio amplo de estratégias que enriquece o projeto terapêutico e viabiliza a articulação de redes de cuidados, através dos profissionais integrantes das equipes de matriciamento, explorando recursos comunitários e integrando todos os atores sociais envolvidos (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Assim, a produção da reabilitação psicossocial perpassa pela necessidade de implementação e fortalecimento da RAPS, como forma de enfrentar problemas relacionados ao modo de funcionamento dos serviços substitutivos e da rede de saúde de uma forma geral. A sua concretização é decorrente da singularização do olhar e do cuidado a partir da reconstrução das práticas mediante produção de novas ações em saúde mental (LUCENA; BEZERRA, 2012).

As práticas que favorecem a reabilitação psicossocial provocam certa instabilidade ao retirar os profissionais do lugar confortável de uma clínica restrita – que se entende como a relação de olhar para a doença – e inseri-los em um campo de ação terapêutica ampliada, em que a relação se dá na escuta qualificada do sujeito, e daquilo que ele refere como importante para o seu tratamento, para suas relações e trocas sociais, enfim, para a sua vida (RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

No que tange às práticas de reabilitação psicossocial utilizadas nos Caps ad, a literatura aponta como principais estratégias: o acolhimento dos usuários e o projeto terapêutico individual, construído e idealizado conforme suas necessidades e a realidade social encontrada, além do atendimento individual e de grupo. Como atividades coletivas, destacam-se: as oficinas terapêuticas, os encontros e os passeios externos ao Caps ad, as festividades em datas comemorativas, as assembleias e as reuniões, as atividades artísticas de expressão corporal, gestual e musical, dentre outras (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Tais formas de cuidado, por sua vez, não garantem ao usuário a condição de reabilitado psicossocialmente, de modo que as atuais estratégias de atenção em saúde mental devem desencadear nas equipes multiprofissionais do Caps ad a reestruturação das propostas de intervenção, no intuito de oferecer aos usuários espaços reais de trocas. Todavia, essa tentativa se esbarra com inúmeros problemas intra e extramuros, que vão desde a inadequação da estrutura do serviço (Caps), a falta de acesso ao lazer e de educação, até a dificuldade de inserção laborativa que a vida pública deveria oferecer a seus usuários (COSTA; BRASIL, 2014).

Portanto, a tentativa de proporcionar a reabilitação psicossocial requer que estejamos receptivos ao ineditismo e à polissemia da experiência humana, e que estejamos prontos a auxiliar os pacientes a viverem o presente de modo a sobrepujarem representações inertes e apáticas de si mesmos e de seus passados (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

Ao considerarmos a complexidade da temática e a necessidade de melhor concretização do modelo de atenção psicossocial, notamos que novas estratégias de avaliação desse modelo são necessárias para acompanhar sua implantação e funcionalidade, visto que suas práticas podem ser potencializadas a partir de reflexões aprofundadas, visando maior eficácia, efetividade e melhoria da vida dos usuários (LIMA; SCHNEIDER, 2013).

2.2 Atenção psicossocial à Família

A mudança no paradigma em saúde mental mostrou uma nova forma de cuidar das pessoas com sofrimento psíquico, pautado no trabalho humanizado, que prioriza

a reabilitação psicossocial; por outro lado, também revelou diversos desafios importantes, especialmente no que diz respeito ao lugar e à função dos familiares na sustentabilidade do projeto psicossocial. A instituição familiar que, anteriormente, situava-se em total exterioridade ao processo de cuidado, passou a lidar mais direta e cotidianamente com o familiar com sofrimento psíquico (DELGADO, 2014).

A inserção da família no contexto do cuidado pode ser percebida também nos serviços substitutivos que oferecem cuidado aos consumidores de drogas, a exemplo do Caps ad, em que a assistência prestada ao usuário inclui o atendimento à família e o desenvolvimento de atividades comunitárias (REIS et al., 2016).

O Caps ad tem a finalidade de apoiar as famílias das mais variadas formas, tanto proporcionando subsídios para que estas enfrentem as dificuldades intrínsecas à convivência com um ente querido com dependência química, quanto promovendo um ambiente de motivação para seu familiar em processo de reabilitação psicossocial (SENA et al., 2011).

A construção do vínculo entre equipe do Caps ad e familiares proporciona aos profissionais do serviço maior atenção à família, diminuindo a sobrecarga desta e potencializando, ainda mais, o cuidado aos consumidores de drogas, além de favorecer a troca de experiências em lugares acolhedores e facilitadores de ações entre a família, a comunidade e a equipe de saúde (ANDRADE et al., 2013).

Nessa direção, notamos que a parceria dos profissionais de saúde com a família pode ser bastante benéfica para o cuidado ao usuário, incidindo na diminuição das internações, na redução de conflitos familiares e diminuindo a sobrecarga sentida pelos cuidadores (BANDEIRA et al., 2011). Além disso, tem como prática em seus preceitos éticos, subsidiar os usuários e familiares, no sentido de ofertar cuidado a ambos (COSTA; GASPARINI; HILDEBRANDT, 2011).

A valorização e reconhecimento da família como unidade de cuidados favorece a inserção dessa entidade no processo terapêutico. Tal fato exige uma mudança imprescindível nas práticas terapêuticas, com o intuito de executar a nova proposta substitutiva/reformista (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Dessa forma, a família passa a ser considerada agente ativo, corresponsável pela efetividade do processo terapêutico e, conseqüentemente, pela reinserção social de seu familiar. Vale ressaltar a importância de a família conhecer as políticas que asseguram os direitos das pessoas com sofrimento mental, mais

especificamente daquelas que consomem drogas, a fim de que esteja respaldada legalmente para intervir nesse processo.

Entretanto, um dos pontos mais desafiantes na atualidade parece ser a adesão da família a esses novos princípios, pois implica em uma mudança paradigmática para os familiares, porque antes a família se mantinha afastada, como simples observadora dos acontecimentos; hoje, o serviço precisa estar com as portas abertas à família, integrando-a e incentivando sua participação nas atividades desenvolvidas pelos profissionais, dando, ao mesmo tempo, o suporte para que esta possa conjuntamente contribuir para a manutenção da saúde do usuário do serviço.

Nesse contexto, os serviços de saúde mental parecem pouco efetivos no acompanhamento cuidadoso que a política de saúde mental propõe, e isso, em certa medida, contribui para a sobrecarga das famílias, já que cabe a elas boa parte do amparo cotidiano ao consumidor de drogas, tendo em vista que precisam lidar com ansiedades e preocupações inerentes ao cuidado de si e de seu ente. Assim, os profissionais de saúde que atuam nesses serviços precisam refletir sobre a relação estabelecida com os familiares, a fim de torná-los parceiros no cuidado (REIS et al., 2016).

A partir desses discursos, compreendemos que a família tem um papel crucial para a reabilitação dos consumidores de drogas, sendo relevante que assuma o seu papel de coparticipante desse processo. Não podemos perder de vista que a família do consumidor de drogas é afetada, o que pode acarretar em mudanças tanto nos aspectos físicos quanto psicológicos dos familiares. Logo, essa instituição deve ser percebida como necessitada de cuidado, os quais podem ser compartilhados entre a equipe de saúde do Caps ad e a sua rede de contatos.

3 A ILUMINAÇÃO FILOSÓFICA DE MERLEAU-PONTY PARA SUSTENÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

O mundo fenomenológico não é a explicitação de um ser prévio, mas a fundação do ser; a filosofia não é o reflexo de uma verdade prévia mas, assim como arte, é a realização de uma verdade (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 19)

O estudo foi embasado na ontologia de Maurice Merleau-Ponty, na perspectiva de desvelar vivências e compreendê-las, a partir da relação dialógica pesquisador-participantes do estudo. Para esse autor, a percepção consiste em uma experiência dinâmica que sempre nos escapa como objetividade e, por isso, não se ocupa em explicar as vivências que lhe ocorrem, mas em descrevê-las (MERLEAU-PONTY, 2015).

A escolha desse referencial ocorreu por se adequar ao objetivo do estudo, cuja perspectiva é compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial. Estudo dessa natureza caracteriza-se pela descrição de vivências intuitivas, tais como elas ocorrem e se exprimem como objetividade; pauta-se na suspensão de teses que defendem ser as coisas em si mesmas, o que possibilita a construção do saber por meio da intersubjetividade, que se mostra na relação dialógica, sempre de forma ambígua (SENA; GONÇALVES, 2008; MERLEAU-PONTY, 2015).

O pensamento merleau-pontyana tem sua matriz teórica fundamentada na fenomenologia de Edmund Husserl, sendo este pioneiro a criar uma metodologia para descrever o vivido, através da experiência perceptiva. Sua intenção era o retorno ao modelo clássico de ciência grega, a qual tinha em sua essência o reconhecimento da unidade dos fenômenos, e restabelecer a filosofia como ciência rigorosa (SENA, 2006; SENA et al., 2015). Nessa perspectiva, Husserl desenvolveu a compreensão de consciência a partir do processo intencional, por meio da intuição fenomênica, a intuição categorial, a essência e o objeto (HUSSERL, 1983; SENA, 2006).

Assim, a construção do conhecimento, de acordo com a tradição grega, estava relacionada com interação entre o corpo e o mundo, sendo possível graças à

utilização dos sentidos. Entretanto, com o desenvolvimento da física e da matemática, o pensamento moderno começou a se fortalecer, especialmente a partir do século XVII, criando novas formas de conhecer o mundo tendo como intermédio, os instrumentos de geometria analítica (SENA, 2006).

A partir daí, surgiram duas tradições, as quais estão enraizadas até hoje no meio científico no que diz respeito ao conhecimento: a tradição objetivista e a tradição subjetivista. A primeira, originada pelo pensamento de Galileu, sustentava que o conhecimento se encontrava no objeto, sendo passível de ser apreendido pelos instrumentos matemáticos; o segundo, por sua vez, surgiu com René Descartes e preocupou-se em defender a existência de um real fora da representação, direcionando o saber para o próprio homem, ou seja, nele está a fonte do conhecimento (HUSSERL, 1983; SENA, 2006).

É justamente nessa dicotomia que nasce a fenomenologia, com a perspectiva de superar a ênfase acerca de um lócus para o conhecimento, já que o saber passa a ser construído a partir da relação intersujeitos, ou seja, como resultado de uma interação dialógica, da intersubjetividade (MERLEAU-PONTY, 2015). Para tanto, faz-se necessário compreender que o saber passa a ser construído mediante interação entre os sujeitos envolvidos nesse processo, tornando-se dinâmico, constituindo uma unidade indissociável a partir dessa relação (SENA, 2006).

A fenomenologia é uma filosofia transcendental que possibilita a suspensão de teses sociais, dando visibilidade à essência da existência do ser humano no mundo. Portanto, configura-se como uma tentativa de revelar a experiência como ela se mostra, sem que haja interpretações ou explicações do vivido, pois a unidade fenomenológica encontra-se em nós mesmos (MERLEAU-PONTY, 2015).

Nesse contexto, a perspectiva da filosofia merleau-pontyana diz respeito ao retorno ao mundo vivido, o da experiência, ou seja, ao mundo dos sentimentos, distanciando-se do objetivismo, na tentativa de elucidar nos fenômenos um sistema do eu-outro-coisas que pode ser percebido no processo intersubjetivo (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2015; SENA et al., 2011). Portanto, a fenomenologia valoriza a essência do fenômeno, configurando-se como um meio capaz de mostrar as coisas como elas se manifestam, sem se preocupar com as relações causais (MERLEAU-PONTY, 2015).

Com os estudos sobre a percepção humana, Merleau-Ponty cria a filosofia do corpo próprio, que constitui a base para o desenvolvimento de seu pensamento

filosófico. Trata-se da retomada de vividos intencionais, que possibilita novas perspectivas de olhar as coisas, o mundo e o outro, sendo essa dinamicidade correspondente à percepção humana, que se configura como uma experiência de tornar-se outro (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2015).

O filósofo descreve que o corpo próprio é responsável por proporcionar sensações ambíguas, que se exprimem em dois polos, que se entrelaçam e se complementam: o sensível (impessoalidade), e o reflexivo (a personalidade ou mundo da cultura); ambos apresentam-se em perfis à nossa percepção (MERLEAU-PONTY, 2015).

Nesse sentido, Merleau-Ponty, discute o tema do corpo próprio em cinco dimensões: corpo habitual, corpo perceptivo, corpo sexuado, corpo falante e o corpo do outro, a fim de refletir como a percepção interage com o mundo, proporcionando a experiência do outro, mediante a intersubjetividade.

O corpo habitual refere-se a nossas percepções, que sempre estão arraigadas às impressões vivenciais. Essa dimensão leva a crer que, embora o nosso olhar sobre o objeto o veja como coisa em si, essa visão consiste em uma ilusão ótica, pois sempre há um fundo de onde emergem muitos outros perfis, que são inerentes ao nosso corpo no mundo, sem que seja preciso fazer uso de representações e objetividades. Percebemos o que nos aproxima ou nos diferencia do outro a partir do contexto sociocultural, ao mesmo tempo que produzimos conhecimentos com essa relação (SENA, 2006; SENA et al., 2010; MERLEAU-PONTY, 2015).

A noção do corpo perceptivo relaciona-se às nossas ações, que são tomadas por sentimentos, e impulsionam o nosso corpo atual para frente em direção a algo. Quando esse algo é percebido, de forma anônima, há um encantamento que possibilita a fusão das histórias, abrindo novos caminhos para a nossa história de vida. Enfim, o corpo perceptivo sempre envolve uma ação (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2015).

Já o corpo falante, na visão merleau-pontyana, refere-se ao universo das possibilidades que há em nós e que permitem a comunicação com o mundo, abrindo fronteiras para a intersubjetividade e a articulação de pensamentos. Dessa forma, o corpo falante permite a criatividade e a operação da experiência do outro eu mesmo (MERLEAU-PONTY, 2015).

O corpo sexuado, por sua vez, consiste em um ato existencial que permite a abertura ao outro. Isso implica em refletirmos sobre como é estabelecida a relação

humana, impregnada de desejos que podem ser saciados a partir de nossas escolhas pelas coisas, pelo mundo e, principalmente, pelo outro (MERLEAU-PONTY, 2015).

Por fim, o corpo do outro na compreensão desse filósofo, corresponde ao *outro eu mesmo*, apresentando-se como perfil de nossa existência, uma réplica de nós mesmos, estando sempre à margem de nós, ou seja, não existe um lócus onde podemos captá-lo (MERLEAU-PONTY, 2002).

Diante do exposto, à luz desse referencial teórico, foi possível nos deslocar do mundo objetivo, onde operam com grande força os conceitos estabelecidos pelo campo sociocultural, e nos conduzir por fios intencionais que ampliaram a nossa visão sobre o mundo percebido, por meio do entrelaçamento com as coisas e o outro (MERLEAU-PONTY, 2015).

4 CAMINHO PERCORRIDO PARA A PRODUÇÃO DA INTERSUBJETIVIDADE

A percepção do mundo é apenas uma dilatação de meu campo de presença, ela não transcende suas estruturas essenciais, aqui meu corpo permanece sempre agente e nunca se torna objeto (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 408)

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Elegemos como fundamentação teórica para construir esta dissertação a ontologia segundo a perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, acerca da percepção. Segundo esse autor a percepção consiste em uma experiência dinâmica que sempre nos escapa como objetividade e, por isso, não se ocupa em explicar e/ou analisar as vivências que lhe ocorrem, mas em descrevê-las (MERLEAU-PONTY, 2015). Desta forma, “para que percebamos as coisas, é preciso que as vivamos” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 436).

A escolha desse referencial como matriz metodológica parece ser apropriada a descrever as vivências intuitivas, tais como elas acontecem e se exprimem nos objetos transcendentos (SENA, 2008). Além disso, admite perceber sentimentos, pensamentos, ideologias, crenças, valores morais, culturais, políticos e religiosos, ocultos na linguagem, mas que podem ser desvelados a partir da suspensão de teses que sustentam serem as coisas em si mesmas (MERLEAU-PONTY, 2011).

Essa abordagem permitiu a construção do saber através da intersubjetividade, que se mostra por meio do diálogo, sempre de forma ambígua. Tal processo surgiu a partir de uma mesma experiência vivencial entre participantes e pesquisador, que se tornam agentes ativos durante a pesquisa, como podemos perceber nas leituras merleau-pontyanas, em que “o mundo fenomenológico é não ser o puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 18).

4.2 CENÁRIO DE DESCRIÇÃO VIVENCIAL

A pesquisa foi desenvolvida no município de Jequié, interior da Bahia, Brasil, situado a 365 km da capital do Estado, Salvador. De acordo com o último censo realizado (2010), o município possui uma população de 151.895 habitantes, sendo a projeção para o ano de 2016 a população estimada de 161.880 habitantes (IBGE, 2010). Atualmente, os serviços de saúde mental disponíveis no município são: uma unidade de internamento como Anexo Psiquiátrico ao Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), Unidades Básicas de Saúde, um Caps II e um Caps ad.

Dentre esses serviços, escolhemos como lócus de investigação o Caps ad, que corresponde ao serviço especializado no cuidado às pessoas que consomem drogas de forma habitual. Portanto, configurou-se como local de referência à execução da pesquisa, visto que é uma unidade com o perfil de participantes condizentes com o objeto de estudo.

O Caps ad encontra-se em funcionamento no município de Jequié desde Novembro de 2005, oferecendo atendimento diário de segunda a sexta-feira, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, a usuários de ambos os sexos. No que se refere à infraestrutura, o serviço dispõe de: uma recepção, duas salas de consultórios, um refeitório, uma sala de técnicos, uma sala de oficina, um auditório, dois banheiros (um para usuários e o outro para os profissionais).

Em relação ao número de inscritos, temos aproximadamente mil quatrocentos e trinta pessoas cadastradas no Caps ad do município, sendo que, em média, o serviço atende a trinta e cinco usuários/dia.

Atualmente, esse serviço possui uma equipe de saúde multiprofissional composta por oito profissionais nas seguintes categorias: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, psicólogas, educador físico, terapeuta ocupacional e farmacêutico. Portanto, o número de profissionais foi significativo para o desdobramento da pesquisa, o que permitiu estabelecer novos olhares sobre a participação da família dos consumidores de drogas no contexto da reabilitação psicossocial.

4.3 COLABORADORES VIVENCIAIS

A aproximação com os participantes do estudo ocorreu desde a nossa vivência no PET Saúde Mental, no período de 2012 a 2014, momentos que favoreceram o desenvolvimento de boa relação com os profissionais de saúde do Caps ad, já que a maioria deles assumiu a preceptoría do projeto. Nessa relação intersubjetiva, foi possível desenvolver atividades no Caps ad, que permitiram a produção do cuidado no campo da saúde mental.

Nessa perspectiva, retornamos ao Caps ad no ano de 2016, agora com a proposta de desenvolver esse estudo dissertativo que pretende contribuir para a compreensão de novas formas de olhar a família do consumidor de drogas. Para tanto, seguimos alguns passos, a saber: dirigimo-nos à coordenação do serviço para apresentar a pesquisa e solicitar o apoio para a sua execução; mediante o consentimento, agendamos dia e horário para a apresentação do projeto à equipe de saúde do serviço.

No dia agendando, em uma sala do Caps ad, foi apresentado o projeto de pesquisa aos participantes, onde se fizeram presentes sete profissionais de saúde. Ao término da apresentação, esclarecemos que o único critério de inclusão no estudo seria a disponibilidade para participar dos encontros de Grupos Focais (GF). Nesse momento também foram definidos os dias e horários para a realização dos GF e, em seguida, distribuimos os Termos de Consentimento Livre Esclarecidos (TCLE) para que aqueles que aceitassem livremente participar do estudo pudessem assiná-los.

Quanto à adesão, os que aceitaram participar dos GF foram: uma enfermeira, duas psicólogas, um farmacêutico, um educador físico e uma terapeuta ocupacional, totalizando seis profissionais de saúde do Caps ad. Partindo do olhar sobre os estudos fenomenológicos, percebemos que não há preocupação com quantidade, pois a noção de coexistência não se relaciona ao critério de saturação dos dados.

A ideia da coexistência, segundo Merleau-Ponty, refere-se à capacidade que possui o sujeito de experimentar o descentramento no semelhante e desvelar um nós – a intersubjetividade – por meio da experiência perceptiva que efetiva a ideia de temporalidade, em que o presente advém de um horizonte de passado e abre uma perspectiva de futuro que constitui o campo fenomenal (SENA, et al., 2010).

Para respeitar o anonimato dos participantes, pedimos que cada um escolhesse nome de flores, numa alusão a uma obra de arte de Paul Cézanne, intitulada *Pot of Flowers*. Para Merleau-Ponty, ao observar a cor, o desenho, os contornos, as proporções do corpo, as distorções das formas, Cezanne representava sua pintura como matéria em vias de se formar, sem se preocupar em produzir um decalque do mundo exterior (MERLEAU- PONTY, 2004).

Merleau Ponty admirava as narrativas alternativas, em contraposição aos modelos clássicos, objetivismo e subjetivismo. Desse modo, surgiu a atração pela arte de Paul Cezanne, que buscava a pintura como resgate à natureza primordial, a qual não está relacionada à física e nem à filosofia, mas à natureza do sentir. Portanto, ele se torna uma referência para a filosofia Merleau-pontyana.

Em suas obras, o sensível será um elemento fundamental para a compreensão da percepção. Semelhantemente nas pinturas de Cézanne, encontra-se vivo o paradoxo, elemento que possibilita a experiência da percepção de modo mais intenso e vibrante (NOBREGA, 2008).

Nesse contexto, apresentamos abaixo a obra do artista escolhida para a representação dos codinomes dos participantes:

Figura 1: Pot of flowers - Paul Cezanne, óleo sobre tela, 1876.



Nessa perspectiva, foram escolhidos os seguintes codinomes: Cravo, Rosa, Margarida, Girassol, Lírio, e Orquídia. Abaixo, apresentamos, ainda, a caracterização sociodemográfica referente aos participantes do estudo, a fim de melhor conhecê-los.

- Cravo, sexo masculino, 28 anos de idade, solteiro, declara ser católico. O vínculo empregatício no Caps ad é estatutário, e atua nesse serviço há 3 anos.
- Rosa, sexo feminino, 47 anos de idade, solteira, declara ser católica. Profissional efetiva no Caps ad, e atua há 10 anos nesse serviço de saúde.
- Margarida, sexo feminino, 39 anos de idade, casada, declara não ter religião. Profissional efetiva no Caps ad, e atua há 6 meses nesse serviço de saúde.
- Girassol, sexo feminino, 40 anos de idade, solteira, declara ser católica. Profissional efetiva no Caps ad, e atua há 10 anos nesse serviço de saúde.
- Lírio, sexo feminino, 41 anos de idade, solteira, declara ser católica. Seu vínculo empregatício no Caps ad é de pessoa jurídica e há 10 anos, e atua nesse serviço de saúde.
- Orquídea, sexo masculino, 37 anos de idade, solteiro, declara ser evangélico. O vínculo empregatício no Caps ad é pessoa jurídica, e atua nesse serviço de saúde há 10 anos.

4.4 OBTENÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS

A estratégia utilizada para a produção das informações foi o Grupo Focal (GF), que consiste em um diálogo entre os participantes do estudo e a pesquisadora, a partir de tópicos específicos e diretivos. Baseado na discursividade e na interação

que ocorrem no espaço de intersubjetividade, o Grupo Focal (GF) produz informações que reverberam multiplicidades de falas, o que poderia não acontecer com a utilização de outra técnica, dada a sua potencialidade de permitir que os participantes conversem entre si e entre o moderador do grupo (BARBOUR, 2009).

Neste sentido, a técnica permite compreender dimensões da realidade por meio das experiências vividas, o que a torna compatível com o referencial filosófico proposto para o estudo (SERVO; ARAÚJO, 2012).

No que se refere ao número de participantes, tem sido encontrado em alguns textos, de forma diversa, de dez a doze pessoas, sendo viável o número máximo oito participantes, no intuito de facilitar as clarificações e explorações dos vividos. No tocante ao moderador do grupo, faz-se necessário o conhecimento acerca do tópico em discussão, a fim de direcionar adequadamente o diálogo (BARBOUR, 2009).

A obtenção das descrições vivenciais foi realizada em dois encontros de GF, cujas datas foram negociadas com os participantes do estudo. No primeiro encontro utilizamos materiais de estímulo para facilitar a aproximação e conquistar a empatia dos participantes, favorecendo, assim, a discussão. Inicialmente, foi solicitado que cada um desenhasse em papel ofício uma parte de um animal, conforme sorteio presencial, ou seja, cada pessoa ficou responsável pela elaboração de uma parte do todo. Em seguida, solicitamos dos participantes o agrupamento e a colagem das partes do animal em um papel metro, a fim de visualizar o todo do desenho.

Com isso, o objetivo da dinâmica foi despertar a reflexão de que a reabilitação psicossocial dos consumidores de drogas requer o compartilhamento de cuidado, ao invés de ações individualizadas. Assim, surgiram as primeiras discussões sobre o tema, o que, por meio da intersubjetividade, permitiu desvelar sentimentos, compartilhar vivências, bem como identificar situações contextuais que necessitam de formulação de propostas que promovam transformações estruturais no campo da saúde mental, visando à reabilitação psicossocial dos usuários.

Utilizamos um aparelho digital para gravar as discussões do grupo e garantir a fidedignidade na transcrição das falas e descrição das vivências dos participantes. Em cada GF retomávamos o que havia sido dialogado no encontro anterior.

Vale salientar que, na ocasião em que os profissionais de saúde foram convidados para participarem da pesquisa, enfatizamos a importância da assiduidade e da pontualidade nos encontros de GF, sendo imprescindível a colaboração de todos para que obtivéssemos êxito no estudo. Além disso, à

pesquisadora foi designada a função de moderar as discussões durante os encontros de GF, sendo explicitada a sua contribuição, bem como a sua posição diante do grupo.

4.5 A ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE: COMPREENSÃO FIGURA-FUNDO

A compreensão das informações produzidas no GF sucedeu por meio da analítica da ambiguidade, técnica desenvolvida por Sena (2006), fundamentada na teoria da intersubjetividade do filósofo Maurice Merleau-Ponty (2015). Baseia-se na compreensão de que a percepção opera em um campo fenomenal no qual estamos inseridos, e que as nossas vivências são sempre dinâmicas e exprimem ambiguidades, de modo que se apresenta como uma experiência ambígua que só pode ser entendida do ponto de vista de quem a vive (SENA et al., 2010).

Além disso, a técnica possibilitou ver o vivido intencional a partir do processo pré-reflexivo que antecedeu a articulação da linguagem, ou seja, permitiu encontrar no texto o sentido essencial subjacente, suspendendo as teses de que as coisas já são em si mesmas (SENA, 2006).

As objetivações, como operações expressivas, consistem em uma “transmutação” do polo pré-reflexivo ao reflexivo, processo realizado através da fala, palavras, formas, síntese e um gênero literário, aos quais se juntam o estilo próprio do escritor e os sentimentos que o habitam (MERLEAU-PONTY, 2002).

Baseado no método da analítica da ambiguidade, realizamos uma leitura ampliada acerca das descrições vivenciais, com vistas à suspensão de teses e à percepção de ambiguidades. É importante salientar que percepção é sempre dinâmica e denota uma relação figura-fundo na qual o que é figura ou fundo aparece conforme o perfil que é visto em cada momento. Desse modo, o que agora aparece como figura, em outro momento pode fazer ver um fundo que passará a se constituir figura; e o que outrora era figura passa a ser fundo na experiência perceptiva (SENA; GONÇALVES, 2008).

Com a finalidade de operacionalizar a analítica da ambiguidade, a partir dos achados vivenciais, seguimos os seguintes passos: transcrição das falas gravadas; organização das falas em forma de textos; realização de leituras minuciosas – visto

que se trata de um estudo fenomenológico que se preocupa em descrever as vivências, e não em explicá-las; por fim, deixar que os fenômenos se mostrem em si mesmos a partir de si mesmos, ou seja, permitir que o pesquisador participe de sua experiência perceptiva durante a leitura, e nesta se reconheça como generalidade intercorporal (SENA et al., 2010).

4.6 DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), tendo sido aprovado segundo o parecer nº 1.163.910/2015, CAEE: 46620815.0.0000.0055 (ANEXO A).

Dada a aprovação, os participantes foram devidamente esclarecidos acerca dos procedimentos, bem como seus objetivos, para que voluntariamente aceitassem a participação, por meio de assinatura do TCLE (APÊNDICE A), que foi elaborado em duas vias: uma para o pesquisador e outra para a participante, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Durante a explicação do estudo, foram assegurados aos participantes: o respeito a sua dignidade e autonomia, ou seja, o direito de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento; potenciais riscos e benefícios durante o desdobramento do estudo; voluntariedade, participação de forma gratuita, sem nenhum custo; a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades. Tais informações permaneceram confidenciais, e o anonimato mantido por meio do uso de codinomes.

5 EXPERIÊNCIA DE TRANSCENDÊNCIA NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS

Em consonância com o referencial filosófico, os resultados e discussões do estudo serão apresentados sob a forma de dois manuscritos, em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Dessa forma, contemplam o objetivo do estudo, que se propôs a compreender a percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial.

Nessa perspectiva, os textos foram elaborados conforme as instruções das revistas científicas selecionadas para submissão. O primeiro será submetido à Revista Texto e Contexto, e o segundo à Cadernos de Saúde Pública.

MANUSCRITO 1:

O primeiro manuscrito, que compõe os resultados da dissertação, será submetido à Revista Texto e Contexto, e foi elaborado conforme as instruções do tópico *preparo dos manuscritos*, disponível no link: **<<http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/preparo-dos-manuscritos>>** acessado em outubro de 2016.

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

RESUMO: O trabalho objetivou compreender a percepção de profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a reabilitação psicossocial no contexto do consumo de drogas. Trata-se de um estudo fenomenológico segundo a perspectiva de Maurice Merleau-Ponty. Realizado no interior da Bahia, Brasil, no primeiro semestre de 2016, teve seis profissionais de saúde deste serviço como participantes. Utilizamos a técnica de Grupo Focal para a obtenção das descrições vivências que foram gravados e submetidos à técnica analítica da ambiguidade. Duas categorias emergiram a partir da compreensão das descrições: Naturalização do discurso sobre a reabilitação psicossocial e desafios às práticas de reabilitação psicossocial. A experiência fenomenológica permitiu a compreensão de que a reabilitação psicossocial deve ser construída com o outro, e não para o outro, no intuito de respeitar a singularidade de cada usuário.

Descritores: Saúde Mental. Drogas ilícitas. Serviços de Saúde. Reabilitação Psiquiátrica. Filosofia em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O cenário atual sobre o consumo de drogas revela a necessidade de interação dos diversos setores que compõem a sociedade, de modo a contribuir com a integralidade do cuidado no campo da saúde mental. Dados estatísticos revelam que cerca de 246 milhões de pessoas na população mundial entre 15 e 64 anos usaram algum tipo de droga ilícita no ano de 2013¹. No Brasil, de acordo com os três levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) com populações estudantis de dez capitais brasileiras apontou o aumento significativo do consumo de drogas por essa população².

Sabemos que o consumo de drogas não é um fenômeno da modernidade, pois sempre existiu, desde os primórdios dos seres humanos para fins religiosos, terapêuticos ou até mesmo alimentícios³. Logo, o que se pode perceber nos relatos da humanidade é que as

drogas, de um modo geral, sempre estiveram presentes na história social e, portanto, continuarão acompanhando o caminhar das sociedades⁴.

Essa compreensão contribuiu para a reflexão e reorientação do cuidado aos consumidores de drogas, no sentido de descobrir dispositivos territoriais, tendo em vista a valorização da dimensão social dos usuários. Dessa forma, temos os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad), que fazem parte da rede de atenção em saúde mental, dispõem de uma equipe multiprofissional para atender as pessoas com problemas severos decorrente do consumo de drogas⁵.

Além disso, o Caps ad destina-se à promoção de ações que visam à reabilitação psicossocial dos usuários, configurando-se como estratégia de valorização do sujeito, que deve ser desenvolvida por meio da interlocução com os variados serviços sociais.

Neste contexto, a reabilitação psicossocial pode ser compreendida como um arranjo terapêutico em permanente montagem, sendo necessário a constante avaliação de suas práticas, engajado na produção de novos territórios de modo a desconstruir práticas e discursos que obstaculizam o conflito e a negociação social⁶.

Neste contexto, o Caps ad apresenta potencial para o desenvolvimento de ações inerentes à promoção da inclusão social, dado que sua principal estratégia de ação é a Reabilitação Psicossocial. Para tanto, cabe aos profissionais de saúde atuantes no Caps ad a atenção em perceber as demandas que surgem em função do processo de Reabilitação Psicossocial, que ocorre quando os profissionais desenvolve uma ação terapêutica ampliada, em que a relação se dá na escuta qualificada e daquilo que a pessoa refere como importante para suas relações e trocas sociais⁷.

Assim, a relevância deste estudo encontra-se em permitir a compreensão da Reabilitação Psicossocial segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de um Caps ad, visto que eles são sujeitos imprescindíveis para a implementação de ações voltadas à reconstrução da subjetividade de seus usuários.

Escolhemos como aporte teórico-filosófico a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, pois nos ocupamos em descrever as vivências assim como elas se mostram, preocupando-nos em desconstruir as teses naturalizadas que foram encontradas nos discursos dos participantes do estudo, o que talvez não acontecesse com a utilização de outro referencial.

Assim, a filosofia merleau-pontyana abriu possibilidade não apenas à descrição das vivências, mas à sua ressignificação, na perspectiva de que novos horizontes possam se

desvelar, de modo a subsidiar o cuidado no contexto da reabilitação psicossocial dos consumidores de drogas.

Desse modo, o estudo foi conduzido pela seguinte questão: como os profissionais de saúde de um Caps ad percebem a reabilitação psicossocial de consumidores de drogas? Assim, definimos como objetivo: compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a reabilitação psicossocial no contexto do consumo de drogas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo fenomenológico sob a ótica de Maurice Merleau-Ponty, que se ocupa em descrever a percepção humana mediante a intersecção das experiências dos participantes e do pesquisador, por meio da relação dialógica e intersubjetiva, permitindo o entrelaçamento de sentimentos e a compreensão das descrições vivências⁸.

Escolhemos como cenário da pesquisa o Caps ad de um município baiano. Este serviço especializado no campo da saúde foi implantado no município no ano de 2005, sendo o único de referência, no que tange ao cuidado a consumidores de drogas, tendo uma equipe multiprofissional composta por oito profissionais de saúde.

Destes oito profissionais, apenas seis se disponibilizaram a participar da pesquisa: uma enfermeira, duas psicólogas, um educador físico, um farmacêutico e uma terapeuta ocupacional. A faixa etária dos participantes variou entre 28 a 47 anos; apenas uma participante se declarou casada, e os demais, solteiros; o tempo de atuação no serviço variou entre seis meses a dez anos; com relação ao vínculo empregatício, dois eram efetivos, dois eram estatutários e dois eram pessoa jurídica.

Esclarecemos que elencamos como critério de inclusão do estudo a disponibilidade para participar dos encontros de Grupos Focais (GF). Após a aceitação dos participantes, foram distribuídos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que assinassem, em duas vias, ficando uma em poder do participante e outra da pesquisadora. As descrições vivenciais foram produzidas em dois encontros de GF, no primeiro semestre do ano de 2016, com duração aproximada de uma hora e meia, em cada encontro, realizados em uma das salas de atendimento do Caps ad.

A técnica de GF favoreceu a criação de espaço de intersubjetividade, no qual se discutiu sobre o tema da pesquisa de forma dinâmica, interativa e intensa. No GF o moderador/pesquisador é o responsável por apresentar os temas a serem discutidos, previamente descritos num roteiro⁹, além de ser o responsável por utilizar técnicas de

investigação que se preocupa em desvelar as vivências de cada participante deixando que os fenômenos se mostrem partir de si mesmo⁸. Os encontros de GF foram norteados pelos seguintes temas: fale sobre o que você entende por reabilitação psicossocial; comente sobre o que significa família para você; discuta sobre a participação da família no processo de reabilitação psicossocial do usuário do serviço.

As descrições vivenciais foram gravadas em aparelho digital e posteriormente transcritas, sendo submetidas a análise por meio da técnica Analítica da Ambiguidade, desenvolvida a partir dos escritos do filósofo Merleau-Ponty, baseada na compreensão de que a percepção opera em um campo fenomenal no qual estamos inseridos, e que as nossas vivências são sempre dinâmicas e exprimem ambiguidades¹⁰. Além disso, a técnica permitiu ver o vivido intencional a partir do processo pré-reflexivo, que antecede a articulação da linguagem, tendo como principal objetivo a suspensão das teses de que as coisas são em si mesmas¹¹.

Seguimos as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – 466/2012, disposição legal para pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o protocolo de nº 1.163.910- CAEE: 46620815.0.0000.0055¹². As informações fornecidas pelos participantes foram identificadas por meio do uso de codinomes. Pedimos aos participantes para escolher nomes de flores, numa alusão a uma obra de arte de Paul Cézanne, intitulada *Pot of Flowers*. Merleau-Ponty admirava as obras de artes de Cézanne, uma vez que suas pinturas expressam um resgate a natureza do sentir. Portanto, foram escolhidos os seguintes nomes de flores: Cravo, Rosa, Margarida, Lírio, Girassol e Orquídea.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura das descrições vivenciais dos participantes do estudo está pautada no pensamento de Maurice Merleau-Ponty, especialmente na compreensão figura-fundo. Iniciamos a discussão refletindo sobre o sentido atribuído à reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado em saúde mental no contexto do território, considerando um Caps ad como um recurso articulador e fomentador do potencial terapêutico dos diversos pontos de atenção psicossocial existentes no território. Desse modo, a compreensão das descrições vivenciais apontaram os dois eixos temáticos seguintes: Naturalização do discurso sobre a reabilitação psicossocial e Desafios às práticas de reabilitação psicossocial.

Naturalização do discurso sobre a reabilitação psicossocial

A perspectiva de valorizar a dimensão territorial configura-se como primordial ao processo de Reabilitação Psicossocial das pessoas que vivenciam o consumo habitual de drogas, no sentido de ruptura com o modelo institucional que se mostra de forma naturalizada no imaginário social.

Embora o Caps ad tenha sido pensado e instituído como um ambiente de cuidado comunitário, ainda assim pode conservar algumas características inerentes ao sistema fechado. Vejamos a descrição seguinte: *Vejo a reabilitação como uma política que veio para dar apoio ao usuário e a família. Então, tem a questão social, que ele precisa voltar para a sociedade, para o seio da família, já que aqui (Caps ad) é passagem, não é lugar para ficar, ele veio aqui fazer um tratamento. Precisamos ver que tem que devolver esse paciente para a sociedade e para a família, mas como é que iremos devolvê-lo? Será que ele já está pronto para ser devolvido?* (GIRASSOL).

Quando atentamos para a relação figura-fundo, notamos que, não obstante o profissional reconheça a reabilitação como estratégia de ação da política de saúde mental para o Caps, parece que, em sua concepção, o processo acontece dentro da instituição, especialmente nas expressões *“ele precisa voltar para a sociedade, para o seio da família”, “ele veio aqui (Caps ad) para fazer um tratamento”*. Estas expressões nos remetem à ideia de que a reabilitação acontece durante o período de permanência no Caps, e não pela inserção dos usuários nos diversos dispositivos sociais constitutivos do território.

O contexto dessas expressões nos faz retomar ao modelo hospitalocêntrico e, nesse sentido, não estaríamos vivenciando um retrocesso da perspectiva psicossocial? Assim sendo, usuário adentra a instituição (Caps), permanece ali para se *“tratar”* (reabilitar) e depois *“volta para a sociedade”, “para o seio da família”*. Ou seja, enquanto está em *“tratamento”* o usuário se distancia do contexto sócio-familiar.

Entendemos que a Reabilitação Psicossocial precisa ser vista como um processo, e não como algo que tem um início e um fim. Essa lógica favorece a abertura de nosso campo de visão para outras dimensões de cuidado, inclusive do que está previsto na Política Nacional de Saúde Mental sobre a Rede de Atenção psicossocial (RAPS), no sentido de contribuir para a inserção dos usuários em novas experiências e relações sociais.

À luz da filosofia merleau-pontyana, a nossa relação com o mundo é inexorável, por isso, estamos a todo momento nos comunicando com ele, uma vez que todos estão no mundo e, por isso, entrelaçados a ele⁸. Portanto, a abertura ao mundo nos permite compreender que não é possível deter em um único serviço todas as possibilidades de intervenções reabilitativas destinadas ao consumidor de drogas, o que exige dos trabalhadores de saúde mental o despertar para a necessidade de realizar conexões com as variadas instituições sociais para mantê-lo em processo de reabilitação psicossocial.

Esse ideário possibilita a compreensão de que o consumidor de drogas sempre estará em movimento contínuo de (re)construção de cidadania, valores, relações sociais, dignidade humana, respeito, autonomia, espaço trabalhista e desenvolvimento cognitivo/intelectual. Para tanto, é necessário que ocupe os vários espaços sociais, de modo a estar e agir no contexto da reabilitação. Logo, não cabe a nós estabelecer um prazo para considerá-lo reabilitado psicossocialmente.

A Reabilitação Psicossocial deve ser reconhecida enquanto um processo de reconstrução diária, de exercício de cidadania e contratualidade nos cenários cotidianos de vida dos usuários dos serviços de saúde mental. Essa perspectiva reforça a necessidade de abstenção de práticas reabilitativas isoladas dos contextos sociais e de significação dos usuários, bem como de ações que não permitem a integração interna e externa dos serviços, no intuito de garantir a permeabilidade destes, e a flexibilidade na organização dos processos de trabalho¹³.

No entanto, os discursos dos participantes revelam que, no Caps ad, o consumidor de drogas consegue alcançar a reabilitação psicossocial por completo, e quando isto acontece, a sociedade precisa estar preparada “*para receber esse paciente*”, conforme descrição a seguir: *A reabilitação psicossocial deve ser uma via de mão dupla. Não é apenas reabilitar o paciente. A sociedade está preparada, psicologicamente e socialmente, para receber esse paciente? Porque às vezes prepara, reabilita o paciente, mas quando ele vai lá para fora, ninguém quer saber dele, quer receber um ex-drogado, nem oferecer nada para ele. Então, deve ser uma via de mão dupla, reabilitar o paciente e a sociedade para receber ele (CRAVO).*

Essa descrição nos desperta para a compreensão do real papel dos serviços substitutivos, considerando todo o seu aparato político-ideológico, que visa à superação do modo asilar, já que nenhuma instituição de forma isolada seria capaz de dar conta de todas as demandas implicadas no processo de Reabilitação Psicossocial. Além disso, essa fala aponta

para o risco de centralização do cuidado ao usuário, em conformidade com o modelo institucionalizante.

As ações desenvolvidas no paradigma psicossocial devem ser direcionadas pela postura ético-técnico de todos os atores sociais envolvidos, sendo essencial a contínua reflexão dos profissionais de saúde sobre suas práticas, bem como a instrumentalização para intervenções reabilitativas¹⁴.

O Caps ad, como paradigma psicossocial, possui o caráter de espaço de interlocução, trazendo em cena a subjetividade de cada pessoa, e redirecionando as práticas dos profissionais. Trata-se, portanto, de um lugar de construção de intersubjetividade horizontal, que envolve o comprometimento dos profissionais em entrelaçar as diferentes linhas de ação presentes no território, onde podem concentrar as demandas sociais dos usuários¹⁵.

A Portaria 3.088/2011, que instituiu a RAPS, define a Reabilitação Psicossocial segundo a perspectiva intersetorial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação dos consumidores de drogas para o trabalho, e deve ser realizada com os recursos disponíveis no território, com vistas a garantir melhoria nas condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares¹⁶.

Nesse contexto, a relação intersubjetiva com os participantes do estudo permitiu que percebêssemos ambiguidades em seus discursos. Notamos que, na tentativa de promover a autonomia dos usuários, esbarram-se na contradição entre libertá-los ou protegê-los: [...] *a reabilitação é o objetivo maior, mas precisamos prestar atenção a eles, na individualidade, na autonomia, o que eles querem realmente fazer, porque cada um aqui (Caps ad) é diferente. Nem sempre é momento para eles estarem trabalhando, estarem nesse mercado de trabalho (LÍRIO). Eu fico me questionando até que ponto aquele trabalho é terapêutico. Será que realmente aquele trabalho vai ser bom? Será que naquele momento, para ele, não vai ser prejudicial? Não vai servir de moeda de troca?* (GIRASSOL).

O perfil que se mostra nas descrições é de uma visão objetivista em torno da reabilitação psicossocial, pois reforça a perspectiva proibicionista, em que se reduz ao máximo a autonomia do usuário. O que deve ser preconizado nos serviços substitutivos é a ideia libertadora, norteadada pelo princípio da Redução de Danos (RD), que direciona o cuidado para uma perspectiva de minimizar os prejuízos causados pelo consumo de drogas, e não pela abstinência, tendo em vista que não é possível existir uma sociedade livre drogas.

Falar sobre a RD é trazer a responsabilidade para o consumidor de drogas sobre suas escolhas, e traçar com ele estratégias saudáveis para o alcance de sua singularidade, ou seja, a efetivação de um trabalho voltado para a defesa da vida.

Nesta perspectiva, os participantes identificam que o trabalho funciona como operador da RD, sendo identificado pelos próprios usuários como estratégia para a reabilitação psicossocial: *Eles falam: eu quero trabalhar, eu quero trabalhar porque trabalhando eu vou conseguir sair da droga, eu preciso da minha independência* (ORQUÍDEA).

No contexto dessa demanda de inserção social, Ministério da Saúde em parceria com Ministério do Trabalho e Emprego implementou o Programa de Inclusão Social pelo trabalho, com o objetivo de inserir a pessoa com sofrimento mental em oficinas de geração de trabalho e renda ou em grupos associativos, organizados de forma coletiva e participativa, formais ou informais sendo regidos por diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Economia Solidária¹⁶. Portanto, o modelo psicossocial visa o território como o principal lócus de reconstrução da sociabilidade e inclusão social, pois permite o reconhecimento do potencial de cada usuário¹⁷.

Além dessa visão de envolvimento social, a reinserção do usuário no mercado de trabalho funciona como operador da reconstrução da subjetividade e da valorização pessoal, ou seja, transcende a questão laboral em si. Trata-se do resgate ao direito à cidadania por meio de sua inclusão social. Esse ideal foi reconhecido por um dos participantes do estudo: *Ele precisa ser inserido principalmente no mercado de trabalho, porque é o mercado de trabalho que vai dar uma dimensão para ele, vai devolver para ele algumas coisas que ficaram para trás, daí ele vai tentar construir ou reconstruir esse elo perdido dessa psique* (MARGARIDA).

O mundo do trabalho pode representar um importante veículo de ratificação da cidadania, uma vez que por meio da inserção do usuário em atividades sociais abrem-se uma rede de possibilidades de compartilhamento social, da qual se pode obter o reconhecimento pelo outro como igual¹⁸.

Desse modo, o que deve ser reforçado nos ambientes psicossociais são as estratégias de empoderamento, que podem e devem ser apropriadas para fins emancipatórios dos usuários. Para tanto, é necessário o reconhecimento de que as ações já utilizadas para empoderar os usuários não são suficientes e sustentáveis por si mesmas, sendo necessário ancorá-las em princípios ético-políticos, em teorização política, social, cultural e psicossocial mais consistentes, e em políticas sociais e projetos sócio-históricos mais amplos, a fim de desenvolver ações pautadas nas características de cada contexto particular¹⁹.

Desafios às práticas de reabilitação psicossocial

As vivências revelaram, ainda, as práticas cuidativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde do Caps ad para a promoção da Reabilitação Psicossocial, que se baseiam, principalmente, em *terapia individual* e em *grupo*: *Existe a terapia individual, a terapia de grupo. Quando estou em atendimento com eles, eu trabalho muito a autonomia e a independência* (MARGARIDA). *As atividades desenvolvidas no serviço são as oficinas terapêuticas, as atividades que eles fazem com os artesões. As oficinas terapêuticas trabalham muito com a autonomia do usuário. A oficina terapêutica é uma das atividades que mais proporciona essa reabilitação* (GIRASSOL).

Investir apenas em atividades dentro do serviço pode significar a subestimação, ou até mesmo, limitação do potencial dos usuários. Nessa perspectiva, um dos maiores obstáculos dos serviços substitutivos como o Caps, é a centralização em si mesma e sua pouca relação com o território²⁰.

Portanto, as atividades fora da instituição, ou seja, no território, resultariam na potencialização do autocuidado do usuário, na perspectiva de sua reabilitação e (re)inserção social, implicando na valorização dos princípios do modelo psicossocial, que preza pela articulação do Caps ad com os demais dispositivos sociais, com o objetivo de aumentar as possibilidades daquele, por meio do trabalho voltado para o resgate de sua autonomia.

Para os participantes do estudo, o exercício da autonomia dos usuários pode ser trabalhado a partir das ações desenvolvidas nas oficinas terapêuticas, que se configuram como tecnologia leve de cuidado. Ressalta-se que o diferencial das oficinas terapêuticas, para torná-las como instrumento terapêutica, é atingir a singularidade de cada participante, sendo trabalhadas as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos dessas pessoas, para devolvê-los a capacidade de gerenciar suas vidas²¹

O estudo demonstra que os participantes identificam a oficina terapêutica como única atividade desenvolvida no serviço (intra-muros) inerente à Reabilitação Psicossocial, sendo percebida, ainda, como “*uma das atividades que mais proporciona essa reabilitação*”. Chamamos à atenção o reducionismo desse discurso, em virtude de parecer minimizar as possibilidades de intervenções que o território pode apresentar, já que a Reabilitação Psicossocial convoca os profissionais de saúde, familiares e usuários para a exploração de territórios que produzem vida.

Nesta perspectiva, somos conduzidos a refletir: Qual o papel das oficinas terapêuticas? De que forma vêm sendo operacionalizadas? Em que sentido contribuem para a reabilitação psicossocial? Há diversidade de oficinas? É levada em consideração a subjetividade de cada

usuário? Esses e outros questionamentos são suscitados quando observamos a valorização dessa prática nos serviços de saúde mental, para que não seja considerada como prática rotineira nos serviços substitutivos.

As oficinas terapêuticas são percebidas como atividades que proporcionam um momento de interação entre usuários e os profissionais de saúde, sendo trabalhado a autonomia, o processo criativo e o imaginário por meio da inclusão da arte²². No entanto, o perfil que se mostra a nós é que a existência da oficina terapêutica, em si, não é garantia de um trabalho voltado para a autonomia e a singularidade dos usuários, pois, configura-se como atividade realizada em grupo, realizada dentro do serviço, o que parece limitar as possibilidades de interação em nível de território.

Logo, notamos a relevância do trabalho na perspectiva da RAPS. Os participantes do estudo apontam como principais dificuldades para a prática de reabilitação psicossocial a inexistência de uma rede em saúde mental no município, como afirmam as seguintes falas: *Para que a reabilitação psicossocial aconteça de forma efetiva, é necessário que exista uma rede dinâmica que funcione. Hoje, no nosso município, percebemos que existem serviços isolados. O Caps funciona de forma isolada, a unidade básica lá, o SAMU. Então, esses serviços não são integrados, não existe um diálogo, não é uma coisa dinâmica (ROSA). Então, não tem essa troca de informação. Parece que o paciente que é usuário de droga só é do Caps ad. Não é paciente da unidade de saúde e de outras instituições (LÍRIO).*

Embora a principal perspectiva do serviço substitutivo Caps ad seja a Reabilitação Psicossocial de forma integrada, para Rosa, essa estratégia somente acontece efetivamente quando há uma “*rede dinâmica que funcione*”; tais serviços atuam no município de forma isolada, sem nenhuma interação e diálogo entre eles. Assim, o discurso de Rosa nos direciona ao seguinte questionamento: até que ponto pode-se afirmar que a reabilitação psicossocial está acontecendo no município?

Essa ambiguidade revela que muitos profissionais de saúde esperam muito por condições ideais para o cumprimento do "contrato simbólico"¹⁵, quando poderiam ser criativos e envolvidos, fazendo com que cada contexto fosse valorizado¹⁴.

Para o alcance satisfatório do cuidado em saúde mental, é imprescindível que ações intersetoriais sejam executadas, e que estejam fundamentadas na apropriação do território, que se constitui dos diversos setores e serviços a serem acionados na (re)construção da cidadania das pessoas que consomem drogas de forma habitual, a fim de torná-las sujeitos políticos e ancorados pelas relações cotidianas.

Enquanto a RAPS no município não é consolidada, faz-se necessário que os profissionais de saúde do Caps ad criem alternativas cuidativas, com o propósito de ampliar o itinerário terapêutico dos usuários, o que envolveria reconhecer no território os diversos espaços socioculturais não convencionais, incentivando os usuários a ocupa-los, a exemplo de jogos de futebol, reuniões de associação de moradores, grupos religiosos, cursos profissionalizantes, oficinas de geração de rendas, entre outros.

Outra possibilidade para a efetivação da reabilitação psicossocial seria a mobilização de usuário/equipe/familiares no sentido de implementar esforços coletivos para a reivindicação da construção da RAPS no município. Uma luta que deve envolver todos os atores sociais inseridos no contexto do cuidado em saúde mental.

Assim, notamos que a proposta da atenção psicossocial é inventar um novo modelo de cuidar da pessoa com sofrimento mental, construindo novas relações de forma que haja um lugar para o sujeito dito louco²³. Esse prisma contribui para que o usuário seja protagonista do seu cuidado, capaz de criar caminhos para si e, assim, impulsionar a revolução de sentidos que se pretende alcançar com o movimento da Reforma Psiquiátrica²⁴.

O que pretendemos mostrar é que, mudar a forma de trabalho de uma instituição em função do alcance de resolutividade sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, já que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas. Embora seja compreensível a relevância de se deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, no sentido de compor a “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos, o que torna essencial para que assumamos o compromisso de reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, e organização²⁵.

Nessa direção, foram encontradas nos discursos dos participantes algumas dificuldades para a atuação extramuros, isto é, em nível de território. Eles fazem menção à necessidade de promover o bem estar biopsicossocial, que não depende apenas de ações vinculadas ao setor saúde, mas ao conjunto dos setores sociais: *Nós estamos falando especificamente sobre a saúde, mas o lazer, a cultura, o campo de trabalho que não tem! Então, isso tudo também acaba dificultando a reabilitação psicossocial, porque faz parte da saúde. A educação, a cultura. A gente fala: vamos levar o paciente. Mas vamos levar para onde? Se não tem um lazer para ele ir, um teatro para ir, uma ação intersetorial!* (LÍRIO).

Vale lembrar que as práticas intersetoriais representam, na atualidade, um dos maiores desafios dos gestores da saúde, dos profissionais e da sociedade civil na busca da inclusão social, pois nos remete a uma ação de cuidado nos entornos dos serviços. Tais iniciativas têm levado a desfechos inesperados, como a efetivação da integralidade do cuidado, ou mesmo, o

enfrentamento dos preconceitos, estigmas e estereótipos construídos ao longo dos tempos no país²⁶.

Para tanto, é necessário que os Caps sejam turbinados com as ações voltadas para o território, como por exemplo, a valorização da clínica peripatética como estratégia para propor experiências em nível de território geográfico e existencial dos usuários. Destina-se a ações fora do serviço, em movimento, priorizando as pessoas com maiores dificuldades de interação social²⁰.

Com relação aos serviços disponíveis no território, as vivências nos fizeram ver que a ESF possui destaque para a produção do cuidado no contexto do consumo de drogas. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde atuantes nesse serviço também se responsabilizem pelas ações referentes à reabilitação psicossocial, como demonstram os seguinte discursos: *O paciente não é usuário do Caps ad, e sim da rede. Ele é usuário da ESF. O paciente do Caps ad, ele é usuário do Caps, mas ele tem as comorbidades dele. Ele tem hipertensão, tem diabetes e ele tem que ser tratado na ESF (GIRASSOL). Na unidade de saúde ele vai fazer o atendimento clínico. Ele só é dependente químico? Ele não tem uma dor no pé? Uma dor no coração? Tem que voltar para o Caps ad? É justamente essa dificuldade (MARGARIDA).*

As falas acima demonstram que há o reconhecimento da necessidade de um cuidado pautado no processo intersubjetivo, que se configura sempre como algo criativo, sem um lócus específico. Desse modo, há ruptura com a dicotomia entre o cuidado subjetivista que, nesse caso, estaria voltado para a pessoa que cuida (profissionais de saúde), e o objetivista, que faz menção às técnicas utilizadas por quem cuida, mas constitui um todo autêntico que se faz e refaz a cada experiência de cuidado, sendo construído de modo progressivo, de acordo com a intersubjetividade²⁷.

Assim, as ações no campo da saúde mental ganham mais forças à medida que se tem relacionamento efetivo com os ambientes sociais, em especial com o Programa Saúde da Família, pois a socialização do conhecimento e a distribuição de saberes tem a potência de retirar os Caps de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática²⁰.

Nesse sentido, notamos que a reabilitação psicossocial opera mediante um arranjo terapêutico incoativo, que requer a constante montagem e avaliação. Trata-se de investir em novos territórios, com o desmonte dos regimes de poder, inaptos a aceitar dissonâncias, visando à desconstrução de práticas e discursos que produzem obstáculos à negociação social, uma vez que é em função da inserção social dos usuários que se fazem as amizades, as solidariedades comunitárias, os territórios de encontro onde se estabelecem as redes de

influência, as camaradagens e outras formas de ajuda mútua que compõem a matéria viva da reabilitação psicossocial²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência intersubjetiva nos permitiu compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a reabilitação psicossocial no contexto do consumo de drogas, que deve ser fundamentada na construção do cuidado com o outro, e não para o outro, de modo a respeitar a singularidade de cada usuário. Para tanto, é necessário superar o modelo biomédico, que ainda é predominante, para dar lugar às novas práticas de cuidados inerentes ao paradigma psicossocial.

É justamente nessa direção que surge a proposta da Reabilitação Psicossocial, processo dinâmico que visa reabilitar o consumidor de drogas por meio de práticas no território. Torna-se uma via de mão dupla, pois nesse movimento de reabilitar-inserindo e inserindo-reabilitando é que pode ser consolidada e efetivada tal estratégia. Portanto, as ações centradas em âmbito territorial favorecem a abertura a uma experiência intersubjetiva, que contribuirá para tal processo.

Nessa perspectiva, o estudo mostra que a reabilitação psicossocial deve ser visualizada como a principal de estratégia de produção de cuidado no contexto do consumo de drogas, que não deve acontecer de forma isolada, mas na interação com as demais opções existentes no território.

Para tanto, é necessária a superação da ideologia naturalizada que vem sendo veiculada nos discursos dos profissionais de saúde do Caps ad sobre a reabilitação psicossocial, uma vez que, nos entornos das falas, percebemos que o modo como vem sendo direcionada essa estratégia, parece não cumprir com o propósito para o qual foi idealizada, o que acarreta em ônus para os usuários, contribuindo para a permanência de práticas e discursos do modelo hospitalocêntrico.

Assim, consideramos a relevância do estudo no contexto da produção do conhecimento no campo da saúde mental, pois contribui para a repensar as práticas dos trabalhadores da área no que refere à superação dos desafios à reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Word Drugs Report 2010. [Internet]. [acesso em 2 jun 2010]. Disponível: http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf
2. Silva CC, Costa MCO, Carvalho RC, Amaral MTR, Cruz NLA . Mariana Rocha da Silva. Initiation and consumption of psychoactive substances among adolescents and young adults in an Anti-Drug Psychosocial Care Center. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 07]; 19 (3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232014000300737
3. Feffermann M. Reflections on young people entered in drug trafficking: a mesh that entangles. Sau. & Transf. Soc. [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 07]; 4 (2): 55-65. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2255>.
4. Machado LV, Boarini ML. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. Psicologia: ciência e profissão. [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 10]; 33 (3), 580-595. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>
5. Braun LM, Dellazzana-zanon LL, Halpern SC. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. Rev. SPAGESP [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 10];15 (2): 122-144. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200010.
6. Gruska V, Dimenstein_M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. Psicol. clin. [online] 2015; 27(1):101-22.
7. Ribeiro MC, Bezerra WC. The psychosocial rehabilitation as a care strategy: perceptions and practices developed by workers of a mental health servisse. Rev Ter Ocup Univ

- [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 15];26(3):301-8. Available from: file:///C:/Users/carin/Downloads/89628-199973-1-PB%20(3).pdf
8. Merleau- Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.
 9. Munaretto LF, Corrêa HL, Cunha JAC. A study on the characteristics of the delphi method and focus group as techniques to obtain data in exploratory research. Rev. Adm. UFSM, Santa Maria [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 15]; 6 (1): 09-24. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/viewFile/6243/pdf>
 10. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto MJM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 15]; 31 (4):769-75. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13089>
 11. Sena ELS. A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão Merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. [Tese] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.
 12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
 13. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.13-18.
 14. Hirdes A. Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo. Erechim/RS: EdiFAPES; 2001.

15. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo. (org.) Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.
17. Costa LA, Brasil FD. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. Cad. Ter. Ocup. [Internet]. 2014 [cited 2016 agost 10]; 22 (2): 435-42. Available from: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.065>
18. Salis ACA. Project work management and social inclusion of mental health patients. Psicol. cienc. prof. [Internet]. 2013 [cited 2016 agost 12]; 33 (3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300018
19. Vasconcelos EM. Empowerment of users and family members in mental health care and in evaluative/interventional research: a brief comparison between the Anglo-Saxon tradition and the Brazilian experience. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2016 setem 18];18 (10). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000007
20. Lancetti A. Clínica Paripatética. Editora: Hucitec, 3ª ed. São Paulo, 2008.
21. Nunes VS, Torres MA, Zanotti SV. O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. Estudos Contemporâneos da Subjetividade [Internet]. 2015 [cited 2016 agost 05]; 5 (2): 136-46. Available from: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1649>
22. Gonçalves, A.M. et al. Oficinas terapêuticas: intervenção de enfermagem em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [Internet]. 2016 [cited 2016 setem 02]; 8 (2): 107-15. Available from: <file:///C:/Users/carín/Downloads/3382-17064-2-PB.pdf>

23. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2010.
24. Costa DFC, Paulon SM. Social participation and protagonism in mental health: the rising of a collective. [Internet]. 2012 [cited 2016 agosto 12]; 36 (95). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a09v36n95.pdf>
25. Merhy E.: Onocko, r. (org.) et al. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
26. Azevedo EB, Filha MOF, Silva PMC, Silva VCL, Dantas TRS. Intersectoral practices that promote an integral care in Psychosocial Care Centers. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 [cited 2016 agosto 12];33 (1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100013
27. Sena ELS, Reis HFT, Carvalho PAL, Souza VS. The care intersubjectivity and the knowledge in the phenomenological perspective. Rev Rene, Fortaleza [Internet]. 2011 [cited 2016 agosto 12];12(1):181-8. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4184>
28. GruskaV, Dimenstein M. Psychosocial Rehabilitation and Therapeutic Accompaniment: equating the reinsertion in mental health. Psicol. clin. [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 05]; 27 (1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100101

MANUSCRITO 02:

O segundo manuscrito que compõe os resultados da dissertação será submetido à Cadernos de Saúde Pública, e foi elaborado conforme as orientações para autores, disponível no link: **<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=28&lang=pt>** acessado outubro de 2016.

DESAFIOS NA INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS

Carine de Jesus Soares. Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) –Campus de Jequié (BA), Brasil. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Jequié (BA), Brasil.

Edite Lago da Silva Sena. Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de PósGraduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

RESUMO: O estudo tem como objetivo compreender a percepção de profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas. Estudo fenomenológico na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty. Realizado no interior da Bahia, Brasil, no primeiro semestre de 2016, com profissionais de saúde mental do Caps ad, por meio da técnica de Grupo Focal. As descrições vivenciais foram submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade, que resultou na seguinte categoria temática: o cuidado à família nas práticas de reabilitação psicossocial. Compreendemos que a família é o núcleo essencial para as práticas de reabilitação psicossocial de consumidores de drogas, sendo percebida tanto como corresponsável pelo cuidado, quanto como necessitada de cuidados.

Descritores: Saúde Mental. Família. Drogas ilícitas.

INTRODUÇÃO

O paradigma de atenção psicossocial em saúde mental tem como principal fundamento o cuidado em nível do território, que se configura como estratégia para facilitar o atendimento das demandas dos usuários, criando com eles possibilidades de intervenções de saúde do ponto de vista de sua integralidade. Além disso, o objeto do cuidado da equipe de saúde atuante nos serviços substitutivos também deve se estender à família dos usuários, que deve ser percebida como integrante primordial no contexto das práticas cuidativas de si e do outro.

Para a promoção de um cuidado compartilhado torna-se fundamental a assistência e suporte psicossocial aos familiares, pois, as famílias enfrentam problemas, dificuldades ou eventos adversos que podem afetá-las significativamente. As demandas que surgem durante o processo de cuidar podem afetar a vida afetiva, social e econômica das famílias, que também entram em sofrimento. Assim, entende-se que, além de aliados no processo de tratamento, os familiares também necessitam de cuidados¹.

Na perspectiva do cuidado à pessoa que consome drogas de forma habitual se instituiu o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad), serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo o foco principal é o desenvolvimento de ações relacionadas à reabilitação psicossocial dos usuários, bem como a promoção de cuidados aos familiares, estimulando-os para o compartilhamento de responsabilidades².

Embora a participação da família, na perspectiva psicossocial, tenha sido requisitada, no contexto do cuidado ao usuário do Caps ad, ela ainda é vista como algo novo, uma vez que, no modelo hospitalocêntrico, era entendida como causa do sofrimento psíquico, e, por isto, exigia-se o distanciamento³. Assim, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a família passa a ser protagonista do cuidado, representando a extensão mais importante do projeto terapêutico orientado e iniciado nos Caps ad, com vistas a torná-la aliada na manutenção das ações recomendadas por estes serviços⁴.

Logo, é necessária a criação de dispositivos de atenção e cuidado à família no Caps ad, o que contribui para que esta reconheça o seu papel de corresponsável pelo cuidado de si e do outro durante o processo de reabilitação psicossocial do usuário². Dessa forma, a reabilitação psicossocial pode ser compreendida como um arranjo terapêutico em permanente montagem e sob constante avaliação, engajado na produção de novos territórios, com o desmonte dos regimes de saber-poder inaptos a aceitar dissonâncias, com a desconstrução das práticas e discursos que obstaculizam o conflito e a negociação social⁵.

No que se referem às práticas de reabilitação psicossocial, notamos que a tríade usuário-família-equipe parece, efetivamente, ocupar o lugar de protagonista nos processos de transformação da dinâmica de produção do cuidado, ou seja, não podemos descartar nenhum destes núcleos ao pensar em estratégias de cuidado ao consumidor de drogas⁶.

Assim, o encontro da família com o serviço abre a possibilidade de reinventar os espaços onde se podem tecer laços rompedores de linearidades e reducionismos da vida, proposta da política de saúde mental, que tem como foco a desinstitucionalização na perspectiva de (re)ativação dos encontros permeados pela implicação com o sujeito³. Portanto, compreendemos a relevância da elaboração e da organização de estratégias que visem à inserção da família nas práticas de reabilitação psicossocial do usuário do Caps ad, o que se configura como forma de cuidar dessa instituição, que também precisa de cuidados⁴.

Nessa direção, a pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender a participação da família no contexto da Reabilitação Psicossocial dos consumidores de drogas, de acordo com o olhar dos profissionais de saúde de um Caps ad, uma vez que são atores sociais que têm potencial para, por meio do comprometimento e da implicação com o outro, criarem formas de cuidar de si.

Optamos pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como aporte teórico-filosófico da pesquisa, por nos permitir uma experiência ontológica, sem a emissão de juízo de valor, ocupando-nos na desconstrução dos discursos naturalizados sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial, o que se configura como oportuno para que novas práticas de cuidado do binômio família-usuário sejam implementadas.

Diante desse universo de significados, emergiu a seguinte questão de pesquisa: como os profissionais de saúde de um Caps ad percebem a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas? E, como objetivo: compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas.

METODOLOGIA

O estudo foi conduzido à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty acerca da percepção humana. Abordagem que se ajusta a pesquisa qualitativa que se ocupa em descrever as vivências, sem a preocupação em explicar os fatos e, desse modo, permitir que a produção do conhecimento aconteça por meio da relação dialógica e intersubjetiva⁷.

O cenário da pesquisa foi um Caps ad de um município baiano, serviço destinado às práticas de cuidado a pessoas que consomem drogas de forma habitual. Funciona no município desde 2005, com uma equipe de saúde multidisciplinar, composta por oito profissionais de saúde, o que contribuiu para que o local se tornasse ideal para o desdobramento da pesquisa.

Apresentamos o projeto de pesquisa para a equipe de saúde, mas apenas seis deles se disponibilizaram a participar: uma enfermeira, duas psicólogas, um educador físico, um farmacêutico e uma terapeuta ocupacional. Quanto aos aspectos sociodemográficos dos participantes: a faixa etária variou entre 28 e 47 anos; apenas uma participante se declarou casada e os demais, solteiros; o tempo de atuação no serviço variou entre seis meses a dez anos; com relação ao vínculo empregatício, dois eram efetivos, dois eram estatutários e dois eram pessoa jurídica.

Para a produção das descrições vivências, escolhemos a técnica de Grupo Focal (GF), realizada por meio de dois encontros, em uma das salas de atendimento do Caps ad, previamente agendados, com duração aproximada de uma hora e meia, no mês de Março de 2016. Foi esclarecido que elencamos como critério de inclusão do estudo a disponibilidade para participar dos encontros de GF.

Cada GF foi gravado em aparelho digital e, posteriormente, transcrito para análise. Os encontros de GF foram norteados pelos seguintes temas: fale sobre o que você entende por reabilitação psicossocial; comente sobre o que significa família para você; discuta sobre a participação da família no processo de reabilitação psicossocial do usuário do serviço.

O GF tem como estímulo principal a possibilidade de estimular a interação entre os participantes, ao invés de ser apenas moderador/participantes⁸. Além disso, permite a criação de um espaço de intersubjetividade que contribui para as vivências fossem desveladas, permitindo a suspensão de que as coisas são em si mesmas⁸.

Para compreender os vividos intencionais, utilizamos a técnica Analítica da Ambiguidade, fundamentada na fenomenologia Merleau-pontyana, que se baseia na compreensão de que a percepção opera em um campo fenomenal no qual estamos inseridos, e que as nossas vivências são sempre dinâmicas e exprimem ambiguidades. Seguimos os seguintes passos para operacionalizar essa técnica: transcrição das falas gravadas; organização das falas em forma de textos; realização de leituras minuciosas; por fim, deixamos que os fenômenos se mostrassem a partir de si mesmos⁹.

O estudo seguiu as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – 466/2012, disposição legal para pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o protocolo de nº 1.163.910- CAEE: 46620815.0.0000.0055¹⁰. Foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os participantes se autorizassem por meio da assinatura, além de terem sido esclarecidos que suas informações seriam identificadas por meio do uso de codinomes, que estariam relacionados a uma obra de arte de Paul Cézanne, intitulada *Pot of Flowers*, visto que Merleau-Ponty admirava as obras de artes de Cézanne, pois suas pinturas expressam um resgate a natureza do sentir. Portanto, foram escolhidos os seguintes nomes de flores: Cravo, Rosa, Margarida, Lírio, Girassol e Orquídea.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados os resultados e as discussões que se referem à categoria temática “o cuidado à família nas práticas de reabilitação psicossocial”, que emergiu mediante a leitura das descrições vivenciais dos participantes do estudo, de acordo com a técnica de Analítica da Ambiguidade. Fundamentamos a discussão na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e em autores que discutem a temática em questão.

O cuidado à família nas práticas de reabilitação psicossocial

A experiência intersubjetiva, estabelecida a partir das leituras das descrições vivenciais, permitiu a compreensão dos discursos sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial. Desse modo, foi possível perceber que a família é vista como instituição essencial no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que o paradigma de atenção à saúde mental tem como objetivo principal o compartilhamento de responsabilidades frente as ações de cuidado aos consumidores de drogas, como mostra a seguinte descrição:

“Na verdade, no modelo assistencial da reforma psiquiátrica, a família faz parte do tratamento, mas o que acontece é que, muitas vezes, ela não se sente parte do tratamento, ela acha que o problema é do serviço de saúde e acabou. Ela não se sente preparada para olhar essa pessoa, ela chega no serviço de saúde, passa a situação e aqui não aparece mais. É assim, eu passo o problema, me sinto aliviada porque estou passando o problema e me isento da minha responsabilidade; ela não se sente corresponsável”. (Rosa)

A descrição revela que a família, embora seja indispensável ao cuidado no campo da saúde mental, não se faz presente no contexto do Caps ad. O perfil que se mostra a nós é que o distanciamento da família pode ser percebido como cuidado irrefletido de si, uma alternativa de fuga do processo, visto que o ato de cuidar está atrelado à preocupação e responsabilização com aquele que está sendo cuidado¹¹.

Os discursos dos participantes nos fazem ver uma ambiguidade: ora a família é vista como corresponsável pelo cuidado, ora é percebida como necessitada de cuidados, como revela as seguintes falas:

“Essa fuga é um mecanismo de defesa da própria família, ela lida o tempo todo com o problema e quer se ver livre dele; é um mecanismo que a família busca para sobreviver, pelo menos temporariamente. O cuidador sofre muito, é como se esquecesse o problema; se ele tiver lá, isso não vai existir aqui”. (Margarida)

“O cuidador acaba precisando de cuidado; ele também é codependente”. (Girassol)

A ambiguidade entre cuidar e ser cuidada, vivenciada pela família, parece configurar-se como desafio para a equipe de saúde do Caps ad, uma vez que o cuidador familiar *“acaba precisando de cuidado”*. Logo, as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos precisam envolver a família, com o objetivo de fazê-la reconhecida como agente fundamental para o desbravamento de práticas de reabilitação psicossocial do familiar que consome drogas de forma habitual.

Uma das possibilidades de intervenção é a visita domiciliar, pois é uma forma de conhecer as demandas das famílias e tecer, juntamente com elas, projetos terapêuticos, sendo utilizados os recursos presentes nas redes sociais do território³. Trata-se de estabelecer alianças entre todos os atores envolvidos nesse processo: usuário, familiar, equipe e comunidade, para ampliar o itinerário terapêutico dos usuários¹.

Para tanto, é essencial que a família compreenda a lógica do cuidado em saúde mental, no que concerne ao reconhecimento de que a reabilitação acontece quando há o envolvimento da instituição familiar nas práticas de cuidados. O que aparece nas falas dos participantes é que a presença da família é vista apenas no momento do acolhimento, que consiste em uma exigência da equipe de saúde do Caps ad no momento da admissão do usuário, vindo, em seguida, o distanciamento:

“Atualmente temos sentido pouca adesão das famílias; elas comparecem no momento do acolhimento, ansiosas, angustiadas em falar do problema, em trazer o familiar, mas depois desaparecem do serviço”. (Rosa)

“Se ela mantém-se afastada, ela não vai saber, então eles não sofrem porque eles não vão poder aplicar isso, e por isso se isentam. Então, uma maneira deles não sofrerem, de não sentir como é realmente cuidar de um usuário é não participar, é igual manter o modelo antigo, hospitalocêntrico”. (Margarida)

Essas descrições revelam a postura dos familiares que, de uma lado parecem desconhecer a proposta psicossocial, que visa ampliar o itinerário terapêutico dos consumidores de drogas e o poder de trocas sociais, ou seja, a família enxerga apenas o Caps ad como o único lócus de cuidado ao usuário. De outro lado, parece que a resistência em conhecer a proposta constitui uma forma de se proteger contra as responsabilidades inerentes ao cuidado, que pode implicar em sobrecarga.

Chamamos atenção para a forma como o ato de cuidar pode ser percebido, uma vez que não deve ser executada como função ou incumbência da pessoa que o exerce, mas no reconhecimento de que o cuidado faz parte de um processo intersubjetivo de cuidar e, ao mesmo tempo, ser cuidada¹².

Uma das primeiras preocupações da equipe de saúde do Caps ad deverá estar relacionada ao esclarecimento aos familiares sobre os rumos da política de saúde mental e das atividades desenvolvidas no serviço, quais os seus objetivos e as suas demandas. O que notamos é que a aproximação entre a família e o serviço tem se tornado algo complexo devido a dificuldade dos familiares em compreender as novas práticas no campo da saúde mental, bem como pelo fato de o serviço não os perceber como parte do cuidado, ao interagir com eles de forma apenas pontual³.

Embora a família tenha papel fundamental no sucesso da reabilitação psicossocial, é importante ressaltar que esse envolvimento é um processo recente, se considerarmos que, há cerca de uma década, o único modelo de cuidado era o hospitalocêntrico. Portanto, a participação da família no processo de reabilitação psicossocial ainda é incipiente, restringindo-se às reuniões/grupos de família que discutem assuntos relativos à medicação e a como lidar com alguns comportamentos inerentes ao sofrimento psíquico¹³.

Assim, a efetiva participação da família no cuidado ao usuário do Caps ad acontece quando há relação de vínculo com os profissionais atuantes nesse serviço de saúde, pois facilita o desenvolvimento da autonomia, mediante a responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos responsáveis pelo cuidado. Na prática em saúde mental, o vínculo pode ser visto como tecnologia leve de cuidado; pauta-se na construção de laços afetivos entre trabalhadores do Caps ad, usuários e familiares na busca de resolutividade para as demandas dos usuários¹².

No entanto, algumas dificuldades foram mencionadas como justificativa para a baixa adesão dos familiares ao serviço, como revela a fala seguinte:

“A maioria dos familiares ainda tem enraizado o modelo manicomial, e isso é complicado porque eles até verbalizam a mudança de paradigma, mas na prática acabam fazendo o contrário, ainda agindo como se o tratamento ideal fosse que a pessoa ficasse em um local isolado do mundo”. (Cravo)

“O problema é grande porque ela não sabe lidar com essa situação, por isso que ela quer se ver livre do problema, porque ela não sabe lidar”. (Lírio)

“Ele nunca vai deixar de ser usuário de um sistema, isso é uma marca. Infelizmente, ele carrega o rótulo”. (Orquídea)

Notamos a necessidade de haver o entrelaçamento entre as estratégias de cuidado e o compartilhamento de responsabilidades, principalmente com a família, no intuito de efetivar práticas de empoderamento, que se configuram como formas de cuidar de si e do outro. Essa estratégia permite a abertura a possibilidades de mobilização dos familiares para a reivindicação de direitos⁶.

De acordo com a filosofia de Merleau-Ponty a nossa percepção opera mediante a síntese de horizontes, sendo designado por ele como a temporalidade, a qual nos faz perceber que, através do nosso campo perceptivo, estamos presentes ao nosso presente, a todo o nosso passado que o procedeu, e a um futuro⁷.

Nessa perspectiva, a fala de Cravo nos remete à visão objetivista em relação ao cuidado ao consumidor de drogas, que demonstra estar pautada na ideologia cultural e que, a nosso ver, contradiz as práticas no campo da saúde mental, visto que busca a extinção de estereótipos e estigmas presentes no imaginário social.

Quando questionados acerca dos dispositivos sociais que os familiares poderiam, juntamente com o usuário, acionar para compor as ações de reabilitação psicossocial, foi possível identificar os seguintes recursos:

“Uma associação, uma igreja, cursos profissionalizantes; dentro da rede de saúde mental do município eu não enxergo muitas possibilidades”. (Rosa)

No contexto de nossa reforma psiquiátrica, torna-se relevante estimular a família para práticas de cuidados que podem acontecer em outros espaços sociais, como por exemplo: eventos de saúde mental, movimentos sociais, participação em conselhos comunitários, entre outros. Dessa forma, a participação em eventos de saúde mental e movimentos sociais são momentos essenciais que possibilitam a reativação de vínculos sociais³.

Além disso, no diálogo estabelecido nos grupos focais com os profissionais de saúde, foi visível o sentimento de impotência frente às práticas de reabilitação psicossocial, uma vez que as ações parecem não concorrer para a efetivação do modelo psicossocial, o que pode resultar na “cronicidade” do usuário, como demonstra a seguinte fala:

“Na verdade, o que a gente acaba fazendo é cronificando o paciente porque não tem lugares que a gente possa enviar esse pessoal; é uma reforma psiquiátrica que veio para mudar, mas parece que há uma pedra no meio do caminho; a gente acaba por se sentir impotente”.

(Margarida)

Diante do exposto, o que parece estar ocorrendo é uma encruzilhada entre o saber e o agir no contexto da reforma psiquiátrica, pois apesar da instituição do arcabouço político em saúde mental, que possibilitou a emancipação de novas formas de cuidar do consumidor de drogas e sua família, com aportes que visam à aproximação do usuário com o território existencial, percebemos que é necessária a superação de vários desafios para a consolidação do modelo substitutivo.

Embora os serviços substitutivos seja um avanço no campo da saúde mental, ainda nos deparamos com desafios que contrapõem a ideologia para o qual foram planejados. Desse modo, as práticas e discursos naturalizados acabam por não trabalhar as potencialidades dos usuários, ao invés de definir ações sob a perspectiva de atingir a sua singularidade, uma forma de transcender o cuidado para além dos muros do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As descrições vivenciais dos participantes nos faz compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas, sendo reconhecido que a reabilitação psicossocial é uma estratégia que deve envolver as várias instâncias presentes na RAPS, em especial, a família. A princípio, os profissionais de saúde do Caps ad consideram que esta instituição se encontra distante do serviço, o que dificulta o desenvolvimento do cuidado.

Com base na leitura figura-fundo, percebeu-se que a postura apresentada pela família no contexto do paradigma psicossocial pode ser entendida como estratégia que utiliza para o cuidado de si, embora de forma irrefletida. Compreendemos que esse núcleo merece uma atenção especial, já que se configura como lócus onde ocorrem as primeiras demandas sociais,

as quais podem ser redirecionadas para a (re)inserção social do familiar que consome drogas de forma habitual.

Além disso, a reabilitação psicossocial implica em uma mudança nas práticas dos profissionais de saúde atuantes no Caps ad, para que a família seja vista como parte desse processo. Portanto, requer o desenvolvimento de ações voltadas para o usuário e sua família. Embora o principal objetivo dos serviços substitutivos seja a aproximação do usuário com os demais ambientes sociais, que podem produzir vida a este, notamos que ainda há desafios a serem superados, a fim de que não se tornem mantenedores de práticas objetivistas.

Nesse contexto, foi possível perceber que os achados vivenciais são de grande valia para o campo científico, pois permitiram escutar profissionais que, em seu processo de trabalho, devem envolver o interesse e a preocupação em mobilizar a família para atuar sob a lógica de cuidados atual no campo da saúde mental.

Logo, o estudo poderá estimular a reflexão dos profissionais de saúde e de familiares quanto à necessidade de compartilhar responsabilidades, o que contribui para a reabilitação psicossocial de modo a despertar para o entrelaçamento entre todos os atores sociais comprometidos pelo ato de cuidar da pessoa que consome drogas de forma habitual.

REFERÊNCIAS

1. Constantinidis TC, Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (2).
2. Braun LM, Dellazzana-Zanon LL, Halpern SC. The family of a drug addict in a Public Mental Health Center (CAPS): an experience report. *Rev. SPAGESP*. 2014;15(2).
3. Covelo BSR, Badaró-Moreira MI. Links between family and mental health services: family members' participation in care for mental distress. *Interface*. 2015; 19(55).
4. Santos CF, Eulálio MC, Barros PM. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2015; 23 (2).
5. Gruska V, Dimenstein M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicol. clin.* [online] 2015; 27(1):101-22.

6. Firmo, AAM. Jorge, MSB. Experiences of caregivers of people with mental illness in the face of psychiatric reform: production care, autonomy, empowerment and solvability. *Saude soc.* 2015; 24 (1).
7. Merleau- Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução: Carlos Alberto Ribeira de Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.
8. Bardour R. Grupos Focais. Tradução Marcelo Figueredo Duarte. Porto Alegre. *Artmed*, 2009.
9. Sena ELS. Gonçalves LHT, Granzotto MJM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31 (4):769-75.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
11. BOFF, L. Saber cuidar: ética do ser Humano: compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
12. Sena ELS, Reis HFT, Carvalho PAL, Souza VS. The care intersubjectivity and the knowledge in the phenomenological perspective. *Rev Rene, Fortaleza.* 2011;12(1):181.
13. Neves JA, Silva PMC, Azevedo E B, Musse JO, Ferreira Filha MO. Actions in a Psycho-social Care Center for the rehabilitation of persons with psychological disorders. *Cogitare enferm.* 2012;17 (2).

6 O DESPERTAR PARA UM NOVO COMEÇO

A experiência de compreender as descrições vivenciais foi pertinente ao referencial teórico de Maurice Merleau-Ponty, pois foi possível desconstruir ideias veiculadas no contexto sociocultural, bem como nos fazer ver as ambiguidades presentes em cada fala dos participantes do estudo. Assim, foi possível perceber que a reabilitação psicossocial configura-se como estratégia de cuidado para os usuários do Caps ad, que deve ser compartilhada com os demais atores sociais inseridos nesse contexto.

Na relação intersubjetiva, criada a partir dos encontros de GF, os temas foram abordados de maneira a construir um conhecimento que, após ser submetido à analítica da ambiguidade, ganhou forma ao objeto de estudo. Os resultados e as discussões foram apresentados por meio de dois manuscritos científicos, em consonância com o objetivo da pesquisa.

As dimensões apresentadas nos manuscritos fazem menção ao modo como vem sendo entendida e executada a proposta da reabilitação psicossocial pelos profissionais de saúde de um Caps ad, além de nos mostrar as práticas desenvolvidas por estes trabalhadores, bem como o envolvimento da família nesse processo.

No primeiro manuscrito - Reabilitação psicossocial no contexto do consumo de drogas: olhar de profissionais de saúde mental - ocupamo-nos em descrever o conceito atribuído pelos participantes do estudo sobre a reabilitação psicossocial. Desse modo, foi possível compreender que, embora essa estratégia seja percebida como essencial para a reinserção social dos usuários, ainda é necessário superar práticas que parecem não contribuir com o modelo psicossocial, as quais têm por finalidade a valorização de ações pautadas no envolvimento dos dispositivos territoriais.

As descrições nos mostraram também os desafios para a execução dessa estratégia. No entanto, apontamos nesse manuscrito que, principalmente no campo da saúde mental, os profissionais de saúde precisam ser inovadores e, para tanto, criarem práticas cuidativas que possibilitem a ampliação do itinerário terapêutico dos usuários, respeitando a singularidade de cada um, e valorizando os locais que produzem vida para eles.

O segundo manuscrito - Desafios na inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas - mostrou a relevância da inserção da família no contexto da reabilitação psicossocial dos usuários do Caps ad, sendo reconhecida como necessitada de cuidados. As vivências expressaram que a família se encontra distante do serviço, o que parece dificultar o desdobramento de práticas que contribuiria com o processo de reabilitação psicossocial. Por outro lado, notamos que esse posicionamento pode ser compreendido como cuidado irrefletido de si, uma forma de não se comprometer com o ato de cuidar, o que requer disposição e, até mesmo, parece sobrecarregar o cuidador.

Assim sendo, para que a inserção da família nesse contexto seja realidade, é necessário empoderá-la, a fim de torná-la corresponsável pelas práticas de reabilitação psicossocial, fazendo com que o cuidado seja compartilhado, favorecendo o êxito em suas práticas. Nesse sentido, os profissionais de saúde do Caps ad devem reconhecer o potencial dos familiares, para que construam, juntamente com eles, projetos de vidas.

Diante dessas percepções, o estudo permitiu um novo olhar sobre o contexto da reabilitação psicossocial de usuários do Caps ad, uma vez que foi possível dar voz aos profissionais de saúde atuantes nesse serviço, para que essa estratégia seja valorizada, contribuindo, assim, com o modelo psicossocial.

Nesse contexto, a experiência da transcendência conduziu-nos a ver a reabilitação psicossocial de consumidores de drogas de modo diferente, permitindo a abertura de novos horizontes para a construção de práticas que validem essa estratégia. Dessa forma, notamos a relevância de estudos de cunho fenomenológico, pois valorizam a escuta dos participantes, sem a preocupação em fazer juízo de valor.

Foi possível ressignificar as vivências, de modo a compreender a relevância da reabilitação psicossocial e a forma como vem sendo operacionalizada, bem como nos fazer ver a necessidade da presença da família nesse contexto. Assim, o conhecimento produzido nesse estudo poderá contribuir para a reorientação, planejamento e implementação das práticas dos profissionais de saúde que atuam no campo da saúde mental.

Portanto, a pesquisa contribuiu para a nossa formação profissional, à medida que nos permitiu vivenciar um processo intersubjetivo, que favoreceu o despertar para a criação de vínculo com os familiares de usuários do Caps ad, com vistas a

inserir-los no contexto da reabilitação psicossocial, levando-nos a entender que essa estratégia será executada de forma plena quando houver o compartilhamento de responsabilidades, de forma articulada com a família e os serviços que compõem a RAPS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. C; et al. Concepções dos familiares de usuários acerca do cuidado oferecido em centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 1, p. 56-62, Jan/Mar 2013.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 339-345. 2011.

AZEVEDO, E.B. et al. Intersectoral practices that promote an integral care in Psychosocial Care Centers. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.33, n.1, 2012.

BANDEIRA, M. et al. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 284-93, 2011.

BARDOUR, R. **Grupos Focais**. Tradução Marcelo Figueredo Duarte. Porto Alegre. Artmed, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do ser Humano: compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAUN, L.M.; DELLAZZANA-ZANON, L.L.; HALPERN, S.C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Rev. SPAGESP** v.15, n.2, p. 122-144, 2014.

BRASIL. **Resolução nº466 de 12 de Dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. [online] ,2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 07 fevereiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de**

álcool e outras drogas. Brasília: Série B. Textos Básicos de Saúde, p. 60, 2003. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf> Acesso em 05 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf> Acesso em 08 agosto de 2014.

CONSTANTINIDIS, T.C.; ANDRADE, A.N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 20, n. 2, 2015.

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. Social participation and protagonism in mental health: the rising of a collective. *Saúde debate*, v.36, n.95, 2012.

COSTA, L.A.; BRASIL, F.D. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFS**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014.

COSTA, H. M.; GASPARINI, D; HILDEBRANDT, L M. Atenção em um centro de atenção psicossocial na voz de usuários e familiares. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n. 20, 2011.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo. (org.) **Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COSTA, L.A.; BRASIL, F.D. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup.** v.22, n.2, p.435-42, 2014.

COVELO, B.S.R.; BADARÓ-MOREIRA, M.I. Links between family and mental health services: family members' participation in care for mental distress. **Interface.** v.19, n. 55, 2015.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126. 2014.

FEFFERMANN, M. Reflections on young people entered in drug trafficking: a mesh that entangles. **Sau. & Transf. Soc.** v.4, n.2, p. 55-65, 2013.

FIRMO, A.A.M.; JORGE, M.S.B. Experiences of caregivers of people with mental illness in the face of psychiatric reform: production care, autonomy, empowerment and solvability. **Saude soc.** v.24, n.1, 2015.

GONÇALVES, A.M. et al. Oficinas terapêuticas: intervenção de enfermagem em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** v. 8, n.2, p. 107-15, 2016.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Psychosocial Rehabilitation and Therapeutic Accompaniment: equating the reinsertion in mental health. **Psicol. clin.** v. 27, n.1, 2016.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo.** Erechim/RS: EdiFAPES; 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Gravataí RS, v. 14, n.1, p. 297-305, 2009.

HUSSERL, E. **Meditações cartesianas:** introdução à fenomenologia. Tradução: Maria Gorete Lopes e Souza. Porto, Portugal: RÉS, 1983.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: 2011

LANCETTI, A. **Clínica Paripatética.** Editora: Hucitec, 3ª ed. São Paulo, 2008.

LIMA, F.C.; SCHNEIDER, D.R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Caminhos**, v.6, p.39-64, 2013.

LUCENA, M. A.S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.9, 2012.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: ciência e profissão**. v.33, n.3, p. 580-595, 2013.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002

_____. **A dúvida de Cézanne** (P. Neves; M. Pereira, Trad.). São Paulo: Cosac & Naify. 2004.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

MERHY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MORAES, J. F. B. Apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de ensino: avaliação de uma experiência em construção. [Dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J.A.C. A study on the characteristics of the delphi method and focus group as techniques to obtain data in exploratory research. **Rev. Adm. UFSM**, v.6, n.1, p.9-24, 2013.

NEVES, J.A. Actions in a Psycho-social Care Center for the rehabilitation of persons with psychological disorders. **Cogitare enferm**. v.17, n.2, 2012.

NUNES, V.S.; TORRES, M.A.; ZANOTTI, S.V. O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.5, n.2, p. 136-46, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Genebra, Organização Mundial de Saúde, (documento inédito WHO/MNH/MND/96.2). 1995.

_____. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.

PINHO, P.H et al. Concepção dos Profissionais de Saúde acerca da Reabilitação Psicossocial nos Eixos: Morar, Rede Social e Trabalho dos Usuários de Substâncias Psicoativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.9, jun. 2013.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A.L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicol. Estud**, Maringá, v.15, n.1, Jan./Mar. 2010.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Editora Hucitec, 3ª Ed. São Paulo: 2010.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M.S.B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p. 253-271, 2014

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** v.20, n.2, Apr./June 2007.

REIS, T.L. et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate** v.40, n.109, Apr./June 2016.

RIBEIRO, M.C.; BEZERRA, W.C. The psychosocial rehabilitation as a care strategy: perceptions and practices developed by workers of a mental health servisse. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado. **Rev Ter Ocup Univ**, v.26, n.3, p.301-8, 2015.

VASCONCELOS, E.M. Empowerment of users and family members in mental health care and in evaluative/interventional research: a brief comparison between the Anglo-Saxon tradition and the Brazilian experience. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.10, 2013.

SANTOS, C.F.; EULÁLIO, M.C.; BARROS, P.M. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v.23, n. 2, 2015.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.7, p. 2129-38, 2013.

SALIS, A.C.A. Project work management and social inclusion of mental health patients. **Psicol. cienc. prof.** v. 33, n. 3, 2013.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Editora Hucitec, 3ª Ed. São Paulo, 2010.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: Pitt a A. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.13-18.

SENA, E. L. S. **A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão Merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer**. 2006. 284 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, E. L. DA S; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis (SC), v. 17, n.2, Apr/ Jun,2008.

SENA, E. L. S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n.4, p. 769-75, 2010.

SENA, E.L.S. et al. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 181-188, 2011.

SERVO, M. L. S.; ARAÚJO, P. O. Grupo Focal em Pesquisas Sociais. **Rev. Espaço Acadêmico**, n.137, out, 2012.

SILVA, C.C. et al. Initiation and consumption of psychoactive substances among adolescents and young adults in an Anti-Drug Psychosocial Care Center. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n.3, 2014.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Word Drugs Report 2010. [Internet]. [acesso em 2 jun 2010]. Disponível: http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB) DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)

Título do Projeto: “Percepção de profissionais de mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial”

Pesquisadora Responsável: Edite Lago da Silva Sena

Colaboradora: Carine de Jesus Soares

Prezado (a) senhor (a)

Eu sou Carine de Jesus Soares, discente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e estou realizando, juntamente com a pesquisadora **Edite Lago da Silva Sena** o projeto de pesquisa intitulado **“Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial”**. O objetivo geral deste projeto é: compreender a percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial. Considerando que os participantes da minha pesquisa serão os profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (Caps ad) do município de Jequié-BA, venho convidar o (a) senhor (a) a participar deste projeto, pois os resultados da pesquisa contribuirão para o conhecimento sobre a noção de cuidado no contexto das atividades promovidas pelo Caps ad, ouvindo a voz dos profissionais, o que fortalece o serviço como um dispositivo de cuidado e a Política Nacional sobre Drogas, a ser efetivamente

implantada, por meio da organização da rede de atenção à saúde mental, visando, entre outras coisas, a prevenção e o enfrentamento do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como a reabilitação psicossocial dos usuários.

Este estudo pode lhe proporcionar o desconforto de ter que disponibilizar tempo para participação de um encontro grupal, a fim de discutirmos o tema. Caso seja debatida alguma questão no grupo que cause o sentimento de desconforto, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-lo ou ressarcir os prejudicados. Além disso, o (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa. Ao participar da pesquisa, o (a) senhor (a), não será identificado (a), permanecendo em anonimato, e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não traz gastos financeiros para o senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação. A participação na pesquisa não é obrigatória, assim, se não desejar participar, sua vontade será respeitada. Sua participação é voluntária e consistirá em debater temas relacionados ao objetivo do estudo, após assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas da área da saúde, porém, o (a) senhor (a), assim como, nenhum outro participante será identificado. A gravação das entrevistas e sua transcrição em papel serão arquivadas pelas pesquisadoras por cinco anos.

O (A) senhor (a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e após sua participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos através de Carine de Jesus Soares, pelo e-mail: carineesoares@hotmail.com ou telefone: (73)8832 5330. Em caso de dúvida, o(a) senhor(a) também poderá entrar em contato com ela na Rua Francisco Paulo Gomes n° 45, Mandacaru – Jequié-Bahia, 45207-310.

Se o (a) senhor (a) aceitar participar da pesquisa, precisará assinar o TCLE em duas vias (uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra ficará sob a guarda de Carine de Jesus Soares). Em seguida, participará do encontro, onde irá dialogar conosco e com seus pares, no intuito de alcançar o objetivo proposto no projeto, e as falas serão gravadas.

Em caso de dúvida, o (a) senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) pelo telefone (73) 35289727, pelo e-mail cepuesb.jq@gmail.com ou no

seguinte endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequezinho, Jequié – Bahia.

Desde já agradeço sua atenção!

Jequié - BA, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora Responsável

Participante

APÊNDICE B- Instrumento de Coleta de dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Pesquisa: “Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial”.

Autor principal: Carine de Jesus Soares

Orientadora: Edite Lago da Silva Sena

Termos norteadores

- Fale sobre o que você entende por reabilitação psicossocial.
- Comente sobre o que significa família para você.
- Discuta sobre a participação da família no processo de reabilitação psicossocial do usuário de drogas.

ANEXO – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas sobre família e reabilitação psicossocial

Pesquisador: Edite Lago da Silva Sena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46620815.0.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.163.910

Data da Relatoria: 28/07/2015

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora: "A reabilitação psicossocial consiste em uma estratégia relevante para a reinserção social do indivíduo que vivencia o sofrimento psíquico, o que perpassa pela interação dos mais variados dispositivos sociais para a efetivação desse componente. Nesta perspectiva, o estudo se propõe a desvelar a percepção dos profissionais de saúde de um CAPS ad sobre a participação da família durante esse processo. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na abordagem fenomenológica, na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty acerca da percepção. O campo da pesquisa será o Caps ad de Jequié-BA e os participantes do estudo serão os profissionais que compõem a equipe de saúde desse serviço. A estratégia utilizada para a produção das informações será o Grupo Focal (GF), que consiste em um diálogo entre os participantes do estudo e entrevistadora. As informações descritas serão submetidas à análise da ambiguidade, que tem como fundamento a teoria da intersubjetividade do filósofo Merleau Ponty".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar a percepção dos profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas sobre a participação da família no contexto da reabilitação psicossocial.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.910

- Promover o cuidado à família dos consumidores de Álcool e outras drogas no contexto da rede de Atenção Psicossocial.
- Sensibilizar os profissionais de saúde quanto a inserção da família na promoção da reabilitação psicossocial do membro familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Contemplado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto que pretende “desvelar a percepção dos profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a participação da família no contexto da reabilitação psicossocial”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Faltou apenas apresentar autorização do CAP ad para realização da pesquisa, caso não exista convênio entre esta instituição e a UESB.

Recomendações:

Na linha 6 do primeiro parágrafo, onde se lê “O objetivo geral deste é projeto...”, deve-se colocar, “O objetivo geral deste projeto é...”

- Na linha 10 do segundo parágrafo, acrescentar a palavra “participar” no trecho “...assim, se não desejar da mesma”, ficando então, “...assim, se não desejar participar da mesma”
- Retirar o espaço para impressão digital, já que os participantes do estudo são todos alfabetizados.
- Não há necessidade de informar o endereço residencial no TCLE, apenas o email e telefone.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver o item das recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.910

Em reunião do dia 29/07/2015, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

JEQUIE, 29 de Julho de 2015

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com