

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 desenvolvem 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 intersectorial, 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, norteadas 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 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/carín/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/carin/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. Análítica 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).