



Artigos originais

## **Acolhimento Em Um Serviço Dependência Química: Com A Palavra Os Usuários**

*User embracement in a addiction service:  
The word of the users*

**Marcos Vinicius Ferreira dos Santos<sup>1</sup>**  
**Carolina Poltronieri de Souza<sup>1</sup>**  
**Rosa Helena Gomes da Silva<sup>1</sup>**  
**Marluce Miguel de Siqueira<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas - Universidade Federal do Espírito Santo (CEPAD-UFES);

**Resumo:** Este estudo avaliou o acolhimento em um serviço de dependência química. Para tanto realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa, onde participaram dez usuários do programa que se encontravam internados em um serviço de Dependência Química. A técnica empregada para a coleta de dados foi o grupo focal. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo.

Ao analisar o acolhimento, nenhum sujeito mencionou sobre dificuldades de conseguir atendimento inicial. Contudo, a maioria pontuou que houve demora em conseguir internação no serviço. A facilidade pela marcação via telefone, a garantia da avaliação inicial ao chegar ao serviço, foram aspectos que garantiram acessibilidade. Em relação satisfação, a mesma foi relacionada às atividades terapêuticas, à equipe de profissionais, à convivência com os usuários do programa, à informação disponibilizada no tratamento. Diante dos resultados detectados, nota-se que o acolhimento está presente no serviço analisado e é vislumbrado principalmente através da satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais no que diz respeito à postura, escuta e compromisso destes nas atividades terapêuticas oferecidas.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Saúde mental, Avaliação em Saúde.

**Abstract: Objective:** This study evaluated the user embracement of the users of addiction service. To do so we performed a case study with a qualitative approach, where ten users of the program who were hospitalized in a service attended Addiction. The technique used for data collection was the focus group. Data were analyzed using the content analysis. When analyzing the user embracement, no subject mentioned about difficulties of getting initial care. However, the majority pointed out that there was delay in getting admission in the service. The ease by dialing telephone, ensuring the initial evaluation to arrive at the service were aspects that ensured accessibility. Regarding satisfaction: it was related to therapeutic activities, the professional team, the living with the users of the program, the information provided in treatment. Given the results found, we note that the reception is on the analyzed service and is glimpsed mainly through user satisfaction with the work of professionals with regard to posture, listening and commitment in these therapeutic activities offered.

**Keywords:** User embracement, Mental health, Health Evaluating.

## 1.Introdução

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil vem acarretando transformações notáveis no auxílio prestado aos portadores de transtorno mental<sup>1</sup>. Estas transformações exigiram e ainda exigem a implantação de diversas ações e serviços para o atendimento integral das necessidades apresentadas por estes sujeitos<sup>2</sup>.

Com a expansão do consumo de substâncias psicoativas (SPAs) nota-se a construção de inúmeros métodos de atenção para lidar com esta problemática, tais como grupos de auto-ajuda, psicoterapias, medicamentos, tratamentos ambulatoriais, internações e atendimento à família<sup>3</sup>. Estes métodos integram a rede de serviços substitutivos implementados a partir da transformação da assistência em saúde mental e lançam mão de novas tecnologias que respeitam o usuário no seu direito de cidadania e se diferenciam do modelo de cuidado que antes era institucionalizador e excludente, encontrando-se em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental <sup>2,4</sup>.

Entretanto, os serviços de dependência química (DQ) ainda encontram problemas estruturais e organizacionais, que prejudicam a efetividade do tratamento oferecido. De um lado são observados importantes avanços e por outro, existem diversas dificuldades como, por exemplo: financiamento inadequado, profissionais despreparados para a prática psicossocial, trabalho em rede inexistente ou inadequado, baixa capacidade de atender a demanda de usuários, entre outros<sup>5</sup>. Além disso, alguns autores como Wetzel et al.<sup>6</sup>, tem observado que embora seja preconizado que esses serviços sejam pautados no paradigma psicossocial, ainda existem serviços despreparados para trabalhar nesta perspectiva e desta forma o tratamento tem foco na doença.

Na DQ múltiplas dimensões da vida do indivíduo são afetadas como relacionamento familiar, convívio social, trabalho e outros agravos de saúde, portanto o tratamento deve considerar estes diversos aspectos indo além da questão do uso da droga.

O tratamento da DQ é um assunto relativamente novo e somente a partir da segunda metade do século XX o conceito de DQ deixou ser considerado um desvio de caráter e passou a ser visto como um transtorno mental relacionado ao consumo de drogas<sup>7</sup>. Apesar disto, o modelo moral de abordagem a DQ ainda continua presente na sociedade, inclusive no modo de agir de profissionais de saúde. Este modelo por sua vez consideram os dependentes como fracos moralmente, sem condição moral ou sem força de vontade para controlar o comportamento aditivo e por isso são levados a sentirem-se culpados pelo desenvolvimento do problema e a pensar que lhes faltam "fibra moral", por não conseguirem modificar sua condição.

Este paradigma colabora de forma a limitar a busca pelo tratamento e pode prejudicar a adesão do usuário ao serviço <sup>8-10</sup>. Portanto, é imprescindível que desde a abordagem inicial crie-se uma relação entre o usuário, o profissional e o serviço de saúde, a fim de estabelecer vínculos fortes entre estes atores, estimular a busca pelo serviço e fortalecer a adesão ao tratamento<sup>11</sup>.

É neste contexto que se faz necessário o acolhimento em saúde, que é uma diretriz dos modos de se produzir saúde e uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, garantia do acesso com responsabilização, construção de

vínculo e resolutividade, sendo capaz de diminuir muitos problemas relacionados ao trabalho em saúde, atuando na reorganização dos serviços e humanização no atendimento<sup>12,13</sup>. O acolhimento faz parte dos encontros dos serviços de saúde e diz respeito à postura do trabalhador em perceber quais são as necessidades dos usuários e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder às demandas<sup>12,14</sup>.

Considerando-se que o acolhimento é um elemento relevante nos serviços de saúde, este estudo tem por objetivo avaliá-lo em um serviço de dependência química em Vitória, Espírito Santo, a partir da ótica de seus usuários.

## 2. Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA), localizado no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, no município de Vitória, no período de maio a julho de 2013. Este programa atende aos servidores civis e militares da Polícia Militar, bem como os respectivos dependentes e a comunidade em geral, realizando consultas das diversas especialidades profissionais, atividades educativas, psicoterapia com diferentes atividades como meditação, terapia corporal e ocupacional, relaxamento, educação física, prevenção de recaída, grupo de família, atividade literária, aconselhamento e atividade artística.

Foram incluídos como sujeitos deste estudo dez participantes do serviço, com representação de indivíduos inseridos em cada modalidade de tratamento oferecido pelo PRESTA, a saber: triagem, internação e pós-tratamento. A escolha dos sujeitos aconteceu de forma intencional, considerando a adesão do usuário ao tratamento e utilizou-se como critério de inclusão a participação em pelo menos duas atividades disponibilizadas pelo PRESTA.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a observação sistemática do serviço e o grupo focal que conforme Morgan<sup>15</sup> pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo e a opção por esta técnica se justifica pelo fato dela ser um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizada no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços<sup>16</sup>.

O grupo focal foi realizado no serviço por dois pesquisadores devidamente treinados, teve duração de uma hora e trinta minutos. A condução do grupo aconteceu mediante a utilização de um roteiro de entrevista com questões norteadoras que versavam sobre a visão do usuário sobre os diversos aspectos do Programa. As falas dos sujeitos foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a transcrição, para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo<sup>17</sup>.

Para tanto, seguiu-se o plano de análise sugerido por Bardin<sup>17</sup>: leitura flutuante; constituição do corpus, definição das unidades de sentido; agrupamento e subcategorização; categorização. A presença e frequência foram utilizadas como regra de enumeração na escolha das unidades de registro significativas. Estabeleceram-se três

categorias temáticas a posteriori: acesso e acessibilidade; escuta e atenção; postura profissional e vínculo.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido bem como foram informados da finalidade da pesquisa, dos riscos e benefícios de sua participação e, sobretudo da sua saída em qualquer fase da condução da pesquisa.

Este estudo foi autorizado pelo Comando Geral da Polícia Militar do Espírito Santo e integra a pesquisa intitulada “*Rede de Saúde Mental: avaliando a realidade capixaba*” que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de protocolo 338.114, de acordo com os dispositivos da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

### 3.Resultados E Discussão

#### 3.1 Caracterização dos usuários

Foram participantes deste estudo 10 usuários do programa, sendo três usuários na modalidade de tratamento triagem, quatro na modalidade internação e três no pós-tratamento.

Conforme a Tabela 1, a maioria dos participantes era solteira (50%), do sexo masculino (90%), estavam na faixa etária de 30 a 40 anos (70%). Acerca da escolaridade (em anos completos de estudo), 60% referiu concluir o ensino médio e um usuário (10%) possuía ensino superior. Quanto à religião, houve predomínio de Católicos (50%). Quando se tratou de experiências com tratamento anteriores, 60% negou ter iniciado tratamentos para o manejo da DQ.

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes do Programa de Reabilitação da Saúde do Toxicômano e Alcoolista incluídos no estudo. Vitória-ES, 2013.

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	09	90
Feminino	01	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Faixa Etária</b>		
De 30 a 40 anos	7	70
De 41 a 50 anos	3	30
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	3	30
Ensino Médio	6	60
Ensino Superior	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

<b>Estado Civil</b>		
Casado	2	20
Solteiro	5	50
Separado	1	10
Divorciado	2	20
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Religião</b>		
Católica	5	50
Evangélica/Protestante	2	20
Outras religiões cristãs	3	30
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Tratamento Anterior</b>		
Sim	4	40
Não	6	60
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

### 3.2 Acesso

Esta categoria caracteriza-se por descrições acerca das facilidades e dificuldades no acesso ao serviço em estudo a partir das falas dos sujeitos. A dificuldade de acesso é um desafio que persiste e deve ser superado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso, a acessibilidade e o acolhimento são relacionados, pois o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento<sup>18</sup>.

Ao analisar a categoria “Acesso”, deve-se atentar a questão de que seu conceito é complexo, por vezes não é utilizado de forma consensual na literatura, sendo empregado de formas distintas dependendo do tempo e do contexto<sup>19</sup>. Essa pluralidade de sentido e de abordagens na análise do acesso demanda um aprofundamento significativo na sua avaliação, tanto no que tange ao paradigma teórico quanto na abordagem metodológica. Neste prisma, cabe pontuar o Modelo Economicista proposto por Giovanella e Fleury<sup>20</sup>. Este modelo refere-se à relação entre oferta de serviços e demanda pelos mesmos e objetiva mapear os diferentes padrões de consumo de cuidados e ações de saúde pelos indivíduos. Também enfoca um componente do acesso que é a disponibilidade.

Cabe ressaltar que nenhum sujeito mencionou sobre dificuldades de conseguir atendimento inicial. Apesar disto, a maioria pontuou que houve demora em conseguir internação no serviço.

Usuário 5: “Eu vim 7 semanas seguidas pra conseguir uma vaga pra internar.”

Uma vez que a busca pela internação é maior que a disponibilidade de leitos, nem todos os indivíduos que chegam ao PRESTA são internados no mesmo momento em que procuram o programa.

Usuário 5: "Aí ligou, ligaram pra mim falando que tinha entrado outro, que eu tinha perdido a vaga e tinha que esperar mais."

Avaliando o acesso sob a égide do Modelo Economicista pode-se dizer que a dificuldade para conseguir vaga de internação, pelo motivo da grande procura, é um componente que comprometeu o acesso no serviço analisado.

Segundo Ramos<sup>14</sup> e Adami<sup>21</sup>, existem fatores que podem ser obstáculos à utilização dos serviços, como: forma de organização do serviço; demora na obtenção do atendimento (filas e tempo de espera); a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; tratamento recebido pelo usuário; e, a possibilidade de agendamento prévio.

Usuário 5: "[...] Eu só... Só achei assim, na... Eu fiz 7 triagem, eu achei que foi muito... Pra quem tá na dependência, quem tá na vida, é muito tempo."

Diversos aspectos colaboram para o aumento da procura por cuidados nos serviços especializados no tratamento da DQ. Dentre estes se destacam a crescente expansão do consumo de SPAs e as dificuldades apresentadas pelos programas e serviços não especializados para atender as necessidades apresentadas pelos usuários, em especial a atenção básica. Em alguns casos, a demanda dos SDQ apresenta seu perfil necessidades de cuidado com respostas em outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desde 2001 a Organização Mundial de Saúde<sup>22</sup>, já sinalizava para uma melhor atenção a esta questão, quando divulgou que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, entretanto os gastos com saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde, mesmo que 40% destes necessitassem de políticas, serviços e ações de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área.

Quando não há capacidade instalada para promover cuidado ao usuário, deve-se como observado no PRESTA, utilizar-se de ferramentas para garantir a continuidade da assistência e não somente limitar a entrada no serviço. Pois como afirma Mehry<sup>23</sup>, o serviço de saúde deve responder a este e demais problemas de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispõe em seu saber e em suas relações.

Conforme Matumoto<sup>24</sup>, não atender um usuário e dispensá-lo pode ser considerado acolhimento, caso haja disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário na situação.

Usuário 12: "[...] eles deram orientação inclusive de grupos de autoajuda, NA, do CAPS, do CPTI, são grupos de acompanhamentos, que você vai poder é... obter recursos para conseguir ficar esses dias [abstinência]."

Este processo de trabalho conduzido pelo PRESTA está centrado na escuta e na postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e é uma forma de operar o acolhimento enquanto diretriz. Desta forma, presta um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário em relação a outros pontos de atenção na RAPS, estabelecendo articulações com esses pontos,

garantindo a eficácia e continuidade do cuidado<sup>12</sup>. E também conforme a OPAS<sup>25</sup>, o reconhecimento do serviço mais indicado para o momento em que se encontra o dependente e a habilidade para saber combiná-lo a outros ambientes onde a sequência do tratamento se dará são pressupostos importantes no processo de trabalho dos serviços especializados em DQ.

### 3.3 Acessibilidade

A acessibilidade é um componente importante atrelado ao acesso e conforme Donabedian<sup>26</sup>, diz respeito às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A facilidade pela marcação via telefone, a garantia da avaliação inicial ao chegar no serviço, o conhecimento da população sobre o programa e os relatos de outros usuários de boa experiência com o PRESTA, foram aspectos que garantiram a acessibilidade.

Usuário 8: "Eu fui abordado pela polícia de madrugada, o policial me falou, porque eu relatei minha vontade de parar de usar droga, e ele me falou sobre isso aqui, que eu podia vim que eu ia conseguir e eu tô aqui."

Usuário 4: "Eu conheci o PRESTA através do, do meu emprego. Eu trabalho na área militar, então..."

Usuário 5: "[...] um amigo meu ficou internado aqui, eu nem sabia, por causa de outra droga, né [...]foi ai que ele me contou sobre o PRESTA, e aí eu tava numa situação assim, desesperadora também, e ai eu falei com ele: como é que faz? Aí eu pedi, ele me encaminhou."

A informação é outro aspecto relevante que compõe o conceito de acesso e gera acessibilidade. Sanchez e Ciconelli<sup>27</sup>, em um trabalho sobre as dimensões do acesso destacaram a informação como condição essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, também notaram que a literatura aponta que a informação precária ou ausente impede o indivíduo de realizar escolhas mais adequadas para a sua necessidade. No tratamento da DQ o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxilia no processo de adequação de um serviço às necessidades dos sujeitos que os buscam<sup>28</sup>.

Ainda acredita-se que o tratamento da dependência química só é eficaz e possível quando acontece em ambientes de internação e distante do meio social em que o sujeito está inserido. Neste sentido, a busca por este ambiente de tratamento é constante pode não ser adequada dado ao momento que é feita. Os sujeitos pesquisados de maneira geral criticaram a abstinência enquanto critério para a continuidade no programa, relatando insatisfação e desconhecimento do motivo pelo qual sua utilização se faz necessária.

Usuário 6: “[...] pedir [corrigido] a você, pra você ficar cinco ou seis dias de abstinência sem usar, pra você ser internado é um absurdo, claro que é cara, se tá tá procurando ajuda, aqui pra dentro tudo bem você ficar, agora lá fora você vai continuar com as mesmas amizades, mesmo ciclo vicioso, então é impossível.

Usuário 6: “E eu acho que esse tratamento deveria ser imediato, o cara precisar, meu irmão, e tal, avaliou ali, a família acompanhando e pau no jegue, entendeu, e isso ainda é uma coisa muito burocrática.”

É fundamental compreender, como afirma Ribeiro<sup>29</sup>, que existem serviços de atendimento para o tratamento dos diferentes estágios da DQ: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros. Por isso, os profissionais precisam estar preparados para lidar com esta realidade promovendo a educação dos que procuram os serviços, principalmente orientando-os sobre sua condição de saúde e a rede disponível para o atendimento de suas necessidades.

Além disso, a informação e a educação em saúde para o tratamento fortalecem o vínculo e geram satisfação, como relatado pelos participantes deste estudo, que afirmaram segurança ao ingressarem no programa. Como também destacaram a questão da informação ao comparar o PRESTA com experiências de tratamento anteriores.

Usuário 2: “Achei importante eles explicarem como funciona, o tempo, né, fases de preparação... Então isso deu uma segurança.”

Usuário 6: “Tive muito mais informação sobre a minha doença, da dependência química, do que todos os outros [programas que participou].”

### **3.4 Satisfação Com O Cuidado**

Esta categoria analisa a satisfação e a insatisfação dos usuários com questões relacionadas ao programa. A satisfação do usuário evidencia dimensões que envolvem o cuidado à saúde, incluindo a acessibilidade, relação profissional-usuário e acolhimento, revelando em que grau os serviços de saúde atendem às expectativas dos usuários<sup>30</sup>.

Os participantes desta pesquisa qualificaram o PRESTA como serviço que oferece tratamento completo e eficaz.

Usuário 1: “[...] eu quero mesmo é buscar a ajuda aqui dentro, é, e eu só vim porque o programa demonstrou eficácia pelo fato de ser um programa, não um depósito de doído, onde o cara vai ficar dois, três, cinco, seis mês recluso, entendeu?”

Tendo em vista que a satisfação pode revelar a percepção que os usuários têm do serviço, ela possibilita conhecer como eles percebem e interagem com a dinâmica dos profissionais, do tratamento e do serviço<sup>31</sup>. Contudo, cabe pontuar que acolher não

significa apenas satisfazer o usuário, mas sim, incluir e valorizar a satisfação do usuário na relação de cuidado e no acolhimento<sup>32</sup>. O discurso mostrou a satisfação dos sujeitos com a assistência desenvolvida no PRESTA:

Usuário 5: "[...] primeira vez eu fiquei aqui, no ano passado, cumpri direitinho ai, e tô ai, satisfeito."

Usuário 8: " [...] então eu me identifiquei muito com esse tipo de tratamento."

Ao conhecer como os usuários percebem o atendimento prestado é possível repensar as práticas profissionais, uma vez que podem ser evidenciados fatores relacionados à satisfação<sup>14</sup>. Neste prisma, o acolhimento enquanto vínculo, escuta qualificada e atenção resolutiva é uma ferramenta eficaz neste processo.

A satisfação dos pacientes está relacionada a fatores, como: adesão ao tratamento, características do atendimento, tipos de intervenção, competência da equipe, qualidade da relação entre profissional e usuário, acessibilidade aos serviços, e também a informação recebida<sup>33</sup>. Na presente pesquisa, os sujeitos demonstraram-se satisfeitos com as atividades terapêuticas que participaram, com a equipe de profissionais, com a convivência com os usuários do programa, com a informação acerca da DQ disponibilizada no tratamento.

Usuário 3: "[...] meu ponto positivo que eu vejo, que eu via aqui dentro, que tinha muitos companheiros que tava tentando, tava demonstrando o carinho e o afeto mesmo sem me conhecer, eles me deram, e me ajudaram muito, isso me fez ficar forte, me fortalecer

Usuário 8: "Agora sim, a parte positiva que eu encontrei aqui foi o seguinte, foi a diversidade de ensinamento, então a diversidade de conhecimento disponível acerca de dependência química que é oferecido no programa."

### 3.5 Vínculo

O vínculo entre profissionais e usuários, incentiva a autonomia e é um elemento imprescindível para a consolidação de um tratamento de qualidade, aumentando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação dos usuários durante a prestação do serviço<sup>34</sup>. O acolhimento tem como um de seus objetivos, elevar os graus de vínculo e confiança entre profissionais e usuários<sup>12</sup>.

De acordo com Coelho e Jorge<sup>35</sup>, o vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade. O vínculo permite lançar um novo olhar sobre o outro, compreendendo-o para além de um dado momento ou lugar em que se dá encontro.

No que tange ao acolhimento e vínculo no PRESTA, a partir das falas, vimos que os usuários sentem confiança na equipe de profissionais do PRESTA identificando compromisso e capacidade nos mesmos.

Usuário 8: "[...]porque eles também tem compromisso com o nosso tratamento."

Usuário 8: "Demonstram, mostram amor e tudo!"

Esta relação de confiança e de afeto intermediou o conhecimento do outro, que neste caso foi profissional, onde se tornaram conhecidas suas potencialidades como bom preparo técnico.

Usuário 9: "[...] alguns profissionais eles tem muita capacidade."

Usuário 1: "Quanto aos profissionais, eles são excelentes. [...] a qualidade dos profissionais são de primeiro nível, quando relacionado ao nosso problema eles estão de parabéns."

Além disto, a força do vínculo produzido no PRESTA gera confiança da parte dos usuários. A confiança potencializa a relação entre estes atores de tal forma que permite que o tratamento extrapole os limites da doença e do serviço, incentivando o crescimento pessoal e produzindo reflexos na vida do usuário. Como, por exemplo, a (re) produção de novos valores:

Usuário 8: "Pra mim foi mostrado isso, que você pegar seu filho e levar ele para ficar meia hora no pula-pula você tá fazendo a diferença para ele. [...] eu sou pai de dois filhos e não tava preocupado com isso. Eu consegui enxergar isso aqui...".

Usuário 8: "Lavar roupa? então na minha casa era a máquina que lava. Eu joga a roupa lá na maquina e ela me entrega sequinha. Só pego e penduro no varal. Então aqui vim aprender o valor disso, entendeu? Através desses dias".

Concordamos com Franco e outros autores<sup>13</sup>, quando afirmam que a responsabilização com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula.

#### **4.Considerações Finais**

Diante dos resultados detectados, percebeu-se que o acolhimento está presente no serviço analisado e é vislumbrado principalmente através da satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais no que diz respeito à postura, escuta e compromisso destes nas atividades terapêuticas oferecidas.

A análise aqui apresentada reforça que a procura por serviços especializados de DQ é grande, dificultando o atendimento da demanda e requerendo a (re)criação de uma postura comprometida na utilização das ferramentas técnicas e organizacionais que permitam acolher e suprir as necessidades dos usuários de forma resolutiva.

Assim, é imprescindível a implementação do acolhimento como diretriz política e ética afim de que seja factível a reorganização dos serviços, postura ética do trabalhador, a percepção das necessidades dos usuários, qualificação da escuta, garantia do acesso, construção de vínculo, humanização e resolutividade.

Nesse sentido, é que ressaltamos o acolhimento enquanto diretriz pertinente às práticas terapêuticas para dependência química.

## 5.Referencias

1. Oliveira GL, Caiaffa WT, Cherchiglia ML. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4): 707-16
2. Kantorski LP et al . Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface (Botucatu), Botucatu*. 2009 Dec; 13(31).
3. Szupszynski KPDR, Oliveira MS. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol. teor. Prat.* 2008; 10(1): 162-173.
4. Carvalho AL, Amarante P. Avaliação de qualidade de novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Ver Saúde Debate*. 1996 Set; v.52: 74-82p.
5. Ministério da Justiça (Brasil), Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas. Brasília: SENAD, 2012.
6. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):593-598.
7. Grant BF, Dawson DA. Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence, and comorbidity. In: McCrady BS, Epstein EE. *Addictions – a comprehensive guidebook*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
8. Marlatt A, Gordon J. *Prevenção à recaída*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
9. Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 12(4).
10. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. *Esc. Anna Nery*. 2007 Dec; 11(4).
11. Machado LR. O acolhimento em um Programa de atendimento ao alcoolista [trabalho de conclusão de curso]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2006.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. 1999; 2 (15).
14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1): 27-34p.

15. Morgan DL. Focus group as qualitative research. Newbury Park, Sage Publication, 1988.
16. Krueger RA. Focus group: a practical guide for applied research. Newbury Park, Sage Publications, 1988.
17. BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
18. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2009 Mar; 12(1): 130-140p.
19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 190-198p.
20. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
21. Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. Revista Paulista de Enfermagem. 1993; v.12: 82-86p.
22. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS; 2001.
23. Merhy EE. Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.
24. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
25. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) & Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD). El modelo ideal de atención – normas mínimas. In: OPAS & CICAD. La dependencia de las drogas y su tratamiento – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD; 2000.
26. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
27. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(3): 260-8p.
28. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Ambientes de tratamento, papéis profissionais e organização de serviços de tratamento. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: ARTMED; 1999.
29. Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004 Mai; 26(1).
30. Queiroz MVO, Ribeiro EMV, Pennafort VPS. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. Rev Texto Contexto Enferm. 2010; 19(2): 291-299p.
31. Alves CT. Satisfação do consumidor. Lisboa (Portugal): Escolar; 2003.
32. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Revista APS. 2008 Jan/Mar; 11(1): 74-84p.

33. Silva MA, Bandeira M, Scalon JD, Quaglia MAC. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. J. bras. psiquiatr. 2012; 61(2).
34. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
35. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. saúde coletiva. 2009 Out;. 14(1).

---

Artigo Recebido: 13.04.2015

Aprovado para publicação: 10.05.2016

**Marcos Vinicius Ferreira dos Santos**

Universidade Federal do Espírito Santo – Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas

Av. Marechal Campos, 1468 - Campus Universitário de Maruípe

CEP: 29040-090 Vitória, ES – Brasil

Email: mvsantos@hotmail.com

---