

**Faculdade de Saúde Pública  
Universidade de São Paulo**

**O Cuidado em Saúde Mental para Pessoas com  
Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack  
e outras Drogas**

**Rozilaine Redi Lago**

**São Paulo**

**2016**

# **O Cuidado em Saúde Mental para Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas**

**Rozilaine Redi Lago**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, na forma de turma especial de Doutorado Interinstitucional (Dinter) da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública – Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria Bógus.

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup>. Cirley Lobato.

**Versão Original**

**São Paulo**

**2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

*“(...) Roda mundo, roda-gigante  
roda-moinho, roda pião.  
O tempo rodou num instante  
nas voltas do meu coração (...)”.*

Chico Buarque (1967)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por seu amor e grandeza que me instigam a imaginação e fé ao viver a vida.

Aos familiares e amigos que foram fonte de apoio e encorajamento em diversas formas, lugares e momentos. Algumas de minhas maiores descobertas neste projeto foram as pessoas incríveis que conheci através dele em Rio Branco – AC - BR, São Paulo – SP - BR e Toronto – ON - CA.

A meus pais e irmão que com muita sabedoria, amor e doação me ensinaram a valorizar as oportunidades de aprendizado na vida e me motivaram em cada etapa de meus estudos. Vocês me inspiram e motivam a amar a vida e lutar por meus sonhos.

A minha orientadora nestes quatro anos de curso, Cláudia Maria Bógus, fonte de encorajamento, calma e sabedoria, a qual me apoiou muito em todo esse processo. Você é uma pessoa especial. Sinto-me privilegiada por ter experimentado sua orientação nessa trajetória.

A minha orientadora no estágio sanduíche na Universidade de Toronto, em Toronto, Canadá, Elizabeth Peter que me acolheu em inúmeras dúvidas e reuniões de acompanhamento e, pacientemente, guiou-me na complexa e interessantíssima experiência de vivenciar este estágio.

A minha co-orientadora na UFAC, Cirley Lobato, por sua bondade, apoio e contribuições, especialmente na etapa de elaboração do projeto de pesquisa.

Ao serviço de saúde mental que foi o local de pesquisa, cujos profissionais, usuários e respectivos familiares, voluntariamente, facilitaram a execução deste estudo.

Aos professores/pesquisadores que participaram como membros da banca de qualificação do projeto de pesquisa, Juan Carlos Aneiros Fernandez e Alberto Olavo Advíncula Reis, bem como os que participaram da banca de defesa desta tese, Alberto Olavo Advíncula Reis, Elisabete Agrela de Andrade, Cezira Fantini Nogueira-Martins e Raimunda da Costa Araruna, os quais se debruçaram no sentido de compreender este trabalho e discutir os aprimoramentos e encaminhamentos relacionados.

Aos colegas doutorandos, professores, secretários, coordenadores e demais servidores que, na UFAC e na USP, se esforçaram muito para tornar possível a realização deste curso. O convívio com vocês foi fonte de muito aprendizado e fez dessa experiência algo singular.

Agradeço às instituições que tornaram esse curso possível: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Secretaria de Estado do Acre, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Acre e Universidade de Toronto (Canadá), bem como todas as pessoas direta e indiretamente envolvidas nesta articulação.

Agradeço aos órgãos fomentadores que financiaram esta pesquisa: 1) Ministério da Saúde do Brasil - SGTES/Pró-Saúde/PET-Saúde – documento n. 24, 15 de dezembro de 2011; 2) Ministério da Saúde do Brasil - PPSUS MS/CNPq/FAPAC/SESACRE – Termo de outorga n.18/2013; e 3) Ministério da Educação do Brasil - CAPES/Programa de Doutorado Sanduíche, processo nº. 99999.010807/2014-04.

Compartilho com cada um de vocês a celebração dessa vitória e lhes declaro minha profunda gratidão.

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS**

Atenção Básica (AB)

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi)

Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, nível III (CAPSad III)

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD)

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Community Based Participatory Research (CBPR)

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Curso de Doutorado Interinstitucional (DINTER)

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Faculdade de Saúde Pública (FSP)

Grupo de Estudos em Saúde Mental Coletiva (LASAMEC)

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª revisão (DSM-V)

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Pesquisa Qualitativa Crítica (PQC)

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Política Nacional de Redução de Danos (PNRD)

Processo Saúde-Doença (PSD)

Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde)

Promoção da Saúde (PS)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Redução de Danos (RD)

Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (SHRad)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade de São Paulo (USP)

Universidade de Toronto (UofT)

Universidade Federal do Acre (UFAC)



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	15
1.1. CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A MEDICALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	15
1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS	19
1.3. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD III) COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	23
1.4. PERSPECTIVAS POTENCIALIZADORAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS	28
1.5. A DIMENSÃO ÉTICA DA RELAÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL JUNTO A PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS	32
<b>2. OBJETIVOS</b>	36
2.1. GERAL	
2.2. ESPECÍFICOS	
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b>	37
3.1. TIPO DE ESTUDO	37
3.2. POPULAÇÃO E LOCAL DE PESQUISA	37
3.3. COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	42
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	43
4.1. MANUSCRITO 1 Harm Reduction in a Mental Health Service: Tensions in Trust and Distrust	43
4.2. MANUSCRITO 2 An Exploration of the Relational Autonomy of Drug Users	66
4.3. MANUSCRITO 3 Knowledge Tools to Foster Trust and Autonomy in the Relationship of Care in Mental Health	88
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	111
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	114
<b>APÊNDICES</b>	123

APÊNDICE I - ROTEIROS DE ENTREVISTA	123
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	125
<b>ANEXOS</b>	126
ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO II – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DOS DOIS PRIMEIROS MANUSCRITOS	
ANEXO III - PRIMEIRA PÁGINA DO CURRICULUM LATTES DA DOUTORANDA E ORIENTADORA	

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.

## APRESENTAÇÃO

A mobilização pessoal para realização deste estudo partiu fundamentalmente de questionamentos e reflexões produzidos no convívio com usuários, profissionais, gestores, comunidades, professores, pesquisadores e estudantes por intermédio de minha atuação como facilitadora de disciplinas relacionadas à atenção integral à saúde, saúde mental e promoção da saúde no contexto de cursos de saúde da Universidade Federal do Acre (UFAC). Neste percurso, o reconhecimento de lacunas e desafios existentes na abordagem de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tais como: a crescente demanda por cuidados em saúde, bem como a pouca visibilidade e compreensão sobre os resultados das respectivas iniciativas públicas adotadas, levaram-nos a investigar o cuidado em saúde desenvolvido junto a essas pessoas, no contexto de práticas de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção do percurso metodológico deste estudo ocorreu a partir da integração de nossa equipe de pesquisa (a doutoranda e a orientadora) junto a diferentes grupos de pesquisa existentes no Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre (UFAC), na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto (UofT). Essa integração foi produzida por meio da articulação de um curso de Doutorado Interinstitucional (DINTER), celebrado entre a UFAC e a USP, bem como da agregação com a UofT, por intermédio do programa de doutorado sanduíche da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Destacamos também a contribuição do grupo do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) em Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), envolvendo profissionais atuantes na RAPS de Rio Branco - AC, bem como estudantes de cursos de saúde da UFAC na geração da pergunta de pesquisa, bem como na escolha do local de estudo. Reconhecemos também a contribuição dos professores Juan Carlos Aneiros Fernandez e Alberto Olavo Adivíncula Reis por suas contribuições na etapa de qualificação do projeto de pesquisa, além da contribuição dos membros do Grupo de Estudos em Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) da FSP/USP a respeito das sugestões sobre as estratégias de coleta de dados mais apropriadas para abordar o objeto de pesquisa proposto. Ressaltamos ainda a

contribuição da professora Elizabeth Peter da Faculdade de Enfermagem da UofT por sua contribuição na etapa de análise dos dados e de escrita dos manuscritos gerados a partir desta tese. Reconhecemos que a integração destes grupos de pesquisa e pesquisadores, proporcionada pela mobilidade da doutoranda em formação, e, por correspondência, a facilitação de todo o processo por parte da orientadora e co-orientadora, foram elementos fundamentais para a trajetória de pesquisa desenvolvida.

Portanto, a motivação e percurso descritos foram fundamentais para a construção desta tese que está organizada de acordo com a descrição a seguir:

### 1. Introdução

Nesta seção, inicialmente, o texto aborda as bases que orientam a concepção de cuidado dirigida a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, bem como as principais políticas públicas vigentes no Brasil que estruturam o cuidado em saúde nesta área. Em seguida, é descrito o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em nível III (CAPSad III), serviço de saúde considerado protagonista na produção de cuidado em saúde mental neste cenário, enquanto espaço prático de operacionalização das políticas públicas vigentes na área, o qual foi adotado como local de pesquisa. Em continuidade à descrição do cenário de cuidado abordado nesta pesquisa, foram apresentadas algumas perspectivas apontadas como potencializadoras do deste cuidado, tais como: a promoção da saúde e a redução de danos. Em seguida, a seção é encerrada explicando a dimensão da relação de cuidado a ser discutida nesta pesquisa, bem como a justificativa para a realização da mesma.

### 2. Objetivos

Neste tópico são descritos o objetivo geral que orientou este estudo e os objetivos específicos, os quais foram abordados em cada um dos três manuscritos produzidos;

### 3. Material e Métodos

Esta seção apresenta a descrição detalhada das definições, procedimentos e técnicas empregadas no desenvolvimento da pesquisa;

### 4. Resultados e Discussão

Neste tópico constam os três manuscritos completos escritos a partir deste estudo. Os dois primeiros artigos seguem as normas das revistas às quais foram submetidos, enquanto o terceiro apresenta formatação de estilo semelhante aos anteriores, apesar de ainda não haver sido submetido a periódico científico. Todos os artigos estão apresentados em língua inglesa, enquanto as demais seções da tese estão apresentadas em língua portuguesa.

## 5. Considerações Finais

Trata-se da última seção de elementos textuais desta tese, a qual sumariza: algumas limitações encontradas neste estudo, as principais contribuições e possibilidades de aplicação dos resultados encontrados, bem como propostas de continuidade da investigação do problema de pesquisa.

Em seguida, são apresentadas as seções de Referências Bibliográficas, incluindo todas as referências citadas nesta tese; Apêndices (documentos produzidos pela equipe de pesquisa) e Anexos (outros documentos já produzidos e utilizados).

Desejamos-lhe uma boa leitura desta tese. Esperamos que os resultados aqui discutidos contribuam com a compreensão do tema abordado e também estimulem a produção de outros questionamentos. Colocamo-nos à disposição para difundir os resultados e discussões gerados nesta pesquisa, assim como compartilhar sobre nossa experiência ao desenvolvê-la, além de receber comentários, sugestões e questionamentos relacionados.

## **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 N.º 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, sem sofrer danos, sendo que 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 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).

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 práticas em saúde mental, assim como no alcance de melhores níveis de qualidade de vida das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. GERAL:**

- 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;

### **2.2. ESPECÍFICOS:**

- Compreender o relacionamento entre profissionais de saúde, usuários, respectivos familiares e sociedade com respeito à perspectiva de Redução de Danos (RD) no cuidado em saúde mental experimentado em um serviço público, especializado nesta área;
- Explorar o uso do conceito de autonomia relacional na compreensão do exercício de autonomia de usuários em um serviço especializado de saúde mental;
- Compreender o 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.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando-se uma abordagem crítica, também chamada de Pesquisa Qualitativa Crítica (PQC). Neste tipo de pesquisa, os fenômenos sociais são considerados dentro do cenário sócio-histórico no qual são produzidos, ou seja, não há posicionamento neutro; conceitos, ações e percepções devem ser compreendidos nas dimensões prática, política, moral e social e respectivas consequências geradas na interação social. Assim, a PQC possibilita o questionamento de conceitos dominantes, premissas implícitas e outras estruturas intersubjetivas que afetam os relacionamentos sociais. Além disso, esta abordagem de pesquisa também implica em um posicionamento filosófico do pesquisador como um agente potencializador do engajamento comunitário positivo e ético, contribuindo com o empoderamento dos agentes envolvidos, influenciando a transformação sociopolítica da realidade (CRESWEL, 2007; DENZIN, LINCOLN e GIARDINA, 2006; CARSPACKEN, 1996).

#### **3.2. POPULAÇÃO E LOCAL DE PESQUISA**

Os sujeitos de pesquisa foram usuários, respectivos familiares e profissionais de saúde, diretamente envolvidos em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad III), localizado na capital de um Estado situado na Amazônia ocidental Brasileira.

Os participantes da pesquisa na categoria de usuários foram três homens com 25, 34 e 60 anos de idade, respectivamente, os quais relataram fazer uso de substâncias desde a infância. Eles reportaram também a existência de conflitos familiares e com a justiça, além de problemas envolvendo moradia, escolaridade e trabalho. Os usuários estavam em acompanhamento no CAPSad III por um período entre quatro e doze meses.

Na segunda categoria de participantes da pesquisa, envolvendo acompanhantes ou pessoas de referência entre o CAPSad III e o usuário do serviço, participaram três mulheres, com 21, 28 e 29 anos de idade, respectivamente, as quais possuíam vínculo familiar na condição de irmã, companheira e filha dos usuários entrevistados. Todas as participantes apresentaram seu contato (número de telefone e/ou endereço) registrado nos prontuários dos usuários, enquanto pessoas de referência entre os mesmos e o serviço.

A terceira categoria correspondente aos participantes da pesquisa envolveu nove profissionais de saúde atuantes no serviço, os quais representaram 87,5% das ocupações existentes na equipe: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, educador físico, técnico em educação e técnico em enfermagem. O profissional farmacêutico foi a única categoria da equipe que não se voluntariou em participar da pesquisa. Estes profissionais eram, majoritariamente, do sexo feminino (77,7%) e apresentavam diversificada experiência e tempo de atuação na área (entre um e dez anos).

O referido CAPSad III, escolhido como local de pesquisa, funciona desde 2002 e, até 2011, constituiu o único serviço público extra-hospitalar de referência em atendimento para pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas no Estado.

Na maior parte da história do funcionamento do referido serviço, o atendimento funcionou somente como CAPSad, em regime ambulatorial, em dias úteis da semana (das 8h às 12h e das 14h às 19h). Inicialmente, o CAPSad oferecia atendimento para crianças e adolescentes até dezenove anos, objetivando a reintegração destes à família, comunidade e mercado de trabalho, bem como a redução de conflitos com a lei (MORAIS e SILVA, 2006; RODRIGUES, 2006; MESSIAS, OLIVEIRA e GONÇALVEZ, 2007). Em 2009, o atendimento foi estendido a todas as faixas etárias, devido à crescente diversificação da demanda por cuidados a partir da população.

A partir do ajuste legal das portarias Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010 e nº 130, de 26 de janeiro de 2012, iniciou-se a transição para atendimento contínuo (24h), com a respectiva ampliação estrutural e de recursos humanos. O funcionamento oficial do serviço, na modalidade de CAPSad III, foi inaugurado em 06 de maio de 2013.

Dentro da RAPS local, o CAPSad III é uma instituição pública de serviço de saúde que interage, principalmente, com os demais serviços de saúde desta rede, além de atender também a demandas judiciais por cuidados de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, e,

em menor escala, articula-se com outras redes e serviços de atenção à saúde. O CAPSad III oferece atenção psicossocial gratuita, de acesso universal, a partir da atuação de uma equipe multiprofissional de saúde, composta por médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, psicólogo, técnico em educação, técnico em enfermagem, oficinairo, dentre outros. O cuidado desenvolvido neste espaço inclui atendimento individual e grupal, envolvendo oficinas de expressividade, intervenção à crise, acolhimento diurno ou em regime de 24h, visitas domiciliares, reuniões de aproximação com familiares e acompanhantes de usuários, integração com comunidades terapêuticas relacionadas, bem como outras modalidades de acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (MARINI et al., 2013; GALLASSI et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016).

De acordo com relatórios de atendimento no serviço em 2015, a maioria dos 594 casos novos atendidos eram homens adultos (80%, n=475,2), entre 25-50 anos de idade (60%, n=356,4), os quais faziam uso de álcool, cocaína ou derivados, bem como uso associado de múltiplas substâncias (90%, n=534,6), provenientes, predominantemente, da zona urbana do município sede deste serviço (76%, n=451,4). A média anual de atendimentos registrada entre 2013 e 2015 neste CAPSad III foi de 7645, dos quais, em média, 9% (n=688) referiram-se a casos novos. O perfil de usuários atendidos neste serviço, de acordo com os relatórios de atendimento, apresentou-se semelhante ao descrito em outros serviços dessa natureza, em diversas localidades do Brasil (MAIRINI et al., 2013; GALLASSI et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016).

Outro aspecto relevante considerado na escolha deste CAPSad III enquanto local de pesquisa foi a historicidade da abertura e colaboração deste serviço em iniciativas relacionadas ao ensino, pesquisa e formação profissional na área de saúde mental em âmbito local, servindo como um dos campos de prática para estágios curriculares de cursos técnicos, bacharelado e pós-graduação em saúde oferecidos por escolas e universidades existentes no território.

### 3.3. COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS



As estratégias de coleta de dados envolveram uma combinação de estudos de casos de usuários, entrevistas individuais com usuários e familiares, entrevistas em grupo com profissionais de saúde, consultas a documentos em busca de informações complementares sobre os casos e observação sistemática do cuidado em saúde desenvolvido no CAPSad III.

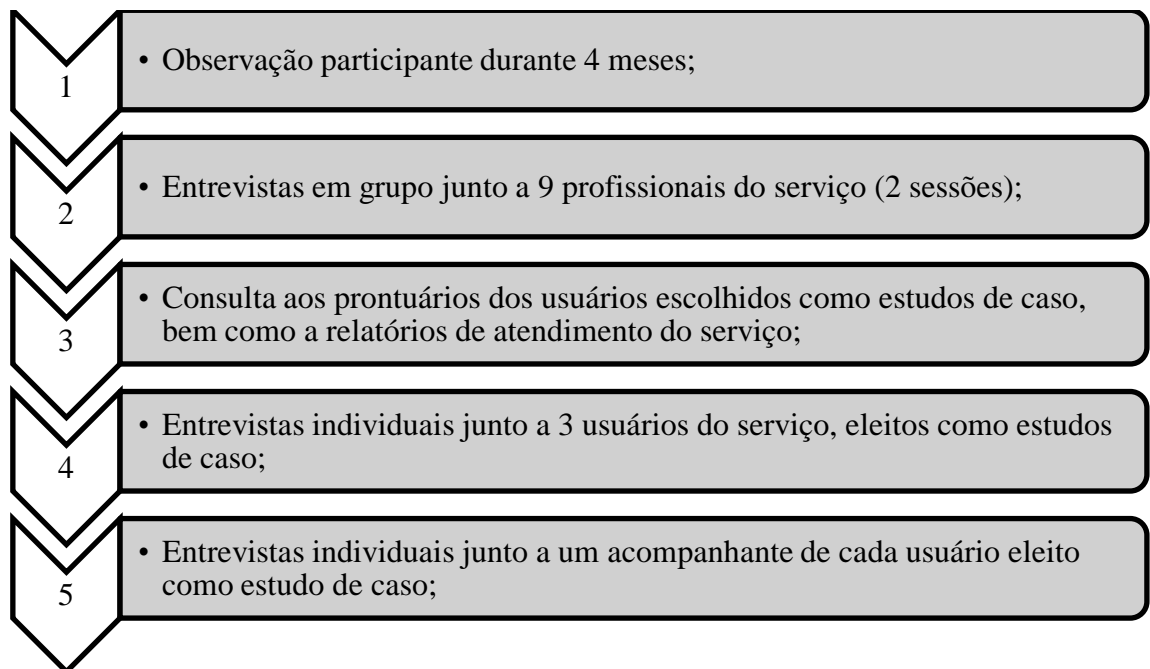
O uso da técnica de estudo de casos consistiu em uma estratégia de se abordar o cuidado em saúde desenvolvido no serviço a partir de casos reais de usuários, considerados pelos profissionais do serviço como exemplares da complexidade de demandas atendidas neste espaço de cuidado. Os agentes envolvidos no cuidado: profissionais, usuários e respectivos familiares descreveram ações concretamente realizadas, bem como seus desafios e alternativas. Essa descrição foi tomada como prioritária diante da aferição apenas do ideário de produção de cuidado destes sujeitos ou dos registros documentados deste cuidado (CAÇAPAVA et al., 2009; FEUERWERKER e MERHY, 2011; MOREIRA, 2012; BASTOS, 2013).

A realização de entrevistas individuais e em grupo, bem como o estudo de casos, além da observação sistemática no serviço, antes e durante o período de coleta de dados, possibilitaram a triangulação dos dados a fim de se investigar a descrição, percepções, sentidos e significados relacionados ao cuidado e sua interface com o referencial teórico adotado. Foram construídos roteiros para auxiliar o pesquisador na coleta de dados, contendo questões norteadoras específicas para cada grupo de sujeitos, apresentados na seção de apêndices (WELLER, 2006; FLICK, 2009; FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

De acordo com as etapas de coleta de dados, foram convidados a participar desta pesquisa profissionais de saúde atuantes no CAPSad III, de diferentes profissões e níveis de escolaridade, com tempo mínimo de seis meses de experiência de trabalho neste serviço. Os usuários tomados como estudos de casos eram usuários vinculados ao serviço por, no mínimo, quatro meses e que ainda mantinham contato com a equipe. Eles foram escolhidos por profissionais de saúde atuantes no CAPSad III por expressarem a complexidade de demandas e necessidades apresentadas no cotidiano da unidade.

A coleta de dados foi conduzida em cinco etapas (Figura 1), conforme a descrição: 1 – realização de observação participante enfocando o cuidado em saúde desenvolvido no serviço, no período de abril a julho de 2014 (totalizando cerca de 42h de observação, gerando um registro em diário de campo de cerca de 8600 palavras em notas descritivas e reflexivas); 2 –

realização de duas entrevistas em grupo com profissionais do serviço, em agosto de 2014, a fim de descrever a relação de cuidado em saúde com base no atendimento aos usuários escolhidos pelos próprios profissionais como casos exemplares da complexidade de demandas atendidas neste espaço de cuidado (envolvendo nove profissionais da unidade, com duração média de 70 minutos); 3 – Realização de consulta aos prontuários dos usuários escolhidos como estudos de caso, bem como consulta a relatórios de atendimento do serviço; 4 – realização de entrevistas individuais com três usuários (duração média de 38 minutos); e 5 – realização de entrevistas individuais com um respectivo acompanhante de cada usuário escolhido como caso exemplar, tido como pessoa de contato entre o usuário e o serviço, de acordo com informações colhidas, junto a profissionais e usuários, e documentadas no prontuário do usuário (duração média de 22 minutos). As etapas quatro e cinco da coleta de dados foram realizadas entre setembro e dezembro de 2014.



**Figura 1.** Etapas da coleta de dados desenvolvidas ao longo da pesquisa.

O processo de observação participante desenvolvido ocorreu de forma fluida, a partir da presença do primeiro autor da pesquisa em diversificados momentos e espaços de cuidado disponíveis no serviço em dias alternados da semana ao longo do período de quatro meses. Este processo visou a aproximação do pesquisador junto aos participantes da pesquisa a fim de favorecer a compreensão do processo de cuidado desenvolvido no cotidiano do serviço, e foi tomado prioritariamente como uma fase preparatória do pesquisador e participantes para as demais etapas de coleta de dados.

As entrevistas tiveram o áudio gravado e foram conduzidas por um pesquisador treinado, em um ambiente reservado dentro da unidade de saúde, para profissionais do serviço e, neste ambiente ou no domicílio, para usuários e familiares. Documentos como prontuários e relatórios que permearam a trajetória do atendimento aos sujeitos selecionados como estudos de casos foram utilizados como fonte complementar de dados para interpretação dos resultados.

Após a transcrição das entrevistas e organização de todo material empírico, foi iniciado o trabalho de análise dos dados, cuja descrição final representa o consenso a partir do trabalho integrado de três diferentes pesquisadores envolvidos no projeto. Este processo envolveu a tradução dos dados para o inglês, em função de um dos membros da equipe do projeto não ser proficiente em português. Todo o processo de pesquisa foi orientado por uma abordagem crítica, tendo como referenciais teóricos as contribuições de McLeod e Sherwin (2000) e Mcleod (2006) quanto ao conceito de autonomia relacional, bem como Baier (1985 e 1986) quanto ao conceito de confiança no tocante à dimensão ética do cuidado em saúde mental abordado. Ao final deste processo, foram realizadas algumas reuniões com os sujeitos de pesquisa a fim de discutir as interpretações dos pesquisadores e incorporar sugestões dos sujeitos de pesquisa no texto final da análise de dados.

### 3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (UFAC), de acordo com o parecer n. 516.907, emitido em: 28/01/2014. No percurso metodológico foram obedecidos todos os termos da Portaria 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dentre eles a garantia de consentimento prévio, voluntário e documentado da participação dos sujeitos de pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. MANUSCRITO 1

#### Harm Reduction in a Mental Health Service: Tensions in Trust and Distrust

Rozilaine Redi Lago<sup>a</sup>

Elizabeth Peter<sup>b</sup>

Cláudia Maria Bógus<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Health Science and Sports Center, Federal University of Acre, Room 212, University Campus, Road BR 364, Km 04, Industrial district, 69.920-900 Rio Branco, Brazil (Present address).  
[rozilaine@gmail.com](mailto:rozilaine@gmail.com) (Corresponding author).

<sup>b</sup> L. S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, ON, Canada.  
[elizabeth.peter@utoronto.ca](mailto:elizabeth.peter@utoronto.ca)

<sup>c</sup> School of Public Health, University of Sao Paulo, São Paulo, Brazil. [claudiab@usp.br](mailto:claudiab@usp.br)

This work has been presented in June 2, 2016, in a workshop approaching the creative presence of the researcher, promoted by the Center for Critical Qualitative Health Research (CCQHR), at the University of Toronto, Canada.

Date of submission: July 11, 2016.

#### *Compliance with Ethical Standards:*

Author Rozilaine Redi Lago has received two research grants from Brazilian Health Ministry: 1) *SGTES/Pró-Saúde/PET-Saúde* – document n. 24, December 15, 2011; and 2) *PPSUS MS/CNPq/FAPAC/SESACRE* – document n.18/2013. Rozilaine Redi Lago, Elizabeth Peter, and Cláudia Maria Bógus declare that they have no conflict of interest.

All procedures performed in the study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

This article does not contain any studies with animals performed by any of the authors.

### **Abstract**

We explored harm reduction in mental health care, using a qualitative approach, rooted in feminist ethics. Individual and group interviews were conducted with fifteen participants who were health care providers (HCP), users of the service, and their relatives. Additionally, participant observation, and a review of patients' records and service reports were performed. (Dis)trust in the treatment, in the user, and self-(dis)trust of the user, revealed interconnections among different layers of trust in the relationship of care. The exploration of a harm reduction approach using an ethical lens can strengthen the quality of mental health policies and care provided.

*Keywords:* harm reduction, ethics, drug users, trust, mental health care.

## Introduction

People with problematic substance use (PPSU) of alcohol, crack, and other drugs experience deep social and health inequities. The perspective of harm reduction can be viewed as an ethical commitment and a moral imperative to approach these persons in such a way that “they are not forced to change and their choices are respected while trust and opportunities to access health care are preserved” (Cameron et al., 2016; Pauly, 2008, p. 201).

Harm reduction constitutes a fundamental strategy in contemporary mental health care for the benefit of not only drug users, but also their relatives and the community. “Harm reduction” has been defined as the combination of policies, programs, pragmatic practices, and practical goals that aim primarily to reduce the adverse health, social, and economic consequences of the legal and illegal use of psychoactive drugs, without necessarily reducing drug consumption (International Harm Reduction Association (IHRA), 2015; Keane, 2003). Harm reduction is complementary to prevention and treatment approaches, and empowers drug users to make informed decisions, even with respect to policy-making and program development. Harm reduction emphasizes the humanistic values of dignity, compassion, and nonjudgmental acceptance of people who use drugs. It focuses on users’ access to the highest attainable standard of health care and social services, and is cost-effective and evidence-based (Canadian Nurses Association, (CNA), 2011; Stancliff, Phillips, Maghsoudi, & Joseph, 2015).

The complexity of mental health care demands that professionals adopt a critical-reflective stance towards users. This perspective should involve acknowledgement of the socio-cultural and political reality of their practice, and be focused more on developing users’ autonomy regarding problem substance use and less on technological interventions, diagnostic labeling, or mere adjustment. The ethical aspect of care in this context implies readiness within all care dimensions: practical, managerial, political, social, philosophical,

etc. Each agent of care must be engaged and open, which requires new dialogue and continuous reflection (Carvalho, Bosi, & Freire, 2008).

A gap exists in the clinical and public health literature regarding ethical dimensions of care for PPSU. Moreover, there is a lack of understanding regarding the ethical nature of relationships among users and their care providers, family, and the public when harm reduction approaches are employed. Instead, current work “has privileged technical skills and knowledge over discussions about the ability of practitioners to respond to the ethical challenges they encounter in their work” (Strike, Guta, Prinse, Switzera, & Carusoneb, 2014, p. 647). However, each agent of care (researchers, practitioners, policy makers, community members, and drug users) has ethical concerns and a role to play in the harm reduction approach.

In the context of ethical dimensions of care for PPSU, we highlight Baier’s (1985) philosophical work that describes trust as a “reliance on others’ competence and willingness to look after, rather than harm, things one cares about which are entrusted to their care” (p. 259). Additionally, she highlights the requirement of the goodwill and virtue of the one in whom trust is placed. Baier also describes the importance of thinking critically about “whom,” “why,” and “when” to trust in interpersonal relationships, because trust can lead to tyranny, injustice, and betrayal given the vulnerability of the one who trusts and the corresponding power of the trustee (Baier, 1986). Trust influences judgments and the therapeutic response in relationships between health professionals and patients (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013; Mcleod, 2006; Peter & Morgan, 2000). Trust also exists in networks, including those with whom we are close and those at a distance, such as policy makers and unknown community members (Peter & Morgan, 2000; Baier, 1986). As such, it is possible to situate the political and normative dimensions of interpersonal relationships within broader interactive structures and contexts and to consider that trust relationships also exist among

individuals and groups (Peter & Morgan, 2000). In these relationships, personal trust interacts with groups, institutions, and practices based on social structures (McLeod & Sherwin, 2000; McLeod, 2006). Thus, trust often requires more risk for people who are marginalized by mainstream cultures. Additionally, trust in a treatment often involves uncertain efficacy and side effects for the patient, which can be a hard to manage (Harrys, Rhodes & Martin, 2013). Trust is a useful concept when examining harm reduction because the nature of relationships formed using this approach are characterized by power differences and the vulnerability of PPSU that require ethical awareness (Pauly, 2008; Strike, Guta, Prinse, Switzera, & Carusoneb, 2014).

Building on the work of Baier and other feminist perspectives, McLeod and Sherwin (2000) developed the concept of self-trust, arguing that the internalization of oppression often leads to a lack of self-trust. Without self-trust, persons cannot be fully autonomous. That is, self-trust is needed for persons to trust themselves to make good decisions based on their values, beliefs, and desires, and to act on these decisions and trust their own judgment. Those lacking self-trust often make choices that are not in their best interest and lack competency in exercising their autonomy. McLeod and Sherwin (2000) provide the example of drug users (who often have a history of abuse and oppression) and the challenges they experience trusting themselves and others. They stress the significance of building trust in the relationship between HCP and users, and the need to foster users' self-trust and autonomy.

In this study, we explored how a trust approach could help to clarify relationships among users, HCP, relatives, and society with respect to harm reduction in a mental health care context for PPSU of alcohol, crack, and other drugs. Specifically, our research questions were the following: “How are trust and distrust manifested in the relationships that users have with HCP, family, society, and themselves?” and “How are trust and distrust manifested in harm reduction as an approach to drug abuse?”



## **Methods**

### **Design**

A critical qualitative research study was conducted (Carspecken, 1996; Creswell, 2007). A critical approach demands an active interpretive stance on the part of the researcher in order to recognize power relations, roles, and inter-subjective structures within relationships (Carspecken, 1996). Thus, each phase of analysis was grounded in a critical approach, attending to context, social relationships, and the maintenance of an active, interpretive, and reflexive stance (Peter, Mohammed, & Simmonds, 2015).

### **Participants**

Participants were users, their relatives, and health professionals directly involved in a specialized public mental health service targeting PPSU, located in the North region of Brazil. Health professionals who had worked in an interdisciplinary team for a minimum of six months were invited to participate. The users selected were current clients linked to the service for at least six months, chosen by the health professionals as exemplary cases representing the complexity of needs and demands faced by the team in mental health care. Additionally, we invited one relative of each user chosen to participate in the study. We included persons who were mentioned by practitioners and users as a reference person in the care performed in the service. After obtaining ethical approval from the local university, participants were recruited. They signed an informed consent document, which described the study, risks and benefits, opportunity to withdraw, and measures to maintain confidentiality and data security. This study was performed in accordance with the ethical standards as laid down in the Declaration of Helsinki (1964) and its later amendments or comparable ethical standards.

## Description of the Setting

The “*Centro de Atenção Psicossocial*” (CAPS*ad*, in Portuguese) constitutes a public health service in Brazil within the mental health care network addressing PPSU of alcohol, crack and other drugs who are referred either from other community-based health or social services, the criminal justice system, or by self-referral. The service represents a novel landmark intervention in mental health care, providing a low-threshold environment in which the interactions between providers and users are ideally non-judgmental and the care is more accessible. The service aims to minimize harms related to problematic substance use, reducing admissions to psychiatric institutions, and promoting reintegration of these individuals into society by articulation with community service networks (Islam, Topp, Conigrave, & Day, 2013; Mairini et al., 2013; Gallassi et al., 2016; Ribeiro et al., 2016).

Furthermore, the service offers cost-free psychosocial rehabilitation through a multidisciplinary team. This therapy includes individual and group sessions, involving expressivity workshops, crisis intervention, daily or 24/7 shelter, home visits, meetings with users’ family, integration with community services, and follow-up for users in collaboration with other mental health, legal, and social services (Mairini et al., 2013; Gallassi et al., 2016; Ribeiro et al., 2016).

The majorities of users in the service had low socioeconomic status, were unemployed, and were involved in family and legal conflicts. Service reports from 2013 to 2015 presented the majority of users as male (80%), between 25–50 years of age (60%), and having alcohol, cocaine/crack, or polysubstance drug use (90%). The profile of users found in our study follows the description made in other studies involving the same service in different regions of Brazil (Gallassi et al., 2016; Mairini et al., 2013; Ribeiro et al., 2016). The average annual number of health care appointments in 2013–2015 was 7,645, of which 9.0% were related to new cases.

## **Procedure**

Data were generated using multiple sources of qualitative data, including 1) four months of participant observation of the care within the service; 2) individual and group face-to-face interviews with nine HCP (physicians, nurses, psychologists, social workers, physical educators, education technicians, and nurse technicians); 3) individual in-depth face-to-face interviews with three users and three of their relatives, and 4) review of documents such as medical records and service reports. The participants of the study were not asked directly about the ethics of trust in the relationship experienced at the service with respect to harm reduction, but instead they responded to this open-ended question: “How is the mental health care that is offered and/or that you have experienced in the service?”

Participant observation was conducted in diverse scenarios of care in the service in which HCP and users interacted. This stage of the study was carried out by the study’s principal investigator between April and July 2014. Many informal interviews took place, and descriptive and reflexive notes from observation were documented in field notes. Users’ records documented in the service and service reports were photocopied. In addition, face-to-face in-depth interviews were conducted by the principal investigator, along with one trained research assistant, between August and December 2014. These interviews were audiotaped and took place in a private area within the service, a public space, or at home, depending on the preference and availability of participants.

## **Data Analysis**

After transcription of the audiotapes from interviews, coauthors collaborated throughout the data analysis process to identify and understand emerging themes, key concepts, and their interrelationships involving trust and harm reduction in the relationship of care performed. Field notes, users’ records, and service reports were obtained as an additional source of data. The authors worked both separately and together comparing common features

until we reached consensus regarding the labeling of preliminary codes and categories. Because the focus of this study was on exploring trust and distrust from a feminist perspective, we adopted a critical approach to data analysis. This approach required active interpretation by the researchers to identify power differentials within relationships and the political context of the phenomena (Carspecken, 1996). Our shifting of focus back and forth between themes and the research purpose, along with the theoretical underpinnings, meant that we engaged in a “retroductive” process that was both inductive and deductive (Emerson, 2007; Kinchelo & McLaren, 2005; Author publication). We created several tentative diagrams of themes and their interrelationships, and ultimately reduced them to three overarching themes representing nested levels of trust and distrust in the treatment, the user, and the self of the user. To ensure rigor, we made certain that the purpose of the research, theoretical assumptions, and method of data analysis were congruent (Melia, 2010). We also conducted joint meetings with professionals, users, and relatives to discuss the study findings. Thus, participants’ comments during this discussion were incorporated into the reflexive approach taken.

## **Results**

The theoretical approach allowed us to identify three main themes: 1) (Dis)Trust in the treatment, representing trust and distrust in the harm reduction approach taken in the care; 2) (Dis)Trust in the user, capturing trust and distrust in the drug users; and 3) Self-(dis)trust of the user, expressing the perception of trust in the self among drug users.

### **Trust in the Treatment**

Users expressed trust in the harm reduction perspective in the treatment, in relation to their relationship with HCP in the process of care. Thus, users indicated the importance of their engagement in and reliance on the care, as well as the opportunity to meet fundamental safety and social needs such as nutrition, hydration, medicine, relationships, recreation,

occupation, and instrumental and emotional support, regardless of their drug user status. The extent of their vulnerability was manifested in the fundamental nature of their bodily needs:

“(…) I have been spending time taking “intravenous,” eating, drinking, and then I returned to the street again; they help me a lot.” *User*

“Through the service, I have my normal daily diet and a bath. There were people with whom I could exchange ideas (…).” *User*

In addition, users’ relatives pointed that the professional team was flexible and open to talking. At the service, they trusted that users would at least have the tools necessary to begin to receive support and treatment in a caring place.

“The team is open to talking, is not inflexible. (…) There [at the service], my father would at least have the potential tools to start treatment.” *Relative*

“(…) He told me that he would go to the service because they would take care of him. He knows that he will find it [care] there; it is a refuge for him.” *Relative*

Moreover, from the perspective of the professional team, the service represents a place of care and support for users where they could rely on the goodwill of the team. According to HCP, the service also helps users to develop strength and demonstrates how to manage everyday problems through a balanced relationship with drugs.

“The user needed help and his relationships were all severed. He had no one to assist him to find help and that's when the service came and made a difference.” *HCP*

“The idea of this care is to strengthen, creating ways to deal with life's problems.”  
*HCP*

“We have users who have reached a level of stability in terms of their relationship with the drug; the drug is no longer an obstacle for them to live their lives.” *HCP*

### **Distrust of the Treatment**

In contrast, participants also pointed out aspects of the relationship in the process of care that made them distrust the harm reduction approach to treatment. For PPSU, the idea of treatment normally entailed traditional psychiatric interventions, such as having individual appointments with a physician, taking medicines, being isolated from the community, and experiencing an inpatient regimen of abstinence at a rehab center. Therefore, PPSU felt confused and it took time to understand the type of health care and organizational routine offered through this service.

“I didn’t want to learn about this service. I wanted to move, go to a treatment [based on abstinence in an inpatient rehabilitation center].” *User*

“I was there and I wanted a remedy. I was very nervous, anxious, and angry because they could not give me medication the way I wished.” *User*

Similarly, relatives’ ideas of treatment mainly involved traditional psychiatric interventions and they questioned the team’s professional skills to deal with users. They too occasionally manifested distrust particularly with respect to the team’s capacity to provide the care they believed their relative needed.

“I went there [the service] with him to get his medication. I wanted him to be admitted to another service [inpatient rehabilitation center]. I was so upset.” *Relative*

“I think the team lacks a bit of experience; many of them don't know how to deal with users.” *Relative*

Furthermore, professional team members expressed frustration related to users’ lapses in abstinence and relapses into intense drug use, demonstrating their lack of complete trust in the ideals of harm reduction, which are generally not abstinence-based:

“The user is trying, but he cannot sustain it, and just falls back.” *HCP*

The care provided to drug users was still focused on specialized mental health services. In this regard, during observation, participants briefly described the need for and

challenges associated with integration with primary health care services, which is key to harm reduction approaches. However, public services such as housing, security, citizenship, and social assistance, as well as community organizations that work in the area of mental health were only sometimes integrated into the work of the service, according to observation, interviews, and users' records. Participants also did not mention in the interviews relevant clinical harm reduction actions, such as counseling and education about safer ways to use drugs; testing for HIV (human immunodeficiency virus), HVC (hepatitis C virus), HVB (hepatitis B virus), and other co-morbidities; the use of contraceptive methods and needle exchange. Moreover, observation and users' records also showed an insufficient attention to these aspects in the care.

### **Trust in the User**

PPSU recognized that abstinence and sobriety were necessary to gain trust, acceptance, and support from their relatives, the community, co-workers, and society, and frequently even from the health professional team and public health services. Indeed, according to PPSU, trust could be gained by making noticed their desire to seek help and to change, thereby revealing the relative power that other people in the lives of PPSU have and the fragility of trust in these relationships.

“(…) People who are around me need to know that I want to change.” *User*

In addition, as a sign of trust from families, users reported having received support from relatives:

“When I am good, I sleep at my sister's house. (…) When I go there she always has clothes to give to me; she is always taking care of me.” *User*

### **Distrust of the User**

References to distrust of PPSU were much more abundant in comparison with those of trust, for all participants' reports including those of relatives, professionals, and even PPSU themselves.

The distrust content in participants' reports was related to total abstinence not being a sustainable path for the majority of the users. PPSU often had alternating cycles of abstinence and relapse during treatment, leading to the difficulties relatives and professionals have in maintaining trust in users.

“I remember my father as a drug user all my life. He spent two weeks on the street and when he wanted, came back. My mother made him soup, washed his clothes, etc. She sent everyone out [us, the children] to let him sleep, for a week straight, to recover and be ready. (...) But he did not want to know [about treatment]; he went back home just to steal something, broke everything, and then left again.” *Relative*

“(...) The addiction is so much bigger than the user.” *HCP*

This chaotic situation leads people to see the user as someone who is untrustworthy and is always trying to take advantage of any help. They were not seen as trying to get better, but rather were labeled as “manipulative,” as the HCP pointed out:

“It is typical for users to manipulate thinking: ‘In this moment I am in need and I want to have some help.’ They use this device of needing help to get other things. Many users arrive at the service with this thought: ‘...I'm naked in the street now. I'm broke.’ Then they come to the service, in a gentle and quiet way, to get food, a place to sleep, to call family, trying to restore a connection (...). So, when the family starts to bring clothes and other personal things they need, they think: ‘now I've got what I wanted.’”

*HCP*

Reinforcing distrust in the PPSU and the professional's power to define what is normal or good in the PPSU's life, a professional described that a user got to the point in the



addiction process that he lost his productive skills, which impacted the whole family, and was incapable of continuing work and managing income to provide financial support for the family.

“The user got to the point of his wife having to become the head of the family because everything he received as payment for work was spent on alcohol and other drugs.”

*HCP*

In addition, one user expressed negative feelings about the perception of distrust from HCP:

“Most of them see you like a ‘table’ [an object]. They do not place importance on the person, because they think that person has not or will not improve in the future.” *User*

### **Self-(Dis)trust of the User**

Data regarding self-trust of the user, while scarce, was expressed by their self-perceptions of hopelessness, stigma, and other harms linked to problematic substance use. Furthermore, users realized that their condition had resulted in humiliation and profound suffering for themselves and others:

“(…) Science says that once you are a user [of drugs] you will always be.” *User*

“I already know the suffering that I’ll have and I’ll cause people: humiliation, hunger, cold, loneliness, dirt, everything. I have done this hundreds of times and I cannot stop. I do not believe in myself. (…) My relapses are not ten or twenty; they are five hundred, a thousand. I improve physically, psychologically, and think ‘Now I’m good!’ But I wasn’t, nor I am today and I will never be.” *User*

### **Discussion**

The nested levels of trust and distrust shown in this study revealed interconnections involving the relationships among HCP, PPSU, and their relatives regarding a harm reduction approach, trust in users, and trust in the self of the user. Trust/distrust in each of these

dimensions can influence accessing of health care, therapeutic response in users, engagement of relatives in treatment, and motivation of professionals to act and build innovations in care. Distrust was more abundant in all participant reports, revealing the fragility of trust and the focus on abstinence within this setting, despite the harm reduction approach having been established in mental health policies. These findings are consistent with the ideology of “fixing” the user, a curative approach also called the “getting clean” model of care, through which participants see abstinence as the main goal rather than “the end result of a process, as it is viewed from the Harm Reduction perspective” (Peterson, Mitchell, Hong, Agar, & Latkin, 2006, p. 6). In this context, stigma is often present and it is hard for all involved to manage such a complex chronic illness that is not easily “fixable” (Garcia, Leal, & Abreu, 2008; Pauly, 2008; Ronzani, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009). From an ethical point of view, these tensions underscore differences in the values underlying different approaches to care.

Furthermore, the harm reduction perspective has been developed within the conflicting frameworks of public security (control of drug trafficking and use) and public health (control of demand and reduction of harm for drug users; Bastos, 2012; Garcia et al., 2008). The resulting tension is reflected in the everyday settings of mental health care provision experienced by providers and participants of the service. In this regard, a “reorientation from being an expert on other peoples’ lives towards supporting individuals in their own ways of dealing with problems and struggles” could aid in the development of services targeting users’ needs and preferences, instead of the traditional standard of assessing, adjusting, and fitting users into existing services (Borg & Kristiansen, 2004, p. 3).

Drug users attended the service with a goal to get better, as well as to respond to the expectations of their family and friends. This confirmed that their motivation to seek help involved self-recognition of their poor health and life status, which included experiencing fear

and exhaustion, being “disgusted” with themselves, and hitting “rock bottom,” as well as the attitudes of people who mattered to them (Andrews, Kramera, Klumper, & Barrington, 2012). Users’ seeking the service, however, did not necessarily want to be abstinent; indeed, they expressed they were looking for a change and valued the care received with respect to it being welcoming and addressing basic human needs. This corresponds to the harm reduction approach, which can accommodate improvement in health without abstinence (Kothari, Hardy, & Rowse, 2010; Strike et al., 2014).

The outcomes and success of care were other critical points for participants. Many social opportunities for drug users in treatment are in judgmental and high-threshold settings, in which problem drug use is seen as a choice, and drug users are required to adhere to many strict rules involving complete abstinence and other freedom deprivation aspects (Ronzani et al., 2009). Although we can consider this service as low-threshold (Islam, Topp, Conigrave, & Day, 2013), stigma, marginalization, and oppression were still present and connected with difficulties in building trust between HCP and drug users in a harm reduction framework (Keane, 2003). In this regard, through an understanding of therapeutic success as nuanced, low-threshold environments and non-judgmental interactions may allow trust and dialogue to develop among providers and users. Furthermore, the achievement of de-marginalization, social functioning, mutually trusting relationships between participant and provider, engagement in the program, changes in drug use, and articulation of future goals and plans for users can be used to measure the success of harm reduction-based mental health care (Edland-Gryt & Skatved, 2013; Lee & Zerai, 2010).

While the harm reduction perspective is criticized as having a neo-liberalism basis, with an over-emphasis on the accountability of the subject and “a prescriptive moralism, based on the duty of citizens to be healthy” (Keane, 2003, p. 5; Moore & Fraser, 2006), in the context of public health, it is an effective method to improve access to health care and social

justice for users. Because of these benefits, the provision of a harm reduction approach has been viewed as a moral imperative for health care providers (Pauly, 2008). Furthermore, adopting a harm reduction perspective can build mutual trust, which is a path to achieving positive outcomes and change in users' lives (Lee & Zerai, 2010).

The ethical dimensions, particularly inequities, inherent in the network of trust are often not acknowledged, including conflicts and invisible oppression related to the international drug market, policies grounded in social control and neoliberalism, and inequities in access to health care (Bastos, 2012; Moore & Fraser, 2006). The service described in this research constitutes a novel opportunity for community-based treatment care access in problematic substance use. However, mistrust and discrepancies between care provided and preferences and needs of users continue to challenge access to and stability in treatment (Gallassi et al., 2016; Morgan, Lee, & Sebar, 2015).

The harm reduction approach employed in this service focused on the provision of housing, access to health services, and meeting basic human needs, which may be helpful to address social determinants of health in this context, in contrast to the much-debated approach related to reducing clinical harm (Pauly, 2008). Additionally, this service should move toward primary health care integration, by offering non-judgmental services under a harm reduction framework, promoting community-based interventions oriented by users' needs, and engaging communities as partners in psychosocial interventions. Moreover, intersectoral approaches, integration of community service, continuous training for the team, and innovations derived from wider health policy reforms can help to address the social determinants of mental health (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012; Ventevogel, 2014).

### **Limitations**

Several limitations were present in this study. The selection of users was based on HCP's perceptions of exemplary cases in one specialized mental health care service, which

may limit the transferability of the results. In addition, although data were collected by research team members, not linked to the service, and treated confidentially, the process of data collection at the service facility may have affected participants' responses. Nevertheless, this service represents the main public, cost-free, mental health care strategy available in Brazil, which allowed us to reflect on how PPSU experience mental health care. Despite these limitations, each insight was grounded in theory and data triangulation, which ensured rigor.

### **Conclusion**

The study allowed for broad reflection on the harm reduction approach to relationships among PPSU, their relatives, and HCP; and the reality of the challenges they experience. The critical approach used helped us to understand how an ethic of trust is related to care for providers, users, and their relatives in a public mental health care service. Participants' perceptions of harm reduction approaches within treatment, and the ability of users to sustain themselves in treatment and to develop a better relationship with drugs demonstrated the fragility of trust in this context. The exploration of a harm reduction approach through an ethical lens can strengthen the quality of mental health policies and care provided for PPSU.

### **Acknowledgments**

This study was supported by two Brazilian public funding agencies: 1) Health Ministry - *SGTES/Pró-Saúde/PET-Saúde* – document n. 24, December 15, 2011; and 2) Health Ministry - *PPSUS MS/CNPq/FAPAC/SESACRE* – document n.18/2013. The authors acknowledge the mental health service, staff, users, and relatives who facilitated and supported the execution of this study. The views expressed in this article are entirely the views of the authors and do not represent the view of any service, organization, or department.

## References

- Andrews, D., Kramera, R., Klumper, L., & Barrington, C. (2012). A qualitative exploration of individuals' motivators for seeking substance user treatment. *Substance Use & Misuse*, *47*, 1224–1233. doi:10.3109/10826084.2012.700473
- Baier, A. (1985). What do woman want in a moral theory? *Nous*, *19*, 53–65.  
doi:10.2307/2215117
- Baier, A. (1986). Trust and antitrust. *Ethics*, *96*, 231–260. doi:10.1086/292745
- Bastos, F. I. (2012). Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: A review. *Substance Use & Misuse*, *47*, 1603–1610. doi:10.3109/10826084.2012.705678
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, *13*, 493–505.  
doi:10.1080/09638230400006809
- Cameron, A., Abrahams, H., Morgan, K., Williamson, E., & Henry, L. (2016). From pillar to post: homeless women's experiences of social care. *Health and Social Care in the Community*, *24*, 345–352. doi: 10.1111/hsc.12211
- Canadian Nurses Association. (2011). *Harm reduction and currently illegal drugs: implications for nursing policy, practice, education and research*. Discussion Paper. Ottawa.
- Carspecken, P. (1996). *Critical ethnography in educational research: A theoretical and practical guide*. New York: Routledge.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L., & Freire, J. C. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços [Ethical dimension of mental health care within the public health network]. *Revista de Saúde Pública*, *42*, 700–706.

- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* [Research Project: qualitative, quantitative and mixed methods]. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Edland-Gryt M., & Skatvedt, A. H. (2013). 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*, 24, 257–264.  
doi:10.1016/j.drugpo.2012.08.002
- Emerson, R. (2007). Working with ‘key incidents’. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 427–442). Thousand Oaks: Sage.
- Gallassi, A. D., Nakano, E. Y., Wagner, G. A., Rodrigues, M. N., Silva, M. O., Fischer, B. (2016). Characteristics of clients using a community-based drug treatment service (‘CAPS-AD’) in Brazil: an exploratory study. *International Journal of Drug Policy*. Advance online publication. doi:10.1016/j.drugpo.2016.01.020
- Garcia, M. L. T., Leal, F. X., & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas [Brazil's anti-drugs policies: old dilemmas]. *Psicologia & Sociedade, Porto Alegre*, 20, 267–276. doi: 10.1590/s0102-71822008000200014
- Harris M, Rhodes T, Martin A. (2013) Taming systems to create enabling environments for HCV treatment: negotiating trust in the drug and alcohol setting. *Soc Sci Med*. 83: 19-26.
- International Harm Reduction Association. (2010). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. Retrieved 17<sup>th</sup> June 2011 from <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>.
- Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M., & Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as ‘low-threshold’: what should be the criteria? *International Journal of Drug Policy*, 24, 220–222. doi:10.1016/j.drugpo.2013.03.005

- Islam, M., Topp, L., Day, C. A., Dawson, A., & Conigrave, K. M. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: a narrative synthesis of literature. *International Journal of Drug Policy*, 23, 94–102. doi:10.1016/j.drugpo.2011.08.005
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14, 227–232. doi:10.1016/S0955-3959(02)00151-2
- Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Qualitative research* (pp. 303–341). Thousand Oaks: Sage.
- Kothari, G., Hardy, G., & Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: a qualitative exploration. *Journal of Substance Use*, 15, 257–271. doi:10.3109/14659890903040060
- Lee, H. S., & Zerai, A. (2010). “Everyone deserves services no matter what”: defining success in harm-reduction-based substance user treatment. *Substance Use & Misuse*, 45, 2411–2427. doi:10.3109/10826081003712060
- Marini, M., Schnornberger, T. M., Brandalise, G. B., Bergozza, M., & Heldt, E. (2013). Quality of life determinants in patients of a psychosocial care center for alcohol and other drug users. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 524–530. doi:10.3109/01612840.2013.780118
- McLeod, C., & Sherwin, S. (2000). Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency and the social self* (pp. 259–279). New York: Oxford University Press.



- McLeod, C. (2006). *Trust*. *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford, CA: Center for the study of language and information, Stanford University.
- Melia, K. M. (2010). Recognizing quality in qualitative research. In I. Bourgeault, R. DeVries, & R. Dingwall, (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 559–574). Los Angeles: Sage.
- Moore, D., & Fraser, S. (2006). Putting at risk what we know: reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science & Medicine*, 62, 3035–3047. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.067
- Morgan, K., Lee, J., & Sebar, B. (2015). Community health workers: a bridge to healthcare for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26, 380–387. doi:10.1016/j.drugpo.2014.11.001
- Pauly, B. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy*, 19, 195–204. doi:10.1016/j.drugpo.2008.02.009
- Peter, E., & Morgan, K. P. (2000). Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing inquiry* 8(1):3-10. doi:10.1177/0969733014549884
- Peter, E., Mohammed, S., & Simmonds, A. (2015). Sustaining hope as a moral competency in the context of aggressive care. *Nursing Ethics*, 22, 743–753. doi: 10.1177/0969733014549884
- Peterson, J., Mitchell, S. G., Hong, Y., Agar, M., & Latkin, C. (2006). Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 733–740. doi:10.1590/S0102-311X2006000400012
- Ribeiro, D. B., Schneider, J. F., Terra, M. G., Soccol, K. L. S, Camillo, L. A., & Plein, F. A. Z. (2016). Reasons for attempting suicide among men who use alcohol and other

drugs. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1): e54896. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>

Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69, 1080–1084. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.026

Stancliff, S., Phillips, B. W., Maghsoudi, N., & Joseph, H. (2015). Harm reduction: front line public health. *Journal of Addictive Diseases*, 34, 206–219.

doi:10.1080/10550887.2015.1059651

Strike, C., Guta, A., de Prinse, K., Switzer, S., & Chan Carusone, S. (2014). Living with addiction: the perspectives of drug using and non-using individuals about sharing space in a hospital setting. *International Journal of Drug Policy*, 25, 640–649.

doi:10.1016/j.drugpo.2014.02.012

Ventevogel, P. (2014). Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: avoiding medicalization. *International Review of Psychiatry*, 26, 669–679.

doi:10.3109/09540261.2014.966067

## 4.2. MANUSCRITO 2

### An Exploration of the Relational Autonomy of Drug Users

Rozilaine Redi Lago<sup>a\*</sup>

Cláudia Maria Bógus<sup>b</sup>

Elizabeth Peter<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Health Science and Sports Center, Federal University of Acre, Room 212, University Campus, Road BR 364, Km 04, Industrial district, 69.920-900 Rio Branco, Brazil (Present address).  
[rozilaine@gmail.com](mailto:rozilaine@gmail.com) (Corresponding author).

<sup>b</sup> School of Public Health, University of Sao Paulo, São Paulo, Brazil. [claudiab@usp.br](mailto:claudiab@usp.br)

<sup>c</sup> L. S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, ON, Canada.  
[elizabeth.peter@utoronto.ca](mailto:elizabeth.peter@utoronto.ca)

This work has been presented in May 22-26, 2016, in the 22<sup>a</sup> World Conference on Health Promotion, in Curitiba, Brazil. The event was organized by the International Union for Health Promotion and Education.

Date of submission: July 12, 2016.

#### *Compliance with Ethical Standards:*

Author Rozilaine Redi Lago has received two research grants from Brazilian Health Ministry: 1) *SGTES/Pró-Saúde/PET-Saúde* – document n. 24, December 15, 2011; and 2) *PPSUS MS/CNPq/FAPAC/SESACRE* – document n.18/2013. Rozilaine Redi Lago, Elizabeth Peter, and Cláudia Maria Bógus declare that they have no conflict of interest.

All procedures performed in the study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

This article does not contain any studies with animals performed by any of the authors.

## Abstract

**Background:** We used the concept of relational autonomy to investigate how drug users exercise their autonomy when using mental health services, according to stakeholders' perspectives. **Methods:** A qualitative study, using a critical approach, was conducted with participants from a mental health service facility. We performed in-depth individual and group interviews with 15 participants, conducted observations, and analyzed patients' records and service reports. **Results:** Users' autonomy was constrained by three relational dimensions: a) the social, political, and cultural context of coercion; b) the oppressive structure of mental health care; and c) the lack of users' personal capacity to exercise autonomy. **Conclusion:** This work revealed the multidimensionality of drug users' limitations in exercising their autonomy within a mental health care setting. A more ethical conceptualization of drug users' autonomy could promote reflection and stimulate innovation when approaching users within these facilities.

*Keywords:* mental health services; drug users; personal autonomy; relational autonomy; ethics; addiction.

## Introduction

As of 2013, 246 million people worldwide, between the ages of 15 and 64, had experience using an illicit drug, with 27 million (10.9%) likely suffering from problematic use, including disordered use and dependence. Although the public tends to underestimate the magnitude of problem drug use, it is a chronic health condition involving lifelong vulnerability that requires long-term treatment. Additionally, the number of people seeking treatment for drug addiction is increasing worldwide, resulting in a greater demand for answers and assistance from public health systems and society as a whole (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015).

Thus, internationally, contemporary “public health-oriented drug and treatment policies and care should empower people to recognize their problem” and to promote citizenship preservation, considering shared responsibility among users, Health Care Providers (HCPs), and the wider community. Such integration should implement comprehensive drug strategies from a harm reduction perspective (Ballarin, de Carvalho, & Ferigato, 2009; Kantorski, de Souza, Willrich, & Mielke, 2006; Pauly, 2008a; Stancliff, Phillips, Maghsoudi, & Joseph, 2015; WHO, 2016, p. 4). The care provided is complex and requires a critical-reflective stance toward users among practitioners who are committed to the sociocultural and political reality of their practice (Carvalho, Bosi, & Freire, 2008). Thus, services should consider users’ unique contexts, relationships, needs, and social determinants of health while fostering users’ autonomy (Aneas & Ayres, 2011; Bastos et al., 2014; Dimenstein, 2004).

McLeod and Sherwin (2000) explained how drug users’ personal history of abuse and oppression challenges HCPs’ abilities toward fostering users’ self-trust and autonomy. The authors argue that without self-trust, users cannot be fully autonomous; those lacking self-trust often make choices that are not in their best interest and lack the competency needed to

be fully autonomous. Moreover, the relational approach to autonomy “may create preconditions for claims to social citizenship (Gowan, Whetstone, & Andic, 2012, p. 1258).”

Furthermore, there is a gap in the clinical and public health literature regarding ethical dimensions of care for drug users. There is also a lack of understanding regarding the ethical nature of users’ relationships with relatives, HCPs, and overall society. Thus, technical skills and knowledge have been prioritized instead of the ethical challenges faced by HCPs in their work (Strike, Guta, de Prinse, Switzer, & Caruson, 2014). Ethical frameworks promote philosophical thinking, which can help us manage ethical issues related to alcohol and other drug addictions. Such frameworks can also facilitate an understanding of conflicting historical and socially embedded values. Thus, ethical frameworks should attend to power relationships, along with establishing institutional, professional, and personal norms for addressing the complexity of ethical concerns related to drug use (Miller, Lintzeris, & Forzisi, 2008).

Given the importance of social and political factors affecting drug users, we chose to use the ethical concept of relational autonomy to understand how drug users exercise autonomy when using a mental health care service, specifically according to stakeholders’ perspectives. Our research question was as follows: How do drug users exercise autonomy in their relationships with HCPs, relatives, and overall society within a mental health care service context?

## **Methods**

### **Study Setting**

We conducted a qualitative study using a critical approach (Carspecken, 1996; Creswell, 2007; Denzin, Lincoln, & Giardina, 2006) in order to question prevailing assumptions and examine the influence of power and social position on specific health phenomena (Centre for Critical Qualitative Research, University of Toronto, 2016; Creswell, 2007; Gray, 2014). Thus, we grounded each phase of analysis in a critical approach, attending

to context, social relationships, and the maintenance of an active, interpretive, and reflexive stance (Peter, Mohammed, & Simmonds, 2014). Specifically, we used the concept of relational autonomy, which is drawn from feminist ethics, to examine drug users' autonomy (McLeod & Sherwin, 2000; Sherwin, 1998).

The setting was a specialized public mental health service, a Psychosocial Health Care Center (CAPS), which focuses on drug addiction, located in northern Brazil. This service represents a cornerstone of the current Brazilian government's strategy for mental health policy, nationally implemented in 2001, focusing on a new model of care for individuals with mental illness (at any age or sex). Of particular importance are considerations of community-based orientations and cost-free access (Brazil, 2001; Mateus et al., 2008).

Northern Brazil comprises 7.45% of the Brazilian population, with 6.45% (177) of the 2,743 CAPS distributed within the country (IBGE, 2016; Brazil, 2016a). Hence, as an evidence of geographical inequities, northern Brazil has the lowest rate of mental health resources available, as well as the highest mortality rate for individuals experiencing a mental illness related to substance abuse when compared to other regions in Brazil (Mateus et al., 2008; Brazil, 2016b).

### **Participants, Procedure, and Measures**

After obtaining ethics approval from a local university, we recruited participants via personal invitations at the service facility or phone calls. Participants signed an informed consent document that described the study, risks and benefits, opportunity to withdraw, and measures that would be taken to maintain confidentiality and data security. This study was performed in accordance with ethical standards defined in the Declaration of Helsinki (1964) and its later amendments.

Data collection included the main agents involved with providing and obtaining services: (1) users (drug users who were current clients), (2) relatives (the contact person

between the user and the facility), and (3) HCP (the individual providing care at the facility). Four months of observation were conducted that included the following: group face-to-face interviews with nine HCPs; individual face-to-face in-depth interviews with three users and three relatives; and a review of users' records and service reports. HCPs working in an interdisciplinary team, with a minimum of six months of work experience, were invited to participate. The enrolled users had been linked with the facility for at least six months and continued to maintain contact with the team. Users were chosen by HCPs participating in the study as being exemplary cases regarding the complex needs and demands faced by the team when providing care. Each user identified a reference person, who served as the intermediary between the users and facility, to be enrolled in the study.

Participants were not directly asked about aspects of their autonomy; rather, participants were asked questions such as "How do you perceive the mental health care offered by and/or experienced at the service facility?" "How do opportunities for health care work in the service facility?" "How are decisions made in relation to your treatment?" Data collection was performed by a trained research team, between March and December 2014, according to the facility's availability and work schedule. Several informal interviews, and descriptive and reflexive observations, were documented in field notes. Users' service records and reports were also considered a complementary source of data. Interview length was 33 to 63 minutes. Interviews were conducted and audio recorded in a private environment within the service facility, in public spaces, or at home, depending on participant preferences.

### **Data Analyses**

Three researchers affiliated with the project performed the data analyses. After data transcription, the transcripts were read several times to identify categories and relationships; those regarding autonomy were then separated from the rest of the data. Field notes, users' records, and service reports were taken as complementary sources of data to interpret



participants' reports. We acted both separately and together to categorize the data into preliminary themes by comparing common features until we reached consensus. We moved back and forth between these themes and the research purpose and considered the theoretical underpinnings of Sherwin (1998) and McLeod and Sherwin (2000) regarding relational autonomy. This retroductive process involved moving simultaneously between observations and theory and employing processes that were both inductive and deductive (Emerson, 2007; Kincheloe & McLaren, 2005; Peter et al., 2014).

To ensure rigor, we made certain that the purpose of the research, theoretical assumptions, and analytical methods were congruent (Peter et al., 2014). We also conducted joint meetings with professionals, users, and relatives to discuss the study's findings. Thus, participants' comments, related to our findings, were incorporated into the reflexive approach taken (Melia, 2010).

## **Results**

We created several tentative thematic diagrams, and their interrelationships, before realigning and reducing themes into three overarching themes representing relational autonomy, articulated as follows: social, political, and cultural context of coercion; structure of the mental health care service; and a lack of personal capacity to exercise autonomy.

### **Social, Political, and Cultural Context of Coercion**

A social, political, and cultural context of coercion, along with an environment of powerlessness when receiving mental health care, forms a weak basis for users' autonomy. Participants expressed a common societal assumption that addiction is a choice, within the user's control. For instance, one user reported a conversation he overheard between professionals and his relative: "Leave him there [at the rehabilitation facility]. If he does not want to be there, send him back to the street. He likes this life. We've done everything [we can] for him."

Additionally, connected with the idea of addiction being a choice, participants had a negative perception of how the facility managed users' repeated demands for care. In this regard, access to care was occasionally denied. This was reflected in the following user and relative reports:

*User:* "They said to me 'Sir, I'm sorry, but how many times have we welcomed you here? We sent you to the center [therapeutic community], and your sons helped you...Unfortunately, if you do not make a decision, the doors will be closed. There are dozens [of people] out there wanting to do everything right. You come here, eat, drink, sleep, and then you go out and come back drunk.'"

*Relative:* "At the emergency room, there are days when they don't want to admit him. They said 'Not today, Sir; we are tired of him. He has bothered us all week.' They mean that he must decide if he wants to stay on the street or in the hospital. So we went to the emergency hospital, again, [feeling uncomfortable], saying 'Please, admit him!' and they said 'We can't, we have no room.'"

Moreover, maintaining their addiction meant that users were unproductive, leading to a loss of autonomy with their expected social roles. One HCP described this perception when discussing a user: "He got to the point where his wife had to become the head of the family because all of the money he received as payment for work was spent on alcohol and other drugs."

Relatives believed that overcoming a user's inability to support him/herself and his/her family involved coercing users to receive treatment that was of a "fixing" variety, which mostly consisted of compulsory requirements of abstinence, deprivation of freedom, inpatient services, and isolation from their community, family, or home. One relative stated the following in relation to this point:

*Relative*: “I still believe that compulsory hospitalization is one of the few things that can get him out of this situation. It seems that we, or the patient, need to sign an agreement. Then the patient is hospitalized for 6 months, without the right to leave, with surveillance, medication, and everything.”

In connection with their lack of socially acceptable productive skills, users often get involved with drug-related crime and face conflicts with their community. This was pointed out by one HCP: “The user’s method for obtaining the drug was to burn ash to fund his drug use [manufacturing narcotics, a process involving cooking on a fire].” We also observed that users were referred to the facility, which was part of criminal sentencing. Some of these users were imprisoned; thus, they were handcuffed, wore uniforms, and were accompanied by police. These users were mostly just attending individual appointments with a physician or psychologist. Here, the HCP tried to inform the judge that users could be “compulsorily admitted”; however, any engagement and sustainability with treatment would be up to the user.

Overall, the social, political, and cultural context of coercion influences the facility’s structure and type of care offered, in part due to users’ marginalization and stigmatization.

### **The Mental Health Care Service’s Oppressive Structure**

Participants’ conception of therapeutic success was focused on the idea of a cure, connected with past mental health care experiences, and was grounded in the logic of “fixing.” Failure to achieve this solution created disappointment among users, relatives, and HCPs:

*User*: “I improved physically and psychologically and thought ‘I’m good!’ But I wasn’t, nor am I today, and I will never be. The disease has stabilized, but I haven’t become completely better. This is my belief.”

*Relative:* “When I was about 10 years old, my mother was in the psychiatric hospital’s car looking for my father while he was hiding; then, they bound him and took him [to the hospital]. He stayed there, restrained, for 7 days, receiving medicine. After that, he came home and got back to work and daily activities. However, there was a period when he was left without care, and the psychiatric hospital was forbidden from taking him.”

In addition, a high threshold for staying and receiving care was evident in the service facility’s rules. For example, our observations revealed that users were not allowed to use drugs inside the facility. However, users generally failed to obey this rule, resulting in user distrust among HCPs and relatives:

*Relative:* “He is sick, and he has no way of controlling himself.”

*HCP:* “The user came here and wanted to lie down and eat, but he didn’t want to obey the rules. From the first day here, he has had trouble with the rules.”

Furthermore, users were dissatisfied with, and felt they were not co-authors of, the rules they were required to follow while in care:

*User:* “I am a very rules-oriented guy, but it [the mental health service facility] had too many rules, and I could not adapt to them.”

*User:* “The nurse technician chatted with the nurse and psychologist, and they decided that my case would not require hospitalization.”

Additionally, practitioners pointed out difficulties in sharing care responsibilities with other public or community health services: “Practitioners from other institutions are not used to dealing with this type of user.” HCPs reported that it is more difficult for users to access services outside the mental health network. The HCPs often heard from practitioners at other public health services: “You should have cut their hair, hygienized, etc. the user before sending him to us.”

The dominant mental health care structure, which was focused on coercion, reinforced the established social, political, and cultural context. In this setting, it is rare for users to have the opportunity to manifest or develop a capacity to exercise autonomy. Consequently, users' engagement with the therapeutic process is negatively affected.

### **Lack of Personal Capacity to Exercise Autonomy**

This dimension represents users' capacity to exercise autonomy, which is related to self-trust and personal skills. Our participants reported that users could not sustain recovery because the users did not know how to govern their lives, having lost the skills to do so during the progression of their illness:

*HCP*: "The user started using around the age of 14, and he is now 30 and has never worked. Therefore, he does not know how to manage his life or what to do regarding health, hygiene, and seeking care."

*User*: "When the addict arrives at the service, he is still active [using drugs], so he can't afford to decide anything."

Furthermore, users manifested a weak personal capacity for autonomy, which was related to their lack of skills and opportunities toward exercising this ability in a context of low self-trust. For users, the street represents a place where they are freer to continue using drugs despite the harm, difficulties, and uncertainties associated with this path. Participants expressed this sense of users' lack of skills and ineffectiveness related to autonomy by labeling users as "manipulative" and a "wild horse:"

*Relative*: "In fact, my father manipulates his treatment. When he goes to the doctor, he already knows what he wants to take. If the doctor prescribes a half of a tablet, he wants two. Therefore, he manipulates us, the doctor, the nurses, etc. He is so manipulative; this is a typical user feature. If the service wants to send him to a therapeutic community, he says 'It is not good. I've been there ten thousand times; I

can access drugs there anytime I want.’ Therefore, he only goes to the center that he wants to go to. He makes this a game. He decides everything, unless he is in a period where he wants to let us take control, to try to show people that he is cooperative.”

*HCP*: “‘If I do not want to take a shower, I will not do it’; ‘If I do not want to brush my teeth, I will not do it’; ‘If I do not want to do something, I will not do it’. They have that personality type: no limits, no rules, which is typical for multiple substance users. They experience what the street has to offer and, at the same time, they see that inside of a service they need to follow rules and regulations to stay, so they become a kind of ‘wild horse.’”

Although users’ search for care represents an autonomous self-care action that can be perceived as engagement with the program and taking an opportunity to share responsibility for their addiction, this may be the only example they manifest. One professional made the following statement: “His only autonomous action is to search for the service. When he feels really bad, he comes looking for assistance.” On the other hand, the same professional indicated that the user did not want to have autonomy, and the user chose this service because no change was demanded of him, commenting that, otherwise, he would not stay at the facility: “He never wants anything to do with the other services. He does not want a service that asks him to do something or change. If possible, he wants to be taken in a car to the service where he prefers to be sent. He does not want autonomy.”

### **Discussion**

Although users are considered the main agents within a therapeutic treatment process, an overemphasis on users’ responsibility diminishes the role of other stakeholders (i.e., family members and care providers), as well as the social and cultural context in which the addiction is rooted. This situation has increased stigmatization and marginalization among users and has deprived users’ of social justice. Mental health policies and practitioners should address

addiction as an issue of health and well-being, grounded in social, political, and cultural contexts, as opposed to viewing addiction as solely determined by the individual user (Kukla, 2015; Pauly, 2008b; Soares & Camargo, 2007).

Consequently, several policies and programs are grounded in the logic of “fixing” and medicalizing an addiction, which increases user marginalization and stigmatization (Kukla, 2015; Soares & Camargo, 2007). Moreover, the ideology of “fixing” an addiction within a neoliberal society is another factor that limits users’ autonomy (Pauly, 2008b). Although Brazilian contemporary mental health policies have done better to address social determinants of health, coercive drug treatment is still permitted within the criminal justice system. Therefore, drug users’ autonomy is restricted, limiting their opportunities to manage life independently, illustrating how this form of social oppression works (McLeod & Sherwin, 2000; Fortes, 2010; Werb et al., 2016).

Society and HCPs often assume an unworthy or underserving perception of drug users who repeatedly use service facilities, believing that caring for repeat users is a waste of time and resources. Such behavior represents “a complex interplay of social, political, and historical forces” that inserts the “fixing” ideology into a funding rationality when approaching drug users (Pauly, 2008b, p. 5). Therefore, if a user’s value is not structurally recognized, there is no space for the exercise of autonomy. Violence, poverty, crime, drug dealing, marginalization, lack of education, and infectious diseases related to drug use generate a strong stigma that is hard to surpass, even among HCPs (Fast, Small, Wood, & Kerr, 2009; Pauly, 2008a). This affects the process of sharing responsibility for drug users’ care, reproducing users’ isolation across all segments of society (Pauly, 2008b).

The structure of mental health care highlights a hegemonic concept of health being either normal or pathological, which does not fit well with understanding mental illness (Soares & Camargo, 2007). Indeed, a cure is considered the only successful therapeutic

response, and failure to achieve this outcome creates disappointment among drug users, relatives, and HCPs (Pauly, 2008b). Moreover, the marginalization of drug dependency reflects and reinforces unjust social conditions and negatively impacts users' access to a "normal" range of social opportunities (Kukla, 2015). Hence, as addiction is strongly rooted in the social determinants of health, providers often experience failure in their efforts to respond to drug users' needs. In fact, health care providers should be viewed as one resource for care, but not the only one. This demonstrates that the social determinants of health are not being addressed since health care interventions are still centered on the disease and not on the users' needs (Wilkinson & Marmot, 2003).

In the context of drug users' weak autonomy, sharing responsibility for a therapeutic process is tense. A user's plan to stop taking drugs is a positive predictor for participation in treatment (Gyarmathy & Latkin, 2008); however, professionals usually take charge of most decisions in this regard. Conversely, by taking a relational conception of users' autonomy for the therapeutic plan can contribute to fostering social citizenship with mental health care (Gowan et al., 2012).

When users seek assistance, the mismatch between the users' will and needs and an HCP's and society's expectations and requirements create a tense and distrustful space, which leads to problems with existing structures. This was expressed by drug users, through their ambivalent perception of self-management, vacillating between being incapable and overly controlling. In the context of autonomous limitations, drug users' behaviors are often labeled as manipulative and irresponsible, increasing their experienced stigma (Ford, 2011; Järvinen & Fynbo, 2011). Another expression of users' lack of skills for exercising autonomy was resistance and ineffective strategy use (Sherwin, 1998), which exists in a context of chronic poverty, harmful forms of drug use, dangerous forms of generating income, and homelessness (Fast et al., 2009).



Thus, drug users have few opportunities to exercise autonomy, which is grounded in a context of social, political, and cultural coercion. Not only does a low self-trust of users have a negative impact on their capacity to make good decisions, but HCPs', relatives', and society's lack of trust in users' ability to make good decisions creates a problematic cycle (McLeod & Sherwin, 2000; Sherwin, 1998). Additionally, a lack of competence is a main barrier for accessing mental health care. In this regard, HCP interventions that focus on helping users to express their needs and develop relationships might help address users' lack of competence. Furthermore, patience and confirmation can increase trust in the health care provider–user relationship (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Finally, engagement from government, policy makers, public health officials, and communities through individual, social, and structural interventions can reduce inequities and improve the quality of care received (Degenhardt et al., 2010).

A few limitations should be noted with the present study. The participants were linked to one public mental health service facility in northern Brazil (the CAPS), which may limit generalization of the results. Although research team members who were not linked to the facility collected data, and confidentiality was assured, the process of data collection at the facility may have affected participants' responses. Despite these limitations, each insight developed was underpinned by theory, data triangulation, and respondents' validation, which ensured adequate research rigor. The methods and theory used allowed for critical reflection on drug users' relational autonomy in their relationships with relatives and HCPs within a strategic, public, and cost-free mental health service. The study also revealed some challenges that participants experienced in relation to self-responsibility, control, distrust, a medicalized mental health care structure, the social requirement of "fixing" addiction, and a lack of productive skills.

## **Conclusion**

This work has revealed the multidimensionality of drug users' powerlessness with respect to their exercise of autonomy. Although society, relatives, and even HCPs are accustomed to understanding autonomy as a personal dimension of an individual, there are additional, broader dimensions involved. Understanding autonomy as being relational allows us to recognize the social, cultural, and political context of coercion, the oppressive structure of mental health care, and the lack of a user's personal capacity to exercise autonomy.

The relational notion of autonomy used in the present study highlights the importance of supportive social and structural conditions for performing autonomous actions, given that individual autonomy is socially dependent. This understanding can help policymakers, HCPs, and society as a whole develop a care approach that is more conducive to users' ability to fully exercising their autonomy. The findings further show that an ethical conceptualization of drug users' autonomy can promote reflection and stimulate innovation when approaching users in mental health care settings.

## **Acknowledgments**

This study was supported by two Brazilian public funding agencies: 1) Health Ministry (SGTES/Pró-Saúde/PET-Saúde) document no. 24, December 15, 2011; and 2) Health Ministry (Decit/SCTIE/MS/CNPq/FAPAC/SESACRE) document no. 18/2013. The authors declare that they have no conflicts of interest to disclose. The views expressed in this article are entirely those of the authors and do not represent the view of any service, organization, or department.

## **References**

Aneas, T. V., & Ayres, J. R. C. M. (2011). Significados e sentidos das práticas de saúde: A ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde [Meanings and senses of

- health practices: The fundamental ontology and the reconstruction of health care]. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 651–662.3
- Ballarin, M. L. G. S., de Carvalho, F. B., & Ferigato, S. H. (2009). Os diferentes sentidos do cuidado: Considerações sobre a atenção em saúde mental [The different senses of care: Considerations on mental health care]. *O Mundo da Saúde*, 33, 218–224.
- Bastos, I. T., Sarubbi, V., Jr., Pedroso de Oliveira, T. G., Santos de Souza Delfini, P., Muylaert, C. J., & Reis, A. O. A. (2014). Identity of care in a psychosocial care center for children and adolescents who use drugs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 116–122. doi: 10.1590/S0080-623420140000800018
- Brazil, Health Ministry. National cadastre of health facilities (CNES). (2016a). *Psychosocial Health Center*. Tabnet, May 2016. Available in: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>.
- Brazil, Health Ministry. DATASUS. (2016b). *Morbidity rate related to substance abuse between 1995-2007*. Tabnet, May 2016. Available in: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>>.
- Brazil, Health Ministry. (2001). *Federal Law no. 10,216, from April 6, 2001*. Brasília, DF: Health Ministry, 2001.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics, IBGE. (2016) *Demography aspects – the distribution of population in Brazil and big regions*. Available in: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm>>.
- Carspecken, P. F. (1996). *Critical ethnography in educational research: A theoretical and practical guide*. New York, NY: Routledge.

- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços [Ethical dimension of mental health care within the public health network]. *Rev Saúde Pública*, *42*, 700–706.
- Centre for Critical Qualitative Research, University of Toronto. (2016). *What is critical qualitative health research?* Retrieved from <http://www.ccqhr.utoronto.ca/what-is-critical-qualitative-research>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto [Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods]* (2nd ed.). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., & Hickman, M. (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: Why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet*, *376*, 285–301. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60742-8
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M. D. (2006). Disciplining qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, *19*, 769–782. doi: 10.1080/09518390600975990
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: Sobre a qualidade e humanização da assistência [The reorientation of mental health care: The quality and humanization of care]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *24*, 112–117.
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *The International Journal of Drug Policy*, *24*, 257–264. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.08.002

- Emerson, R. (2007). Working with ‘key incidents’. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 427–442). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fast, D., Small, W., Wood, E., & Kerr, T. (2009). Coming “down here”: Young people’s reflections on becoming entrenched in a local drug scene. *Social Science & Medicine*, *69*, 1204–1210. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.024
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses’ care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, *37*, 241–252. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241
- Fortes, H. M. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *10*(Suppl. 2), s321-s330. <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>
- Gowan, T., Whetstone, S., & Andic, T. (2012). Addiction, agency, and the politics of self-control: Doing harm reduction in a heroin users’ group. *Social Science & Medicine*, *74*, 1251–1260. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.045
- Gray, D. E. (2014). *Doing research in the real world* (3rd ed.). London, UK: Sage.
- Gyarmathy, V. A., & Latkin, C. A. (2008). Individual and social factors associated with participation in treatment programs for drug users. *Substance Use & Misuse*, *43*, 1865–1881. doi: 10.1080/10826080802293038
- Järvinen, M., & Fynbo, L. (2011). Self-governance, control and loss of control amongst drunk-drivers. *The International Journal of Drug Policy*, *22*, 437– 444. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.08.001
- Kantorski, L. P., de Souza, J., Willrich, J. Q., & Mielke, F. B. (2006). O cuidado em saúde mental: Um olhar a partir de documentos e da observação participante [The mental

- health care: A look from documents and participant observation]. *Revista Enfermagem UERJ*, 14, 366–371.
- Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Qualitative research* (pp. 303–341). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kukla, R. (2015). 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.
- Mateus, M. D., Mari, J. J., Delgado, P. G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., ... Saxena, S. (2008). The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, 12. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>.
- McLeod, C., & Sherwin, S. (2000). Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (pp. 259–269). New York, NY: Oxford University Press.
- Melia, K. M. (2010). Recognizing quality in qualitative research. In I. Bourgeault, R. DeVries, & R. Dingwall (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 559–574). Los Angeles, CA: Sage.
- Miller, P. G., Lintzeris, N., & Forzisi, L. (2008). Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction? *The International Journal of Drug Policy*, 19, 486–491. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.10.001
- Pauly, B. (2008a). Harm reduction through a social justice lens. *The International Journal of Drug Policy*, 19, 4–10. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.11.005

- Pauly, B. (2008b). Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *The International Journal of Drug Policy*, *19*, 195–204. doi: 10.1016/j.drugpo.2008.02.009
- Peter, E., Mohammed, S., & Simmonds, A. (2015). Sustaining hope as a moral competency in the context of aggressive care. *Nursing Ethics*, *22*, 743–753. doi: 10.1177/0969733014549884
- Sherwin, S. (1998). A relational approach to autonomy in health care. In S. Sherwin (Ed.), *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy* (pp. 19–46). Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Soares, J. C. R. S., & Camargo, K. R., Jr. (2007). Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, *3*, 65–78.
- Stancliff, S., Phillips, B. W., Maghsoudi, N., & Joseph, H. (2015). Harm reduction: Front line public health. *Journal of Addictive Diseases*, *34*, 206–219. doi: 10.1080/10550887.2015.1059651
- Strike, C., Guta, A., de Prinse, K., Switzer, S., & Carusone, S. C. (2014). Living with addiction: The perspectives of drug using and non-using individuals about sharing space in a hospital setting. *The International Journal of Drug Policy*, *25*, 640–649. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.012
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World drug report 2015*. Vienna, Austria: Author.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wooda, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *The International Journal of Drug Policy*, *28*, 1–9. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.12.005

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). Denmark: World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, to be held in 2016*. Report by the Secretariat - WHO Executive Board, Geneva.

World Medical Association. (1964). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. General Assembly, Helsinki, Finland.



### 4.3. MANUSCRITO 3

## Knowledge Tools to Foster Trust and Autonomy in the Relationship of Care in Mental Health

Rozilaine Redi Lago<sup>1\*</sup>

Cláudia Maria Bógus<sup>2</sup>

Elizabeth Peter<sup>3</sup>

<sup>1\*</sup> Health Science and Sports Center - Ccsd, Federal University of Acre - Ufac, room n. 212, University Campus, road BR 364, Km 04 - Industrial district – Postal code: 69.920-900, Rio Branco – AC, Brazil (Present address). [rozilaine@gmail.com](mailto:rozilaine@gmail.com) (Corresponding author).

<sup>2</sup> Public Health Faculty – Fsp, University of São Paulo – Usp, São Paulo – SP, Brazil.  
[claudiab@usp.br](mailto:claudiab@usp.br)

<sup>3</sup> L. S. Bloomberg Faculty of Nursing – University of Toronto, Toronto – ON, Canada.  
[elizabeth.peter@utoronto.ca](mailto:elizabeth.peter@utoronto.ca)

### **Abstract**

Health Care Providers (HCP) are challenged in providing a complex care fostering the personal history of abuse and oppression in People with Problematic Substance Use (PPSU). In this study, using a critical approach, we explore how an interdisciplinary team of HCP manage knowledge in the relationship of care performed with respect to trust and autonomy in the context of a Mental Health Service (MHS) for PPSU. A qualitative research, using a critical approach was conducted. We interviewed nine HCP working in a public MHS in Brazil. Additionally, we performed four months of participant observation, reviewed medical records at the service, and also service reports. The focus on encouraging users self-perception, the reliability in each other within the team, the interdependency in taking decisions about the care planning and the communication exercised by HCP revealed that self-knowledge in users and collective knowledge in an interdisciplinary team of HCP can be potent tools to foster ethical dimensions of trust and autonomy as in the relationship of care performed.

*Keywords:* drug users; mental health services; knowledge; relational autonomy; trust; ethics.

## **Introduction**

Problem drug use constitutes a chronic health condition involving lifelong vulnerability and requiring long-term treatment. In 2013, People with Problematic Substance Use (PPSU) of alcohol, crack, and other drugs were estimated in 27 million. In addition, PPSU experience deep social and health inequities. As a result, the demands for complex care and effective answers from public health systems and society are increasing worldwide (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015; Pauly, 2008).

In some public health scenarios, Health Care Providers (HCP) are organized in interdisciplinary teams, as a strategy to better address the variety and complexity of needs presented by PPSU (Vasconcellos, 2010). Thus, HCP are challenged in providing a multidimensional and complex care fostering the personal history of abuse and oppression in PPSU. The relationship of care in this scenario requires not only clinical intervention, but further ethical concern and approach (Pauly, 2008; Miller, Lintzeris, & Forzisi, 2008). In this context, we highlight as ethical dimensions of care: 1 - the relational conception of autonomy in PPSU, and its influence in the care designed and HPC perceptions about PPSU; 2 - the trust in the self of PPSU and its consequences in their personal capacity to make decisions and exercise autonomy; and 3 – the management of knowledge and its implications in the ethical dimensions of trust and autonomy within the relationship of care for an interdisciplinary team of HCP and PPSU (McLeod and Sherwin, 2000; Mcleod, 2006; Grasswick, 2013).

Considering that technical skills and technical knowledge have been prioritised instead of the ethical challenges faced by HCP in their work, clinical and public health literature gap in exploring the ethical dimensions of care for drug users as well as the relationships implicated with HCP in this setting (Strike, Guta, de Prinse, Switzer, & Caruson, 2014). Thus,

we explored how a critical approach could help to clarify the management of knowledge in relationship of care performed by an interdisciplinary team of HCP with respect to trust and autonomy in the context of a Mental Health Service (MHS) for people who use drugs. Specifically, our research question was: “How an interdisciplinary team of HCP manage knowledge in the relationship of care performed, considering the ethics dimensions of trust and autonomy?”.

## **Methods**

### *Setting*

A qualitative research, using a critical approach was conducted (Carspecken, 1996; Creswell, 2007). The research took place in a public MHS in Brazil, called Psychosocial Health Care Center (CAPSad, in the Brazilian acronym). The service works within the mental health care network addressing people with problematic substance use who are referred either from other community-based health or social services, criminal justice system, or by self-referral. The service represents a Brazilian novel landmark intervention in mental health care, implemented from 2001, aiming to minimize harms related to drug use, reducing the admission to psychiatric institutions, and promoting the reintegration of these individuals into society by the articulation with community services network (Mairini et al., 2013; Gallassi et al., 2016; Ribeiro et al., 2016; Brazil, 2001).

Furthermore, the service offers cost-free psychosocial rehabilitation through a multidisciplinary team. This therapy includes individual and group sessions, involving expressivity workshops, crisis intervention, daily or 24/7 shelter, home visits, meetings with users' family, integration with community services, and follow-up for users in collaboration with other services in mental health, justice or social area (Mairini et al., 2013; Gallassi et al., 2016; Ribeiro et al., 2016).

We performed the research in a MHS placed at the North region of Brazil considering geographical inequities in the country, particularly affecting this region regarding mental health care. This region presented the lowest rate of human resources available in mental health, while having the highest proportional mortality rate for people who experience mental illness related to substance abuse, in comparison with other regions in Brazil (Mateus et al., 2008; Brazil, 2016b). In addition, the North region of Brazil concentrates only 6.45% (177) of the 2,743 CAPS distributed in the country (IBGE, 2016; Brazil, 2016a).

Therefore, considering the relevant role played and challenges faced by HCP in delivering mental health care at this setting (Jorge et al., 2006; Mello & Furegato, 2008), the research team combined their background in working, teaching and researching mental health, health promotion and nursing ethics to approach HCP, regarding the study's question and procedures.

#### *Participants and procedure*

Participants were HCP working in an interdisciplinary team of a CAPSad in the North region of Brazil. HCP who were working at this setting for a minimum of six months were invited to participate in the interviews. After obtaining ethical approval from the local university, participants were recruited. From all sixteen HCP eligible in the service, nine (56.25%) persons became volunteer, representing the following occupations: physicians, nurses, psychologists, social workers, physical educators, education technicians, and nurse technicians. They signed an informed consent document, which described the study, risks and benefits, opportunity to withdraw, and measures to maintain confidentiality and data security. The pharmacist was the only category of HCP in the service that did not volunteer to the research so it is not represented in our participants. This study was performed in accordance with the ethical standards as laid down in the Declaration of Helsinki (1964) and its later amendments or comparable ethical standards.

Data were generated using the following strategies: 1) four months of participant observation of the relationship of care within the service; 2) group face-to-face interviews with HCP; and 3) review of documents such as medical records and service reports. The HCP were asked about the interdisciplinary relationship experienced in the care provided at the service, responding to this open-ended question: “How is the mental health care offered in the service?” and “How is the interdisciplinary relationship experienced in the provision of care in the service?”.

Participant observation was conducted in diverse scenarios of care in the service in which HCP, users and users’ relatives interacted. This stage of the study was carried out between April and July 2014. Many informal interviews took place, and descriptive and reflexive notes from observation were documented in field notes. In addition, two face-to-face group interviews were conducted between August and December of 2014. The interviews were audiotape and took place in a private area within the service, after previous schedule following the preference and availability of the participants’ group. The average length of the interviews was 70 minutes.

#### *Data analysis*

After transcription of the audiotapes, we extracted from interviews data involving the relationship of care performed by HCP with respect to trust and autonomy and examined them to identify categories and relationships. Field notes, users’ records, and service reports were obtained as a secondary source of data in comparison with participants’ reports. The authors worked both separately and together comparing common features until we reached consensus regarding the labeling of preliminary themes. Thus, each phase of analysis was grounded in a critical approach, attending to social context, relationships, power sharing and the maintenance of an active, interpretive, and reflexive stance (Carspecken, 1996; Peter, Mohammed, & Simmonds, 2015).

Additionally, our shifting of focus back and forth between themes and the research purpose, along with the theoretical concepts of trust and autonomy, grounded in feminist ethics, meant that we engaged in a “retroductive” process that was both inductive and deductive (Emerson, 2007; Kinchelo & McLaren, 2005; Bradbury-Jones, Taylor & Herbe, 2014; Peter et al., 2015). We created several tentative diagrams of themes and their interrelationships, and ultimately reduced them to three overarching themes, as described in results’ section. To ensure rigor, we made certain that the purpose of the research, theoretical assumptions, and method of data analysis were congruent (Melia, 2010). We also conducted joint meetings with professionals, users, and relatives to discuss the study findings. Thus, participants’ comments during this discussion were considered into the reflexive approach taken.

## **Results**

The nine HCP who participate in our study were people between 20-40 years old, mostly, woman (77,7%) having diverse professional background (nursing, nursing technician, medicine, psychology, physical education and social work) and time of previous work experience in the area (1 - 10 years). Participants described the base, goal and process of the care offered in the service in the relationship with users. Participants explained how work the interaction within the team and with users in the relationship of care. The theoretical approach taken allowed us to build three overarching themes cross cutting the connective process involving the relationship of care: 1) Encouraging users’ self-knowledge to fostering users’ self-trust; 2) Collective knowledge in the team as a result of interpersonal trust and interdependency; and 3) Interdisciplinary team work as a tool to for collaboration and autonomy in the provision of care.

Encouraging users’ self-knowledge to foster users’ self-trust: from victim to protagonist

Practitioners pointed out the focus on the user as the main purpose in the care, placing the user not only as a client of the care offered, but as an agent. Thus, for them, the user's action should prioritize in the process of care, developing recognition of himself, responsibility, and helping to lose the self-perception of being just a victim of the addiction. The team expressed this idea by using conceptions as such: "author of his own history" and "protagonist". Practitioners' expressed their acts to encourage users' self-knowledge by: showing the users' self-potential to act, convincing the user about the importance of self-care, sensitizing the users about their capability to seek for care and produce changes in life.

"We offer this integral health care, trying to convince the person to see himself, to be the author of this own history. That's fundamental." *Education technician*

"Many of them come here as victims of that clinical moment of vulnerability so I try to highlight to them this idea of being author of their own history." *Social worker*

"The user starts to realize who he is, how he is living now and how can he live." *Physical educator*

"The users' reflections and insights make them realize that they can be authors and protagonists: they can change their history." *Psychologist*

"We try to sensibilize the user in regard that he can seek the service, take care of his own health, to do a treatment for substance abuse; he can look for other life scenarios." *Social worker*

Although HCP highlighted users' self-knowledge as playing a prior role in the mental health care process, on the other hand, the team expressed the existing tension in regard the over accountability of the user in the addictive condition, despite the social and structural context in the relational autonomy scenario.



“The way the user is at this moment was made by continuous consequences that he wrote in his own life and from this moment we are here to help him to be independent of this history, if he wants.” *Social worker*

Building collective knowledge in the team: a collaborative process involving interpersonal trust and interdependency

Whereas for HCP, the core of users' care is to encourage self-knowledge, the main aspect of the work for the team building the care is the collective knowledge. This knowledge includes the management of users' cases information, regarding clinical and social life history, as well as the skills to decide and conduct the therapeutic plan in the care. Consequently, the team considers this knowledge as a collective ownership, constituting a central point for collaboration in the team work. The exchange between professionals about users' cases articulated diverse knowledge that helps team members to learn and expand their potential to respond users' demands. The knowledge about users' history and preferences related to service actions helped practitioners to better explore the resources available at the service and in connection with other public and community services related.

“The interchange of experiences and information give us a different view of the situations. For example, from discussing a lot about patients having mental disorders related to drug abuse we learned about it, so we can identify the symptoms of these diseases. The users' case discussion within the team brings a bigger learning.”

*Physical educator*

“The team's discussion about users is essential; there is no way to do an effective treatment without this communication.” *Physician*

“When the patient arrives here, from people working in the reception area, health professionals and even the kitchen staff, everyone knows the users’ history. Thus, we know what the user is looking for and what can be done for him.” *Social worker*

“In the first user’s appointment I think: -What should I do next? Then, the team [HCP] analyzes the situation and defines what a kind of therapeutic project fits with the users’ profile. Some practitioners already know the patient history and what services’ actions will work for the user. When you listen and share the user’s history with the team it clarifies what conduct should be taken within the service and if that person needs to be sent to other service or action.” *Education technician*

Additionally, HCP highlighted group meetings as a strategic tool in the construction of the collective knowledge mentioned. Practitioners described these meetings as, mostly, flexible and informal meetings that occur in the quotidian team living together. They described these meetings as facilitators of the exchange of information and experience regarding users’ cases, institutional demands, challenges in work process, and even in addressing personal needs of team members. The meetings use to happen in a specific shared room in which the users’ records are documented and stored.

“Beyond users’ cases discussions, we meet a lot to discuss about institutional relevant topics and work process in the service. It is an informal and spontaneous thing. It does not need to book a meeting in a day to talk, we use to gather at the patients’ records room to write. Meanwhile, we share our doubts and often we find that another person has the same doubt. We interact a lot.” *Physical educator*

Observation revealed that HCP stayed more in the users’ records room than in their private rooms. This was not a service rule, but a spontaneous behavior from the team that facilitated the connection, the communication and the relationship between them. There was

also a formal weekly meeting in the routine of the team, which was conducted by the manager of the service, but it was not mentioned by the practitioners because it had a lower value for them regarding collective ownership.

In addition, regarding to the influence of the use of the space in the service and the communication in building knowledge in the team, practitioners see different information flux between ‘open’ (reception desk/waiting room area, workshops’ rooms) and ‘closed’ (individual appointments in closed rooms) spaces of care within the service. The HCP reported that the exercise of users’ communication vary, depending of the place, practitioner and approach involved in the care within the service (f. ex. users’ disclosure is different in the dance workshop, reception desk and psychologist’s individual appointment). The views and listening brought from different spaces in the care are complementary for HCP in the knowledge building process about users’ cases and therapeutic plan.

“The nurse technician helps us in the appointments because at the reception desk [waiting area], where she works, is possible to see what we cannot see from the appointment rooms and vice versa. The users also share histories with us that they cannot share in the reception area.” *Social worker*

The collaborative management of information and experiences displayed in the use of spaces in the service impacted in HCP communication. In this regard, HCP also mentioned intimacy as a strategic resource in building collective knowledge. They expressed this idea by describing the work within the team as supportive and united. Additionally, according to practitioners’ perception, there are personal features of team members that can facilitate the intimacy in the professional relationship such as: complicity, humility and listening capacity. They also mentioned personal stance and knowledge as requests to offer care: to feel well, to do active listening, to be open, approachable and linkable to the user, to know how the care

and the therapeutic plan work within the service and in connection with related services. Practitioners stated that the personal approachable stance in a team member may affect more the work than the professional degree that this person has. In addition, living moments shared by HCP were also valuable by them to improve the work environment.

“The person who has complicity and knowledge to work in a team makes the difference here in the service, makes the work flows better. The person can be a great professional, having a masters or PhD degree, but if is not humble, if doesn’t know the right moment to listen and to expose his opinion, it doesn’t work.” *Physical educator*

The knowledge about the psychosocial care network, the role of each service, the flux, the right references allow the patient not to be sojourning. The knowledge regarding the therapeutic project is also important and we are discussing together about it. All this elements characterized our work.” *Nurse*

“We use some involuntary strategies to contribute with our work: [informal] meetings, the friendly work environment, meals and workshops shared. Usually, the workshops focus on the users, but the professional who participate is also benefited.” *Education technician*

Furthermore, according to practitioners’ perception, the collective nature of knowledge about users’ cases and the therapeutic plan within the service can facilitate users’ access for care. When this knowledge is restricted solely to a particular team member the service can get stuck, especially in the absence of this person. The collective ownership of this knowledge allows practitioners to respond most of users’ demands each time they show up looking for care at the service.

“The process of sharing the history of users is interesting because it doesn’t keeps the patient’s attendance in just one professional. If the patient comes here and the

physician is absent, if we know the user's history we can give him some answer and do the procedures for his follow up. If the user is tied just to one profession or one discipline, the service gets stuck and this user will need to come up over and over without receiving the right attention." *Social worker*

Interdisciplinary team work as a tool to for collaboration and autonomy in the provision of care

Practitioners also highlighted interdisciplinary team work as a reality in the service and a tool to for collaboration and autonomy in building the collective knowledge about users and care and also in the provision of care. For them, the diversity and complexity demands faced required the team's flexibility and dynamicity in approaching users, reinforcing the need of interdisciplinary work.

"We integrate all the knowledge: the physician's clinical knowledge about the patient, the dance teacher knowledge about the patient's life history and the person social history known by the social worker. The decisions are taken based on data discussed by the team in the case study for each patient. If the user is in a homeless situation, having clinical problems that need to be assessed by different point of views, we seek for all the knowledge areas: medicine, psychology, physical education, nursing and we take the immediate conclusion about what has to be done for the user." *Social worker*

"The situations we face are not simple; don't follow a simple standard, so we need to be flexible in approaching the users." *Physical educator*

"The team really is interdisciplinary because the nurse technician [who stays in the reception desk] somehow acts as a social worker while working in the welcoming service." *Social worker*

Whereas practitioners state the importance of interdisciplinary work, they also pointed out that there are some care moments in which each practitioner acts within his area, individually approaching the user. But even in these moments, the cases' knowledge collectively built guides the practice.

I don't mean that any person in the team can do everything, we share what we do in common and we also keep our professional private action. What we do is to share information and take decision in group, to decide what is better for the user in the situation he is living in the moment." *Education technician*

According to practitioners, the interdisciplinary practice generates safety for the user, allows the team to see the user as a whole, in a not fragmented way and it is considered a different work practice within the service, comparing with other previous work experiences of HCP in the area.

"The interdisciplinary team work brings the whole view of the person; we don't divide the users in parts, we see him as a whole, including his family core and his emotional pains. Each professional brings one opinion that helps us to set goals and interventions for each user's case." *Psychologist*

"I had been working in other institutions, but here the interdisciplinary work is more strong and present. I was used to work alone in individual consultations and references, but here I saw that the whole team knew the patient's history and I wasn't alone knowing the users' life history and taking decisions." *Social worker*

"I think the safety the user feels in us results from the interdisciplinary work we do here. I have worked in other places where we had interdisciplinary teams but we couldn't do what we do here." *Nurse*

## **Discussion**

Drawn from feminist social epistemologies, the idea of knowledge is socially situated, interacting with values and other culturally relative factors. Thus, although the person holding the knowledge or the 'knower' is primarily an individual, having an identity, this person has a community connection and social location. The social location of the knower affects his experiences and perspectives, leading to epistemic consequences. For instance, the occupation of an 'epistemically privileged standpoint' involves a 'political engagement that makes clear to the socially underprivileged the shared nature of their experiences of oppression' and this epistemic difference reveals the 'systematic structure of power relations' (Grasswick, 2013, p.8). Hence, the relationship of care experienced by HCP and PPSU must be explored considering the hierarchy structure presented in oppressive societies, in which those groups need to rely or trust each other to be able to share knowledge across social location, fostering autonomy (Grasswick, 2013).

In this sense, practitioners' focus on encouraging the self-knowledge in users constitutes a collective ownership for the team and increase the potential of the care in contributing with users' autonomy and self-trust (Davis, Montford & Read, 2005). The self-knowledge allows the user to understand his own strengths and weaknesses as an agent. In addition, the level of self-knowledge in a person affects his self-trust regarding his own capacities to act. Thus, if the user trusts in his own values, he will be motivated to make meaningful choices that reflect them. Therefore, the opportunity to make choices based on his values is a way for users to learn how to exercise choice responsibility and deliberate on alternative courses of action. Once these choices are respected, users can increase their sense of social worth and competency to choose effectively (Mcleod & Sherwin, 2000). Moreover, when users are viewed as a central part of the team, one essential component of collaborative practice is guaranteed (Jones & Delany, 2014).

Although practitioners' focus on encouraging users' self-knowledge during the care process may increase users' autonomy and self-trust, on the other hand, the over accountability of users for their addictive condition implied in the mental health care structure reinforces the social oppression over users. Thus, for addressing the effects of oppression, we should recognize that much of the work surpasses the scope of HCP, requiring 'broad-scale social and political change'. In this context, HCP need to understand the impact of oppression on relational autonomy and act helping patients to develop or strengthen their personal capacity for autonomy (Mcleod & Sherwin, 2000, p. 276).

The dominant stance taken by practitioners, represents the 'traditional autonomy framework' which focuses on the individual dimension of autonomy because people who are in advantage social positions tend to be unmindful to the barriers that oppression and disadvantage create for people in social vulnerability (Mcleod & Sherwin, 2000, p. 259; Sherwin, 1998). Thus, following this individualistic approach to autonomy, for people of privilege, as health workers in this case, the failure of the other is seen as evidence of personal unwillingness to exercise their 'own presumed autonomy responsibly'. This individualistic perception leads to blame 'less well-situated people for their lack of comparable success rather than appreciate the cost of oppression' (Sherwin, 1998, p.25).

In addition, the idea of medicalization of life, and, consequently, the restriction of life generated by the label of having a mental health issue such as substance abuse, leads to a restriction of opportunities in life and care for people with problem drug use. Thus, the social view of mental illness is grounded in marginalization and stigma, leading to belief that drug users are less competent comparing with others, compromising the trust in them and restricting their opportunity to exercise autonomy (Mcleod & Sherwin, 2000; Kukla, 2015). Moreover, the dominant individualistic approach to autonomy taken can diminish users' autonomy by keeping invisible the Social Determinants of Health (SDH) regarding mental



illness, leading drug users to feel more vulnerable and dependent of medical authority (Sherwin, 1998).

Whereas SDH are not focused while approaching users' autonomy, on the other hand, HCP recognize that the demands for care presented by users at the service are diverse, complex and impossible to address by only one isolated discipline or service, as a result of the SDH interplay over mental illness (Sherwin, 1998; Dimenstein, 2004; Dimenstein et al., 2009; Vanconcellos, 2010). HCP expressed this view by responding users' needs with flexibility, dynamicity, diverse knowledge and expertise mobilization. This stance from the team leads to an interdependent work, having an interdisciplinary base, which in turn can amplify the possibility of see and approach the user as a whole person (Merhy, 2002).

In addition, knowledge is also a relevant component of work for the team in building the care. Thus, practitioners described the process of building knowledge about users' cases and therapeutic plan. For HCP, this process was based on intimacy in the communication in the professional relationship and collective ownership of knowledge. In this regard, the experience of attending informal meetings, within the work routine, allowed practitioners' disclosure about their doubts and difficulties faced in the everyday work situation by exercising trust in each other. Ethical aspects of behavior were highlighted by practitioners as valuable resources in the team work, although these aspects use to be neglected by formal education, in comparison with technical skills (Strike, Guta, de Prinse, Switzer, & Caruson, 2014). In addition, the supportive environment of trust within the team contributed for the autonomous action of practitioners, exercised by collaboration in an interdisciplinary way (McLeod & Sherwin, 2000; Okello & Gilson, 2015).

Observation revealed that the communication stance developed in the team followed principles of good communication such as free participation, opportunity to disagree without

consequence and reaching a consensus with minimal constraints (Jones & Delany, 2014). Furthermore, considering that ‘oppression trends to restrict the relevant knowledge base available for making health-care decisions’, the democratic managing of information taken by the team provided knowledge base to increase their capacity to effectively make decisions responding users’ demands and minimizing power differences within the team (McLeod & Sherwin, 2000, p. 267).

### *Limitations*

Several limitations were present in this study. The selection of participants was based on professionals working as HCP in one government specialized MHS in Brazil, which may limit the transferability of the results. On the other hand, the MHS selected as a research place contemplates many contemporary international stances regarding treatment in mental health care, such as: community base, de-hospitalization, interdisciplinary team and psychosocial approach of care. For this reason we believe that the relationship of care explored can contribute with the reflection about mental health care in different scenarios.

Additionally, although data were collected by research team members, and treated confidentially, the process of data collection at the service facility may have affected participants’ responses. Nevertheless, based on the comparison with field notes, service reports and users’ records, we consider that HCP expressed the main points they perceived related to the relationship of care performed. Despite these limitations, each insight was grounded in theory and data triangulation, which ensured rigor.

### **Conclusion**

To our knowledge, this is the first study critically approaching the relationship of care performed by HCP with respect to trust and autonomy placing knowledge as a central point in the mental health care for PPSU. The focus on encouraging users self-perception, the reliability in each other within the team, the interdependency in taking decisions about the

care planning and the communication exercised by HCP revealed the knowledge as a potent tool to foster trust and autonomy as ethical dimensions in the relationship of care performed.

The information, perceptions, and experience that each team member brings to the knowledge building process base the relationship of care they establish with each other and also with users of the service and community. Furthermore, the knowledge collectively built by HCP works as a tool in developing their skills as mental health workers influencing their action on encouraging users' self-knowledge and autonomy in the relationship of care. In addition, the collective knowledge generated allows HCP to produce innovations in their process of work, affecting the delivering of care.

Interdisciplinary teamwork is challenging because most of the professional skills that HCP bring to the mental health care setting were built during academic formation in their own isolated disciplines. In this regard, the process of working in an interdisciplinary team addresses contemporary mental health policies and allows HCP to develop new professional skills, which are necessary in an MHS where users present complex socio-determined health care needs. Incorporating a relationship of care with professional collaboration on building knowledge about the cases of users, based on interdisciplinary collective ownership, added to the development of users' self-knowledge were considered a powerful tool in the provision of a complex mental health care.

### **Acknowledgments**

This study was supported by two Brazilian public funding agencies: 1) Health Ministry - *SGTES/Pró-Saúde/PET-Saúde* – document n. 24, December 15, 2011; and 2) Health Ministry - *PPSUS MS/CNPq/FAPAC/SESACRE* – document n.18/2013. The authors acknowledge the mental health service, staff, users, and relatives who facilitated and supported the execution of this study. The views expressed in this article are entirely the

views of the authors and do not represent the view of any service, organization, or department.

### References

- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Herber, O. (2014). How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology. *Social Science & Medicine* 120, 135-141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.014>
- Brazil, Health Ministry. (2001). *Federal Law no. 10,216, from april 6, 2001*. Brasília, DF: Health Ministry, 2001.
- Brazil, Health Ministry. DATASUS. (2016a). *Morbidity rate related to substance abuse between 1995-2007*. Tabnet, may 2016. Available in: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>>.
- Brazil, Health Ministry. National cadastre of health facilities (CNES). (2016b). *Psychosocial Health Center*. Tabnet, may 2016. Available in: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics, IBGE. (2016) *Demography aspects – the distribution of population in Brazil and big regions*. Available in: <  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm>>.
- Carspecken, P. (1996). *Critical ethnography in educational research: A theoretical and practical guide*. New York: Routledge.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto [Research Project: qualitative, quantitative and mixed methods]*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Davis TK, Montford CR, Read C. (2005). Interdisciplinary teamwork in a school-based health center. *Nurs Clin North Am*. Dec;40(4):699-709, x. Review.

- Dimenstein, M. (2004). The reorientation of Mental Health Care: about the quality and humanization of the care. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (4), 112-117.
- Dimenstein, M.; Severo, A. K.; Brito, M.; Pimenta, A. L.; Medeiros, V.; Bezerra, E. (2009). The matrix support in Family health units: experiencing innovation in mental health. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.1, p.63-74.
- Gallassi, A. D., Nakano, E. Y., Wagner, G. A., Rodrigues, M. N., Silva, M. O., Fischer, B. (2016). Characteristics of clients using a community-based drug treatment service ('CAPS-AD') in Brazil: an exploratory study. *International Journal of Drug Policy*. Advance online publication. doi:10.1016/j.drugpo.2016.01.020
- Grasswick, H. (2013) Feminist Social Epistemology. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring, Edward N. Zalta (ed.). Retrieved from: <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2013/entries/feminist-social-epistemology/>>.
- Jones, G. M. & Delany, T. (2014) What Does Collaborative Practice Mean within Mental Healthcare? A Qualitative Study Exploring Understandings and Proposing a Definition. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. Vol. 3.3 February.
- Jorge, M. S. B.; Randemark, N. F. R.; Queiroz, M. V. O. (2006). Psychosocial rehabilitation: a mental health team view. *Rev Bras Enferm* nov-dez; 59(6): 734-9
- Kukla, R. (2015). 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.
- Marini, M., Schnornberger, T. M., Brandalise, G. B., Bergozza, M. & Heldt, E. (2013) Quality of Life Determinants in Patients of a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drug Users, *Issues in Mental Health Nursing*, 34:7, 524-530, doi: 10.3109/01612840.2013.780118

Mateus, M. D., Mari, J. J., Delgado, P. G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., ...

Saxena, S. (2008). The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, 12. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>.

McLeod, C. (2006). *Trust*. *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford, CA: Center for the study of language and information, Stanford University.

McLeod, C., & Sherwin, S. (2000). Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency and the social self* (pp. 259–279). New York: Oxford University Press.

Merhy, E. E. (2002). *Health: the cartography of the alive work*. Hucitec, São Paulo.

Miller, P. G., Lintzeris, N., & Forzisi, L. (2008). Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction? *The International Journal of Drug Policy*, 19, 486–491. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.10.001

Okello, D. R. O., & Gilson, L. (2015). Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Human Resources for Health* 13:16. DOI 10.1186/s12960-015-0007-5

Pauly, B. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy*, 19, 195–204. doi:10.1016/j.drugpo.2008.02.009

Ribeiro, D. B., Schneider, J. F., Terra, M. G., Soccol, K. L. S, Camillo, L. A., Plein, F. A. Z. (2016). Reasons for attempting suicide among men who use alcohol and other drugs. *Rev Gaúcha Enferm*, 37(1):e54896. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>

- Sherwin, S. (1998). A relational approach to autonomy in health care. In S. Sherwin (Ed.), *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy* (pp. 19–46). Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Strike, C., Guta, A., de Prinse, K., Switzer, S., & Chan Carusone, S. (2014). Living with addiction: the perspectives of drug using and non-using individuals about sharing space in a hospital setting. *International Journal of Drug Policy*, 25, 640–649. doi:10.1016/j.drugpo.2014.02.012
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World drug report 2015*. Vienna, Austria: Author.
- Vasconcellos, V. (2010). Work in a mental health team: the interdisciplinary challenge in a psychosocial health center. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), 1-22. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-22

## 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 consequente, 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, permitiu 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 no serviço 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 relacionado 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 (CBPR), 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](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](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](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](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](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](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](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 Sociedade**, 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.; MÂNGIA, 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](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](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.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I - ROTEIROS DE ENTREVISTA

**Quadro 1.** Questões norteadoras e respectivos objetivos para entrevistas individuais junto a usuários do CAPSadIII.

Perguntas orientadoras	Objetivo de cada pergunta
1. Como você chegou ao CAPSadIII? Você foi encaminhado? Como se sentiu?	Verificar acesso e acolhimento do usuário no CAPSadIII;
2. Como foi a elaboração e implementação do seu projeto terapêutico/tratamento? Você e/ou sua família participaram da definição dele?	Verificar o estímulo à corresponsabilização do usuário/familiar pelo cuidado;
3. Que ações ocorreram? Conte-me a respeito do seu tratamento?	Revelar a abordagem ao processo saúde-doença utilizada;
4. Em quais outros aspectos, além da saúde, você foi atendido pelos profissionais do CAPSadIII ?	Verificar o atendimento à equidade; perspectiva de integralidade e intersetorialidade;
5. Seu tratamento aconteceu só no CAPS, ou a equipe daqui te levou e/ou encaminhou também para outros serviços de saúde e/ou outros setores públicos ou privados? Qual(is)? Como foi?	Verificar a intersetorialidade no cuidado em saúde desenvolvido;
6. No CAPS, você ajuda a tomar decisões, tem suas reclamações, sugestões e outras opiniões ouvidas? Como?	Verificar as possibilidades de participação social;
7. Alguma ação do CAPS te ajudou a se sentir mais independente, a se desenvolver, se sentir mais capaz? Qual (is)?	Verificar a experimentação de ações para o desenvolvimento da autonomia a partir do cuidado; Verificar o desenvolvimento de habilidades e potencial a partir do cuidado;

**Quadro 2.** Questões norteadoras e respectivos objetivos para entrevistas individuais junto a familiares de usuários do CAPSadIII.

Perguntas orientadoras	Objetivo de cada pergunta
1. Como foi a sua chegada e a do seu familiar no CAPSadIII? Vocês foram encaminhados? Como se sentiram?	Verificar acesso e acolhimento do familiar do usuário no CAPSadIII;
2. Você e/ou seu familiar participaram da elaboração e implementação do projeto terapêutico/tratamento dele? Como?	Verificar o estímulo à corresponsabilização do familiar/usuário pelo cuidado;
3. Que ações ocorreram? Conte-me a respeito do tratamento do seu familiar? Você recebeu algum atendimento?	Revelar a abordagem ao processo saúde-doença utilizada;
4. Em quais outros aspectos, além da saúde, você e/ou seu familiar foram atendidos pelos profissionais do CAPSadIII ?	Verificar o atendimento à equidade; perspectiva de integralidade e intersetorialidade;
5. O tratamento de seu familiar aconteceu só no CAPS, ou a equipe daqui o encaminhou também para outros serviços de saúde e/ou outros setores públicos ou privados? Qual(is)? Como foi?	Verificar a intersetorialidade no cuidado em saúde desenvolvido;
6. No CAPS, você e seu familiar ajudam a tomar decisões, têm suas reclamações, sugestões e outras opiniões ouvidas? Como?	Verificar as possibilidades de participação social;
7. Alguma ação do CAPS ajudou você ou seu familiar	Verificar a experimentação de ações para o desenvolvimento da autonomia a partir do cuidado;

a se sentir mais independente, a se desenvolver, se sentir mais capaz? Qual (is)?	
8. Qual é o seu papel e/ou o papel da sua comunidade no cuidado do seu familiar usuário do CAPSad III?	Verificar o desenvolvimento de habilidades e potencial a partir do cuidado;

**Quadro 3.** Questões norteadoras e respectivos objetivos para entrevistas em grupo junto a profissionais do CAPSadIII.

<b>Perguntas orientadoras</b>	<b>Objetivo de cada pergunta</b>
Como é o cuidado em saúde mental oferecido neste serviço?	Verificar a percepção dos profissionais de saúde a respeito do cuidado em saúde mental oferecido no serviço;
Como é o relacionamento multidisciplinar experimentado na provisão de cuidados nesse serviço?	Verificar a percepção dos profissionais de saúde a respeito do relacionamento em equipe multidisciplinar na provisão do cuidado em saúde;
1. Como foi a chegada do caso e/ou família no serviço? Houve encaminhamento? Como eles foram recebidos?	Verificar acesso e acolhimento do usuário e familiar no CAPSadIII;
2. Descreva, com a maior riqueza de detalhes possível, como foi a elaboração e implementação do projeto terapêutico junto a este caso?	Verificar nos casos, o estímulo à corresponsabilização do familiar/usuário pelo cuidado, abordagem ao processo saúde-doença utilizada, atendimento á equidade, intersetorialidade do cuidado, estímulo à participação social, desenvolvimento de habilidades pessoais e autonomia;
3. Houve algum diferencial no atendimento a eles, em função de demandas ou necessidades especiais apresentadas para além da saúde?	Verificar o atendimento à equidade; perspectiva de integralidade e intersetorialidade;
4. Houve integração com outros serviços de saúde e/ou outros setores públicos ou privados? Como foi?	Verificar a intersetorialidade no cuidado em saúde desenvolvido;
5. O sujeito/familiar teve alguma oportunidade de decidir sobre os cuidados em saúde recebidos? Houve alguma intervenção para resgatar a autonomia e corresponsabilização sobre a saúde, a vida e os relacionamentos dele(s)?	Verificar o estímulo à participação social e desenvolvimento da autonomia do usuário e familiar a partir do cuidado;
6. Que intervenções foram realizadas para desenvolver habilidades pessoais na trajetória de atendimento ao (nome do usuário/familiar)? Exemplifique.	Verificar o estímulo ao desenvolvimento de habilidades e potencial a partir do cuidado;

## APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar o cuidado em saúde mental desenvolvido no CAPSad III –desta cidade é que, no Brasil, este constitui o principal serviço público do Sistema Único de Saúde – SUS de atendimento extra-hospitalar para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, cujo cuidado oferecido vem sendo descrito como complexo, transdisciplinar e integral. O objetivo deste estudo é descrever e interpretar esse cuidado segundo a percepção de profissionais e usuários do serviço, bem como de familiares destes usuários. Serão coletados dados de observação participante, entrevistas individuais, entrevistas em grupo, além da complementação de dados a partir de prontuários e outros documentos do atendimento aos usuários e familiares no serviço de saúde.

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:** Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submeter à coleta de dados considerando que você precisará compartilhar informações particulares e talvez constrangedoras, sendo que este se justifica pelo benefício da geração de informações confiáveis sobre o objeto de estudo e possibilidades destas em orientar melhorias no serviço e respectivas políticas públicas.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Centro de Ciências da Saúde e do Desporto – CCSD da Universidade Federal do Acre – UFAC e outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada qualquer compensação financeira por esta.

**DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:**

**Eu,** \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O(a) professor(a) orientador(a) Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria Bógus e o(a) professor(a) co-orientador(a) Dr<sup>a</sup>. Cirley Lobato, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso surjam gastos adicionais em função de minha participação neste estudo, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Rozilaine Redi Lago no telefone (68) 9991-7000 e correio eletrônico [rozilainee@usp.br](mailto:rozilainee@usp.br) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre - UFAC, situado no Bloco da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Sala nº. 26, *Campus* Universitário - Rodovia BR 364, Km 04 – Bairro Distrito industrial, Caixa Postal 500 - CEP: 69.920-900, Rio Branco – Acre, telefone (68) 3901-2711 e correio eletrônico [cepufac@hotmail.com](mailto:cepufac@hotmail.com).

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

## **ANEXOS**

ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO II - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DOS DOIS PRIMEIROS  
MANUSCRITOS

ANEXO III – PRIMEIRA PÁGINA DO CURRICULUM LATTES DA  
DOUTORANDA E ORIENTADORA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO EM SAÚDE NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - CAPSAD III

**Pesquisador:** Rozilaine Redi Lago

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17295913.4.0000.5010

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO ACRE - FAPAC

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 516.907

**Data da Relatoria:** 16/01/2014

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa a analisar o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad, cujo cuidado oferecido vem sendo descrito como complexo, transdisciplinar e integral. A escassez de estudos sobre as práticas/cuidados em saúde desempenhados neste serviço e a inexistência, até o momento, de estudos sobre este objeto no âmbito do CAPSad III de Rio Branco AC, segundo a pesquisadora, justificam esta pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

"Avaliar a percepção de usuários, respectivos familiares e profissionais sobre o cuidado em saúde realizado no CAPSad III de Rio Branco AC".

Objetivo Secundário:

- 1- "Identificar aspectos socioeconômicos e demográficos dos sujeitos".
- 2- "Caracterizar aspectos psicossociais de saúde-doença, relacionados ao uso de drogas, nos sujeitos".
- 3- "Descrever os componentes do cuidado psicossocial consumido/oferecido, na perspectiva de usuários/profissionais e gestores".
- 4- "Verificar conceitos, sentidos, percepção e satisfação de usuários, profissionais e gestores".

**Endereço:** "Campus Universitário" "Reitor Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26

**Bairro:** BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900

**UF:** AC **Município:** RIO BRANCO

**Telefone:** (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com



Continuação do Parecer: 516.907

relacionados com o cuidado psicossocial consumido/oferecido".

5- "Relacionar cuidado psicossocial descrito pelos sujeitos com a perspectiva da promoção da saúde e a abordagem de redução de danos".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e os benefícios da pesquisa foram descritos conforme estabelece a Resolução 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é social relevante, está adequada aos princípios científicos e os métodos adequados para responder às questões estudadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de Apresentação obrigatória atendem ao que estabelece a resolução 466/12.

**Recomendações:**

Na metodologia de pesquisa procurar ser preciso e objetivo, descrevendo apenas os métodos de procedimentos, as técnicas e instrumentos de pesquisa, a população alvo e o tipo de amostra.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que as pendências indicadas no Parecer anterior foram sanadas e que o Protocolo atende às exigências éticas da pesquisa com seres humanos, conclui-se pela aprovação deste Protocolo de Pesquisa

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-UFAC informa que:

1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, X.3- 4.

2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.

**Endereço:** "Campus Universitário" Reitor Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26

**Bairro:** BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900

**UF:** AC **Município:** RIO BRANCO

**Telefone:** (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

Continuação do Parecer: 516.907

19).

RIO BRANCO, 28 de Janeiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**Luciete Basto de Andrade Albuquerque**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** "Campus Universitário" Reitor Áulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
**Bairro:** BR364 Km04 Distrito Industrial      **CEP:** 69.915-900  
**UF:** AC      **Município:** RIO BRANCO  
**Telefone:** (68)3901-2711      **Fax:** (68)3229-1246      **E-mail:** cepufac@hotmail.com



Rozilaine Redi Lago &lt;rozilaine@gmail.com&gt;

---

**IJMH-D-16-00190 - Acknowledgement of Receipt**

1 mensagem

---

**International Journal of Mental Health & Addiction** <em@editorialmanager.com>

20 de julho de 2016 16:44

Responder a: International Journal of Mental Health &amp; Addiction &lt;masood.zangeneh@gmail.com&gt;

Para: Rozilaine Lago &lt;rozilaine@gmail.com&gt;

Dear Dr. Lago:

Thank you for submitting your manuscript, "An Exploration of the Relational Autonomy of Drug Users", to International Journal of Mental Health & Addiction.

The submission id is: IJMH-D-16-00190

Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following web site:

<http://ijmh.edmgr.com/>

Your username is: Rozilaine

Your password is: available at this link [http://ijmh.edmgr.com/Default.aspx?pg=accountFinder.aspx&firstname=Rozilaine&lastname=Lago&email\\_address=rozilaine@gmail.com](http://ijmh.edmgr.com/Default.aspx?pg=accountFinder.aspx&firstname=Rozilaine&lastname=Lago&email_address=rozilaine@gmail.com)

With kind regards,

The Editorial Office  
International Journal of Mental Health & Addiction

P.S.: If your manuscript is accepted for publication in International Journal of Mental Health & Addiction, you may wish to have it published with open access in our Open Choice program. For information about the Open Choice program, please access the following URL: <http://www.springer.com/openchoice>.

Now that your article will undergo the editorial and peer review process, it is the right time to think about publishing your article as open access. With open access your article will become freely available to anyone worldwide and you will easily comply with open access mandates. Springer's open access offering for this journal is called Open Choice (find more information on [www.springer.com/openchoice](http://www.springer.com/openchoice)). Once your article is accepted, you will be offered the option to publish through open access. So you might want to talk to your institution and funder now to see how payment could be organized; for an overview of available open access funding please go to [www.springer.com/oafunding](http://www.springer.com/oafunding). Although for now you don't have to do anything, we would like to let you know about your upcoming options.



Rozilaine Redi Lago <rozilaine@gmail.com>

---

## Confirmation of your submission to Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy - SATP-D-16-00045

1 mensagem

---

**Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy - Editorial Office**  
<em@editorialmanager.com>

22 de agosto de 2016  
13:40

Responder a: "Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy - Editorial Office" <satpp@biomedcentral.com>  
Para: Rozilaine Redi Lago <rozilaine@gmail.com>

SATP-D-16-00045

Harm Reduction and Tensions in Trust and Distrust in a Mental Health Service: A Qualitative Approach  
Rozilaine Redi Lago; Elizabeth Peter; Claudia Maria Bogus  
Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy

Dear Dr. Lago,

Thank you for submitting your manuscript 'Harm Reduction and Tensions in Trust and Distrust in a Mental Health Service: A Qualitative Approach' to Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.

The submission id is: SATP-D-16-00045  
Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following website:

<http://satp.edmgr.com/>

Your username is: Rozilaine

Your password is: available at this link [http://satp.edmgr.com/Default.aspx?pg=accountFinder.aspx&firstname=Rozilaine&lastname=Lago&email\\_address=rozilaine@gmail.com](http://satp.edmgr.com/Default.aspx?pg=accountFinder.aspx&firstname=Rozilaine&lastname=Lago&email_address=rozilaine@gmail.com)

Best wishes,  
Editorial Office  
Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy  
<http://www.substanceabusepolicy.com>

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produções Inovação Eventos Orientações Bancas +



## Rozilaine Redi Lago

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5058444488965925>

Última atualização do currículo em 26/07/2016

Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; mestre em Saúde Coletiva, exerce a docência na Universidade Federal do Acre como Professora Assistente nas áreas de vigilância e promoção da saúde e saúde mental. Coursou doutorado sanduíche como bolsista CAPES na L. S. Bloonberg Faculty of Nursing - University of Toronto em 2015 (Toronto, CA). Tem interesse nas seguintes áreas de atuação e pesquisa: cuidado em saúde, saúde mental, vigilância e promoção da saúde, atenção primária à saúde e outros temas de interesse da saúde coletiva. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

### Nome

Rozilaine Redi Lago 

### Nome em citações bibliográficas

LAGO, R. R.


## Endereço

### Endereço Profissional


Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e Desporto.  
Rodovia BR 364, nº 6637 Km 04  
Distrito Industrial  
69915-900 - Rio Branco, AC - Brasil - Caixa-postal: 500  
Telefone: (68) 39012585  
URL da Homepage: <http://www.ufac.br>

## Formação acadêmica/titulação


### 2015

Doutorado em andamento em Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública.  
Faculdade de Saúde Pública - FSP/ Universidade de São Paulo - USP, FSP/USP, Brasil.  
com **período sanduíche** em University of Toronto (Orientador: Elizabeth Peter).  
Título: O cuidado em saúde mental na perspectiva da promoção da saúde,  
Orientador:  Cláudia Maria Bógus.  
Coorientador: Cirley Maria Lobato.  
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

### 2013

Doutorado em andamento em Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública.  
Faculdade de Saúde Pública - FSP/ Universidade de São Paulo - USP, FSP/USP, Brasil.  
Título: O cuidado em saúde metal na perspectiva da promoção da saúde,  
Orientador:  Cláudia Maria Bógus.  
Coorientador: Cirley Maria Lobato.  
Palavras-chave: Saúde Pública; cuidado em saúde; Promoção da saúde; CAPSadIII.

### 2008 - 2009

Mestrado em Mestrado em Saúde Coletiva.  
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.  
Título: Violência auto-referida em Rio Branco - AC: inquérito populacional (2007-2008) Ano de Obtenção: 2009.  
Orientador:  Terezinha de Freitas Ferreira.  
Palavras-chave: violência; violência familiar; violência interpessoal.

Dados gerais   Formação   Atuação   Projetos   Produções   Eventos   Orientações   Bancas   Citações   +



## Cláudia Maria Bógus

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2777821546207314>

Última atualização do currículo em 27/06/2016

Cláudia Maria Bógus possui graduação em Pedagogia (1987) pela Faculdade de Educação da USP, Especialização em Saúde Pública (1988), Mestrado (1992) e Doutorado (1997) em Saúde Pública e Livre-Docência (2009) em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Participou do Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde em WDC (EUA) em 2001. É docente da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2004 e credenciada como orientadora de Mestrado e Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2005. Atua na área de saúde coletiva e saúde pública com ênfase em promoção da saúde, educação em saúde, participação social em saúde e políticas públicas em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

### Nome

Cláudia Maria Bógus

### Nome em citações bibliográficas

BÓGUS CM; BÓGUS C; BÓGUS, CLÁUDIA MARIA; Bógus, Cláudia Maria

## Endereço

### Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.  
Av. Dr. Arnaldo, 715  
Cerqueira Cesar  
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil  
Telefone: (11) 30617955  
Fax: (11) 30833501  
URL da Homepage: <http://www.usp.br/fsp>

## Formação acadêmica/titulação