

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS COM
NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E
OUTRAS DROGAS**

São Paulo – SP

2016

LAGO, R. R. O cuidado em saúde mental para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Tese. (Doutorado Interinstitucional em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Acre, São Paulo, 2016.

Introdução: No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas de nível III (CAPSad III) protagoniza o cuidado em saúde mental oferecido para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A compreensão deste cuidado pode favorecer o desenvolvimento da autonomia e cidadania desta população. **Objetivo:** Descrever e interpretar o cuidado em saúde mental em um serviço público de saúde para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa crítica, da qual participaram profissionais, usuários do serviço e respectivos familiares, diretamente envolvidos em um CAPSad III localizado na capital de um Estado situado na região Norte do Brasil. Os dados foram obtidos por meio de observação participante do cuidado em saúde desenvolvido, estudos de casos de usuários atendidos, bem como por entrevistas em grupo com profissionais e entrevistas individuais com usuários e respectivos familiares. Os dados foram analisados abordando a dimensão ética da relação de cuidado. Todos os aspectos éticos foram resguardados. **Resultados e Discussão:** O cuidado em saúde foi explorado a partir de três aspectos nele implicados: 1) A compreensão do relacionamento entre profissionais de saúde, usuários e respectivos familiares com respeito à perspectiva da redução de danos; 2) O uso do conceito de autonomia relacional na compreensão do exercício de autonomia de usuários; e 3) A compreensão do manejo do conhecimento por uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde na relação de cuidado estabelecida com usuários no tocante às dimensões éticas de confiança e autonomia relacional deste cuidado. **Conclusões:** Apontamos a necessidade de se avançar em uma abordagem mais relacional da autonomia de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, considerando, principalmente, as estruturas sociopolíticas, culturais e programáticas que limitam o exercício da capacidade pessoal de autonomia destes sujeitos. Evidenciamos que o reconhecimento das tensões e potencialidades envolvendo a confiança e a mobilização de conhecimento nesta relação de cuidado são elementos que podem auxiliar no desenvolvimento de um cuidado em saúde mental promotor de autonomia, abordando suas dimensões relacionais.

Descritores: Usuários de Drogas; Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Autonomia; Confiança.

LAGO, R. R. The mental health care for people seeking care for substance use. Thesis. (Inter-institutional Doctorate of Science) – School of Public Health of São Paulo University and Federal University of Acre, São Paulo, 2016.

Introduction: The Psychosocial Care Center (CAPSad III) is the main service providing care in mental health for people seeking care in substance use in the Brazilian Public Health System (SUS). The understanding of mental health care can foster the development of autonomy and citizenship for people in substance use. **Goals:** To describe and interpret health care in a mental health service for people seeking care in substance use. **Methods:** This is a qualitative research, using a critical approach. Participated in this research professionals, service users and their families directly involved in a CAPSad III located in the capital of a State situated in the North of Brazil. Data were collected through participant observation of the health care developed, cases studies of assisted users as well as group interviews with professionals and individual interviews with users and their families. Data were analyzed addressing the ethical dimension of the relationship of care. All ethical aspects were respected. **Results and Discussion:** The health care was explored from three aspects involved in it: 1) understanding of the relationship between health care providers, users, and their relatives with respect to the perspective of harm reduction; 2) the use of the concept of relational autonomy in understanding the exercise of users' autonomy; and 3) the understanding of the knowledge management by an interdisciplinary team of health care providers in the relationship of care with service users in relation to the ethical concepts of trust and relational autonomy. **Conclusions:** We point out the need to move forward in a more relational approach to autonomy of people seeking care in substance use, considering mainly the socio-political, cultural and programmatic structures which limit the exercise of personal autonomy ability of these subjects. We showed that the recognition of the tensions and potential involving trust and mobilization of knowledge in the care relationship are elements that can assist in the development of a mental health care that promotes autonomy, addressing its relational dimensions.

Keywords: Drug Users; Mental Health Services; Delivery of Health Care; Substance-Related Disorders; Personal Autonomy; Trust.

1. INTRODUÇÃO:

1.1. CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA (PSD) E A MEDICALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A explicação do processo saúde-doença por intermédio da tríade ecológica produziu a nomeação e mitificação do social. As limitações deste modelo explicativo demandaram a necessidade de extrapolação de aspectos biológicos na compreensão da causalidade no Processo Saúde-Doença (PSD) ampliando-a para a consideração dos aspectos de produção e reprodução dos processos sociais envolvidos, sejam eles básicos (classe, raça, sexo, educação, etc.), próximos (vizinhança, migração, ambiente de trabalho, etc.) ou mediadores (suporte social, status conjugal, etc.), além da consideração da dimensão simbólica do processo saúde-doença, através da qual os sujeitos constroem representações sociais do processo de adoecimento e sua diferenciação da doença (NUNES, 2000).

Nesse sentido, de acordo com Arouca (1975), a saúde e a doença possuem conceitos complexos, assumem uma continuidade com limites imprecisos e subjetivos, obedecendo a uma concepção dinâmica de equilíbrio e até coexistência. Para o autor, a teorização de Leavell e Clark (1965) apud Arouca (1975) sobre a tríade ecológica e a história natural das doenças, pressupondo níveis de prevenção, neutraliza a historicidade do componente político-social, posicionando-o apenas como um elemento dentre vários fatores no nível da atenção primária – subestimando o protagonismo deste aspecto na determinação do processo saúde-doença.

Além disso, também se reconhece que as condições sociais baseiam o padrão sanitário de uma população, bem como o posicionamento de cada indivíduo na sociedade fundamenta a determinação da própria saúde. Quando observados os principais grupos patológicos – aqueles com maior magnitude e transcendência nas diversas sociedades - encontram-se, entre os determinantes finais de saúde, com grande peso, as condições sociais de vida. A qualidade e o padrão das relações sociais desempenham inquestionável determinação sobre a saúde, portanto, seu manejo representa potencial ferramenta de incremento nesta área (FLEURY-TEIXEIRA e BRONZO, 2010).

As concepções de saúde e doença articulam-se com a prática social da medicina, onde se realiza a medicina preventiva. Esta deve ser operada pela integração estratégica na

abordagem do cuidado que contribua para a criatividade, mudança de atitude e desenvolvimento da consciência desde a formação do profissional (AROUCA, 1975).

Tanto as disputas entre os modelos explicativos das doenças e suas respectivas concepções de saúde e doença quanto os processos histórico-sociais de organização dos serviços de saúde e formação de profissionais de saúde influenciaram a compreensão das questões de saúde mental observadas ao longo da história. A princípio, a compreensão do corpo místico e sagrado; entre os séculos XVIII e XX, o louco encarcerado; e, no tempo presente, a intervenção informacional sobre o corpo discutida por Ianni (2013).

Neste sentido, a racionalização da medicina ocidental colaborou para o reconhecimento dos distúrbios mentais, enquanto doenças e desvios de saúde, proporcionando algum benefício para o tratamento dos sujeitos que convivem com esses problemas, a exemplo da transposição do sofrimento causado pelo enclausuramento asilar e alienação social para o diagnóstico técnico, o tratamento hospitalar e medicamentoso. Por outro lado, a ênfase excessiva na abordagem biomédica do processo saúde-doença do sofrimento mental fragmentou o corpo e desconectou o sujeito do tecido sócio-relacional gerador desse sofrimento (CAPONI, 2014). Ressalta-se no texto a seguir a expressão da tensão existente no campo:

“Imaginar que nossos sofrimentos psíquicos podem ser tratados como uma úlcera ou uma infecção significa simplesmente negar que os sofrimentos devam inscrever-se numa história de vida, que esses sofrimentos se transformarão ao longo de nossas vidas e que nesta transformação tem papel fundamental o modo como somos ouvidos e as intervenções e terapêuticas que nos são propostas” (CAPONI, 2014, p. 8).

O desafio de compreender as questões de saúde mental, as quais não são completamente explicadas pela dimensão do conhecimento biológico, motivou o acolhimento da psicologia pelas ciências humanas e sociais, para além do campo da saúde, implicando, portanto, na necessidade de dirigir o cuidado junto aos sujeitos também no campo social. A esse respeito, a compreensão de que as doenças contemporâneas têm como causa “fatores artificiais (...) não [necessariamente] preexistentes na natureza, mas criados, estimulados ou reforçados pela intervenção do homem” coopera para a abordagem adequada dos transtornos mentais (BERLINGUER, 1978, p. 105).

A partir da segunda guerra mundial, começa a se destacar o processo de luta antimanicomial, o qual, aos poucos, difundiu as discussões sobre normalidade/sanidade e

anormalidade/loucura, agregando a proposta de liberdade, aceitação e inserção comunitária dos sujeitos em sofrimento mental. Esse movimento tem contribuído com a reorientação da atenção à saúde dessas pessoas, com enfoque em serviços abertos, de base territorial e comunitária, visando à reinserção social de seus usuários, com clara preponderância dos profissionais e trabalhadores no ativismo dentro do movimento, quando comparados aos usuários e outros atores sociais. A proposta da luta antimanicomial é transformar discriminação e segregação baseadas nas relações sociais junto a pessoas com transtorno mental por intermédio de ações culturais, educacionais e de integração social (AMARANTE, 2003; VASCONCELOS, 2013).

No cenário brasileiro, foi somente na década de 1980, em conjunto com um movimento de diversas propostas de mudanças na saúde pública, com participação popular, que a reforma psiquiátrica ganhou consistência, propondo novas formas de cuidado – despertando-se para a importância da inserção social em detrimento da centralização do cuidado no hospital. Nesse contexto, surgiram experiências institucionais substitutivas ao hospital, seguindo uma nova perspectiva de cuidado, tais como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais subsidiaram a proposta de rede de atenção existente nos dias atuais (DOBIES e FIORONI, 2010; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Ao se refletir sobre a historicidade da organização, bem como sobre o manejo social da conformação dos serviços de saúde mental para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no Brasil, pode-se perceber a atuação de mecanismos implicados de gestão biopolítica da população, tal como experimentado em outros cenários. Nesta relação, o governo exerce controle sobre a sociedade sob o argumento da segurança e precaução ao risco, expressa em discursos de verdade, em combinação com estratégias de poder. Como exemplo, podemos citar o estabelecimento de diversos e ambíguos padrões diagnósticos em saúde mental, por meio do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), impactando na medicalização da infância, aumentando o consumo desnecessário de psicofármacos, desvalorizando o componente relacional e cotidiano do sofrimento mental, dentre outros problemas (SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA, 1978a e 1978b; FOUCAULT, 1993; HOCHMAN, 1993; CAPONI, 2014).

Sujeitos considerados doentes, tal como as pessoas que sofrem com distúrbios mentais, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, representam uma

perda de produtividade e um fardo social, dado que, a influência da industrialização, dentro do modo de produção capitalista, opera a socialização do corpo como modo de produção. Nessa perspectiva, historicamente, o enclausuramento dos loucos e de outros doentes marginalizados pela lepra, leishmaniose, dentre outras moléstias, – e hoje dos drogados - representa também uma expressão do controle social pelo Estado atuante sobre as contradições e efetuado pelos serviços de saúde mental em benefício da sociedade que se considera sã, além de reforçar a expansão da medicalização da saúde mental (SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA, 1978a e 1978b; FOUCAULT, 1993; HOCHMAN, 1993).

Corroborando a relação entre a instituição psiquiátrica e o respectivo contexto histórico-social, Gadelha Júnior (2002, p. 88) afirma:

“A instituição psiquiátrica originou-se e se estruturou com o advento do capitalismo, a consolidação do trabalho assalariado e o surgimento do Estado burguês, alicerçados na Revolução Industrial e na Revolução Francesa, processo social que exigiu uma nova forma de organização social, tendo como pressuposto filosófico o positivismo e como base, o princípio da razão e da ciência.”

Nesta perspectiva, a organização de serviços de saúde predominante ainda segue uma lógica mercadológica de comercialização de serviços de um bem que é imaterial – a saúde. A própria sociedade produtivista gera problemas sociais e de saúde – fruto das contradições nela existentes, incluindo o adoecimento mental e o uso de substâncias psicoativas. Para preservar tal organização social, são criados os serviços de saúde de controle; entretanto, estes serviços não interferem na origem dos problemas, mas apenas modulam essa demanda (HOCHMAN, 1993).

Na saúde mental, assim como em outros campos de atuação dos serviços de saúde, o dualismo na decisão política entre investir em estratégias populacionais (coletivas) e estratégias de alto risco (individuais) sofre influências de cunho político, cultural, dentre outras, e não apenas científico (BERLINGUER, 1978). No contexto brasileiro atual, a expansão dos investimentos em serviços de acolhimento e internação na atenção psicossocial a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em detrimento da fragilidade da articulação com serviços de saúde da atenção básica e outros recursos públicos e comunitários, exemplifica os desafios na relação coletivo-individual enfrentada no campo (BERLINGUER, 1978; LUZIO e YASUI, 2010).

Outra fragilidade persistente, observada no cuidado psicossocial em saúde voltado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias – e também aos demais usuários dos serviços de saúde no Brasil - é a hegemonia da assistência centrada no doente e na doença, a qual, segundo Berlinguer (1978) deve ser reorientada abrangendo também os sujeitos considerados saudáveis. Entretanto, essa mudança é desafiadora até para a inserção da respectiva família dentro do universo de cuidado, a qual tem sido sistematicamente negligenciada nestes serviços (DALLA VECCHIA e MARTINS, 2006).

Neste contexto dominante de cuidado biomédico é desafiador encontrar acolhimento para necessidades de saúde sócio-determinadas, tampouco usuários, familiares e comunidades encontram oportunidade para o exercício democrático das decisões terapêuticas e institucionais. A saúde como produção social envolve o entendimento de reflexividade da modernidade, no qual os sujeitos fazem o mundo social conscientemente. Enquanto atores sociais, a sociedade é pensada e feita de forma reflexiva, por meio de uma consistente monitoração reflexiva da ação – dirigida ao comportamento e contextos (GIDDENS, 1991). Os movimentos sociais tais como a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira, historicamente operados, assim como a falta destes, se contextualizam nesta ação.

De acordo com Beck (1997, 2010), “a produção social da riqueza está acompanhada da produção social de riscos”; a razão está desgastada, não deu conta das questões sociais contemporâneas e os conceitos de autodissolução e auto-risco da sociedade industrial discutidos pelo autor relacionam-se com o não conhecimento e o não controle. Nesse contexto, alguns elementos do cuidado e da conformação atual dos serviços de atenção psicossocial a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas ilustram as dissoluções e incongruências da sociedade contemporânea: a ampliação da rede de serviços em caráter de internação, com uma nova roupagem, o crescimento da indústria de psicofármacos, a expansão da classificação de doenças mentais, dentre outros elementos medicalizantes. Por outro lado, observa-se o manejo pouco eficaz do crescente sofrimento mental experimentado pela sociedade, além de diversas limitações na oferta de cuidados nessa área (CAPONI, 2014).

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

Diversas conquistas socio sanitárias foram alcançadas no século XX, as quais possibilitaram o controle de doenças transmissíveis e o aumento da expectativa de vida. Apesar disso, a partir da virada do século XXI, mudanças no consumo de comida, álcool e tabaco têm gerado impactos para a saúde global, constituindo importantes questões de saúde pública para países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório mundial “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”, estabeleceu como prioridade a não hospitalização e o tratamento comunitário dos sujeitos em sofrimento mental (OMS, 2002). Distúrbios mentais, neurológicos e por uso de substâncias são comuns em todas as regiões do mundo, afetando diversas comunidades e grupos etários. Entretanto, enquanto 14% do peso de doença é atribuído a essas desordens, a maior parte das pessoas, principalmente em países pobres, não consegue acessar o respectivo cuidado adequado (WHO, 2002).

De acordo com o relatório mundial sobre drogas, publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) em 2015, a maioria (99,8%) das pessoas com necessidades decorrentes do uso dessas substâncias continua sem acessar oportunidades de tratamento e muitos países apresentam déficits na oferta de serviços nesta área. Além disso, em termos de magnitude do problema, estima-se que 246 milhões de pessoas entre 15-64 anos de idade usaram uma droga ilícita no ano de 2013. Destes, um em cada dez pessoas apresentaram problemas relacionados ao uso de substâncias, ou seja, cerca de 27 milhões de pessoas demandando por atenção em saúde pública nesta área, dentre outras necessidades (UNODC, 2015).

Apesar de o uso de substâncias psicoativas tratar-se de um fenômeno social, de dimensões históricas, políticas, culturais e místicas no qual as práticas e significados são construídos pelas inter-relações de pessoas, de forma individual e coletiva, observa-se que na sociedade, as comunidades gerenciam o convívio com este fenômeno de forma diversificada. A dependência química, portanto, pode ser compreendida como um fenômeno socio sanitário experimentado por uma parcela da população que faz uso de substâncias psicoativas, as quais manifestam adicção por álcool, crack e outras drogas, gerando múltiplos prejuízos psicossociais relacionados (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011).

Em relação ao consumo de drogas, sugere-se que características da sociedade moderna, tais como consumismo, capitalismo, globalização, desigualdades sociais, dentre outras, estão associadas ao sofrimento mental experimentado pelas pessoas afetadas direta e indiretamente pelo problema (SOUZA & KANTORSKI, 2009). Por seus impactos sociais, biológicos e psicossociais, a dependência química constitui um grave problema de saúde pública, requerendo uma abordagem complexa e multidimensional, correspondente à natureza do problema (SOUZA & KANTORSKI, 2009; KALLAS, 2012).

Neste contexto, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, somado ao movimento da reforma sanitária, implicou em um complexo processo social de mudança teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural no âmbito da sociedade brasileira e dos serviços de saúde para atendimento às pessoas que sofrem com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A reforma psiquiátrica brasileira tanto assimilou princípios definidores da saúde pública, quanto gerou conceitos e noções inovadoras no cuidado à saúde, tais como: acolhimento, escuta e clínica ampliada. Essa integração entre saúde mental e saúde pública trouxe importante contribuição para a orientação da inclusão social das pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2003; LUZIO e YASUI, 2010; REIS, et al., 2013).

De acordo com Luzio e Yasui (2010), buscou-se, a partir da década de 1990, estabelecer um novo modelo técnico-assistencial para atendimento a estes sujeitos. A partir do ano 2000, o processo de ajuste da legislação e reorganização dos serviços de saúde ganhou visibilidade e permitiu a concretização da atenção psicossocial, por intermédio de diversos instrumentos legais, dos quais se destacam:

- Lei federal Nº. 10.216, de 06 de abril de 2001: descreve a proteção aos direitos dos sujeitos em sofrimento mental e redireciona o modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2001);
- Portaria N.º 336, de 19 de fevereiro de 2002: estabelece os tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): 1) CAPS: cuidados gerais em saúde mental; 2) CAPSi: cuidados em saúde mental a crianças e adolescentes; e CAPSad: cuidados em saúde mental dirigido a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas). A referida portaria ainda estabelece os níveis de atendimento de cada tipo de CAPS em I,

II e III, de acordo com o gradiente populacional adstrito e capacidade de funcionamento correspondente (BRASIL, 2002);

- Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010: alerta sobre a expansão no Brasil do consumo de álcool, cocaína, inalantes e outras drogas, destacando a vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens; e institui a ampliação do CAPSad para CAPS III (mudança que eleva a capacidade técnica – tanto de recursos humanos, quanto de estrutura, dentre outros recursos – a fim de permitir o funcionamento do serviço de acolhimento ou hospitalidade vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana) (BRASIL, 2010a);
- Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011a);
- Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012: revoga a Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, redefinindo o CAPSad III (ampliando e descrevendo mais especificamente os recursos humanos e financeiros); além disso, estabelece a transformação de todos os CAPS II para CAPSad III (BRASIL, 2012);

Com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários (neste estudo optamos por utilizar as expressões ‘usuários do serviço de saúde’, ou somente ‘usuários’, bem como ‘pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias’ para designar as pessoas que acessaram o cuidado no âmbito dos serviços de saúde mental) e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, foi estabelecido no Brasil o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o qual tem funcionado como uma política catalisadora da concretização de outras políticas públicas na área. Este plano descreve as estratégias pelas quais os diversos setores deverão se articular a fim de trabalhar essa questão social e inclui como setor estratégico o Sistema Único de Saúde (SUS), coadunando-se com diversos princípios e diretrizes deste sistema de saúde (BRASIL, 2010b).

Quanto às drogas lícitas, diante da relevância das doenças crônicas não transmissíveis e do consenso de que o alcoolismo e o tabagismo estão entre os principais fatores de risco relacionados a essas doenças, em 2011, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no

Brasil. Este plano aborda as principais doenças crônicas que afetam a população brasileira (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes), incluindo o tabaco e o álcool como fatores de risco associados, definindo e priorizando ações para a sua prevenção e controle em uma década (2011-2022) (BRASIL, 2011b).

Apesar da amplitude no Brasil de políticas de saúde mental dirigidas às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, o cuidado em saúde historicamente sedimentado tem focado a doença, o isolamento social e a ruptura total brusca, fortemente influenciado pelo paradigma biomédico. Este modelo de cuidado tem demonstrado sua ineficácia ao longo do tempo, negligenciando a multiplicidade dos prejuízos causados pelo consumo de drogas (ALVES, 2009; SCHRAIBER, 2011).

1.3. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD III) COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A proposta inovadora do cuidado em saúde mental é orientada por uma lógica, fundamentação ética e teórica diferentes do cuidado psiquiátrico anteriormente adotado. Consiste no saber-fazer em saúde mental, a partir do encontro entre sujeitos, centrado nas necessidades e autonomia destes, além do diálogo terapêutico. Embora o cuidado em saúde estabelecido após a reforma psiquiátrica se proponha a valorizar mais a sabedoria prática que a tecnologia, esta última não é abandonada, mas considera-se que seu uso deve ser crítico e reflexivo, cuja conveniência frente à situação concreta deve ser julgada (AYRES, 2000, 2004a, 2004b; SCHRAIBER, 2011; ARAÚJO, PAZ e MOREIRA, 2012).

O cuidado em saúde mental, por suas particularidades, pode ser considerado em diversas perspectivas: filosófica, técnica-instrumental, política, cultural e ética. Este cuidado considera o vivenciar existencial do doente diante de sua condição, dentro da dinâmica experiência de saúde ou adoecimento físico ou mental, perpassando a realidade operacional dos serviços de saúde de promoção, prevenção, proteção ou recuperação da saúde, além de outras dimensões concretas da vida (BALLARIN, CARVALHO e FERIGATO, 2009; ANEAS e AYRES, 2011; BASTOS, 2013).

Entretanto, o modo hegemônico de cuidar continua permeando essa realidade de atenção, tratando o usuário como alguém fragmentado e que carece de intervenções nucleares por parte de profissionais em seus procedimentos. No entanto, o usuário apresenta-se com um conjunto de necessidades integradas, as quais, majoritariamente, ultrapassam até mesmo as fronteiras dos serviços de saúde e que dificilmente serão adequadamente abordadas sob uma perspectiva fragmentada de cuidado, requerendo uma abordagem integral do cuidado (MERHY, 2005).

A integralidade no atendimento às necessidades trazidas pelos usuários dependerá da capacidade dos trabalhadores do serviço em escutar e atender as mesmas. O período de contato do usuário com o serviço de saúde visa não somente o atendimento de necessidades imediatas, mas também o apoio ao usuário “na conquista de maior autonomia na reconstrução do seu modo de andar a vida” (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 204). Neste encontro entre pessoas que são profissionais e usuários dos serviços de saúde, destaca-se a escuta ampliada ao usuário como elemento fundamental para se desenvolver o cuidado apropriado. Nela, há espaço para que o usuário expresse sua narrativa de vida em todos os aspectos que considerar pertinentes. Enquanto o usuário compartilha suas necessidades, sofrimentos, bem como potencialidades, a aproximação do profissional possibilita a abordagem ampla, o acolhimento e coordenação da atenção correspondente (CECÍLIO, 2001; TEIXEIRA, 2003).

A chave da integralidade do cuidado está no encontro e na empatia entre os sujeitos, tanto os profissionais, quanto os usuários, com seus poderes, saberes e fazeres. Nesse contexto, é preciso se desterritorializar dos núcleos profissionais e compartilhar os olhares mútuos no campo da saúde a fim de se aproximar do complexo modo de viver do usuário enquanto sujeito único e também coletivo. Além disso, a integralidade do cuidado neste cenário também implica na transdisciplinaridade da organização da atenção, a qual potencializa a relação de cuidado. Neste campo de prática, o profissional expande sua atuação nuclear a partir da integração com os demais membros do coletivo de trabalhadores, ampliando as possibilidades do cuidado, inclusive no tocante à produção de inovações (DIMENSTEIN, 2004; MERHY, 2005; DIMENSTEIN et al., 2009).

Nesta perspectiva, o conjunto articulado de serviços públicos de saúde mental para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizado, em 2011, de acordo com uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a

qual, gradativamente e de forma heterogênea, tem se estruturado nos diversos cenários do Brasil (BRASIL, 2011a).

A composição da RAPS articula serviços organizados a partir da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, tais como: Estratégia de Saúde da Família (ESF), o CAPSad III, Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (SHRad), bem como leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios de saúde mental, comunidades terapêuticas e serviços de urgência, dentre outros recursos públicos e sociais, os quais visam a garantia da integralidade do cuidado em saúde para os sujeitos que sofrem com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (AYRES, 2004; ALVES, 2009; BASTOS, 2013).

No contexto da RAPS, o CAPS constitui importante serviço de saúde que possibilita o cuidado em saúde mental, considerando a integração entre corpo e mente, situados em um contexto histórico-social e cultural. Neste espaço, a intervenção sobre a doença e o doente deve ser compartilhada entre os próprios usuários do serviço, respectivos familiares, comunidade e profissionais de saúde, visando também à preservação da cidadania (KANTORSKI, et al. 2006).

O CAPS, enquanto importante serviço substitutivo, no contexto da reforma psiquiátrica, deve representar muito mais do que uma mudança do “espaço” onde ocorre o cuidado em saúde mental. Este serviço, a partir da articulação entre gestão, profissionais, comunidade e instituições de ensino, deve desenvolver uma abordagem ao usuário do serviço de saúde diferenciada da tradicional, enfocando a autonomia dos sujeitos, seus contextos de origem, relações e necessidades (DIMENSTEIN, 2004).

O cuidado em saúde desenvolvido no CAPS compreende: acesso, acolhimento, escuta qualificada, vínculo, corresponsabilização e autonomia que possibilitam a transversalização da prática psicossocial. Este cuidado envolve desde o recebimento de demanda espontânea de usuários, familiares ou profissionais, atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação, alta e acompanhamento (JORGE, et al., 2011; BALLARIN, et al., 2011).

No CAPSad III, por intermédio de uma equipe multiprofissional, são operados projetos terapêuticos singulares, comprometidos com o princípio de atenção integral e com o complexo mundo de necessidades apresentadas pelos usuários em função do uso prejudicial

das drogas, tais como: interrupção da formação educacional e do trabalho, perda dos vínculos familiares e afetivos, elevado risco para contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, ingresso em redes de tráfico de pessoas, violência interpessoal, crimes, deficiências nutricionais, perdas dentárias, desestruturação de bens próprios e de familiares, dentre outras (MARQUES e MÂNGIA, 2009).

De acordo com Mielke e colaboradores (2009), os profissionais do CAPS consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, atendendo o usuário em suas dimensões biopsicossocial e espiritual, de forma integrada. Distinguem também como sendo um cuidado humanizado, que exige vínculos entre equipe e usuário e gera a responsabilização de ambos. Embora reconheçam a importância do CAPS na reforma psiquiátrica, os profissionais de saúde percebem que a reabilitação psicossocial é mediada pela necessidade da efetiva superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental. Além disso, eles reconhecem a capacidade dos usuários de transitar como cidadãos na sociedade e a sobrecarga de trabalho experimentada nesse equipamento de saúde, em função da incipiência da respectiva rede de atenção. Neste âmbito, os elementos mencionados pelos profissionais são norteadores de conceitos e práticas terapêuticas (JORGE et al., 2006; MELLO e FUREGATO, 2008).

Na visão de usuários, o CAPS representa um espaço de acolhimento e oportunidade de cuidado integral em saúde, quando articulado com os demais SS e recursos sociais, embora essa articulação ainda seja incipiente. Eles enxergam que há diferença entre o cuidado asilar e o cuidado oferecido neste serviço substitutivo. Por outro lado, questionam alguns limites rígidos da organização deste cuidado e sua interferência com a autonomia dos usuários. Identificam ainda um cuidado baseado no remédio e no médico e têm pouca clareza sobre os projetos terapêuticos individualizados (OLIVEIRA, ANDRADE e GOYA, 2012; BRASIL, COSTA e JORGE, 2012).

Familiares de portadores de transtornos mentais assistidos em CAPS relatam dificuldades de manejo da família em situações de crise, sentimentos de culpa, medo, tristeza, vergonha e raiva em relação à doença. No entanto, expressam afeto e cuidado, porém, vinculados à concepção de “cura”, relacionada à recuperação da capacidade produtiva do familiar em sofrimento mental. Estes familiares recorrem a recursos informais complementares ao cuidado, em geral, religiosos, tanto para a compreensão metafísica das causas do sofrimento psíquico quanto para a busca de suporte para o usuário e para a sua

família. Apesar da inclusão da família no contexto terapêutico da pessoa em sofrimento mental apresentar potencialidades, tais como: subsídios para a construção do projeto terapêutico singular, estabelecimento de estratégias de intervenção mais integras e diminuição do abandono do usuário, observa-se uma insuficiência de políticas adequadas de atenção à família na rede substitutiva (HIRDES e KANTORSKI, 2005; NAVARINI e HIRDES, 2008; CAMATTA e SCHNEIDER, 2009).

Estudos apontam que o trabalho do CAPS deve ser produzido em conjunto com os sujeitos, como um cuidado integral, centrado nas necessidades destes, integrando uma perspectiva de cuidado conforme a proposta da reforma psiquiátrica – a qual visa à preservação da dignidade e autonomia dos sujeitos dentro da sociedade. O trabalho do CAPS deve extrapolar os muros do serviço e alcançar a comunidade, a fim de articular-se com o território, espaço no qual se encontra o maior potencial de desenvolvimento dos sujeitos (CASTRO e MAXTA, 2010; MARQUES e MÂNGIA, 2011).

Portanto, entende-se que, apesar do papel estratégico do CAPS no tocante ao cuidado em saúde para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o universo de cuidado psicossocial para esses sujeitos deve operar em articulação com os demais serviços de saúde da RAPS, assim como outros setores públicos, privados e comunitários, com ênfase na Atenção Básica (AB) e no território (AZEVEDO e MIRANDA, 2010; BASTOS, 2013).

No campo da AB, ainda não há clareza sobre a operacionalização do apoio matricial que deve ser feito pelo CAPS e percebe-se uma proeminente demanda cotidiana de saúde mental não acolhida, além de os profissionais de saúde da AB não se sentirem capacitados para dar uma resposta suficiente a estas pessoas. Não obstante, a coordenação do cuidado ainda é precária diante da incipiente rede de serviços substitutivos existentes. Para os profissionais da AB, o trabalho compartilhado entre eles e o CAPS ainda é incipiente (DIMENSTEIN et al., 2009).

Além disso, apesar dos inúmeros avanços técnicos, políticos, sociais e epistemológicos a partir do legado da reforma psiquiátrica brasileira, diversos autores apontam para o atual processo de incapacidade dos serviços da RAPS em produzir autonomia e reabilitação psicossocial para as pessoas em sofrimento mental que os utilizam, apontando a necessidade

de se refletir sobre o desenho e desenvolvimento do cuidado em saúde neste espaço, em suas diversas dimensões (FIGUEIRÓ e DIMENSTEIN, 2010).

Portanto, no âmbito das diversas tensões entre a superação do modelo de cuidado hegemônico e a proposta contemporânea de cuidado em saúde mental, o CAPSad III representa relevante estratégia de atenção à saúde voltada às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no SUS, contribuindo com a atenção direta, coordenação e matriciamento do cuidado das mesmas (AZEVEDO e MIRANDA, 2010).

1.4. PERSPECTIVAS POTENCIALIZADORAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

Diante da complexidade e multidimensionalidade do cuidado em saúde mental, neste estudo, destacamos duas perspectivas como potencializadoras da prática desse cuidado, as quais são: a Promoção da Saúde (PS) e a abordagem de Redução de Danos (RD). Ambas as perspectivas articulam-se enquanto orientadoras da atenção, especialmente no tocante à dimensão emancipatória e cidadã do cuidado em saúde prestado. Enquanto a PS contribui com a orientação do cuidado para a valorização das potencialidades dos sujeitos, por meio de um processo de capacitação da comunidade na atuação sobre sua qualidade de vida e saúde (OMS, 1986; VERDI e CAPONI, 2005; AZEVEDO, PELICIONI e WESTPHAL, 2012), a RD coopera com a acessibilização do cuidado cujo principal objetivo não é eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos biopsicossociais causados pelo uso problemático dessas substâncias (MOREIRA, SILVEIRA e ANDREOLI, 2006; CNA, 2011; IHRA, 2015).

No tocante à PS, a evolução histórica das abordagens sobre este campo apresenta diferentes interpretações, dentre as quais destacamos as duas principais: a primeira como um enfoque comportamental, visando à transformação de hábitos e estilos de vida, ao manejar fatores de risco, cuja responsabilidade de mudança está sobre o indivíduo; por outro lado, a segunda compreensão de PS é mais abrangente e considera o protagonismo dos determinantes sociais sobre as condições de vida e de saúde, de forma individual e coletiva (VERDI e CAPONI, 2005).

A compreensão de PS tomada neste estudo parte da segunda categoria anteriormente descrita, tratando-se de uma visão socioambiental das concepções de saúde, risco e determinação do PSD, bem como das estratégias de organização dos serviços de saúde e práticas das relações de cuidado em saúde. Além disso, consiste em uma abordagem aplicável a todos os níveis e espaços de atenção à saúde, articulando desde atividades de produção de saúde até reabilitação de longo prazo visando à capacitação dos sujeitos e comunidade para intervir em suas condições de vida (OMS, 1986; WESTPHAL, 2006, VERDI e CAPONI, 2005; CARVALHO, 2013).

No Brasil, existe uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006 e redefinida pela portaria do Ministério da Saúde N°. 2446, de 11 de novembro de 2014, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor saúde e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade na relação de cuidado estabelecida. Suas intervenções têm projeção e correspondência com diversas outras políticas e pactos nacionais e internacionais, inclusive aqueles relacionados à saúde mental (BRASIL, 2014).

De acordo com a compreensão ampla da perspectiva de promoção da saúde, deve-se observar com cautela o discurso de responsabilidade ou corresponsabilidade no qual é frequente a visão da hipossuficiência do sujeito, o qual aparece sobredeterminado pelas estruturas, com anulação da subjetividade, diversidade e dinamicidade inerente à sua natureza. Além disso, o sujeito é, freqüentemente, culpabilizado por suas escolhas, desconsiderando-se a determinação social do PSD (FERNANDEZ e WESTPHAL, 2012). Entretanto, a integração com o movimento da saúde coletiva, o enfoque social na abordagem do PSD, a garantia de direitos sociais fundamentais, bem como a manutenção da democratização do poder político, podem ser estratégias de preservação da autenticidade da PS enquanto processo de desenvolvimento de autonomia pessoal e social (VERDI e CAPONI, 2005; WESTPHAL, 2006; CARVALHO, 2013).

No Brasil, em função de uma forte cultura política de clientelismo e paternalismo, o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos consiste em um importante desafio da promoção da saúde, mediante a necessidade da conformação da participação e movimentos sociais consistentes (BÓGUS e WESTPHAL, 2007). Há, no entanto, grande convergência nesse campo ideológico para o reconhecimento da importância de se discutir o exercício da autonomia, neste caso, compreendida, basicamente, como a capacidade de uma pessoa agir

sobre si e também sobre o contexto no qual está inserida (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006). No âmbito do desenvolvimento humano, a PS objetiva como responsabilidade institucional o incremento da capacidade orgânico-psíquica das pessoas. Portanto, a autonomia consiste em categoria orientadora da promoção de saúde, visto que fundamenta um determinante positivo para a saúde. A ampliação da autonomia pode ser protetora à saúde enquanto sua restrição é fator de risco elementar no processo saúde-doença (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

A definição de saúde mental estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) muito se aproxima da definição da promoção da saúde: ‘um estado de bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades, enfrenta as tensões normais da vida, pode trabalhar [...] e é capaz de contribuir para a sua comunidade’, ou seja, tem possibilidades e capacidades de realizar-se pessoalmente e contribuir para a comunidade à qual pertence (WHO, 2001, p.1; PARALES-QUENZA, 2008).

No plano teórico, a orientação da PS no contexto de trabalho de profissionais de saúde de nível superior de um CAPS é reconhecida. No discurso destes sujeitos destacam-se: a importância da interdisciplinaridade e intersetorialidade nas práticas, a necessidade de articulação entre os profissionais, comunidades e demais setores determinantes para a saúde e o relacionamento terapêutico como elemento fundamental na relação profissional-paciente. Entretanto, na operacionalização do trabalho em saúde mental, a perspectiva da PS encontra muitos desafios que se relacionam com a superação de paradigmas de abordagem limitada do PSD junto a pessoas que sofrem com transtornos mentais, bem como com a estruturação e organização da RAPS (PARALES-QUENZA, 2008; AGUIAR, et al., 2012).

O fortalecimento da participação social, a equidade, o empoderamento de indivíduos e comunidade constituem o fio condutor da articulação entre os pressupostos da saúde mental e da promoção da saúde, ambos, produzindo autonomia e cidadania e colaborando com o resgate e atribuição de sentido de vida das pessoas em sofrimento mental (CAÇAPAVA, COLVERO e PEREIRA, 2009).

Outra perspectiva potencializadora do cuidado em saúde mental tomada neste estudo é a abordagem de RD, a qual se articula com diversos aspectos da PS. A RD coopera com o processo de desenvolvimento de capacidades pessoais dos indivíduos, por meio da educação popular em saúde presente em seus processos, a qual enfoca a redução dos danos

biopsicossociais no uso de drogas, em geral, envolvendo os próprios pares como agentes facilitadores. Além disso, a RD promove também a ampliação do acesso e equidade em saúde ao se responsabilizar pelo atendimento de pessoas que usam drogas, sem a exigência de abstinência por parte dos usuários, dentre outras contribuições conectadas com os pressupostos da promoção da saúde.

A RD constitui uma estratégia fundamental na proposta contemporânea de cuidado em saúde mental, beneficiando não somente pessoas que usam drogas, mas seus respectivos familiares, comunidade e sociedade, a mesma é definida como uma combinação de políticas, programas e práticas que visam, primariamente, reduzir as consequências adversas para a saúde, bem como os efeitos sociais e econômicos relacionados ao uso lícito e ilícito de substâncias psicoativas sem fins terapêuticos, sem requerer, necessariamente, a redução do consumo de drogas (IHRA, 2015; KEANE, 2003).

A RD é uma abordagem complementar à prevenção e tratamento que colabora com o empoderamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas ao proporcionar-lhes assumir decisões informadas, mesmo com respeito à elaboração de políticas públicas e ao desenvolvimento de programas. Adicionalmente, a RD enfatiza os valores humanísticos da dignidade, compaixão e aceitação não julgadora de pessoas que usam drogas. Além disso, a RD é custo-efetiva e baseada em evidências, enfocando na acessibilização dos melhores níveis de cuidado em saúde e serviços sociais disponíveis para essas pessoas (CNA, 2011; STANCLIFF, PHILLIPS, MAGHSOUDI e JOSEPH, 2015).

A regulamentação da lógica de RD e sua aplicação à saúde pública brasileira ocorreram por ocasião da portaria Nº 1.028, de 1º de Julho de 2005 (BRASIL, 2005). Esta portaria descreve como principais ações de RD: informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde e disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites. A Política Nacional de Redução de Danos (PNRD) transversaliza outras políticas envolvendo a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas, orientando serviços da rede assistencial do SUS, em especial, serviços de saúde mental como CAPS e serviços de Atenção Básica (AB), como a Estratégia Saúde da Família.

De acordo com o Ministério da Saúde, a RD deve servir como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, em todos os níveis. A Portaria Nº 1.028, de 2005, legitimou as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde enquanto estratégia de abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas

(BRASIL, 2005). A RD opera na lógica de se trabalhar com as possibilidades das pessoas, reconhecendo que a abstinência nem sempre é um caminho possível (SOUSA e KANTORSKI, 2007). Neste contexto, a operacionalização das ações de RD no campo da saúde pública representa um ‘posicionamento teórico-prático de características clínico-políticas’, no qual questões como: marginalização, criminalização, moralidade, ética, cidadania e autonomia estão implicadas nas relações de cuidado estabelecidas entre profissionais e usuários no contexto dos serviços de saúde (FORTESKI e FARIA, 2013, p. 84).

1.5. A DIMENÇÃO ÉTICA DA RELAÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL JUNTO A PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

A complexidade do cuidado em saúde mental neste cenário demanda que profissionais adotem um posicionamento crítico-reflexivo em relação a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Esta perspectiva deve envolver o reconhecimento da realidade sociocultural e política de sua prática profissional, enfocando mais no desenvolvimento da autonomia de usuários em relação ao uso problemático de substâncias e menos em intervenções tecnológicas com vistas ao diagnóstico ou mero ajustamento. O respeito à dimensão ética nesta relação de cuidado abrange todas as dimensões do cuidado experimentado: prática, gerencial, política, social, filosófica, técnica, epistemológica, dentre outras. Portanto, cada agente envolvido no cuidado deve estar engajado e aberto para essa abordagem ampliada, o que requer contínua reflexão e diálogo acerca do processo de cuidado (CARVALHO, BOSI e FREIRE, 2008).

Existe uma lacuna na literatura clínica e de saúde pública em relação à dimensão ética de cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Sobretudo, há uma falta de compreensão sobre a natureza ética dos relacionamentos entre profissionais de saúde, pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, respectivos familiares e sociedade no processo de cuidado. Por outro lado, o desenvolvimento de habilidades técnicas e conhecimento têm sido priorizados, em desfavor das discussões e desenvolvimento da capacidade de profissionais de saúde em responder aos

desafios éticos encontrados em seu cotidiano de trabalho (STRIKE, GUTA, PRINSE, SWITZERA e CARUSONEB, 2014).

Em conexão com a abordagem ética do cuidado em saúde de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, destacamos a contribuição teórica de Baier, a qual descreve o conceito de confiança como um dos elementos éticos estruturantes da relação de cuidado. Nesta relação, confiança significa a capacidade de apoiar-se no outro, assumindo o risco de sofrer danos, no entanto, aquele que serve de apoio deve ter uma boa vontade ou boa intenção a oferecer. Em relacionamentos interpessoais, em função da vulnerabilidade pessoal implicada, distorções no exercício de confiança podem levar à tirania, traição e injustiça, por exemplo, considerando a vulnerabilidade daquele que confia, bem como o poder daquele em quem a confiança é depositada (BAIER, 1986).

Adicionalmente, a confiança influencia os julgamentos, posicionamento e exercício de autonomia entre profissionais de saúde e usuários do serviço, bem como modula a resposta terapêutica por parte de usuários (EDLAND-GRYT e SKATVEDT, 2013; MCLEOD, 2006; PETER e MORGAN, 2000). Por exemplo, a confiança por parte do paciente envolve a incerteza quanto à efetividade e efeitos adversos do tratamento, bem como sobre as habilidades técnicas do profissional que o atende, a legitimidade e segurança do serviço de atendimento no qual estão inseridos, dentre outros aspectos (HARRYS, RHODES e MARTIN, 2013). A utilização do conceito de confiança é adequada na análise da relação de cuidado em saúde porque neste cenário os relacionamentos estão caracterizados por diferenças de poder entre comunidade, gestão, profissionais e usuários, e os últimos, em geral, ocupam uma posição de vulnerabilidade, o que requer uma consideração ética, especialmente, por parte da gestão e profissionais de saúde (PAULY, 2008a; STRIKE, GUTA, PRINSE, SWITZERA, e CARUSONEB, 2014).

A partir do trabalho de Baier (1986) e outras perspectivas feministas, McLeod e Sherwin (2000) desenvolveram o conceito de autoconfiança, argumentando que sem ela as pessoas não podem ser plenamente autônomas. Para as autoras, a autoconfiança é necessária para se tomar boas decisões, baseadas nos valores, crenças e desejos próprios de uma pessoa, assim como agir de acordo com essas decisões e confiar no próprio julgamento. Entretanto, as condições interpessoais afetam a capacidade de uma pessoa em exercitar a autoconfiança e, portanto, sua autonomia. Um dos principais motivos apontados como gerador da deficiência de autoconfiança é a internalização da opressão e a opressão externa, social (BAIER, 1985,

1986; MCLEOD e SHERWIN, 2000; STOLJAR, 2015). Em consequência, pessoas com falta de autoconfiança, frequentemente, tomam decisões em desacordo com seu próprio interesse e têm dificuldades em exercitar sua capacidade de autonomia.

Como pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, frequentemente, possuem uma história de vida envolvendo abuso e opressão, acabam enfrentando muitos desafios em exercitar a confiança em si ou em outras pessoas. Nesse sentido, McLeod and Sherwin (2000) destacam a necessidade de se construir a autoconfiança e a confiança interpessoal na relação entre profissionais e usuários envolvidos no cuidado em saúde mental, enfocando, especialmente, no desenvolvimento da autoconfiança e autonomia dos usuários nesta relação.

No tocante ao exercício de autonomia na relação de cuidado em saúde mental abordada, McLeod e Sherwin (2000) e McLeod (2006) explicam a necessidade de se considerar a capacidade de autonomia como um exercício relacional. Enquanto a perspectiva dominante na relação de cuidado em saúde mental junto a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas enfatiza excessivamente a capacidade pessoal de autonomia destes, a desconsideração dos demais agentes e estruturas envolvidos dificulta a abordagem relacional da autonomia em suas outras dimensões. Tal abordagem considera o papel e a influência do contexto sociopolítico, cultural e programático como outras dimensões que interagem e afetam a capacidade de autonomia pessoal no uso problemático de substâncias (KUKLA, 2015; PAULY, 2008b; SOARES e CAMARGO, 2007).

A desconsideração da autonomia como um exercício relacional no cuidado envolvendo pessoas que fazem uso problemático de substâncias tem contribuído para o aumento da estigmatização e marginalização relacionada a essas pessoas, além de privá-las de justiça social. Portanto, gestores e profissionais envolvidos na provisão de cuidados em saúde mental devem abordar a dependência química como uma questão baseada em determinantes sociais de saúde que refletem o contexto sociopolítico e cultural, em oposição à visão de ser exclusivamente uma escolha do usuário (KUKLA, 2015; PAULY, 2008b; SOARES e CAMARGO, 2007).

Outro aspecto implicado na dimensão ética da relação de cuidado em saúde mental é o conhecimento dos agentes envolvidos nesta relação, o qual interfere na confiança e autonomia exercida por estes. A mobilização de conhecimento sobre a experiência de uso de drogas por

parte de usuários ou sobre as teorias e técnicas de trabalho trazidas na formação dos profissionais, exige o exercício de confiança ao expor-se diante do outro, bem como ao confiar no conhecimento que o outro pode oferecer, para que, a partir desse compartilhar de conhecimento diverso, os agentes possam estruturar suas decisões, bem como seu exercício de autonomia. O conhecimento aqui é compreendido como um elemento socialmente situado, afetando as experiências e perspectivas da pessoa, levando a consequências epistêmicas (GRASSWICK, 2013; Mcleod, 2006).

Considerando a historicidade e amplitude do cuidado em saúde mental, bem como o aumento das demandas sociais e cuidados em saúde pública para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no contexto de políticas públicas de saúde mental no cenário brasileiro, verificamos a necessidade de descrever e interpretar o cuidado em saúde mental abordado em um CAPSad III (MARINI, 2011; BRASIL, 2010b, 2012).

As práticas/cuidados em saúde mental para usuários de álcool, crack e outras drogas são complexas e transdisciplinares, envolvendo profissionais, usuários, respectivos familiares, dentre outros agentes. O estudo deste cuidado pode esclarecer um campo de prática de saúde ainda pouco explorado e facilitar a integração entre os agentes nele envolvidos, além de servir de referencial na integração com outros sujeitos, outras unidades de saúde e outros setores participantes do território de saúde, o que consiste em um atual desafio para toda a RAPS dentro do SUS (DIMENSTEIN et al., 2009).

Apesar do aumento dos investimentos nos CAPSad no cenário brasileiro, na última década, a produção científica sobre as práticas/cuidados em saúde desempenhados neste tipo de serviço ainda é escassa e de circulação restrita (ALVES, 2009).

Portanto, este estudo se justifica enquanto desencadeador de discussões relacionadas ao cuidado em saúde mental direcionado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, a partir de um serviço público de atuação estratégica na área. A discussão do cuidado em saúde aqui proposta considera que a capacidade de autonomia nas relações terapêuticas, bem como a existência de confiança nestas relações, interagem com as perspectivas orientadoras presentes na produção do cuidado, impactando nos agentes envolvidos no mesmo. Os resultados desta pesquisa podem orientar inovações no cuidado em saúde mental, no tocante à consolidação de políticas públicas e prática assistencial, assim como no alcance de melhores níveis de qualidade de vida das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

<As demais seções desta tese (objetivos, material e métodos, resultados e discussão, apêndices e anexos) estão temporariamente indisponíveis para consulta em função do resguardo de direitos autorais.>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função do crescimento global da demanda por cuidados em saúde mental por parte de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, bem como dos desafios na abordagem deste cuidado enquanto responsabilidade sanitária no âmbito das práticas de saúde pública, somadas às tensões socioculturais e políticas relacionadas ao tema, neste estudo, exploramos o cuidado em saúde mental estabelecido no contexto prático de políticas públicas brasileiras vigentes na área.

Em atendimento aos objetivos propostos, descrevemos e interpretamos o cuidado em saúde desenvolvido junto a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no contexto de um dos principais serviços públicos de saúde mental dirigido a esta população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho de campo da pesquisa permitiu-nos focar aspectos relacionados à dimensão ética da relação de cuidado, os quais, embora sejam determinantes desta relação, em geral, não ocupam o elenco de prioridades na discussão e elaboração de políticas, formação ou prática profissional nesta área.

O primeiro enfoque dado à discussão sobre o referido cuidado envolveu o relacionamento entre profissionais de saúde, usuários e respectivos familiares com respeito à perspectiva de redução de danos no cuidado em saúde mental experimentado, evidenciando as tensões no exercício de confiança nesta relação e seus impactos nos agentes envolvidos. De forma geral, profissionais de saúde, usuários e respectivos familiares manifestaram desconfiança em relação à adoção desta perspectiva na prática do cuidado, revelando a existência de desencontros filosóficos, políticos e estruturais implicados nesta prática.

Em conseqüente, abordamos o conceito de autonomia relacional na compreensão do exercício de autonomia de usuários, demonstrando as limitações da abordagem desta dimensão ética do cuidado no contexto analisado. Nesta discussão, os participantes

expressaram uma concepção dominante de autonomia mais relacionada à dimensão individual, evidenciando a invisibilidade ou dificuldade de manejo e mobilização de recursos internos e externos envolvendo as dimensões programática e social no âmbito da autonomia.

Adicionalmente, discutimos a relação de cuidado estabelecida por profissionais de saúde junto aos usuários, tomando a mobilização de conhecimento sobre o cuidado desenvolvido e usuários atendidos entre a equipe interdisciplinar, bem como o encorajamento do autoconhecimento em usuários como ferramentas potencializadoras da abordagem de elementos éticos desta relação de cuidado, tais como: confiança e autonomia.

A investigação do cuidado em saúde mental realizada foi construída a partir da perspectiva dos principais agentes envolvidos nesta relação: profissionais de saúde, usuários e respectivos familiares. A adoção de diferentes estratégias de coleta de dados, bem como o referencial teórico utilizado, permitiram uma interpretação crítica dos resultados, trazendo a discussão para o campo da ética dos relacionamentos estabelecidos entre os agentes de cuidado e seus impactos nesta relação, bem como no posicionamento destes agentes no cenário de prática.

Embora os resultados encontrados tenham sido suficientes na satisfação dos objetivos propostos neste estudo, identificamos algumas limitações no desenvolvimento do mesmo. Enquanto a utilização de estudos de casos de usuários foi uma estratégia satisfatória para explorar o cuidado em saúde experimentado junto à principal população constituinte das demandas em atendimento no serviço, o fato de os usuários escolhidos como casos representarem pessoas que já acessaram o serviço excluiu aqueles que não conseguiram acessá-lo. Além disso, a escolha dos profissionais do serviço por apenas homens adultos como casos que expressassem a complexidade das demandas atendidas aponta para a invisibilidade de populações minoritárias, tais como mulheres, povos nativos, crianças, adolescentes, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, dentre outras, limitando as possibilidades deste estudo na abordagem das particularidades relacionadas ao cuidado em saúde mental junto a estas populações.

Diante da trajetória de pesquisa experimentada, sugerimos como possibilidades de continuação desta investigação o estudo do cuidado em saúde mental junto às populações minoritárias descritas, dentre outras, as quais têm apresentado crescente demanda por cuidados em saúde mental relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas. Outro aspecto relevante a ser considerado na continuidade da investigação desta questão envolve o tipo de

abordagem de pesquisa a ser utilizada. Neste sentido, apontamos que abordagens mais participativas de pesquisa, a exemplo da pesquisa participatória, ou como conhecida em inglês Community Based Participatory Research (CBR), têm o potencial de promover melhor compreensão do tema, bem como produzir maior engajamento comunitário nesta área.

Consideramos as perspectivas de estudo apontadas relevantes na cooperação com o desenvolvimento de um cuidado em saúde comprometido com a equidade e promoção de autonomia junto às populações mencionadas, destacando que, no Brasil, o CAPSad representa um serviço público estratégico de atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool, crack e outras drogas.

Enfatizamos como principais contribuições no desenvolvimento deste estudo: 1 – a discussão de um problema de pesquisa que enfoca uma área de complexa abordagem no contexto sócio-sanitário: a saúde mental, especialmente, envolvendo uma parcela marginalizada da população: pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; 2 - a combinação de diferentes estratégias de coleta de dados, incluindo diferentes agentes envolvidos no processo de cuidado, bem como a utilização de um referencial teórico crítico para interpretar a relação de cuidado estabelecida; e 3 – esta pesquisa desenvolveu-se no contexto de um curso de doutorado interinstitucional, uma iniciativa que mobilizou e articulou diversas instituições, recursos e pessoas em diferentes regiões do Brasil, e até de fora do país, a fim de promover a qualidade da trajetória de pesquisa experimentada e resultados apresentados.

Como potencial aplicação dos resultados deste estudo, enfocamos a necessidade de abordagem e reflexão crítica sobre as concepções limitadas e limitantes de autonomia vigentes nas relações que envolvem o cuidado em saúde mental para usuários de álcool, crack e outras drogas. Portanto, apontamos a necessidade de se avançar em uma abordagem mais relacional da autonomia destes sujeitos, considerando, principalmente, as estruturas sociopolíticas, culturais e programáticas que limitam o exercício da capacidade pessoal de autonomia de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Evidenciamos que o reconhecimento das tensões e potencialidades envolvendo a confiança e a mobilização de conhecimento nesta relação de cuidado são elementos que podem auxiliar no desenvolvimento de um cuidado em saúde mental promotor de autonomia, abordando suas dimensões relacionais.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F.; SILVA JÚNIOR, I. A.; BRAGA, V. A. B.; GALVÃO, M. T. G. Concepções de promoção da saúde na perspectiva dos profissionais de saúde mental. **Revista RENE**, Fortaleza, v.13, n.5, p.1111-1120, 2012.

ALVES, V. P. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad**. 2009. Tese. [Doutorado em Saúde Coletiva] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

AMARANTE, P. A. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial (I)*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-65.

ANEAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.15, n. 38, p. 651-662, 2011.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 200-207, 2012.

AROUCA, A. S. S. Os conceitos básicos e os conceitos estratégicos. In: _____. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1975. p. 157-174.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004a.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92. 2004b.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BAIER, A. Trust and antitrust. **Ethics**. 1986;96:231-60.

BAIER, A. What do woman want in a moral theory? **Nous**. 1985;19:53-65.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n. 2, p. 218-224, 2009.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 162-168, 2011.

BASTOS, I. T. **Os processos de trabalho na construção do cuidado**: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência (CAPS ADi). 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BECK, U. Autodissolução e auto-risco da sociedade industrial: o que isso significa? In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: UNESP, 1997. p. 207-212.

BECK, U. Sobre a lógica da distribuição da riqueza e da distribuição dos riscos. In: _____. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: Editora 34, 2010. p. 23-28.

BERLINGUER, G. V. Das Instituições Previdenciárias ao Serviço Sanitário Nacional. In: _____. **Medicina e política**. Tradução de B. Giuliani. São Paulo: Hucitec, 1978. p. 99-125.

BÓGUS, C. M. WESTPHAL, M. F. Participação social e cidadania em movimentos por cidades saudáveis. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). **PS e gestão local**. São Paulo: Hucitec: CEPEDOC, 2007. p. 61-84.

BRASIL, E. G. M; COSTA, E. C; JORGE, S. B. Representações sociais de usuários e trabalhadores de um centro de atenção psicossocial da região nordeste. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 368-385, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 14 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 14 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos,

substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 14 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 14 fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html. Acesso em: 14 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 14 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 14 jul 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010b.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L.A. PEREIRA, I. M. T. B. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 446-455, 2009.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. espec. 2, p. 1256-60, 2009.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão sobre o trabalho de profissionais de saúde mental. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 477-84, 2009.

CAN - CANADIAN NURSES ASSOCIATION. **Harm reduction and currently illegal drugs: implications for nursing policy, practice, education and research.** Discussion Paper. Ottawa; 2011.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L.; FREIRE, J. C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista de Saúde Pública.** 2008;42:700-6.

CARSPECKEN, P. F. *Critical ethnography in educational research: A theoretical and practical guide.* New York, NY: Routledge, 1996.

CASTRO, L. M.; MAXTA, B. S. B. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2010.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.; GIARDINA, M. D. Disciplining qualitative research. **International Journal of Qualitative Studies in Education**, London, v. 19, n. 6, p. 769-782, 2006.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Soiedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

- DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 285-299, 2010.
- EDLAND-GRYT, M.; SKATVEDT, A. H. Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. **International Journal of Drug Policy**. 2013;24:257-64.
- FERNANDEZ, J. C. A.; WESTPHAL, M. F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. **Interface (Botucatu)**, v.16, n. 42, p. 595-608, 2012.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. São Paulo: Editora Rede Unida, 2011. p. 290-305.
- FIGUEIRÓ, R. DE A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, 2010.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p. 2115-2122, 2008. Suplemento 2.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 37-59.
- FLICK, U. Amostragem. In: Flick U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Capítulo 11, Parte III.
- FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008.
- FORTESKI, R.; FARIA, J. G. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, 2013.
- FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. In: _____. **Microfísica do poder**. Tradução e revisão técnica de R. Machado. São Paulo: Graal, 1993. p. 79-98.
- GALLASSI, A. D. et al. Characteristics of clients using a community-based drug treatment service ('CAPS-AD') in Brazil: an exploratory study. **International Journal of Drug Policy**, Amsterdam, v. 31, p. 99-103, May 2016.
- GIDDENS, A. A reflexividade da modernidade (tópico da Introdução). In: _____. **As consequências da modernidade**. Tradução de R. Fiker. São Paulo: UNESP, 1991. p. 43-51.
- GRADELLA JÚNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 87-102, 2002.
- GRASSWICK, H. **Feminist social epistemology**. In: Zalta, E. N. (Ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford, University of Stanford, 2013. Disponível em:

<<http://plato.stanford.edu/archives/spr2013/entries/feminist-social-epistemology/>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

HARRIS, M.; RHODES, T.; MARTIN, A. Taming systems to create enabling environments for HCV treatment: negotiating trust in the drug and alcohol setting. **Social Science & Medicine**. 2013; 83: 19-26.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 160-166, 2005.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

IANNI, A. M. Z. Mudanças sociais contemporâneas e saúde: considerações sobre a biomedicina e a saúde pública. **Idéias**, Campinas, v. 4, n. 1(6), p. 41-58, 2013.

IHRA - INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. **What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association**. 2010. <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>. Accessed 17 June 2015.

JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N. F. R.; QUEIROZ, M. V. O. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KALLAS, R. G. M. **Adicção a drogas e funcionamentos limites**: suas expressões e convergências no Rorschach. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2012.

KANTORSKI, L. P. et al. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 366-371, 2006.

KEANE, H. Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. **International Journal of Drug Policy**. 2003;14:227-32.

KUKLA, R. **Medicalization, “normal function,” and the definition of health**. In J. D. Arras, E. Fenton, & R. Kukla (Eds.), *The Routledge companion to bioethics* (pp. 515–530). New York, NY: Routledge, 2015.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MARINI, M. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

- MARINI, M. et al. Quality of life determinants in patients of a psychosocial care center for alcohol and other drug users. **Issues in Mental Health Nursing**, London, v. 34, n. 7, p. 524-530, 2013.
- MARQUES, A. L. M.; MANGIA, E. F. O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 43-48, 2009.
- MARQUES, A. L. M.; MANGIA, E. F. Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 229-237, 2011.
- MCLEOD, C. **Trust**. Stanford encyclopedia of philosophy. Stanford, CA: Center for the study of language and information, Stanford University; 2006.
- MCLEOD, C, SHERWIN, S. Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. In Mackenzie C, Stoljar N, editors. **Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency and the social self**. New York: Oxford University Press; 2000. p. 259-79.
- MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 457-464, 2008.
- MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 195-206.
- MESSIAS, A. C. S.; OLIVEIRA, D. C. M.; GONÇALVES, K. C. **Dinâmica do abandono do tratamento por adolescentes usuários de álcool e outras drogas, encaminhados ao CAPSad de Rio Branco**. 2007. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2007.
- MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.
- MORAIS, F. G. L.; SILVA, H. M. **CAPSad do Manoel Julião: relato de caso**. 2006. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2006.
- MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.
- MOREIRA, T. N. F. **A construção do cuidado: o atendimento a situações de violência doméstica por equipes de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec-FAPESP, p. 217-229, 2000.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa. In: **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, 1., 17-21 nov. 1986; Ottawa, Ca. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 14 jul. 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: AKERMAN, M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

PARALES-QUENZA, C. J. Anomia social y salud mental pública. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 10, n. 4, p. 658-666, 2008.

PAULY, B. Shifting moral values to enhance access to health care: harm reduction as a context for ethical nursing practice. **International Journal of Drug Policy**. 2008a; 19:195-204.

PAULY, B. Harm reduction through a social justice lens. **International Journal of Drug Policy**. 2008b; 19, 4–10. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.11.005

PETER, E., & MORGAN, K. P. Explorations of a trust approach for nursing ethics. **Nursing Inquire**. 2000; 8(1):3-10. doi:10.1177/0969733014549884)

REIS, A. O. A. al. Saúde mental e saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 351-368.

RIBEIRO, D. B. et al. Reasons for attempting suicide among men who use alcohol and other drugs. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e54896, 2016.

RODRIGUES, S. O. **O uso de drogas na adolescência**. 2006. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2006.

SCHRAIBER, L. B. Quando o ‘êxito técnico’ se recobre de ‘sucesso prático’: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3041-3042, 2011.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. “1. Introdução: colocação do problema”. In: _____. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1978a. p. 9-15.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. “2. Os Serviços de Saúde: origem e evolução histórica”. In: _____. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1978b. p. 16-42.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO, K. R., Jr. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2007, 3, 65–78.

SOUZA, J., KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.

STANCLIFF, S.; PHILLIPS, B. W.; MAGHSOUDI, N.; JOSEPH, H. Harm reduction: front line public health. **J Addict Disease**. 2015;34:206-19.

STOLJAR, N. Feminist perspectives on autonomy. In: ZALT, E.N. (Ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Stanford University, 2015. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/feminism-autonomy/>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

STRIKE, C.; GUTA, A.; DE PRINSE, K.; SWITZER, S.; CHAN CARUSONE, S. Living with addiction: the perspectives of drug using and non-using individuals about sharing space in a hospital setting. **International Journal of Drug Policy**. 2014; 25:640-49.

TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; ABRASCO; 2003. p. 89-112.

UNODC- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. Vienna, 2015. (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.10, p. 2825-2835, 2013.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241-260, 2006.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening mental health promotion**
Geneva, 2001. (Fact sheet, 220).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report: reducing risks,
promoting healthy life.** Geneva, 2002.