



Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas

Welcoming as a psychological practice in the context of an Alcohol and drugs Psychosocial Care Center

Renato Luis Zini
Faculdade de Americana

Vera Engler Cury
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Brasil

Resumo

A pesquisa objetivou apreender fenomenologicamente a experiência de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas no contexto da prática de *Acolhimento*. A estratégia de análise consistiu na construção de narrativas intersubjetivas que possibilitaram descrever, compreender e interpretar elementos da experiência vivida pelos clientes. A síntese das narrativas evidenciou elementos significativos: sentimentos ambivalentes sobre o consumo de drogas; esperança de recuperação; percepção distorcida em relação a si mesmo, denotando dificuldade no contato com a realidade; importância dos relacionamentos interpessoais no desencadeamento da dependência às drogas e também no processo de recuperação; angústia como elemento desencadeador para buscar ajuda profissional. Foi constatada a relevância de se disponibilizar um encontro dialógico como facilitador para que o cliente possa resgatar o contato consigo mesmo de maneira mais realística e assim aderir ao tratamento.

Palavras-chave: psicologia fenomenológica; humanização da assistência; psicologia humanista; centros comunitários de saúde mental; pesquisa qualitativa.

Abstract

This research aimed to phenomenologically apprehend the experience of people who've attended an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center in the context of the *welcoming* practice. The analysis strategy was the construction of intersubjective narratives which allowed describing, understanding and interpreting the clients' experiences. The synthesis of these narratives presented significant elements: ambivalent feelings about drug use; hope of recovery; distorted self-perception denoting difficulties being in touch with reality; the importance of interpersonal relationships in triggering drug addiction and also in the recovery process; and anguish as an inspiring element for seeking professional help. The study showed the importance of providing a dialogic encounter in order to facilitate the clients' contact with themselves in a more realistic manner, and thus adhere to treatment.

Keywords: psychology; phenomenology; humanization; humanistic psychology; community health centers; qualitative research



1. Introdução

Além das internações em hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido considerados, desde os anos de 1980, uma modalidade de atenção em saúde mental substitutiva e complementar ao cuidado com os sujeitos acometidos de algum transtorno mental.

Os CAPS em sua formulação original, isto é, sem a especificidade de atendimento que foram gradualmente adquirindo - CAPSi para crianças e adolescentes, CAPSad para usuários de Álcool e Drogas e CAPS III com funcionamento 24 horas - surgiram com o objetivo de atender indivíduos com grave sofrimento psíquico, evitando-se a internação psiquiátrica pela via de uma articulação com outros serviços e recursos da comunidade em que estavam inseridos. Eram serviços voltados quase que integralmente ao cuidado de adultos portadores de patologias mentais graves e crônicas, dado que sua implantação coincidiu com um período em que o processo de desospitalização havia gerado um grande contingente de egressos de instituições de natureza asilar. Em meados da década de 1980 efetivou-se o processo de fechamento dos antigos hospitais psiquiátricos a partir de iniciativas do poder público.

Os CAPS tiveram sua existência regulamentada através da portaria GM 224/92, embora já houvesse a experiência de tal serviço assistencial, desde o ano de 1986, na cidade de São Paulo. Por sua vez, os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) foram implantados a partir do ano de 2002, sendo aptos a pleiteá-los os municípios com população acima de cem mil habitantes.

Atualmente, os CAPSad especializados no atendimento de usuários de álcool e outras drogas tornaram-se conhecidos pela população em virtude da preocupação da sociedade diante do crescente consumo de drogas, especialmente o *crack*, levando os meios de comunicação a colocarem sob suspeita as políticas públicas e os serviços de saúde disponíveis para resolver a questão. Há uma expectativa de que, por meio da implementação de medidas restritivas pelos órgãos públicos, seja possível solucionar de maneira imediata um problema que se alastra pelos grandes centros urbanos brasileiros, mas que também não poupa os pequenos municípios.

Em vista da efetivação dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - equidade, integralidade e universalidade -, desde o ano de 2004 foi oficialmente implantado no Brasil o Programa Nacional de Humanização da Saúde (HumanizaSUS) com o objetivo de ofertar um atendimento não apenas eficaz, no sentido de eliminar uma determinada moléstia, mas visando atender o ser humano em sua integralidade e no desempenho de diferentes papéis sociais: o trabalhador, solteiro ou casado, desempregado, que habita uma determinada região do país, portanto com hábitos diferentes de outro sujeito que more em outra região etc. Diferentes "recomendações" estão sendo implementadas em relação a



práticas e posturas dos profissionais que atuam nos serviços públicos, entre elas a Ambiência, Projetos Terapêuticos Individualizados, Clínica Ampliada e Acolhimento (Ministério da Saúde, 2002, 2004a, 2004b, 2010). Dessa maneira, apesar do reconhecimento das diferenças e desigualdades sociais presentes, alguns princípios foram colocados como necessários para se construir não apenas os serviços em seu sentido físico, mas modalidades de atendimento focalizando a atenção e o cuidado a todo cidadão (Tesser, Poli Neto & Campos, 2010). O Acolhimento aos usuários vem sendo considerado neste contexto um dos recursos mais importantes, seja pela percepção de que os atendimentos na área da saúde pública devam ocorrer a partir de relações intersubjetivas entre usuários e técnicos, como também pelo fato de que se constitui em uma prática que possibilita bons resultados a baixo custo (Ayres, 2004).

Anteriormente à efetivação dos marcos legais do Programa Nacional de Humanização em Saúde, outras medidas já haviam sido experimentadas com êxito em alguns serviços de saúde. Destaca-se como sucedâneo das futuras diretrizes do HumanizaSUS o Programa Paidéia de Saúde da Família, ocorrido entre os anos de 2001 e 2003 na cidade de Campinas/SP. Foi uma iniciativa pioneira não apenas por considerar a humanização dos serviços como uma política pública, mas por reconhecer a necessidade de promover via Acolhimento uma maior vinculação dos usuários aos serviços e, assim, produzir mudanças significativas nas práticas exercidas pelos profissionais dos serviços de saúde.

Tal reconhecimento é assim descrito:

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem deixar de colocar limites necessários (Campos, 2003, p. 163).

Em decorrência, inverteu-se a ordem de prioridade no atendimento à população: o critério deixa de ser de cunho meramente administrativo - ordem de chegada - para valorizar a percepção técnica e humana acerca da intensidade do sofrimento vivido pelo usuário.

De um ponto de vista teórico, a prática do Acolhimento em Saúde Pública permite diversas elaborações. A síntese elaborada por Takemoto e Silva (2007) destaca duas formas básicas de compreensão: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, e outra como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade de saúde ao atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando a recepção. No entanto, ainda é precoce comparar as diversas hipóteses sustentadas por pesquisadores sobre esse conceito



quando aplicado ao caso específico dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas,¹ dado o reduzido número de estudos.

Diante dessa inquietação, o pesquisador – que atua como psicólogo em um CAPSad localizado em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo – empreendeu a tarefa de examinar a sua prática no contexto de um plantão multiprofissional que se propõe a acolher os usuários que buscam por algum tipo de ajuda profissional em face da dependência química. O referido plantão intenta dinamizar a inclusão do usuário no serviço e impedir a sobreposição de ações da equipe, consistindo em uma escala diária segundo a qual um profissional da equipe técnica fica responsável pela condução de todas as ações decorrentes das demandas daquele dia.

1. 1 Triage e Acolhimento: delimitando diferenças

Em que pese o fato da palavra acolhimento ser de origem latina, *accolligere*, e comportar vários significados, como os citados por Houaiss (2009): dar acolhida ou agasalho a, hospedar, receber; atender, admitir, dar crédito a, dar ouvidos a; tomar em consideração, atender a, neste estudo foi tomada como um conjunto de atitudes assumidas por um ou mais profissionais, porém não como mero exercício de atividade de cunho assistencial, mas sim como atenção em sentido pleno e intersubjetivo.

Já o termo triagem é derivado da língua francesa: *verb trier*, que significa escolher, apartar, separar com cuidado ou escolher e separar alguma coisa (pessoas também), segundo um dado critério de qualidade ou outra qualidade qualquer. Segundo Houaiss (2009), triagem significa seleção, escolha, separação.

Goldim (2009) destaca que o termo triagem tem origem na prática médica em contextos militares e consistia em escalonar os procedimentos no campo de batalha. Young (1975) enfatiza que tal procedimento é uma classificação qualitativa utilizada em situações de desastres, catástrofes ou guerras, como critério para se buscar recursos.

Neste estudo, o Acolhimento como prática do psicólogo/plantonista no contexto do CAPS constitui uma forma de percepção que emerge ao se estar *com o outro* em seu modo de existir, por meio do respeito a alteridade e de uma escuta autêntica. Cabe ressaltar que, reduzido a uma mera estratégia para selecionar e separar os usuários, essa modalidade de atendimento inicial pode favorecer um retrocesso assistencial, vindo a caracterizar-se como uma formalidade necessária para o acesso às consultas médicas. Como advertem Mângia, Mattos, Souza e Hidalgo (2002), não se trata apenas de uma “diferente” forma de recepção [o

¹ Foi realizada pesquisa sistemática sobre o tema nas bases de dados Scielo e Lilacs, encontrando-se poucas referências. Utilizando os descritores “acolhimento + crack” e “acolhimento + drogas”, foram localizadas na página oficial do governo federal, denominado “Observatório Crack”, referências a rede de acolhimento em moradias transitórias às pessoas em tratamento em alguns CAPSads, porém, restrita a poucas cidades brasileiras.



acolhimento], mas é também uma postura e simultaneamente uma “estratégia de relação com estes usuários” (p. 19).

1.2 O Plantão Multiprofissional: possibilidade para o desenvolvimento de uma relação dialógica

Adotou-se neste estudo um posicionamento segundo o qual o psicólogo plantonista prioriza a demanda do usuário em sua singularidade, cabendo-lhe acolher a pessoa sem prévia expectativa de torná-la viável para o sistema de saúde. Nesse sentido, estrutura-se uma postura que busca reconhecer e valorizar a alteridade como possibilidade de diálogo com o outro; prevalecem atitudes de compreensão empática e de aceitação incondicional, porém preservando a necessária competência técnica para construir um caminho para a intervenção.

Cury (1994) afirma que o psicoterapeuta participa dos significados da experiência dos clientes por meio do seu próprio processo experiencial. Assim, criam-se novos entendimentos com base na relação intersubjetiva vivida por ambos. Segundo Braga, Mosqueira e Morato (2012), essa atitude significa proporcionar ao outro condições necessárias para o seu desenvolvimento.

Andrade e Morato (2004) propõem uma reflexão em direção a um relacionamento humano ético que em certa medida pode facilitar a aproximação com o usuário que procura ajuda, pois “no momento do encontro com o outro, em nossas práticas, esse domínio do saber não funciona como lugar seguro; não traz respostas exatas ou verdadeiras; não alivia a angústia perante a alteridade que aparece no encontro” (p. 347).

Deve-se aqui lançar mão dos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, acerca dos processos até agora descritos, admitindo-se que essa postura, proposta por Carl Rogers (1951), predispõe o psicólogo a um tipo de relação intersubjetiva que é facilitadora ao processo de crescimento pessoal do cliente. Assim, o psicólogo de orientação humanista está convicto de que lhe cabe facilitar ao outro a emergência de sua própria experiência, proporcionando um encontro dialógico que potencialize o desejo por reconhecer a si mesmo e a seus sentimentos e motivações; daí ser este um movimento que busca restaurar a autonomia pessoal do cliente tomando-se por base um relacionamento interpessoal livre de ameaças ou de prejulgamentos. Para tanto, cabe ao terapeuta tornar-se autenticamente disponível ao outro de maneira empática e aceitadora.

2. Método

A partir da inquietação inicial derivada de questionamentos originados no próprio cotidiano do CAPSad acerca do plantão como possibilidade de tornar efetivo o acolhimento, delineou-se a investigação como uma pesquisa de caráter exploratório e de inspiração



fenomenológica. Assim, o caminho metodológico pretendeu inquirir a experiência vivida pelo psicólogo no contexto do CAPSad nos encontros com usuários que buscam o serviço num momento de angústia e são acolhidos numa modalidade de intervenção estruturada sob a forma de plantão.

A fenomenologia husserliana foi a inspiração para nortear o acesso aos significados da experiência, consistindo num processo metodológico rigoroso e específico para a compreensão da experiência humana imediata (Estrada, 2012; Morales, 2011). Luczinski e Ancona-Lopes (2010) enfatizam que a fenomenologia, tal como proposta por Husserl, não tinha a intenção de fornecer orientações para qualquer tipo de atendimento psicológico. Gradativamente toma concretude o que poderia se chamar de “psicologia fenomenológica”, ou melhor, uma psicologia clínica de orientação fenomenológica. AmatuZZi (2009) alerta para a necessidade de reflexão sobre como contextualizar o método fenomenológico na prática psicológica ao enfatizar que a fenomenologia desenvolvida por Husserl é anterior a qualquer forma de intervenção, pois pretendeu recuperar o papel da psicologia como uma ciência que se ocupa de elementos fundamentais do humano enquanto tal, ontologicamente considerado.

2.1 A narrativa como estratégia metodológica

A construção de narrativas sobre o acontecer clínico é uma estratégia metodológica de pesquisa apropriada à psicologia desde que compreendido o ato de narrar em um sentido específico e provido de significados que vão além da simples atividade de contar ou expor oralmente um fato.

AmatuZZi (1996) justifica o uso das narrativas como um recurso de caráter o mais próximo possível das pesquisas fenomenológicas ao possibilitar uma presença maior da subjetividade do pesquisador, para níveis mais abrangentes de significado, além de permitir o estabelecimento de uma relação dialógica entre pesquisador e participante, de forma que conteúdos intersubjetivos e vivenciais mais profundos só são possíveis diante desta dialogicidade. Portanto, trata-se de narrar o vivido a partir do impacto do encontro com o outro de forma a extrair da própria experiência os significados; no caso deste estudo, a experiência do usuário que busca ajuda num serviço público de saúde num momento de grande angústia.

Assumida tal postura de caráter fenomenológico, construíram-se narrativas que revelaram a aproximação intencional do pesquisador com o participante/usuário numa via de mão dupla entre a prática profissional e a pesquisa. Partindo dessa premissa, a narrativa não se constituiu em mero relato de experiência, mas sim na construção processual de significados que emergiram da reflexão do pesquisador sobre os encontros vividos com diversos usuários no contexto do plantão. Pode-se dizer a este respeito que o sentido da



narrativa aqui se aproximou daquele proposto pelo cientista social e ensaísta alemão Walter Benjamin (1930/1985), segundo o qual o ato de narrar é compreendido em um sentido mais específico e provido de significados do que a simples atitude de contar ou expor oralmente um fato. Nessa perspectiva, Benjamin (1930/1985), lamentava que a comunicação estivesse em seu tempo desprovida de significados por ter se tornado meramente informativa e tivesse perdido o viço em função do declínio da tradição oral narrativa. Esta sim legitimamente vinculada a recordações, nostálgica e capaz de manter vivo o passado de um povo.

Benjamin (1930/1985) também direciona suas críticas ao romance moderno como responsável pelo declínio da “arte narrativa”², entendida aqui a narrativa enquanto a arte de transmitir o fenômeno que percorre toda complexidade da vida humana e sua “necessidade” de expressá-los:

Ela (a narrativa) não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (Benjamin, 1930/1985, p. 205).

Dessa forma, pode-se considerar a construção de narrativas como inerente às pesquisas de natureza fenomenológica, como exprime Dutra (2002) ao afirmar que “a narrativa contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter amalgamado à sua experiência a história ouvida” (p. 373).

2.2 O processo de encontro com os participantes

Os encontros com os participantes da pesquisa ocorreram no contexto natural de atendimento do plantão, entre os meses de setembro de 2011 e agosto de 2012, delimitados pelo pesquisador como período durante o qual se dispôs a construir sistematicamente uma narrativa sobre cada um dos atendimentos de plantão, tendo contado para tanto com a aprovação, contida no parecer n. 0681/11, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Durante esse período, 47 usuários foram atendidos no plantão do CAPSad pelo próprio pesquisador. Destes, foram elaboradas 36 narrativas para fins de pesquisa em virtude de terem se caracterizado efetivamente como atendimentos; os demais incluíram solicitações de atestados, informações e retornos. Quatro pessoas solicitaram que o consentimento para a participação no estudo fosse retirado. Ao final do processo de construção das narrativas, o pesquisador teve-se mais a 15 narrativas baseando-se no critério de saturação, embora tenha adotado o mesmo procedimento de registro pela via da construção de uma narrativa em relação a todos os atendimentos realizados.

² Capacidade que tem o ser humano de pôr em prática uma ideia, valendo-se da faculdade de dominar a matéria.



2.3 A construção das narrativas

Todos os atendimentos foram realizados pelo próprio pesquisador, sendo construídas as narrativas sobre o acontecer clínico imediatamente após o encontro.

Quando os usuários atendidos eram aqueles que procuravam o CAPSad pela primeira vez ou retornavam após abandono do tratamento, o pesquisador iniciava o encontro com a seguinte pergunta: “Qual a razão para você ter procurado pelo serviço?” Em seguida, dependendo da necessidade, prestava alguns esclarecimentos complementares. Após o término do atendimento, o pesquisador explicava com detalhes o objetivo da pesquisa que estava desenvolvendo, solicitando a permissão do usuário para a utilização de trechos de seu atendimento, deixando claro que a concordância ou não em relação à sua participação não teria qualquer consequência para seu tratamento. Em caso de concordância, a pessoa era convidada a formalizar tal aceite com a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³.

Após cada atendimento, o pesquisador imediatamente registrava por escrito suas impressões, sentimentos, aspectos marcantes do encontro. Não se ocupou de fazer um relato do atendimento para constar de um protocolo, mas dedicou-se de maneira cuidadosa a sistematizar elementos que possibilitassem trazer à luz a experiência do usuário apreendida por ele durante o encontro intersubjetivo.

Posteriormente, esse relato era revisto e então era construída uma nova versão da narrativa, de maneira mais reflexiva, com o intuito de dar ao registro contornos mais concisos e menos cursivos num movimento de compreensão. Após alguns dias, o pesquisador relia o texto da narrativa, podendo inserir novos elementos ou escrever uma terceira versão, caso concluísse que nas primeiras não conseguira registrar de maneira satisfatória a fluidez do encontro ou os elementos mais importantes da experiência do participante, uma vez que, em pesquisas de caráter fenomenológico, a experiência do encontro com o participante não se encerra num “ato em si”, como no uso de um questionário estruturado. É justamente o processo de construção das narrativas a partir do encontro autêntico, de pessoa para pessoa, que permite ao pesquisador assumir e utilizar sua subjetividade como uma ferramenta inerente ao processo de pesquisa. É um processo que possibilita a ele dialogar com a própria subjetividade, quantas vezes forem necessárias para chegar à compreensão do fenômeno que se propôs investigar.

2.4 O processo de análise das narrativas a partir do encontro com os participantes

³ Parecer de aprovação n. 0681/11 emitido pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.



Ao realizar uma síntese do que foi apreendido ao longo dos atendimentos aos usuários, o pesquisador procurou efetivar uma apreensão de todos os elementos que se mostraram significativos à sua experiência ao dispor-se a uma relação dialógica com as pessoas atendidas. Em uma pesquisa fenomenológica, isso constitui um movimento de trazer à tona o que de mais significativo emergiu dos atendimentos em sua singularidade e que converge para um sentido maior que aproxima as narrativas entre si. Com o objetivo de preparar esse caminho, após cada narrativa o pesquisador escreveu uma síntese compreensiva sobre o atendimento. Esse movimento não se constituiu numa análise diagnóstica preditiva sobre o que se tornou manifesto pelos participantes em termos psicopatológicos, já que a análise proposta para o estudo seguiu exatamente no caminho inverso. A síntese convergiu para apontar um sentido para o fenômeno num movimento interpretativo.

Por essa razão, ao realizar uma compreensão psicológica de cada narrativa, esforçou-se o pesquisador em não direcionar um olhar analítico a nenhum ponto específico ou que chamasse a sua atenção no sentido de categorizar psicologicamente, buscando indícios que permitissem provar algo previamente conhecido.

A síntese compreensiva constituiu-se em um modo de facilitar o acesso ao vivido de forma que interpelasse seu sentido. Nesse processo, os elementos nos quais o pesquisador manteve-se em postura de atenção e alerta foram os reveladores do modo de ser do usuário ao apropriar-se do espaço que lhe foi franqueado; por exemplo, quais os artifícios que a pessoa usou para descrever a si mesma; que ênfases imprimiu à sua história de vida, que emoções revelou, como relatou situações vividas e assim por diante.

As sínteses compreensivas individuais constituíram-se em uma etapa de transição entre a experiência de narrar o atendimento e a comunicação dos significados apreendidos. Esse processo trouxe à tona elementos do impacto vivido pelo pesquisador ao ser mobilizado no encontro com o outro.

Ao final, foi elaborada uma narrativa-síntese geral na qual o pesquisador buscou extrair dos elementos significativos apreendidos em cada encontro individual um sentido mais amplo que envolvesse a experiência como um todo, de modo que possibilitasse um aprofundamento fenomenológico acerca da experiência das pessoas ao serem acolhidas no CAPSad (Muñoz, Serpa Jr., Leal, Dahl & Oliveira, 2011). A seguir é transcrito um trecho dessa síntese.

Ao longo dos muitos encontros vividos, o pesquisador foi aprendendo sobre aquelas pessoas e sobre a difícil luta para sobreviverem às próprias fragilidades e às condições de vida, em razão de fatores de ordem social e da falta de recursos. Foram atendimentos que se caracterizaram como uma forma de triagem por força da situação, mas também momentos de Acolhimento nos quais a postura foi a daquele que se dispõe a ouvir atentamente as demandas, sem deixar de posicionar-se como pessoa e



profissional, ou seja, não apenas um atendimento de apoio, mas sim um processo ativo de relacionamento no qual o pesquisador se sentia responsável por compreender, orientar, motivar e encaminhar.

Nesse caminhar com os usuários em suas demandas singulares, elementos significativos de suas experiências puderam emergir e afetaram o pesquisador, tornando-o parte dos encontros como alguém que se faz presente, compartilha e ajuda a tomar decisões no sentido mais pleno. Deste processo emergiram significados que iluminaram o tema da pesquisa com doses de maior compreensão e possibilitaram vislumbrar caminhos para a intervenção que não desconsiderem a autonomia pessoal do cliente no processo de crescimento psicológico.

3. Análise dos resultados

Inicialmente, cabe explicitar que em uma pesquisa de inspiração fenomenológica como esta, o *resultado* nada mais é que o desvelamento de novas hipóteses e deve ser compreendido como o terceiro movimento no processo de análise iniciado com a descrição, sucedido pela compreensão e finalizado com a interpretação, numa dança harmoniosa em que os passos ao se sucederem complementam-se e são recriados. Como nesta investigação a prática do Acolhimento foi posta à prova como possibilidade no atendimento de plantão num CAPSad, serão apresentados inicialmente elementos da experiência dos usuários que puderam ser apreendidos nesses encontros disponibilizados pelo psicólogo/pesquisador.

3.1 A experiência dos usuários desvelada no encontro com o psicólogo/pesquisador no contexto do plantão disponibilizado como porta de entrada ao serviço num CAPSad

3.1.1 Percepção distorcida em relação a si mesmo

Independentemente da(s) substância(s) química a qual estão presas num jogo de dependência física e psicológica, as pessoas sustentam um senso de autopreservação, ou melhor, “*um olhar para si*” menos depreciativo que aquele pelo qual são vistas pela sociedade. Esse elemento manifesta-se desde a necessidade de proteger a própria vida e sua integridade até a preocupação de manter vínculos com a família, especialmente com os filhos. As experiências dos participantes não parecem incluir a percepção de um fim próximo ou de que estão confinados a uma única motivação representada pela busca incessante pelas drogas. Pelo contrário, apresentam-se como pessoas que almejam tratamento e a volta a uma vida mais digna. Essa perspectiva tornou-se clara pelo esforço que faziam durante os atendimentos para posicionar-se num ponto de menor degradação em relação ao que observavam nas ruas; alguns participantes, até mesmo, chegaram a fazer referência a um tipo de hierarquia em relação à perda de controle no uso de drogas. Os consumidores exclusivamente de álcool reforçaram que eram mais conscientes e por isso não usavam drogas. No caso das pessoas que faziam uso predominantemente de *crack*, droga altamente desagregadora e destrutiva, tentavam distinguir-se de outros usuários da mesma substância,



estabelecendo uma hierarquia entre os que fazem uso na forma de cachimbos ou mesclados (tratáveis) e os que utilizam fumados em latas de alumínio. Estes últimos foram adjetivados como pessoas que já perderam a sanidade, portanto, não tratáveis, não se importando com nada mais na vida que não fosse o consumo da droga; por essa razão, são pessoas que se utilizam de qualquer artifício para conseguir a substância, como praticar delitos e até mesmo subtrair objetos de dentro da própria casa, “quando ainda têm casa”, chegando a ponto de ficarem “ciscando” próximo aos pontos de consumo de drogas, isto é, pegando restos de droga no chão ou dentro de latas já utilizadas, onde há resíduos de *crack* que ainda podem ser consumidos. No sentido utilizado pelos participantes, desse ponto não se tem volta e se está muito próximo da morte física e mental. O consumo de álcool, por outro lado, aparece como fator importante para a manutenção do uso de outras substâncias, no sentido de funcionar como um atenuante, na medida em que diminui momentaneamente a capacidade de crítica e conseqüentemente a possibilidade de se exercer controle sobre a necessidade consumir outros tipos de droga. O fator laboral sugere uma tentativa de preservar uma imagem social aceitável. Todos os participantes referiram ter uma profissão, mesmo que nunca a tivessem exercido de fato ou estivessem sem exercê-la há um longo tempo; sempre salientavam que já estavam “vendo algum trabalho” dentro de sua área profissional, para poderem voltar ao final do tratamento. Portanto, nenhuma daquelas pessoas passou a impressão de não se importar com seu destino futuro, tampouco deixou de se referir a um senso de responsabilidade em relação à família e ao trabalho.

A relação que estabelecem subjetivamente com o próprio corpo expressa a experiência de uma distorção significativa entre o vivido e o simbolizado, levando-os a desconsiderar recomendações e informações que lhes são transmitidas pelos técnicos do serviço quanto a serem portadores de moléstias físicas graves, mesmo que isso esteja evidenciado por sintomas visíveis, tais como barriga inchada, sangramentos, convulsões etc. Assim, embora busquem ajuda no serviço de saúde, negam todas as evidências sobre a gravidade dos problemas de saúde que enfrentam. Essa simbolização distorcida representa um obstáculo à adesão ao tratamento, pois age a favor de uma maneira impulsiva de solicitar ajuda imediata, sem empreender grande esforço para permanecer em tratamento. Esse elemento é revelador de aspectos subjetivos que favoreceram o processo de aproximação ao uso de drogas como caminho mais confortável para satisfação de necessidades imediatas por prazer e bem-estar.

Durante os atendimentos nos plantões, os participantes conseguiram contar sobre si mesmos, isto é, demonstraram compreender em algum grau a situação pela qual estavam passando e correlacionando-a com outros eventos igualmente significativos na vida, tais como: perdas familiares, prejuízo na vida profissional, isolamento social e limitação do círculo social de convivência (geralmente estavam restritos ao grupo com o qual compartilhavam o uso de alguma substância química).



3.1.2 Relações afetivas

O início de consumo foi tratado pelos participantes de uma forma benevolente, já que, especialmente no caso do álcool, este fora utilizado como uma forma eficiente de extroversão, geralmente na adolescência. Comum ao consumo de todas as drogas, lícitas ou ilícitas, a experimentação se deu a partir de relacionamentos afetivos com pessoas significativas. Como parte de um hábito cultural, o álcool muitas vezes foi disponibilizado pelos próprios pais aos filhos; no caso das drogas ilícitas, o oferecimento inicial deu-se por amigos, já usuários, que o fizeram como um gesto de camaradagem, aparentemente sem qualquer intenção de que aquela atitude causasse futuramente algum mal ou sofrimento para o amigo. No caso das mulheres, particularmente, o motivo inicial para o uso de substâncias químicas foi qualificado como “um ato de amor”, “companheirismo” e até “ciúme”, sentimentos relacionados a um companheiro que sendo usuário de drogas as impeliu ao vício pelo medo de serem substituídas por outras mulheres também usuárias; ou seja, o consumo de drogas se estabeleceu como parte inerente ao relacionamento, uma maneira de demonstrar fidelidade e amor. Essa aludida prova de fidelidade está ilustrativamente clara no relato de uma participante que afirma manter-se fiel ao companheiro mesmo quando, por alguma razão, ele está recluso, cumprindo pena; afirma com orgulho que a mulher que ama o companheiro permanece fiel e comprometida com a provisão financeira dele no período de reclusão; o mesmo não parece ocorrer no caso dos homens em relação às suas companheiras.

Da mesma maneira que os vínculos afetivos são considerados pelos participantes como facilitadores para o início do consumo de drogas, também se tornam elemento importante, muitas vezes decisivo, na tomada de decisão sobre buscar ajuda especializada. A maioria dos participantes compareceu ao CAPS acompanhada de um parente ou de alguém que se importava com eles. O elemento desencadeador para a busca de ajuda estava muitas vezes vinculado a alguém que se sensibilizou e tentou encontrar uma maneira de ajudar, levando ao serviço ou encaminhando para lá. Portanto, o atendimento inicial num CAPSad deve ser realizado por um profissional que se importe com o usuário, que se disponibilize a uma escuta atenta, aceitadora e empática e que, acima de tudo, possa se sensibilizar com o drama humano que se revela em toda a sua intensidade e riqueza neste contexto.

3.1.3 Angústia como elemento desencadeador da busca por ajuda profissional

Os participantes evidenciaram angústia diante do que estavam vivendo naquele momento. A busca pelo CAPS foi muitas vezes desencadeada por uma experiência de desespero, traduzida em manifestações de ansiedade intensa e de uma “agonia” que os atormentava. O sofrimento intenso mobilizou recursos internos para a busca por ajuda. A



angústia é significada por eles como uma impossibilidade de continuar vivendo daquela maneira, muitas vezes acompanhada de momentos de rara lucidez que expõe a constatação de que estão prisioneiros do consumo e incapazes de lutar contra isso sozinhos. Sentem-se solitários, distantes de todas as pessoas que lhe são afetivamente significativas e incapacitados para trabalhar, ou seja, percebem-se apartados da vida, uma espécie de mortos-vivos.

Independentemente da(s) substância(s) usada(s), o consumo é referido pelos participantes na maioria das vezes como algo que estavam prestes a abandonar tão logo tomaram a iniciativa de procurar o CAPS. Eles significavam o momento em que chegavam ao serviço como um divisor de águas, num sentido metafórico, como o renascer para uma vida nova sem a presença das drogas, ou seja, já se reconheciam como pessoas em tratamento.

3.2 O Acolhimento posto em prática por um psicólogo/plantonista

O primeiro aspecto a ser apontado trata da experiência dos atendimentos ao terem se configurado como uma modalidade de atenção psicológica semelhante àquela concebida como plantão psicológico em instituições, estudada por diversos pesquisadores, tais como: Antonialli (2009), Campos e Cury (2009), Rego Miranda e Cury (2010), Mozena e Cury (2010), Zapparoli (2011), Perches e Cury (2013), entre outros.

Essa configuração do Acolhimento como uma prática que se estrutura em um conjunto de atitudes por parte do plantonista mostrou-se fértil em possibilidades para uma reflexão acerca de como a experiência dos clientes pode ser facilitada numa intervenção clínica de natureza dialógica; não se trata de apenas recepcionar os usuários, mas de respeitá-los em suas maneiras características de se posicionarem diante dos problemas vividos. A constatação de que a forma de atender assemelhava-se àquela proposta por profissionais e pesquisadores no contexto do plantão psicológico ocorreu naturalmente ao pesquisador ao longo do processo – sistemático e rigoroso – de construir e analisar as narrativas com base nos atendimentos realizados como rotina no CAPSad. O diferencial para que esses atendimentos oportunizassem aos clientes uma análise sobre sua experiência subjetiva decorreu da maneira como se dispôs a estar com eles, colocando-se propositadamente na condição de *um outro* que ativamente se compromete com o objetivo de compreender para poder ajudar numa abertura a um relacionamento entre pessoas que se reconhecem mutuamente no próprio contexto do encontro.

O pesquisador buscou em todos os atendimentos nortear-se pelos princípios de uma abordagem humanística em psicologia, enfatizando o protagonismo e centralidade dos clientes no processo de autocompreensão. Estava ciente de que, sem a participação ativa deles, nenhuma proposta de tratamento se efetivaria. Assim, procurou apreender elementos



da experiência dos clientes pelo modo como contavam sua história, das ênfases que imprimiam aos episódios, da maneira única e peculiar como se descreviam e a seus relacionamentos e como se relacionavam com ele ao longo daquele encontro. Muitas vezes havia demandas por soluções imediatas e irrealistas, como o desejo de que lhes fosse prescrito algum medicamento que lhes tirassem totalmente a vontade de consumir álcool ou outras drogas, ou seja, buscavam substituir uma droga por outra.

Essa atenção diferenciada concretizou-se em atitudes que poderiam ser consideradas pouco ortodoxas, se vistas por um prisma conservador de atendimento que prevê a aplicação de protocolos preestabelecidos, visando diagnosticar e fazer prognósticos ou simplesmente adequar a experiência do cliente às possibilidades dos serviços de saúde disponíveis no município. Como exemplo, pode-se retomar o atendimento a Otávio, cujo vínculo se estabeleceu a partir de uma *conversa* sobre pescaria, o que gerou um clima propício para trocas intersubjetivas acerca dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, fazendo emergir de maneira natural experiências consideradas significativas por ele e que puderam ser analisadas a dois, levando a uma compreensão maior e mais integrada. A aparente apatia de Otávio que de início fora percebida pelo pesquisador poderia ter sido simplesmente entendida como dificuldade para cooperar e prognóstico negativo sobre sua capacidade para comprometer-se com o tratamento. Entretanto, a postura de iniciar um encontro pretensamente terapêutico com uma conversa superficial sobre pescaria, de algum modo encontra semelhanças com as reflexões de Cautella Júnior (2012), de que a formação acadêmica do psicólogo o leva a inclinar-se para práticas muito similares àquelas da clínica médica, obedecendo a protocolos sobre como se relacionar com o cliente valendo-se de sinais e sintomas psiquiátricos para subsidiar diagnóstico, prognóstico e intervenção e desconsiderando possibilidades de diálogo interpessoal.

No caso desta pesquisa, a possibilidade de um atendimento diferenciado foi gerada pela constatação do psicólogo/plantonista sobre a não existência de protocolos adequados ao momento do Acolhimento, portanto, abrindo ao encontro interpessoal a oportunidade de estruturação pelo próprio estar junto. Cabe ressaltar que o ato de *abrir-se* à experiência do cliente em nada deve ser confundido com uma postura que supõe a habilidade de – por meio de alguns estratagemas técnicos – seduzir o usuário com a finalidade de submetê-lo, mas sim revela uma postura autêntica de aceitação incondicional em relação a alguém que vem em busca de ajuda, fragilizado e em estado de grande sofrimento físico e psicológico. Ser recebido como uma pessoa digna de respeito e consideração por parte do plantonista nas condições em que se encontra surpreende, impelindo a pessoa a rever suas próprias convicções a respeito de si mesmo e do serviço.

Esta reflexão acerca do Acolhimento como postura que subsidia um atendimento psicológico contextualizado num serviço público de saúde remete aos primórdios da atividade clínica do psicólogo norte-americano Carl Rogers, ao ser desafiado a transformar-



se de acadêmico em profissional de psicologia clínica num centro de atenção psicossocial a crianças, adolescentes e famílias, no estado de Rochester, região nordeste dos Estados Unidos, durante a década de 1950.

Ele se referiu em diversas de suas inúmeras obras à importância daquele trabalho para o desencadeamento de um processo de compreensão sobre os elementos mais significativos presentes em atendimentos clínicos que potencializavam o crescimento psicológico dos clientes. Um dos pontos seminais da Psicologia Humanista e presente de maneira original na obra de Rogers diz respeito à potencialidade humana para a autopreservação e o crescimento psicológico⁴.

O ser humano tem a capacidade, latente ou manifesta, de compreender-se a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado. Acrescentemos que ele tem igualmente uma tendência para exercer esta capacidade (Rogers & Kinget, 1977, p. 39).

Para Rogers, essa tendência é preservada ao longo da vida, embora possa ser obstruída em virtude de relacionamentos interpessoais em que a pessoa não tendo sido valorizada enquanto tal, especialmente nos primeiros anos de vida, encontra maneiras distorcidas para simbolizar as próprias experiências, afastando-se de si mesma e de seus sentimentos. Momentos em que o sentimento de angústia aflora são vitais para que a pessoa possa rever seus conceitos e a presença de relacionamentos interpessoais nos quais possa ser aceita incondicionalmente como alguém digno de confiança e capaz de integrar novos significados à própria experiência. O ato de acolher exercido pelos profissionais do serviço adquire um significado extremamente importante como facilitação, que permite ao cliente retomar sua própria autonomia pessoal para seguir em frente. Cuidar de outrem em um sentido fenomenológico é, antes de tudo, exercer um *autocuidado*. Uma relação dialógica torna-se, portanto, imprescindível para que tal processo seja desencadeado no cliente. Os participantes deste estudo manifestaram-se angustiados e desejosos de encontrar uma maneira de interromper o processo de estagnação existencial em que se encontravam por causa da dependência química, que lhes roubava a possibilidade de viver de maneira saudável e construtiva, relegando-os a uma rotina ininterrupta de busca por uma nova dose.

O sofrimento trouxe-lhes uma sensação intensa que os tirou do *conforto* em que se instalaram em relação ao consumo de drogas, pois, apesar desta ser uma condição aviltante e autodestrutiva, era também um terreno seguro, já que conhecido. Osvaldo caracterizou sua angústia não como o medo de morrer fisicamente, mesmo reconhecendo visualmente que seu corpo começava a dar sinais de deterioração, mas como um temor de que o legado de

⁴ Denominada inicialmente por Rogers de tendência à atualização no contexto da psicoterapia, posteriormente foi ampliada para tendência formativa de caráter universal (Rogers & Kinget, 1977).



sua existência fosse o de alguém que passou pelo mundo como uma pessoa fraca, que não conseguiu dominar a dependência precoce do álcool, expondo-o, principalmente diante das filhas, como um inútil, indigno de exercer o papel de pai.

Outro elemento importante no caso dos participantes foi a menção às relações afetivas, fossem elas em relação às pessoas da família ou a amigos próximos, ou a pessoas estranhas que se importaram com elas e se dispuseram a ajudá-las, como alguém numa igreja ou o próprio patrão. Para Fernanda, a vinda ao CAPS decorreu dos conselhos e orientações que recebeu “com muito amor” de uma religiosa que encontrara uma única vez, ao procurar por ajuda financeira em um templo evangélico. Para Flávio, a nostalgia ao lembrar a maneira como a avó lhe coçava as costas para lhe dar segurança em momentos de medo na infância ajudou na compreensão do quanto se sentia solitário e desprotegido atualmente. A frase de Aline, “Afinal, ninguém nasceu de chocadeira”, ecoou como uma constatação de que embora não tivesse recebido quase nada da vida, deveria haver em algum lugar uma mãe que algum dia nutriu por ela algum afeto.

A difícil jornada a ser empreendida para livrar-se das drogas não pode prescindir da esperança por uma vida melhor na qual possam encontrar consideração e apreço das pessoas que lhes são significativas afetivamente, mesmo aquelas que ainda estão por vir. A presença compreensiva, mas firme, dos profissionais representa a primeira manifestação de que ainda são dignos de uma relação de confiança, em que a alteridade possa ser vivida como caminho para um reencontro com suas próprias potencialidades para construir uma vida melhor. Mesmo as recaídas, tão frequentes nos CAPS, constituem uma maneira de confirmar que os profissionais continuarão disponíveis para as novas tentativas de recuperação, sem desistirem deles. O processo de mudança de atitudes passa pela relação com o outro “de pessoa para pessoa”. A afetividade é sempre dialógica e pode em certos momentos manifestar-se de maneira exigente e rigorosa. Assim, essa busca errante para se livrar da dependência, em que a pessoa se acovarda muitas vezes ante o intenso mal-estar físico e psicológico, não interrompe a necessidade de ser reconhecida e cuidada de forma afetuosa, e os profissionais precisam ser capazes desse reconhecimento, mesmo quando tudo parece apenas autodestruição.

Rogers (1983) compreendeu esse processo muito bem ao referir-se ao que chamou de “sala dos fundos de hospitais psiquiátricos”.

A chave para entender esses comportamentos é a luta em que se empenham para crescer e ser, utilizando-se dos recursos que acreditam serem os disponíveis. Para as pessoas saudáveis, os resultados podem parecer bizarros e inúteis, mas são uma tentativa desesperada da vida para existir (Rogers, 1983, p. 41).

Ao se analisar os significados que emergiram das narrativas numa perspectiva fenomenológica, surge como tema relevante refletir sobre as atitudes que devem permear o



campo intersubjetivo facilitador de um encontro autêntico entre o profissional e o usuário – que está em processo de tornar-se cliente do serviço – e que deve constituir o ato do Acolhimento. O terreno mais propício será aquele fertilizado por um clima de aceitação, compreensão e calor humano, que transmita ao cliente segurança, afeto e cumplicidade, ou seja, um ambiente no qual ele encontre um profissional cujo primeiro olhar será no intuito de reconhecê-lo (e não julgá-lo) a fim de confirmá-lo como pessoa digna de respeito e de consideração, tal qual o primeiro dos muitos olhares que a mãe dirige ao filho recém-nascido.

Nesse momento, torna-se oportuno ampliar a discussão sobre a semelhança constatada entre o plantão psicológico e os encontros do pesquisador com os participantes desta pesquisa.

O plantão psicológico não é definido apenas como uma prática alternativa no campo da assistência psicológica. Tradicionalmente vinculada ao trabalho do psicólogo em instituições, na maioria das vezes públicas, essa prática corre o risco de ser tomada como uma maneira eticamente refinada de resolver o crônico problema das longas filas de espera por atendimento. Muito embora tal efeito possa ocorrer em virtude dessa modalidade de atendimento ser referenciada pela demanda do usuário e não pela “queixa principal” presente nos protocolos de atendimento psicológico. A esse respeito, Nunes e Morato (2008) procuram estabelecer uma delimitação entre o *pedido*, a *queixa* e a *demand*a. Para esses pesquisadores, o pedido é o enunciado que abre espaço para uma intervenção do psicólogo; “nesse pedido, o cliente revela um lugar predeterminado para esse profissional, a partir do qual este pode revelar outras possibilidades de intervenção para o cliente” (p. 81). Essa visão *qualifica* a prática psicológica como essencialmente dialógica e imprime um sentido peculiar à atenção clínica.

Da mesma maneira, é igualmente falaciosa qualquer proposta que advogue a prática do plantão psicológico como um meio mais efetivo de se estender os cuidados psicológicos a uma parcela maior da população, uma vez que por ocasião de suas primeiras aparições na década de 1970, o cenário da psicologia como profissão no Brasil apresentava-se complicado em relação ao aumento da demanda e a dificuldade de transpor-se o modelo clínico do consultório particular às instituições públicas voltadas às comunidades instaladas nos grandes centros urbanos. É mister ressaltar que as primeiras iniciativas que levaram à criação da prática denominada como plantão psicológico remontam à década de 1970, especialmente graças ao pioneirismo de Rachel Léa Rosenberg, psicóloga e pesquisadora de orientação humanista que estabeleceu as bases para a teoria e a prática do plantão psicológico em sua implantação como parte dos atendimentos prestados à população pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico da Universidade de São Paulo. Corroborando afirmações de diversos pesquisadores, Tassinari (2003) sugere que o plantão psicológico foi, em parte, um desdobramento da Abordagem Centrada na Pessoa, ao conservar diversos atributos teóricos



e metodológicos propostos por Carl Rogers, ao tratar de temas como psicoterapia e grupos de encontro.

Utilizando a mesma direção argumentativa, pode-se afirmar que o sentido da “prática do psicólogo”, segundo tal concepção, é a prática instituída *no e a partir* do sujeito, portanto, trata-se de uma modalidade clínica que se viabiliza apenas no ato do encontro e no fazer da intersubjetividade, impossibilitando regras e posturas apriorísticas de como agir diante de determinadas situações.

Torna-se sempre atual e relevante alicerçar que o plantão psicológico pode ser considerado uma “prática alternativa” no sentido de ser algo outro em relação ao estabelecido como campo seguro e próprio do saber e da técnica psicológica (Mahfoud, 2012, p. 13).

É justamente esse desafio que tem impelido psicólogos e pesquisadores convictos desse modo peculiar de conceber a atenção psicológica a arriscarem-se e lançarem-se ao desafio de implementar e viver uma prática dialógica em contextos diversos. Esse foi também o desafio deste pesquisador, ao arriscar-se a examinar com atenção e rigor sua própria prática no contexto de um CAPSad, objetivando contribuir com sua experiência para a construção da ciência psicológica contemporânea.

4. Conclusão

Estabelecer um diálogo com outros autores como esse levado a efeito neste estudo é um movimento necessário ao processo de reflexão acerca dos resultados da pesquisa. Trata-se de contextualizá-la no campo da ciência psicológica como um estudo que pretendeu inquirir a potencialidade de uma prática psicológica da forma como vem sendo disponibilizada aos clientes de um centro de atenção psicossocial destinado a pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas.

Algumas reflexões finais fazem-se oportunas e necessárias. No princípio, havia apenas uma questão que mobilizava o pesquisador e um terreno inexplorado a ser trilhado. Seguindo em frente, o pesquisador necessitou ser hábil para avizinhar-se de algo que se constituía em atividade rotineira no CAPSad e que em decorrência lhe era muito familiar, mas que precisaria ser redescoberto, tornando-se novo, inédito, como o primeiro olhar trocado com alguém que se acabou de conhecer. Para tanto, serviu-se da experiência acumulada na prática do CAPSad, da formação acadêmica, de uma teoria, de uma certa epistemologia que o impelia a um modo específico de se aproximar do fenômeno, de alguns bons autores que comunicaram seu *saber fazer* sobre o assunto e, acima de tudo, de uma grande vontade de aprender pela via da compreensão fenomenológica que supõe um contínuo *estar no mundo com os outros*. Dessa maneira, em vez da meticulosidade cartográfica, permitiu-se um contato com a sensação de planar ao sabor dos ventos e das alterações de



temperatura, experimentando tocar e distanciar-se; afinal, uma pesquisa de inspiração fenomenológica convida a toda essa riqueza de sensações que inclui movimento, descoberta, relacionamento e crescimento.

Não foi intenção neste estudo avaliar o grau de eficácia alcançado pelo tipo de relação psicólogo/plantonista adotado pelo pesquisador, mas sim lançar possibilidades a partir de uma rigorosa sistematização de elementos pertinentes ao fenômeno em foco. Sem dúvida, estudos dessa natureza podem favorecer futuras investigações sobre eficácia terapêutica, ao elucidarem o campo das relações intersubjetivas, aprofundando seus significados.

A esta altura, é importante mencionar que as diferentes modalidades de serviços públicos voltados à saúde, embora pertençam e façam referência a um mesmo sistema geral de cuidados à saúde – SUS –, estão sujeitas em seu funcionamento não apenas às macroesferas, estaduais e federais, mas principalmente às microesferas de poder. São nessas microesferas, em que a política municipal é efetivada por intermédio de gestores, coordenadores e trabalhadores da área de saúde, que as diretrizes previstas nas políticas públicas nacionais serão ou não efetivamente colocadas em ação. Portanto, cabe aos profissionais envolvidos com a lida diária nos serviços de saúde pública contribuir individual e coletivamente (como equipe) para qualificar tais equipamentos, propondo especificidades em relação às diretrizes preconizadas e a melhor forma de implementá-las.

Voltando mais uma vez a atenção para os participantes deste estudo e sobre o que se pode aprender com eles, conclui-se que pessoas que se encontram escravizadas a uma busca incessante por mais uma dose de bebida ou mais uma aspirada de *crack*, ainda preservam, mesmo que de maneira muito incipiente, a capacidade de exercer uma crítica em relação a essa situação e disponibilizam-se ao tratamento almejando a possibilidade de um futuro no qual possam recuperar vínculos familiares, trabalho, moradia, enfim, a dignidade como seres humanos. Para tanto, a presença de um serviço de portas abertas e de um atendimento profissional que se pautar por atitudes de Acolhimento tornam-se vitais e imprescindíveis para a possibilidade desse almejado futuro.

O encerramento de uma pesquisa fenomenológica deve constituir-se em oportunidade para a geração de novas hipóteses e no despontar de um sentido sobre o tema que orientou a jornada do pesquisador. Há maneiras de resgatar o potencial humano para o crescimento psicológico das ruínas da dependência química, mas, para que elas possam ser efetivadas, há que se acolher aquele que chega combalido valendo-se de um conjunto de atitudes que se traduzem num autêntico cuidar. Trata-se de assumir um posicionamento ético no intuito de intervir psicologicamente, disponibilizando uma relação dialógica que só se faz possível quando se confirma o potencial do outro para exercer em algum grau sua autonomia pessoal. Caso contrário, o tratamento trará efeitos no âmbito restrito da adaptação a formas socialmente aceitáveis de adição, acentuando a imaturidade e não o crescimento.



Referências

- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 5-10.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 93-100.
- Antoniali, M. A. S. (2009). *Atenção psicológica à criança em um serviço universitário: um estudo sobre o projeto Ciranda*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Andrade, A. N. & Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 345-353.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, 8(14), 73-92.
- Benjamin, W. (1985). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Em W. Benjamin. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (S. P. Rouanet, Trad.; J. M. Gagnebin, Pref.). São Paulo: Brasiliense. (Original publicado em 1930).
- Braga, T. B. M., Mosqueira, S. M. & Morato, H. T. P. (2012). Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. *Temas em Psicologia*, 20, 555-569.
- Campos, G.W.S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, A. P. S. & Cury, V. E. (2009). Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Paidéia*, 19(42), 115-121.
- Cautella Junior, W. (2012). Plantão psicológico em hospital psiquiátrico: novas considerações e desenvolvimento. Em M. Mahfoud (Org.). *Plantão psicológico: novos horizontes* (2a ed. revista e ampliada). (pp. 113-130). São Paulo: Companhia Ilimitada.
- Cury, V. E. (1994). *Abordagem centrada na pessoa: um estudo sobre os trabalhos com grupos intensivos na Terapia Centrada no Cliente*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 371- 378.
- Estrada, D. A. (2012). Hacia una fenomenologia de la enfermedad. *Iatreia*, 25(3), 277-286.
- Goldim, J. R. (2009). *Triagem*. Recuperado em 15 de outubro de 2011, de <http://www.bioetica.ufrgs.br/triagem.htm>



- Houaiss, A. (Org.). (2009). *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 3.0*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Luczinski, G. F. & Ancona-Lopez, M. (2010). A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. *Estudos de Psicologia*, 27 (1), 75-82.
- Mahfoud, M. (Org.). (2012). *Plantão psicológico: novos horizontes* (2a edição revista e ampliada). São Paulo: Companhia Ilimitada.
- Mângia, E. F., Souza, D. C., Mattos, M. F. & Hidalgo, C. V. (2002). Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Revista de Terapia Ocupacional*, 13(1), 15-21.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2004a). *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004b). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Cenário atual*. Recuperado em 20 de julho de 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929
- Morales, J. T. (2011). Phenomenology and hermeneutics as epistemology research. *Paradigma*, 32(2), 7-22.
- Muñoz, N. M., Serpa Jr., O. D., Leal, E. M., Dahl, C. A. & Oliveira, I. C (2011). Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia* (Natal), 16(1), 83-89.
- Mozena, H. & Cury, V. E. (2010). Plantão Psicológico em um Serviço de Assistência Judiciária. *Memorandum*, 19, 65-78. Recuperado em 15 de outubro de 2011, de <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a19/mozenacury01/>
- Nunes, A. P. & Morato, H. T. P. (2008). A práxis clínica de um laboratório universitário como aconselhamento psicológico. *Boletim de Psicologia*, 58(128), 73-84.
- Perches, T. H. P. & Cury, V. E. (2013). Plantão Psicológico em Hospital Geral e o processo de mudança psicológica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 29(3), 313-320.
- Rego Miranda, R. M. & Cury, V. E. (2010). Dançar o adolecer: estudo fenomenológico com um grupo de dança de rua em uma escola. *Paidéia*, 20, 391-400.



- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin & Co.
- Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser* (M. C. M. Kupfer; H. Lebrão; Y. S. Patto, Trad.; M. H. S. Patto, Rev. Trad.). São Paulo: EPU. (Original publicado em 1980).
- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva* (Vol. 1) (M. L. Bizzoto, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros. (Original publicado em 1967).
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 331-340.
- Tassinari, M. A. (2003). *A clínica da urgência psicológica. Contribuições da Abordagem Centrada na pessoa e Teoria do Caos*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Tesser, C. D., Poli Neto, P. & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), 3615-3624.
- Young, R. (1975). Some criteria for making decisions concerning the distribution of scarce medical resources. *Theory and Decision*, 6(4), 439-455
- Zaparoli, C. T. (2011). *"Falando pra galera": um estudo fenomenológico sobre uma prática psicológica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Nota sobre os autores

Renato Luis Zini é psicólogo, doutor em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Atua no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas da Prefeitura Municipal de Indaiatuba e é professor na Faculdade de Americana-SP. E-mail: rlzini@yahoo.com.br

Vera Engler Cury é psicóloga clínica, mestre em psicologia clínica pela USP, São Paulo, Doutora em Saúde Mental pela UNICAMP, pesquisadora e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas e da Faculdade de Psicologia. E-mail: vency2985@gmail.com

Data de recebimento: 20/09/2013

Data de aceite: 20/06/2014