



LEUDA MARIA DA SILVA DÁVALOS

**A AUTONOMIA NOS OLHOS DE QUEM CUIDA:
A INFLUÊNCIA DA CULTURA INSTITUCIONAL NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A INTERNAÇÃO DE DEPENDENTES
QUÍMICOS EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

PORTO, PORTUGAL

2026

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LEUDA MARIA DA SILVA DÁVALOS.

**A AUTONOMIA NOS OLHOS DE QUEM CUIDA:
A INFLUÊNCIA DA CULTURA INSTITUCIONAL NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A INTERNAÇÃO DE DEPENDENTES
QUÍMICOS EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), em convênio com o Conselho Federal de Medicina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Rui Nunes

Coorientador: Dr. Alexandre Gomes de Lima e Dra. Dilza Terezinha Ambros Ribeiro.

PORTO, PORTUGAL

2026

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha família - aos meus filhos: Leudson Ariña; Luiz Antônio; Maria Fernanda; Oscar Enrique que em momento diferente, vivenciaram minha ausência para que eu chegasse a essa realização; - ao meu esposo Teddy Davalos por todo o cuidado com nossos filhos, durante minha ausência. Vocês se tornaram o alicerce inabalável em todos os momentos desta longa e difícil caminhada. Amo vocês incondicionalmente;

A todos os pacientes do estado do Acre que, ao longo da minha trajetória como médica, me ensinaram o verdadeiro sentido da medicina: cuidar com ciência, mas sobretudo com humanidade;

Dedico-a também a todos os profissionais de saúde da Amazônia brasileira, que exercem a sua nobre profissão muitas vezes em condições de grande desafio geográfico e estrutural, e que fazem da resiliência e do compromisso com a vida a sua maior ferramenta de trabalho.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta tese de doutorado, no âmbito do **Programa de Pós-Graduação em Bioética, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Portugal**, em convênio com o **Conselho Federal de Medicina**, representa a soma de esforços, apoios e afetos que não caberiam em poucas palavras, mas que aqui tento expressar com toda a gratidão que meu coração guarda;

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela força e discernimento que me permitiram concluir mais esta etapa da minha vida acadêmica e profissional;

À minha família, pelo apoio incondicional, pela paciência nos momentos de ausência e pela compreensão diante dos desafios de conciliar a distância entre o Acre e Portugal com a dedicação exigida por um doutoramento. Sem o seu incentivo constante, esta jornada não teria sido possível;

Aos meus orientadores Prof. Dr. Rui Nunes, o Dr. Alexandre Gomes de Lima e a Dra. Dilza Terezinha Ambros Ribeiro, pela generosidade na partilha do saber, pelo rigor científico exigido em cada etapa da investigação e pela confiança depositada no meu trabalho desde o primeiro momento, por todo o apoio e incentivo ao cominho. **Gratidão a todos;**

À Universidade do Porto e a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação, pela excelência do ensino, pelo acolhimento e pelas condições proporcionadas para o desenvolvimento desta investigação, que em muito contribuíram para o meu crescimento científico e pessoal;

Ao Conselho Regional de Medicina do Acre (CRM/AC), instituição à qual tive a honra de presidir, e a todos os colegas e profissionais que ali comigo trabalharam, pelo aprendizado constante e pela oportunidade de contribuir, ainda que modestamente, para o fortalecimento da medicina e da ética profissional no estado do Acre;

Aos colegas médicos e à equipe de saúde do Acre, com quem tenho o privilégio de partilhar o exercício diário da medicina, pelo companheirismo, pelas trocas de experiência e pelo compromisso conjunto com a saúde da nossa população;

Aos colegas de doutoramento e aos amigos que Portugal me permitiu conhecer, pelas trocas acadêmicas, pelo apoio mútuo e pelos laços de amizade que ultrapassaram fronteiras e continuarão para além desta etapa;

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

EPÍGRAFE

“O verdadeiro médico começa onde a ciência termina.”

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

Introdução: A internação de pacientes dependentes químicos acentua reflexões éticas sobre autonomia, considerando consentimento e capacidade decisória. A cultura institucional pode reforçar práticas biomédicas ou promover abordagens humanizadas, afetando a percepção dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Avaliar, sob a perspectiva bioética, a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, analisando como essa percepção se relaciona com a influência da cultura institucional no ambiente hospitalar. **Método:** Adotou-se um delineamento transversal e exploratório, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Questionários estruturados e análise estatística (teste *Qui-Quadrado*) subsidiaram a identificação de associações entre variáveis sociodemográficas e percepções de autonomia. A análise qualitativa, baseada em entrevistas e análise textual, buscou compreender as dinâmicas institucionais e relações de poder que influenciam a tomada de decisão dos profissionais. **Resultados:** Os achados quantitativos mostraram homogeneidade em variáveis como sexo e formação profissional, sugerindo que a cultura organizacional exerce maior influência na percepção sobre a internação. A análise qualitativa evidenciou a tensão entre abordagens biomédicas centradas no controle e abordagens mais humanizadas, que valorizam a singularidade do paciente e demandam revisão de protocolos e investimento em educação permanente. **Conclusão:** A autonomia dos pacientes dependentes químicos internados é fortemente mediada por dispositivos institucionais. A compreensão desse fenômeno exige a adoção de práticas bioéticas que conciliem efetivamente o princípio da autonomia com o cuidado integral, contemplando tanto a realidade socio-histórica do paciente quanto a dinâmica interna de cada serviço de saúde.

Palavras-chave: autonomia; dependência química; profissionais de saúde; bioética.

ABSTRACT

Introduction: The hospitalization of chemically dependent patients heightens ethical considerations regarding autonomy, taking into account consent and decision-making capacity. Institutional culture can reinforce biomedical practices or foster more humanized approaches, shaping healthcare professionals' perceptions. **Objective:** To evaluate, from a bioethical perspective, the perception of healthcare professionals regarding the autonomy of chemically dependent patients hospitalized in a general hospital, analyzing how this perception relates to the influence of institutional culture within the hospital environment. **Methods:** A cross-sectional, exploratory design employing mixed methods (quantitative and qualitative) was used. Structured questionnaires and statistical analysis (Chi-square test) supported the identification of associations between sociodemographic variables and perceptions of autonomy. The qualitative analysis, based on interviews and textual analysis, sought to understand institutional dynamics and power relations that influence professionals' decision-making processes. **Results:** Quantitative findings showed homogeneity in variables such as gender and professional training, suggesting that organizational culture exerts a stronger influence on perceptions of hospitalization. The qualitative analysis revealed tensions between control-oriented biomedical approaches and more humanized approaches that value patient individuality, underscoring the need to revise protocols and invest in continuing education. **Conclusion:** The autonomy of hospitalized patients with chemical dependency is strongly mediated by institutional mechanisms. Addressing this phenomenon requires bioethical practices that effectively reconcile the principle of autonomy with comprehensive care, considering both the patient's socio-historical context and the internal dynamics of each healthcare service.

Keywords: autonomy; chemical dependency; healthcare professionals; bioethics.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL	21
2.2	ESPECÍFICOS	21
3	QUESTÕES ORIENTADORAS	22
4	HIPÓTESE	23
5	MÉTODO	24
5.1	LOCAL DE ESTUDO	24
5.2	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS	24
5.3	PRONTO-SOCORRO DE RIO BRANCO	24
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
5.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	25
5.7	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE COLETA	25
5.8	ANÁLISES ESTATÍSTICAS	26
5.9	ANÁLISE QUANTITATIVA	26
5.10	ANÁLISE QUALITATIVA	27
5.11	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	27
6	RESULTADOS	29
7	DISCUSSÃO	37
8	CONCLUSÃO	40
9	REFERÊNCIAS	41
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS REFERENTE AO DOUTORAMENTO	45
11	APÊNDICES	48
11.1	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	49
11.2	APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO	50
12	ANEXOS	103
12.1	MANUSCRITO 1 + CARTA DE ACEITE DA REVISTA DE BIOÉTICA	103
12.2	MANUSCRITO 2 + CARTA DE ACEITE DA REVISTA DE BIOÉTICA	122

LISTA DE FIGURAS

[Figura 1](#) Fluxograma do PRISMA 2023 *flow diagram for updated systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources.*

[Figura 2](#) Análise das diferenças no discurso dos Profissionais de Saúde.

[Figura 3](#) Padrões lexicais nos discursos sobre autonomia dos pacientes.

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1</u>	Fichamento dos artigos selecionados através das bases de literatura, conforme o modelo PRISMA 2023.
<u>Tabela 2</u>	Características sociodemográficas e profissionais dos participantes, por unidade.
<u>Tabela 3</u>	Respostas dos Profissionais de Saúde, por unidade.
<u>Tabela A3.1</u>	Características sociodemográficas dos participantes.
<u>Tabela A4.1</u>	Respostas fechadas à questão A1 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.2</u>	Respostas fechadas à questão A2 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.3</u>	Respostas fechadas à questão A3 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.4</u>	Respostas fechadas à questão A4 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.5</u>	Respostas fechadas à questão A5 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.6</u>	Respostas fechadas à questão A6 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.7</u>	Respostas fechadas à questão B1 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.8</u>	Respostas fechadas à questão B2 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.9</u>	Respostas fechadas à questão B3 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.10</u>	Respostas fechadas à questão B4 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.11</u>	Respostas fechadas à questão B5 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.12</u>	Respostas abertas à questão A7 do questionário específico, por participante.
<u>Tabela A4.13</u>	Respostas abertas à questão B6 do questionário específico, por participante.

LISTA DE SIGLAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS AD-III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DP - Desvio-Padrão

HUERB - Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

PS - Pronto-Socorro

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

A bioética constitui um campo fundamental para avaliar a aplicação dos princípios éticos na prática clínica, sobretudo em terapias emergentes como a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP). Essa modalidade terapêutica tem se destacado como alternativa promissora no tratamento de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e dependência química (VILLIGER et al., 2023; DUPUIS et al., 2022). No entanto, uma Revisão Sistemática (RS) prévia revelou que a diversidade cultural representa uma limitação na elaboração de diretrizes universais de conduta, pois diferentes contextos podem imprimir percepções éticas e padrões clínicos diversos, dificultando a uniformização de protocolos aplicáveis a todas as realidades (AZEVEDO et al., 2023).

Na RS em questão, observou-se que os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, embora reconhecidos globalmente, são interpretados e operacionalizados de formas distintas de acordo com a cultura institucional e o panorama sociocultural de cada localidade (LANGLITZ; GEARIN, 2024; DENZIN; LINCOLN, 2006). Questões como o consentimento informado, a aceitação social dos psicodélicos, os riscos de reações adversas e a existência de preconceitos históricos emergem como fatores críticos que podem restringir o potencial terapêutico da PAP. Especialmente em relação à autonomia do paciente, as concepções prévias dos profissionais e as normas institucionais podem influenciar a tomada de decisão, levantando desafios significativos para a adoção de práticas centradas no sujeito (JACOBS et al., 2023; MINAYO, 2006).

Assim, a presente Revisão Sistemática investigou especificamente a aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos no tratamento da dependência de substâncias, com foco na observância dos princípios bioéticos e na influência que a cultura institucional dos profissionais de saúde exerce sobre a percepção de autonomia dos pacientes. Conduzida de acordo com as diretrizes do protocolo PRISMA, a RS reuniu estudos publicados entre 2019 e 2024, culminando em 20 artigos analisados que evidenciam o caráter promissor da PAP ao mesmo tempo em que identificam barreiras éticas e estruturais (VILLIGER et al., 2023; AZEVEDO et al., 2023).

Os achados apontaram desafios em três dimensões principais. Primeiramente, na autonomia e cultura institucional, verificou-se que normas e preconceitos em torno do uso de psicodélicos podem limitar a capacidade decisória do paciente; em segundo lugar, as questões de beneficência e não maleficência mostram que, apesar dos benefícios, há riscos que exigem protocolos rigorosos, bem como maior entendimento das especificidades culturais (DUPUIS et al., 2022). Por fim, a justiça enfatiza a necessidade de ampliar o acesso à PAP, a fim de evitar

que apenas grupos privilegiados se beneficiem dessa abordagem, o que remete a disparidades estruturais nos sistemas de saúde (LANGLITZ; GEARIN, 2024).

Outro aspecto relevante, evidenciado tanto na revisão quanto em estudos complementares, é a disparidade entre contextos nos quais a PAP é desenvolvida. Em muitos locais, a adoção de práticas hospitalares conservadoras, a carência de protocolos específicos e a falta de capacitação profissional produzem resistências ao uso de psicodélicos, subestimando sua eficácia no tratamento de dependências (CARRARA, 2010; AZEVEDO et al., 2023). Ao mesmo tempo, experiências bem-sucedidas em determinadas instituições sugerem que uma cultura organizacional favorável — pautada em educação continuada, debate ético e envolvimento familiar — pode favorecer maior adesão dos pacientes ao tratamento e viabilizar melhores resultados terapêuticos (MACIEL, 2013; LIMA, 2012).

Nesse sentido, a necessidade de compreender como a cultura institucional dos profissionais de saúde molda a percepção sobre a autonomia e a adoção da PAP desponta como aspecto essencial para o avanço e a legitimação dessa prática. Esta tese, portanto, parte do diagnóstico trazido pela RS — segundo o qual a diversidade cultural pode comprometer a universalização de diretrizes éticas — para aprofundar a análise acerca do processo de tomada de decisão, dos preconceitos subjacentes e dos mecanismos institucionais que regulam a conduta profissional no manejo de pacientes dependentes químicos (MINAYO, 2001; OLIVEIRA, 2007). Espera-se, com isso, contribuir para a formulação de recomendações éticas que considerem as especificidades de cada contexto, bem como oferecer subsídios para a construção de políticas públicas e práticas clínicas mais inclusivas e culturalmente sensíveis (RONZANI, 2014; SOARES; SIQUEIRA, 2002).

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A Bioética é uma vertente de pesquisa relacionada a Ética e sua aplicação nas Ciências da Saúde, assim, ela se correlaciona com os princípios éticos nas questões e debates socioculturais relacionados às práticas em saúde clínica.

Nesse sentido, mundialmente, novas terapias são formadas na área da Psiquiatria para o tratamento de pacientes que fazem uso abusivo, recreativo e prejudicial à saúde de substâncias ilícitas, como o álcool. Assim, recentemente, surge a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP), que se baseia na utilização coordenada por uma equipe multiprofissional de médicos e terapeutas de fármacos psicodélicos a fim de atingir novos efeitos terapêuticos no tratamento desses pacientes (GORDON *et al.*, 2022).

Em razão da influência histórica e cultural, portanto, diversas críticas e debates foram conduzidos em relação a essa prática de psicoterapia, apresentando que ela não vivenciava os princípios da Bioética, como justiça, autonomia, beneficência e não maleficência em sua realidade teórico-prática (JUNQUEIRA *et al.*, 2007).

Nessa perspectiva, nesse processo de construção de uma reflexão bioética acerca da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, novos debates são necessários para entender sua viabilidade e aplicação no tratamento de transtornos clínicos comuns no cotidiano, como a ansiedade, depressão e transtorno pós-traumático, além do tratamento do alcoolismo e dependência em outras substâncias de uso recreativo (GORDON *et al.*, 2022).

Nessa psicoterapia, o uso de psicodélicos garante os efeitos terapêuticos benéficos para o tratamento desses pacientes em decorrência do uso coordenado e regulado dessas substâncias psicodélicas, o que se diferencia do uso recreativo, descoordenado e altamente prejudicial à saúde humana (LANGLIZT *et al.*, 2024).

Debater profundamente as características da aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos em seus usos terapêuticos relacionados a dependência de substâncias correlacionados a sua aplicação dos princípios da Bioética, destacando seu viés usual de justiça, autonomia, beneficência e não maleficência e entendermos à necessidade de descrever a aplicação dos princípios da bioética em pacientes que fazem uso recreativo de psicodélicos.

A Bioética é um ramo de pesquisa interdisciplinar que envolve a aplicação dos princípios éticos na Biologia e nos conceitos relacionados à vida. Nesse sentido, apresenta caráter único e rico no enfrentamento das problematizações éticas e bioéticas que envolvem a Ciências da Saúde. Os princípios Bioéticos que envolvem diversas teorias mundiais, como o

paternalismo, individualismo, hedonismo, entre outros, baseiam-se, principalmente, na beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BREEKSEMA *et al.*, 2024).

Assim, esses princípios e questões sociais, diversos levantamentos éticos são desenvolvidos na busca da explicação dos direitos e deveres aplicados à vida humana, como a relação ética e moral no uso de psicodélicos para várias psicoterapias, exemplo no tratamento de pacientes que fazem uso de drogas ilícitas ou patologias comuns do cotidiano, exemplo a depressão (DUPUIS *et al.*, 2022).

Após diversas décadas de questionamentos morais e éticos, é notório que ainda persiste um embate multiprofissional ético na utilização dos psicodélicos para psicoterapias, uma vez que essa aplicação como viés de tratamento a esses pacientes relaciona-se com as características de pressupostos culturais, morais e da autonomia desses próprios pacientes que procuram tratamento para a dependência de drogas ilícitas, depressão, ansiedade e transtorno pós-traumático (DUPUIS *et al.*, 2022).

Para essa prática, denotou-se a nomenclatura de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP), que representa no século XXI uma inovação de como esses pacientes clínicos previamente eram tratados, correlacionando novas aplicações metodológicas com o embate representado pela bioética nos princípios de beneficência, não maleficência e autonomia.

Isso ocorre, principalmente, em decorrência do debate que a ética clínica pode ser adaptada a novas teorias de tratamento, o que representa a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, entretanto, grande parte da contrapartida levantada por pesquisadores sobre essa prática centra-se nos desafios e efeitos adversos enfrentados pelos pacientes que fazem esse tratamento contra o uso de drogas ilícitas e transtornos patológicos, demonstrando que muitas vezes, nesses casos específicos, há uma dualidade de questões bioéticas voltadas a essa atividade (JACOBS *et al.*, 2023).

O valor ético no caso da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos para o tratamento desse grupo de pacientes tem sido muito debatido e explorado ao longo dos anos, o que trouxe muita visibilidade para esse campo de aplicação da bioética, questionando, assim, essa relação dualista entre a aplicação ou não aplicação dos princípios éticos na vida e tratamento desses pacientes por substâncias e produtos psicodélicos (JACOBS *et al.*, 2024).

Desse modo, surgem diversas necessidades imprescindíveis sobre esse debate, contextualizando como a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é realizada nesses pacientes e aplicada em seu tratamento por meio de um viés multidisciplinar nos campos de pesquisa da Bioética para chegar a um parecer ético sobre essa temática, avaliando a forma de

aprimoramento moral que ela fornece aos pacientes em tratamento dos transtornos morais e éticos (KIRKHAM *et al.*, 2024).

É visto que, na maioria dos casos, a Psicoterapia fornece aos pacientes uma visão globalizada de suas ações e respostas aos seus comportamentos, sejam eles práticas éticas ou não. Assim, esse grupo de pessoas, em detrimento do princípio da autonomia, procuram por essa prática a fim de desenvolver ou aprimorar virtudes através do uso das substâncias psicodélicas no viver cotidiano que eles possuem (MANTHEY *et al.*, 2020).

Diversas são as substâncias psicodélicas usadas para esse fim, exemplo a cannabis medicinal, que continua a ser uma droga ilícita em muitas regiões do mundo, como na Europa e nas Américas, mas que teve um crescente aumento de utilização desde jovens a idosos para o tratamento de diversas doenças, como ansiedade, depressão, uso abusivo e dependência recreativa, entre outros (MANTHEY *et al.*, 2020).

Assim, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é uma terapia com crescente procura mundial em relação à prática farmacológica no uso da cannabis medicinal e de outros psicodélicos, entretanto, mesmo com diversos resultados promissores de sua utilização no princípio da autonomia, há também um viés controverso aos seus efeitos adversos levantados por pesquisadores no campo da bioética, como o questionamento de sua beneficência (MICELE *et al.*, 2021).

A principal crítica e debate está centrada na beneficência e não maleficência acerca dessa atividade para o tratamento desses pacientes que fazem uso abusivo de substâncias no mundo, demonstrando que a remedicalização por psicodélicos nesses pacientes pode acentuar sua dependência recreativa das drogas. Nesse sentido, mesmo as experiências culturais e efeitos terapêuticos induzidos por essa psicoterapia, podem levar ao descontrole da prática, exacerbando o uso dos psicodélicos por esse grupo de pacientes (MICELE *et al.*, 2021).

Outro fator de debate é a semelhança levantada pelos pesquisadores acerca da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos com a Psicoterapia já descrita em outras técnicas da Psicologia e Ciências da Saúde para o tratamento desses pacientes que fazem uso de drogas e outras substâncias de forma abusiva, recreativa e prejudicial à saúde (NAYAK *et al.*, 2021).

Todavia, mesmo que a terapia com a utilização de psicodélicos assemelhe-se a essência de moldar e avaliar o comportamento humano frente aos obstáculos morais, ela representa uma nova abordagem por incluir o uso de substâncias de forma terapêutica, levando em consideração os potenciais farmacológicos benéficos desses compostos no tratamento de transtornos vivenciados no cotidiano (OTTERMAN *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, a PAP representa uma inovação quando combinada a autonomia desses grupos de pacientes que procuram o tratamento, uma vez que ela proporciona uma escolha viável para mudar o paradigma comportamental desses pacientes (AZEVEDO *et al.*, 2023). Isso ocorre, principalmente, através da aplicação dos psicodélicos de forma clínica, controlada e coordenada pela equipe médica e dos terapeutas, a fim de fornecer a beneficência de tratamento a essas pessoas (PILECKI *et al.*, 2021).

Quanto a aplicação bioética, portanto, é visto que apesar das controversas levantadas acerca da aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, ela apresenta inúmeros benefícios ao tratamento de transtornos e condições clínicas comuns, como a ansiedade, depressão, doenças potencialmente fatais, e outras condições que necessitem de atenção ética especial na conduta e manejo desses pacientes (ROSENBAUM *et al.*, 2023).

Em tempos em que essas condições se apresentam de modo cada vez mais comum, portanto, é essencial determinar medidas de como a Bioética pode aprofundar-se na aplicação dessas terapias, exemplo o enfoque para os pacientes que fazem uso abusivo de drogas ilícitas, como o álcool, de forma recreativa e prejudicial à saúde, principalmente em países com fatores de risco abundantes para o desenvolvimento do alcoolismo (SKREK *et al.*, 2022).

Desse modo, entre esses fatores de risco estão presentes o sexo masculino, a faixa etária dos jovens a fase adulta que vivem em países em desenvolvimento de menores condições socioeconômicas, o que também está relacionado ao próprio conhecimento sobre a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos ou outras psicoterapias para tratamento do alcoolismo e outras dependências de substâncias, haja vista a correlação com a falta de conhecimento e dificuldade de acesso à informação também apresentada também nesses países (SONG-SMITH *et al.*, 2024).

Nesse sentido, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é uma estratégia muito viável e essencial a ser aplicada e difundida nesses países com maior propensão e fatores de risco relacionados ao uso recreativo e prejudicial de drogas, objetivando, assim, difundir os conhecimentos e os princípios da beneficência e não maleficência no tratamento de pacientes dessas regiões (VILLIGER *et al.*, 2023).

Os psicodélicos amplificam a influência dos efeitos terapêuticos dessa psicoterapia, moldando o caráter de vulnerabilidade desse paciente muito além dos ambientes médicos convencionais aos quais eles estão inseridos (THORENS *et al.*, 2023).

Assim, amplifica-se a escolha de tratamentos alternativos nas condições éticas, evoluindo na regulação de como essas medicações psicodélicas podem ser usadas nesse contexto (SEYBERT *et al.*, 2023).

Desse modo, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos mostra-se significativamente promissora no tratamento conjunto de diversos transtornos, principalmente daqueles relacionados ao uso abusivo e desordenado de substâncias ilícitas com fins prejudiciais, mostrando que a aplicação dos princípios essenciais da Bioética é o principal fator que contribui para seu caráter ético (DAVIS *et al.*, 2023).

Mesmo em recentes estudos, essa prática clínica ainda deve ser mais explorada através de estudos controlados, com o objetivo de explorar mais acentuadamente os efeitos terapêuticos clínicos dos psicodélicos em uso controlado (LANGLIZT *et al.*, 2024).

Com isso, é possível observar que além das intervenções psiquiátricas, os psicodélicos, mediante uso controlado, também são responsáveis por proporcionar novas opções de tratamento (GORDON *et al.*, 2022).

Assim sendo, uma nova vertente de análise Bioética deve ser desenvolvida a fim de aprofundar no estudo do caráter ético da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos e evidenciar a aplicação da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência no uso dessa psicoterapia alternativa.

Portanto, o estudo da aplicação da bioética na psicoterapia assistida por psicodélicos se justifica e é essencial para garantir que essa prática seja realizada de maneira ética, segura e responsável, protegendo os interesses e o bem-estar dos pacientes, promovendo a equidade no acesso ao tratamento e respeitando os princípios fundamentais da autonomia, justiça e integridade profissional.

A importância de abordar a aplicação da bioética na psicoterapia assistida por psicodélicos no contexto internacional reside na necessidade de estabelecer diretrizes éticas que transcendam fronteiras geográficas e culturais. Dada a crescente globalização da pesquisa e prática nessa área, é essencial garantir que os princípios bioéticos fundamentais sejam aplicados de maneira consistente em diferentes países e contextos culturais. Isso promove a proteção dos direitos dos participantes, a integridade da pesquisa e a segurança dos tratamentos.

No entanto, ao estudar essa temática, podem surgir algumas limitações. Por exemplo, a diversidade cultural pode influenciar as percepções de ética e os padrões de prática clínica, o que pode tornar desafiador desenvolver diretrizes universais que se apliquem igualmente a todas as culturas. Além disso, a falta de consenso sobre a legalidade e a legitimidade da psicoterapia assistida por psicodélicos em muitos países pode criar obstáculos adicionais para a aplicação efetiva da bioética nesse contexto.

A Bioética contemporânea consolidou-se como um campo interdisciplinar indispensável para a análise crítica das inovações terapêuticas em saúde, especialmente aquelas

que tensionam valores morais, culturais e jurídicos estabelecidos. Nos últimos anos, esse campo tem ampliado seu escopo analítico ao incorporar debates sobre tecnologias emergentes e terapias não convencionais, exigindo uma releitura dinâmica dos princípios clássicos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça à luz de contextos clínicos complexos (Beauchamp; Childress, 2020; ten Have, 2022).

Nesse cenário, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP) emerge como uma abordagem terapêutica inovadora que desafia modelos tradicionais da psiquiatria biomédica. Evidências recentes indicam efeitos promissores no tratamento de depressão resistente, transtorno de estresse pós-traumático e dependência de substâncias, sobretudo quando associada a protocolos psicoterapêuticos estruturados e acompanhamento multiprofissional rigoroso (Davis et al., 2021; Carhart-Harris et al., 2021).

Sob a ótica bioética, a PAP demanda uma análise aprofundada do princípio da autonomia, especialmente no que se refere ao consentimento informado em contextos de vulnerabilidade psíquica. Estudos recentes destacam que a ampliação da autonomia não se restringe à decisão inicial do paciente, mas envolve sua capacidade contínua de compreensão, deliberação e ressignificação da experiência terapêutica ao longo do processo clínico (Blease et al., 2023; Andersen et al., 2022).

A beneficência, por sua vez, tem sido amplamente discutida a partir dos potenciais benefícios clínicos e existenciais associados ao uso terapêutico de psicodélicos. Revisões sistemáticas apontam melhora sustentada de sintomas psiquiátricos e aumento do bem-estar subjetivo, sugerindo que a PAP pode oferecer ganhos terapêuticos que extrapolam os desfechos tradicionais da psiquiatria farmacológica (Romeo et al., 2023; Reiff et al., 2020).

Entretanto, o princípio da não maleficência impõe cautela rigorosa diante dos riscos associados à experiência psicodélica, como possíveis efeitos adversos psicológicos, exacerbação de transtornos latentes e uso inadequado fora de ambientes controlados. A literatura recente enfatiza que a mitigação desses riscos depende diretamente de protocolos éticos bem definidos, seleção criteriosa de pacientes e formação especializada das equipes terapêuticas (Yaden et al., 2021; Smith; Sisti, 2023).

A justiça distributiva constitui outro eixo central do debate bioético, especialmente no que diz respeito ao acesso equitativo à PAP. Estudos internacionais alertam para o risco de elitização dessa terapia, limitando seu acesso a contextos privados e economicamente privilegiados, o que pode aprofundar desigualdades estruturais em saúde mental, particularmente em países de baixa e média renda (Phelps, 2022; Noorani et al., 2023).

Além disso, a diversidade cultural impõe desafios adicionais à aplicação universal dos princípios bioéticos na PAP. Pesquisas recentes ressaltam que a experiência psicodélica é profundamente influenciada por valores simbólicos, crenças espirituais e contextos socioculturais, exigindo abordagens éticas culturalmente sensíveis e adaptativas, sobretudo em populações historicamente marginalizadas (Langlitz, 2020; Celidwen et al., 2023).

Do ponto de vista regulatório, observa-se um avanço gradual na construção de marcos éticos e normativos internacionais voltados à pesquisa e à prática clínica com psicodélicos. Organizações científicas e bioéticas têm defendido a harmonização de diretrizes globais que conciliem rigor científico, proteção dos participantes e respeito à pluralidade moral dos diferentes contextos nacionais (Johnson et al., 2022; Nutt et al., 2023).

Assim, a PAP configura-se como um campo privilegiado para o aprofundamento da Bioética aplicada, exigindo não apenas a observância formal dos princípios clássicos, mas também uma abordagem reflexiva, crítica e contextualizada. A consolidação ética dessa prática dependerá da capacidade de integrar evidências científicas robustas, governança ética responsável e compromisso com a dignidade humana em sua dimensão biopsicossocial (ten Have; Gordijn, 2021; Schaefer et al., 2024).

Portanto, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é um exemplo de psicoterapia que envolve os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, fornecendo efeitos terapêuticos e benéficos quando utilizada no tratamento de pacientes que fazem uso descoordenado e desregulado de substâncias ilícitas, o que se diferencia do uso recreativo e altamente prejudicial à saúde humana.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar, sob a perspectiva bioética, a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, analisando como essa percepção se relaciona com a influência da cultura institucional no ambiente hospitalar.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, com base em entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados aos profissionais de saúde.
2. Identificar como a cultura institucional influencia essa percepção, por meio da análise qualitativa das entrevistas e questionários, considerando diretrizes hospitalares, normas institucionais e a rotina profissional.
3. Analisar se há padrões homogêneos ou discrepantes na percepção da autonomia entre diferentes grupos profissionais e instituições, por meio da comparação das respostas coletadas nas entrevistas e questionários, a fim de compreender a influência institucional sobre a conduta ética no atendimento.

3 QUESTÕES ORIENTADORAS

4.1. Como os profissionais de saúde percebem seu papel na internação de pacientes dependentes químicos, e de que forma essa percepção é influenciada pela cultura institucional?

4.2. De que maneira a cultura institucional impacta a interpretação e a aplicação do princípio da autonomia na internação de pacientes dependentes químicos?

4.3. Como as normas institucionais e diretrizes hospitalares moldam a prática assistencial dos profissionais e influenciam sua conduta ética no cuidado aos pacientes internados?

4 HIPÓTESES

H1 (Hipótese principal): A percepção dos profissionais de saúde mental sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados é influenciada pela cultura institucional, resultando em um padrão homogêneo de respostas em questionários estruturados, mas com variações qualitativas em entrevistas semiestruturadas.

H2: As diretrizes institucionais e normas hospitalares impactam a forma como os profissionais interpretam e aplicam o princípio da autonomia, levando a uma uniformidade nas respostas quantitativas, mas divergências em relatos qualitativos sobre dilemas éticos e práticas assistenciais.

H3: A cultura institucional molda a conduta profissional no cuidado a pacientes dependentes químicos, estabelecendo práticas assistenciais comuns, mas permitindo variações na percepção subjetiva sobre a internação e os desafios éticos enfrentados.

5 MÉTODO

A metodologia representa o caminho do pensamento e a prática utilizada para investigar uma determinada realidade (MINAYO, 2001). Segundo a autora, é essencial analisar as opções metodológicas que respondam às transformações do campo do conhecimento na área da saúde, uma vez que essa área exige modelos de "investigação por problema" para abordar questões complexas (MINAYO, 2001, p.16).

O presente estudo caracteriza-se como um estudo transversal e exploratório, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para examinar a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados. A abordagem quantitativa foi conduzida por meio de questionários estruturados e testes estatísticos, enquanto a análise qualitativa seguiu métodos de análise textual e análise foucaultiana do discurso, permitindo explorar as dinâmicas institucionais e relações de poder subjacentes às percepções dos profissionais.

Embora os dados tenham sido coletados em um único momento, as informações podem abranger experiências passadas dos participantes, como ocorre em estudos que analisam prontuários médicos ou relatos retrospectivos (GREENHALGH, 2006). Esse delineamento permite captar percepções e padrões institucionais no contexto dos profissionais de saúde em relação à autonomia dos pacientes dependentes químicos, sendo adequado para a presente investigação.

5.1 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas unidades de atendimento à saúde mental na cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre, ambas especializadas no atendimento a pacientes com transtornos psiquiátricos e dependência química.

5.1.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

O CAPS AD-III é uma unidade de referência para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Localizado em Rio Branco, essa unidade oferece atendimento contínuo, funcionando 24 horas por dia, incluindo serviços de acolhimento, suporte terapêutico e internação breve para estabilização dos pacientes.

5.1.2 PRONTO-SOCORRO DE RIO BRANCO

O OS de Rio Branco conta com uma Unidade de Saúde Mental especializada em urgências e emergências psiquiátricas, prestando assistência a pacientes em crise aguda. A

unidade dispõe de internação temporária 24 horas por dia, atuando no manejo clínico de transtornos psiquiátricos graves, incluindo casos de intoxicação aguda por substâncias psicoativas e episódios de abstinência severa.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A inclusão e exclusão de participantes obedecerá aos seguintes critérios:

5.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estar diretamente envolvido no atendimento a pacientes dependentes químicos internados ou em acolhimento temporário em unidades de saúde mental;
- Ter conhecimento sobre os programas de assistência a essa população em sua unidade de atuação; e
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante consentimento informado.

5.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não aceitarem participar do estudo ou recusarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Declararem não ter ciência ou não reconhecerem a importância do trabalho com pacientes dependentes químicos internados em um Hospital Geral; e
- Não conhecerem os programas de saúde específicos voltados ao atendimento dessa população na unidade onde atuam.

5.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE COLETA

Este estudo adota um paradigma de pesquisa voltado para a explicação de realidades específicas, considerando que o contexto em que se inserem os sujeitos pesquisados é essencial para a compreensão dos significados subjacentes às suas percepções e práticas. Dessa forma, o modelo de pesquisa valoriza as interações entre os participantes, suas experiências vivenciais e as dinâmicas institucionais que influenciam suas ações e intenções.

A população-alvo da pesquisa é composta por profissionais de saúde que atuam em leitos de saúde mental e no atendimento a dependentes químicos internados em um hospital geral, abrangendo médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais envolvidos diretamente no cuidado desses pacientes. Além disso, a pesquisadora assume um papel de interlocutora no processo investigativo, conforme discutido por Minayo (2006), que destaca a interseção entre sujeito e objeto da pesquisa nas Ciências Sociais.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e questionários, aplicados aos profissionais que exercem suas atividades nas duas unidades mencionadas anteriormente (CAPS AD-III e Pronto-Socorro de Rio Branco).

As entrevistas foram conduzidas presencialmente e registradas por gravação de áudio, mediante autorização prévia dos participantes. Posteriormente, foram transcritas integralmente para análise qualitativa.

Essa técnica é considerada um dos pilares da pesquisa qualitativa, sendo definida por Minayo (2006, p. 261) como parte do "sentido amplo de comunicação verbal", utilizada para exploração de percepções, experiências e significados relacionados ao tema investigado.

A entrevista é caracterizada como um processo de diálogo, no qual o entrevistador conduz a conversa para obtenção de informações relevantes para a construção do objeto de pesquisa.

Os questionários foram compostos por questões abertas, de múltipla escolha e discursivas, permitindo que os participantes registrem suas percepções de forma detalhada. As respostas obtidas foram posteriormente quantificadas e organizadas em tabelas, favorecendo a análise e interpretação dos dados.

Antes da realização das entrevistas e da aplicação dos questionários, foi fornecido aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a importância da gravação das entrevistas e a garantia de sigilo e anonimato dos dados coletados.

5.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As análises quantitativas foram realizadas utilizando o software R, com a aplicação do teste *Qui-Quadrado* (χ^2) para examinar associações entre variáveis categóricas. A análise textual foi conduzida por meio do IRAMUTEQ, rodado no ambiente R, permitindo a identificação de padrões lexicais e correspondências discursivas. Para a visualização dos resultados, foram utilizadas as bibliotecas ggplot2 (para gráficos e análise de correspondência) e wordcloud (para representação de nuvens de palavras).

5.4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

A análise quantitativa utilizou o teste *Qui-Quadrado* (χ^2) para verificar a existência de associações entre variáveis categóricas. No entanto, a homogeneidade dos resultados em algumas variáveis sugeriu que fatores institucionais podem ser mais influentes do que

diferenças individuais, tornando necessária uma abordagem qualitativa para aprofundar os significados subjacentes às percepções dos profissionais.

5.4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

A análise qualitativa será conduzida em duas etapas principais:

5.4.2.1 ANÁLISE DE DISCURSO - IRAMUTEQ

A análise textual foi realizada utilizando o IRAMUTEQ, permitindo a segmentação dos discursos em *clusters* lexicais. Inicialmente, foram identificados quatro *clusters* principais, mas dois deles apresentaram baixa representatividade e padrões discursivos pouco consistentes, sendo excluídos da análise posterior. Dessa forma, a interpretação dos resultados baseou-se nos dois clusters mais coesos, que representavam concepções distintas sobre autonomia no contexto do CAPS e do PS.

5.4.2.2 ANÁLISE FOUCAULTIANA

A análise foucaultiana do discurso foi conduzida para compreender como os dispositivos de poder estruturam a percepção dos profissionais de saúde sobre autonomia dos pacientes dependentes químicos. Foram analisados três eixos principais: (1) a medicalização do discurso, observando como os profissionais categorizam os pacientes e justificam a internação compulsória; (2) a normalização das condutas, verificando como as instituições moldam a percepção sobre o que é considerado um "bom" ou "mau" paciente; e (3) as estratégias de resistência, identificando falas que desafiam a normatização biomédica e propõem abordagens mais humanizadas. A análise comparativa entre CAPS e PS permitiu identificar tensões entre o discurso biomédico e o discurso psicossocial interdisciplinar.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e APROVADO sob o número CAAE: **93854518.2.0000.5009** e o parecer número do: **6.694.455**, em conformidade com as exigências éticas e normativas estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como pela Lei 14.874/2024, que dispõe sobre os direitos dos participantes de pesquisas científicas e a obrigatoriedade da proteção da sua privacidade e integridade.

A pesquisa foi conduzida exclusivamente com os dados coletados, utilizados estritamente para os fins descritos neste estudo, assegurando que as informações obtidas sirvam apenas para a interpretação dos sentidos relacionados aos princípios da autonomia e da justiça.

O foco da investigação está no papel desempenhado pelos profissionais de saúde na internação de pacientes dependentes químicos em um Hospital Geral, garantindo que nenhum dos envolvidos sofra qualquer tipo de prejuízo.

Em conformidade com a Lei nº 14.874/2024, que reforça os princípios da ética na pesquisa e a dignidade dos participantes, todas as informações pessoais foram tratadas com sigilo absoluto, e nenhum dado identificável de pacientes ou profissionais de saúde foram registrado ou divulgado.

Os dados coletados foram armazenados em arquivos organizados e nomeados conforme a ordem de coleta, permanecendo sob a guarda exclusiva da pesquisadora responsável. O sigilo e a confidencialidade das informações foram rigorosamente mantidos, sendo sua divulgação restrita ao âmbito científico, respeitando integralmente o anonimato dos envolvidos.

6 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir respondem aos objetivos específicos do estudo, descrever a percepção dos profissionais sobre a autonomia dos pacientes (Objetivo 1), identificar a influência da cultura institucional (Objetivo 2) e analisar padrões homogêneos ou discrepantes entre grupos profissionais (Objetivo 3).

A amostra do estudo foi composta por 32 profissionais de saúde do CAPS AD-III e 24 do Pronto-Socorro de Rio Branco (PS), totalizando 56 participantes. Observou-se uma predominância do sexo feminino em ambas as unidades, representando 68,75% dos participantes no CAPS AD-III e 83,33% no PS. Esse achado reflete a distribuição predominante da força de trabalho na saúde mental e na assistência a dependentes químicos, onde a presença feminina é mais expressiva, especialmente entre profissionais de enfermagem, psicologia e assistência social. Além disso, a equipe do PS é composta, majoritariamente, por técnicos de enfermagem e enfermeiros, enquanto o CAPS AD-III apresenta uma distribuição mais diversa de profissionais, incluindo psicólogos, assistentes sociais, bioquímicos e educadores físicos.

A idade média dos participantes variou entre as unidades, sendo maior no PS (HUERB). No CAPS AD-III, a média foi de 45,09 anos para mulheres e 46,09 anos para homens, enquanto no PS, as mulheres apresentaram média de 54,05 anos e os homens 39,25 anos. Essa diferença sugere que os profissionais do PS, especialmente do sexo feminino, possuem maior tempo de experiência na assistência hospitalar a pacientes internados por dependência química. Além disso, a maior heterogeneidade etária no CAPS AD-III, evidenciada pelo desvio-padrão mais elevado, sugere que a equipe dessa unidade reúne tanto profissionais mais jovens quanto experientes, o que pode refletir abordagens mais diversas sobre o tratamento dos pacientes.

A diversidade profissional também variou entre os locais. O CAPS AD-III apresentou um maior número de categorias profissionais distintas (21), enquanto o PS contou com 13. Essa diferença pode estar relacionada à própria estrutura organizacional das unidades: o CAPS AD-III adota um modelo de atenção psicossocial mais amplo e multidisciplinar, exigindo uma equipe diversificada para atuar na reabilitação integral dos pacientes. Por outro lado, o PS se concentra em atendimentos emergenciais e internações temporárias, o que demanda uma equipe mais homogênea, predominantemente composta por profissionais de enfermagem e medicina.

A maior diversidade profissional no CAPS AD-III pode influenciar a percepção sobre autonomia dos pacientes dependentes químicos, uma vez que diferentes categorias profissionais podem apresentar abordagens distintas sobre internação e tratamento. Além disso, a estrutura hospitalar do PS, voltada para estabilização e internação de curto prazo, pode favorecer uma

visão mais biomédica do tratamento, enquanto a abordagem interdisciplinar do CAPS AD-III pode ampliar a perspectiva sobre os processos de autonomia e reabilitação dos pacientes.

Tabela 2. Características sociodemográficas e profissionais dos participantes, por unidade.

VARIÁVEIS		CAPS AD (n=32)		PS (n=24)	
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	Média	45.09	46.09	54.05	39.25
	Desvio-Padrão (DP)	14.34	10.58	11.75	6.40
	Intervalo de Confiança (IC _{95%})	(38.73-51.45)	(39.33-54.47)	(49.00-60.00)	(29.07-49.43)
Total	Profissões	12	9	9	4
	Participantes	22	10	20	4
	Proporções de Participantes	68.75%	31.25%	83.33%	16.67%

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

A análise estatística por meio do teste *Qui-Quadrado* foi conduzida para verificar a existência de associações entre as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde e suas percepções sobre a internação e autonomia dos pacientes dependentes químicos. Foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária e profissão, tanto para o PS, quanto para o CAPS.

Os resultados indicaram homogeneidade nas respostas entre os sexos, em ambas as unidades. O teste *Qui-Quadrado* não encontrou diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0.05$) entre homens e mulheres em nenhuma das perguntas analisadas.

Esse achado sugere que a percepção dos profissionais sobre os pacientes dependentes químicos não é influenciada pelo sexo do profissional, mas sim por fatores institucionais que podem moldar a maneira como os profissionais interagem com os pacientes e compreendem a internação. Assim, a cultura organizacional da unidade de saúde parece exercer maior influência sobre as respostas do que diferenças individuais baseadas no sexo.

A análise por faixa etária também revelou homogeneidade na maioria das perguntas em ambas as unidades, com exceção da pergunta PA4 no CAPS, que apresentou uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

A pergunta PA4 investigou como o profissional se sente em relação aos casos sem sucesso na internação de dependentes químicos, com duas opções de resposta:

- “O faz confiante no sucesso do paciente”.
- “Age de forma mecânica”.

Os resíduos ajustados revelaram que profissionais com 66 anos ou mais apresentaram um padrão distinto de resposta, tendendo fortemente a agir de forma mecânica diante de casos sem sucesso (resíduo ajustado: +5.48). Já os profissionais mais jovens (20 a 65 anos)

demonstraram maior confiança no sucesso do paciente, sem diferenças significativas entre suas faixas etárias.

Esse resultado sugere que, no CAPS, a experiência profissional pode influenciar a forma como os profissionais lidam com os desafios da internação de dependentes químicos. Profissionais mais velhos podem apresentar maior desgaste emocional e ceticismo, possivelmente devido à exposição prolongada a situações de recaída e falhas no tratamento. Já os mais jovens, por estarem no início ou meio da carreira, podem demonstrar maior otimismo e confiança no impacto positivo da internação.

No PS, essa diferença não foi observada, sugerindo que o contexto hospitalar pode promover uma abordagem mais padronizada entre as diferentes gerações de profissionais.

A análise por profissão foi realizada agrupando os participantes em médicos e não médicos. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre esses grupos, tanto no PS quanto no CAPS ($p \geq 0.05$ para todas as perguntas analisadas).

Isso sugere que a formação profissional específica (médico vs. equipe multiprofissional) não influencia a percepção sobre autonomia dos pacientes ou a efetividade da internação. A cultura institucional parece ser o principal fator regulador das respostas, uniformizando as percepções independentemente da profissão do profissional de saúde.

Tabela 3. Respostas dos Profissionais de Saúde, por unidade.

VARIÁVEL	CAPS	PS	INTERPRETAÇÃO
Sexo	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Cultura institucional uniforme.
Faixa Etária	PA4 significativa ($p < 0.05$)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Profissionais mais velhos no CAPS tendem a agir mecanicamente diante de casos sem sucesso.
Profissão (Médicos / Não Médicos)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Formação profissional não influencia percepções sobre internação.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Embora a análise estatística tenha demonstrado padrões homogêneos em algumas variáveis, a compreensão da percepção dos profissionais sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos exige uma abordagem mais aprofundada. Assim, foi realizada uma análise qualitativa dos discursos, permitindo captar nuances que não seriam evidenciadas apenas pelos testes estatísticos.

Para explorar os padrões discursivos nas respostas abertas dos profissionais de saúde, realizamos uma análise textual inicial utilizando técnicas de agrupamento lexical. O objetivo

foi identificar estruturas narrativas predominantes e verificar como os discursos se organizam em torno da autonomia dos pacientes dependentes químicos.

A análise revelou quatro clusters distintos, que representavam diferentes formas de expressão sobre o tema. Porém, dois desses clusters continham um número reduzido de observações e apresentavam padrões menos consistentes, levando à sua exclusão da análise posterior. Dessa forma, mantivemos dois clusters principais, que demonstraram maior coesão discursiva e permitiram uma interpretação mais robusta das tendências narrativas entre os participantes.

A seguir, apresentamos as nuvens de palavras correspondentes a cada cluster, destacando os termos mais recorrentes e suas associações no discurso dos profissionais de saúde.

Figura 3. Padrões lexicais nos discursos sobre autonomia dos pacientes.



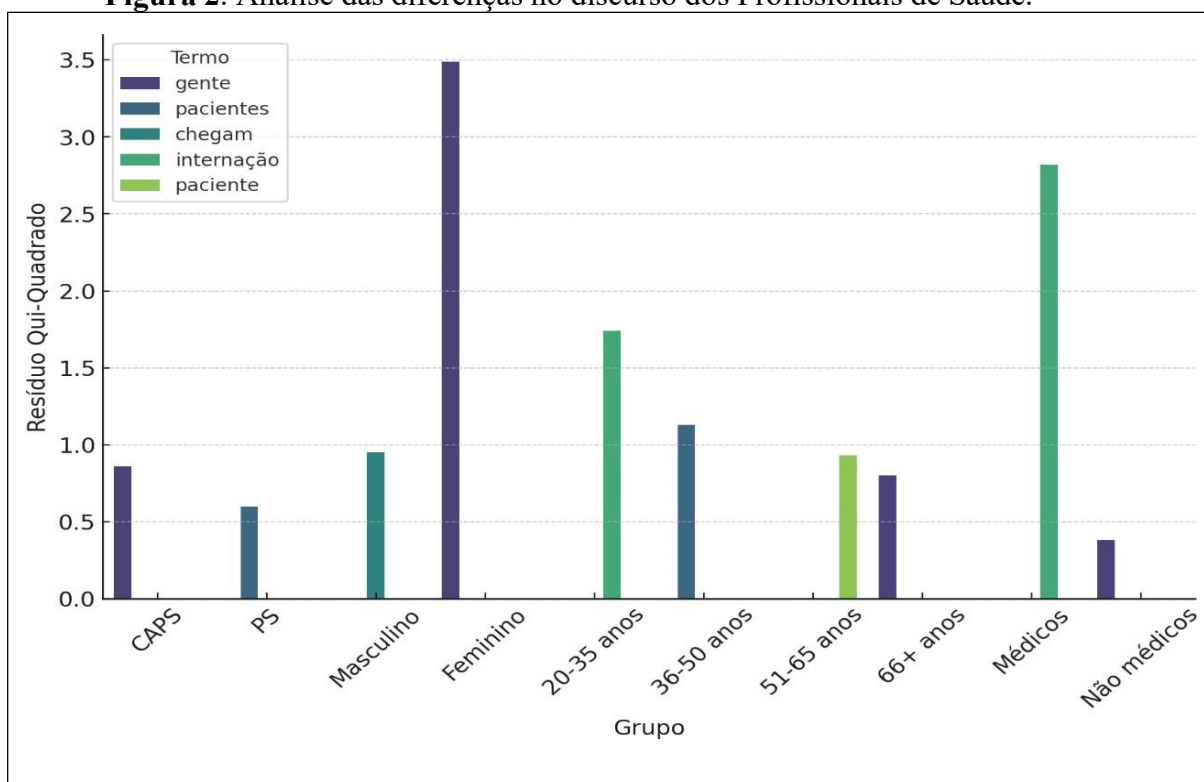
Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Os dois clusters discursivos identificados não apenas refletem a divisão CAPS-PS, mas também demonstram distintas concepções sobre autonomia. O primeiro cluster enfatiza a necessidade de controle institucional e adesão às normas, aproximando-se de uma perspectiva biomédica tradicional. Já o segundo cluster apresenta um discurso mais flexível e humanizado, considerando a trajetória individual do paciente e seu contexto social

Com o objetivo de investigar se há diferenças no discurso dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, realizamos uma análise quantitativa do vocabulário utilizado nas respostas às questões abertas. Para isso, aplicamos testes *Qui-Quadrado* a fim de identificar palavras estatisticamente mais associadas a diferentes grupos profissionais. As comparações foram feitas considerando: (1) Lotação (CAPS vs. PS), (2) Sexo, (3) Faixa etária e (4) Profissão (médico vs. não médico).

Os resultados indicam que os discursos diferem significativamente entre CAPS e PS, bem como entre diferentes grupos profissionais. A análise de resíduos padronizados do teste *Qui-Quadrado* permitiu identificar quais palavras são estatisticamente mais associadas a cada grupo. Os resíduos positivos indicam uso acima do esperado de um termo, enquanto os negativos indicam uso abaixo do esperado.

Figura 2. Análise das diferenças no discurso dos Profissionais de Saúde.



Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

No CAPS, observou-se uma tendência a utilizar um vocabulário mais subjetivo e relacional, destacando palavras como "gente" (resíduo = 0,86) e "porque" (resíduo = 0,78), refletindo a abordagem multiprofissional e humanizada do serviço. Já no PS, há uma ênfase maior em "pacientes" (resíduo = 0,60) e "internação" (resíduo = 0,29), o que está alinhado com a natureza mais técnica e voltada para casos agudos desse ambiente.

Indo além, médicos tendem a utilizar um discurso mais técnico e centrado no processo de internação, destacando "internação" (resíduo = 2,82) e "pacientes" (resíduo = 1,18). Em contrapartida, profissionais não médicos demonstram um enfoque mais humanizado, com destaque para termos como "gente" (resíduo = 0,38) e "porque" (resíduo = 0,42), sugerindo um maior envolvimento com o acolhimento e a escuta dos pacientes.

A diferença na linguagem entre médicos e não médicos, observada na análise, reflete não apenas formações distintas, mas também a diversidade de abordagens no atendimento aos pacientes dependentes químicos. Contudo, essa divisão foi adotada por uma necessidade metodológica, dado o grande número de categorias profissionais no CAPS em comparação ao PS. Caso a análise fosse feita estritamente por profissão, o número reduzido de profissionais em algumas categorias tornaria os resultados estatisticamente frágeis. Dessa forma, a separação buscou viabilizar a identificação de padrões discursivos mais amplos, sem implicar que médicos e não médicos formem grupos homogêneos em sua concepção de autonomia.

A análise quantitativa inicial revelou um alto grau de homogeneidade nas respostas dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos, sugerindo a necessidade de um aprofundamento qualitativo para compreender as nuances desse posicionamento. A partir dessa constatação, optou-se por realizar uma análise qualitativa dos discursos coletados, embasada na perspectiva foucaultiana, que permite explorar as relações de poder, os dispositivos de controle e as dinâmicas institucionais presentes nos relatos dos profissionais de saúde.

As entrevistas evidenciam a predominância do discurso biomédico na percepção dos profissionais sobre os dependentes químicos. Muitos descrevem os pacientes como "agitados", "agressivos", "psicóticos", "manipuladores" e "desorientados", o que indica um processo de patologização do comportamento. Como exemplo, um médico relatou:

"Tem duas situações: internação voluntária, em que o paciente está com estado moderado geral, e internação involuntária, onde observamos prejuízo na higiene pessoal, alterações de comportamento e sintomas ansiosos." (Médico, entrevistado no PS, em 01/04/2023).

Esse relato ilustra como a classificação dos pacientes ocorre com base em critérios biomédicos, estabelecendo uma fronteira entre aqueles que possuem capacidade decisória sobre seu tratamento e os que são submetidos à internação involuntária. Dessa forma, a autonomia do paciente não é uma característica fixa, mas sim um status atribuído pela equipe médica, tornando-se relativa e subordinada à autoridade institucional.

A relação de poder entre profissionais e pacientes também se manifesta nos discursos sobre as dificuldades do manejo clínico. Um dos profissionais descreveu:

"A grande maioria chega só, sem família, porque foram abandonados, e só tem nós para cuidar deles." (Técnica em Enfermagem, entrevistada no PS, em 09/03/2023).

Esse relato sugere um discurso assistencialista, no qual os profissionais de saúde se posicionam como figuras centrais no cuidado, reforçando a dependência institucional dos pacientes. No entanto, ao mesmo tempo em que essa fala demonstra empatia, ela também evidencia uma forma de controle social, pois insere o paciente dentro de um sistema normativo de acolhimento, onde a equipe determina o que é "cuidado adequado".

Observa-se que muitos pacientes chegam ao serviço sem uma construção clara de sua identidade pessoal, o que se reflete na dificuldade de responder a perguntas sobre autoavaliação. Um profissional descreve esse fenômeno como:

"Quando iniciamos o projeto terapêutico, muitos pacientes não sabem o que responder. Alguns dizem 'nem sei', outros ficam em silêncio, desorientados, vazios, como se tivessem perdido a identidade". (Assistente Social, entrevistada no CAPS, em 05/02/2025).

Esse relato sugere que, além da dependência química, a própria institucionalização e a relação de dependência dos pacientes com o sistema de saúde podem afetar sua percepção sobre si mesmos e sobre sua autonomia.

Outro aspecto relevante diz respeito à visão dos profissionais sobre o sucesso do tratamento. Uma profissional expressou:

"Cuidar do dependente químico é muito complexo, não existe só uma maneira correta de abordá-los. Talvez uma forma tenha funcionado com um paciente, mas isso não

significa que irá funcionar com outro." (Psicóloga, entrevistada no CAPS, em 20/12/2024).

Essa perspectiva rompe com a abordagem homogênea e normatizadora, sugerindo um entendimento mais individualizado e menos coercitivo do tratamento. Essa visão dialoga com a resistência foucaultiana, na medida em que questiona a padronização dos processos terapêuticos e busca reconhecer a singularidade de cada paciente. No entanto, outras falas demonstram que o discurso normativo ainda prevalece em relação à internação compulsória. Uma profissional compartilhou:

"Eu era a favor da internação voluntária, mas com o tempo percebi que, em muitos casos, o paciente não quer realmente mudar e a pressão familiar acaba sendo o que o leva a entrar. Hoje, sou absolutamente contra a internação voluntária, porque sem a reconstrução dos vínculos familiares, ela não resolve e apenas perpetua o ciclo de recaídas." (Farmacêutica, entrevistada no CAPS; em 07/02/2025).

Essa fala sugere um deslocamento na compreensão da internação, ao reconhecer que a estrutura familiar é um elemento central para a reabilitação. Ainda que a profissional critique a internação voluntária, seu discurso mantém a lógica de controle, pois pressupõe que a família deve ser reintegrada ao tratamento para que ele seja eficaz.

Ao analisar esses discursos sob a ótica foucaultiana, percebe-se a existência de dispositivos de poder que regulam o comportamento dos pacientes e delimitam sua autonomia. A medicalização e a patologização do dependente químico são mecanismos de controle que justificam práticas de institucionalização, estabelecendo normas sobre o corpo e a conduta desses indivíduos. No entanto, também há brechas para formas de resistência, evidenciadas por profissionais que enfatizam o acolhimento humanizado e a inclusão da família como estratégias que desafiam a abordagem hegemônica da internação coercitiva.

Os resultados indicam que a percepção da autonomia dos pacientes dependentes químicos é fortemente influenciada pela cultura institucional e pela formação dos profissionais de saúde. Enquanto o modelo hospitalar reforça uma abordagem normativa e centrada na medicalização, a estrutura do CAPS possibilita um discurso mais relacional e interdisciplinar. No entanto, independentemente do local de trabalho, as narrativas evidenciam tensões entre o princípio da autonomia e os dispositivos de poder institucional. Essas contradições revelam a necessidade de estratégias que promovam não apenas a escuta ativa e a corresponsabilização do paciente no processo terapêutico, mas também mecanismos institucionais que reduzam práticas coercitivas e favoreçam um cuidado mais democrático e individualizado.

7 DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar, sob a perspectiva bioética, a percepção dos profissionais de saúde acerca da autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, analisando como essa percepção se relaciona com a influência da cultura institucional no ambiente hospitalar. Nesse contexto, buscou-se (i) descrever a percepção dos profissionais sobre a autonomia desses pacientes, (ii) identificar como a cultura institucional influencia essa percepção e (iii) analisar se há padrões homogêneos ou discrepantes na forma como os profissionais lidam com o princípio da autonomia, considerando diferentes grupos profissionais e instituições (BARROS; GOUVEIA, 2016; SOUZA; CARVALHO, 2021).

Observou-se, a partir dos dados coletados, que fatores como sexo e profissão (médicos vs. não médicos) não alteram de forma estatisticamente significativa o modo como os profissionais encaram a internação de dependentes químicos. Esses achados são coerentes com estudos anteriores que destacam o peso das estruturas organizacionais na determinação de práticas assistenciais, relativizando as diferenças individuais (LE MOS; ALMEIDA, 2018).

A análise quantitativa e qualitativa evidenciou que a cultura institucional exerce impacto direto na percepção dos profissionais de saúde acerca da autonomia dos pacientes (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2015; GONÇALVES; PEREIRA, 2018). Em unidades que seguem um modelo eminentemente biomédico, com protocolos mais rígidos e foco na estabilização de curto prazo, a autonomia tende a ser entendida como um atributo passível de suspensão quando o paciente é avaliado como “sem capacidade de decisão”.

Nesse sentido, a internação involuntária ou compulsória se legitima pelo discurso do risco clínico ou comportamental, muitas vezes associado à manipulação, agitação ou desorientação do paciente. Em contrapartida, no CAPS AD-III, que adota um cuidado mais interdisciplinar, alguns profissionais ressaltam a importância de estratégias participativas, em que o paciente e sua rede de apoio (notadamente a família) assumem corresponsabilidade pelo processo terapêutico. Essa abordagem mais humanizada confirma que a influência institucional não é homogênea e pode apresentar brechas de resistência ao modelo biomédico tradicional (GONÇALVES; PEREIRA, 2018).

Embora as análises estatísticas iniciais apontem para uma relativa homogeneidade entre profissionais, algumas discrepâncias surgiram ao se comparar faixas etárias (SANTOS; TEIXEIRA, 2019; FREIRE *et al.*, 2022).

No CAPS, profissionais mais velhos (acima de 66 anos) mostraram maior desgaste emocional e tendiam a agir de modo mecanicista diante de casos de recaída, enquanto

profissionais mais jovens mantinham uma perspectiva otimista quanto ao sucesso do tratamento.

Essa diferença etária pode estar associada ao acúmulo de vivências de insucessos terapêuticos, refletindo ceticismo e menor flexibilidade na adoção de abordagens individualizadas. Em contrapartida, para profissionais em início ou meio de carreira, a possibilidade de obter resultados positivos com o paciente ainda é vista com maior esperança.

Em termos institucionais, isso sugere que a cultura local é interpretada de forma distinta por profissionais com diferentes bagagens, confirmando a influência de fatores geracionais sobre a aplicação de diretrizes éticas e assistenciais (RODRIGUES et al., 2020).

À luz de Michel Foucault, as relações de poder que emergem do discurso biomédico e das normas institucionais tornam-se centrais para compreender a maneira como a autonomia do paciente é efetivamente exercida (VIEIRA *et al.*, 2018; MARTINS; FARIA, 2021).

Profissionais que categorizam os pacientes como “agressivos”, “manipuladores” ou “psicóticos” reproduzem, ainda que involuntariamente, um mecanismo de controle que justifica a institucionalização. Nesse cenário, a autonomia é relativizada a partir de critérios clínicos definidos pela equipe, tornando-se um “status” outorgado ou retirado conforme se avalia a adesão do paciente às regras estabelecidas. Por outro lado, alguns discursos evidenciam uma possibilidade de resistência: ao priorizar a escuta ativa e a corresponsabilização, profissionais em espaços de atenção psicossocial apontam para modelos de cuidado mais flexíveis e próximos das perspectivas contemporâneas de bioética, que valorizam a singularidade de cada sujeito e reconhecem a importância do contexto familiar e social na tomada de decisões (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2015).

A consolidação de um cuidado verdadeiramente orientado pelo respeito à autonomia do paciente demanda práticas institucionais que superem o poder disciplinar implícito no modelo biomédico. Estratégias como a implantação de comitês de bioética intra-hospitalares, a criação de protocolos de internação menos coercitivos e a formação continuada em direitos do paciente podem contribuir para ampliar a reflexão ética nas equipes de saúde (LE MOS; ALMEIDA, 2018; SANTOS; TEIXEIRA, 2019).

Ademais, a adoção de modelos terapêuticos integrativos, que considerem fatores biopsicossociais, tende a favorecer a participação ativa do paciente e de sua família, reforçando o caráter dialógico do cuidado. Nesse sentido, a educação permanente em saúde e a promoção de espaços de discussão interdisciplinar possibilitam trocas de experiências e o questionamento crítico de condutas cristalizadas no dia a dia institucional.

Em síntese, os resultados confirmam que a percepção sobre a autonomia de pacientes dependentes químicos internados não decorre apenas de fatores individuais, mas se enraíza profundamente na cultura institucional e nos discursos de poder que estruturam a assistência.

Embora o modelo biomédico prevaleça na maior parte das instituições analisadas, mantendo práticas que relativizam a autonomia em nome da segurança e do controle, há movimentos que indicam uma transição para abordagens mais humanizadas e participativas.

A adoção efetiva de uma perspectiva bioética exige, portanto, a criação de dispositivos institucionais que facilitem a expressão e a corresponsabilização do paciente, respeitando sua trajetória de vida e promovendo uma discussão ética contínua sobre as práticas de internação. Investir em políticas de saúde que fortaleçam a rede de cuidado e reconheçam o papel ativo do paciente e de sua família constitui um passo fundamental para superar modelos assistenciais excessivamente centrados na medicalização e possibilitar a plena realização do princípio da autonomia.

8. CONCLUSÃO

A autonomia dos dependentes químicos é fortemente influenciada pela cultura institucional e dispositivos de poder vigentes. Embora fatores como formação e sexo não se mostrem decisivos, profissionais mais experientes tendem a adotar abordagens mecânicas ante recaídas. Persistem brechas para práticas humanizadas, valorizando a corresponsabilização do paciente.

Os principais riscos envolvidos na pesquisa referem-se à confidencialidade dos dados coletados, incluindo possíveis acessos indevidos às informações fornecidas pelos participantes. Entretanto, foi adotado que nenhuma informação que permita a identificação direta dos participantes será coletada;

Todos os dados foram anonimizados e codificados em um banco de dados seguro, acessível apenas pelos pesquisadores responsáveis e as informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, garantindo sigilo absoluto na divulgação dos resultados.

Estes achados ainda contribuirão como principais benefícios para a Bioética no contexto acadêmico e científico para o aprimoramento da qualidade do atendimento prestado aos pacientes dependentes químicos que buscam assistência nos serviços de saúde em Rio Branco. Subsídios para a formulação e aprimoramento de políticas públicas voltadas à atenção psicossocial e ao fortalecimento de programas de tratamento para dependência química; e a disseminação do conhecimento científico sobre a percepção dos profissionais de saúde em relação à autonomia dos pacientes, por meio de publicações em eventos científicos, livros e revistas acadêmicas, sempre resguardando a identidade dos participantes.

9. REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Nuno; OLIVEIRA DA SILVA, Miguel; MADEIRA, Luis. Ethics of psychedelic use in psychiatry and beyond – based on legal, social, and clinical challenges. *Philosophies*, v.8, n.5, p.76, 2023.
- ANDERSEN, K. A. et al. Ethical considerations in psychedelic-assisted psychotherapy. *Journal of Medical Ethics*, v. 48, n. 6, p. 403–410, 2022.
- BAPTISTA, J. R.; OLIVEIRA, M. C. Internação psiquiátrica e autonomia do paciente: revisão integrativa. *Revista de Saúde Mental*, v.12, n.2, p.45-59, 2015.
- BARROS, R. A.; GOUVEIA, L. S. Práticas institucionais em saúde mental e o discurso biomédico: uma análise crítica. *Psicologia e Saúde*, v.14, n.3, p.223-237, 2016.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2020.
- BLEASE, C. et al. Informed consent and patient expectations in psychedelic therapy. *Ethics & Human Research*, v. 45, n. 2, p. 12–21, 2023.
- BREEKSEMA, Joost J. et al. Patient perspectives and experiences with psilocybin treatment for treatment-resistant depression: a qualitative study. *Scientific Reports*, v.14, n.1, p.2929, 2024.
- CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2010.
- CARHART-HARRIS, R. L. et al. Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *The New England Journal of Medicine*, v. 384, n. 15, p. 1402–1411, 2021.
- CELIDWEN, Y. et al. Ethical and cultural considerations in psychedelic research. *Nature Mental Health*, v. 1, p. 84–92, 2023.
- DAVIS, Alan K. et al. Study protocol of an open-label proof-of-concept trial examining the safety and clinical efficacy of psilocybin-assisted therapy for veterans with PTSD. *BMJ Open*, v.5, p.e068884, 2023.
- DAVIS, A. K. et al. Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*, v. 78, n. 5, p. 481–489, 2021.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, E. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DUPUIS, David; VEISSIÈRE, Samuel. Culture, context and ethics in the therapeutic use of hallucinogens: psychedelics as active superplacebos? *Transcultural Psychiatry*, v.59, n.5, p.571-578, 2022.
- FREIRE, M. S.; AMARAL, T. O.; PEREIRA, D. C. Crenças e atitudes de profissionais de saúde sobre dependentes químicos: uma abordagem qualitativa. *Revista de Estudos em Enfermagem*, v.18, n.4, p.356-371, 2022.

GONÇALVES, M. A.; PEREIRA, T. S. Discurso biomédico e internação involuntária de dependentes químicos: uma revisão. *Saúde e Sociedade*, v.27, n.1, p.59-70, 2018.

GORDON, Emma C. Trust and psychedelic moral enhancement. *Neuroethics*, v.15, n.2, p.19, 2022.

JACOBS, Eduardo. Transformative experience and informed consent for psychedelic-assisted psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, v.14, p.1108333, 2023.

JACOBS, Edward et al. When the trial is over: The case of post-trial dispositions in psychedelic clinical research. *Neuroethics*, v.17, n.1, p.3, 2024.

JOHNSON, M. W. et al. Regulatory frameworks for psychedelic therapies. *Neuropharmacology*, v. 216, 109165, 2022

JUNQUEIRA, C. R. “Bioethics: concept, cultural context, foundation and principles”. In: RAMOS, D. L. P. *Bioethics and professional ethics*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.22-34.

KIRKHAM, Nin; LETHEBY, Chris. Psychedelics and environmental virtues. *Philosophical Psychology*, v.37, n.2, p.371-395, 2024.

LANGLITZ, Nicolas; GEARIN, Alex K. Psychedelic Therapy as a Way of Life. *Neuroethics*, v.17, n.1, p.14, 2024.

LANGLITZ, N. *Neuropsychodelia: The revival of hallucinogen research since the decade of the brain*. Berkeley: University of California Press, 2020.

LEMOES, R. B.; ALMEIDA, T. M. Cultura organizacional e autonomia do paciente psiquiátrico: um estudo em serviços de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.2, p.415-424, 2018.

LIMA, R. C. C. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas. *Argumentum*, v.4, n.2, p.6-23, 2012.

MACIEL, L. A. Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos: revisão bibliográfica. Criciúma: UESC, 2013.

MANTHEY, Jakob et al. Controlled administration of cannabis to mitigate cannabis-attributable harm among recreational users: a quasi-experimental study in Germany. *F1000Research*, v.9, 2020.

MARTINS, J. P.; FARIA, L. N. Autonomia e poder disciplinar na internação de dependentes químicos: contribuições foucaultianas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.25, e200154, 2021.

MICELI MCMILLAN, Ricardo. Global bioethical challenges of the medicalization of psychedelics. *Journal of Psychedelic Studies*, v.2, p.57-64, 2021.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- NAYAK, Sandeep; JOHNSON, Matthew W. Psychedelics and psychotherapy. *Pharmacopsychiatry*, v.54, n.4, p.167-175, 2021.
- NOORANI, T. et al. Access, equity, and justice in psychedelic healthcare. *Bioethics*, v. 37, n. 1, p. 12–22, 2023
- OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- OTTERMAN, Lauren S. Research into psychedelic-assisted psychotherapy for anorexia nervosa should be funded. *Journal of Bioethical Inquiry*, v.20, n.1, p.31-39, 2023.
- PILECKI, Brian et al. Ethical and legal issues in psychedelic harm reduction and integration therapy. *Harm Reduction Journal*, v.18, n.1, p.40, 2021.
- PHELPS, J. Developing guidelines and competencies for psychedelic-assisted psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, v. 62, n. 4, p. 500–521, 2022.
- REIFF, C. M. et al. Psychedelics and psychedelic-assisted psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, v. 177, n. 5, p. 391–410, 2020
- RODRIGUES, A. P.; BARROS, C. L.; OLIVEIRA, S. R. Percepção de enfermeiros sobre a internação de dependentes químicos: uma análise etária e cultural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.73, n.6, e20190800, 2020.
- ROMEO, B. et al. Long-term outcomes of psychedelic-assisted therapies. *Molecular Psychiatry*, v. 28, p. 1562–1574, 2023.
- RONZANI, T. M. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF, 2014.
- ROSENBAUM, Daniel et al. Ethical Considerations at the Intersection Between Psychedelic-Assisted Psychotherapy and Medical Assistance in Dying. *AJOB Neuroscience*, v.14, n.2, p.139-141, 2023.
- SANTOS, P. T.; TEIXEIRA, L. G. Internação psiquiátrica: expectativas e frustrações de profissionais de saúde mais experientes. *Revista de Saúde Coletiva*, v.29, n.4, p.591-604, 2019.
- SEYBERT, Carolina et al. Psychedelic treatments for mental health problems pose challenges to informed consent. *Nature Medicine*, v.29, n.9, p.2167-2170, 2023.
- SCHAEFER, G. O. et al. Ethics of emerging mental health interventions. *The Lancet Psychiatry*, v. 11, n. 2, p. 95–103, 2024.
- SMITH, W. R.; SISTI, D. A. Ethical risks in psychedelic therapy. *Journal of Medical Ethics*, v. 49, n. 1, p. 32–38, 2023.
- SKREK, Michal. Opening the doors of perception: psychedelic-assisted psychotherapy as palliative care medicine. *Aesthetika (Ciudad Autón. B. Aires)*, p.77-84, 2022.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. Introdução à Estatística Médica. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG COOPMED, 2002.

SONG-SMITH, Charlie et al. UK medical students' self-reported knowledge and harm assessment of psychedelics and their application in clinical research: a cross-sectional study. *BMJ Open*, v.14, n.3, p.e083595, 2024.

SOUZA, H. A.; CARVALHO, G. M. Análise do discurso de profissionais de saúde sobre a autonomia de pacientes dependentes químicos. *Revista Bioética*, v.29, n.3, p.477-485, 2021.

THORENS, Gabriel et al. Ethics in the practice of psychedelic-assisted psychotherapy. *Revue Médicale Suisse*, v.838, p.1508-1512, 2023.

TEN HAVE, H. *Global bioethics: An introduction*. London: Routledge, 2022.

TEN HAVE, H.; GORDIJN, B. *Handbook of global bioethics*. 2. ed. Dordrecht: Springer, 2021.

VIEIRA, F. T.; LIMA, V. M.; CASTRO, M. N. A medicalização do comportamento e a autonomia do paciente: reflexões foucaultianas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.28, n.2, e280201, 2018.

VILLIGER, Daniel; TRACHSEL, Manuel. With great power comes great vulnerability: an ethical analysis of psychedelics' therapeutic mechanisms proposed by the REBUS hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, v.49, n.12, p.826-832, 2023.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS REFERENTE AO DOUTORAMENTO

A presente tese, intitulada “A autonomia nos olhos de quem cuida: a influência da cultura institucional na percepção dos profissionais de saúde sobre a internação de dependentes químicos em uma capital da Amazônia Ocidental brasileira”, sustenta que autonomia, na prática clínica real, não é um atributo isolado do indivíduo, mas uma construção situada: nasce do encontro entre vulnerabilidades, vínculos, riscos, recursos disponíveis e, sobretudo, da cultura institucional que organiza o modo de cuidar.

Assim, a autonomia observada “nos olhos de quem cuida” revela menos um conceito abstrato e mais um fenômeno moral concreto, atravessado por rotinas, normas tácitas, linguagem, hierarquias e pela forma como as instituições interpretam “proteção”, “segurança” e “responsabilização”.

Ao longo do percurso investigativo, tornou-se evidente que a cultura institucional pode atuar como um amplificador ético — favorecendo a escuta, o consentimento possível, a decisão compartilhada e a redução de danos — ou como um filtro paternalista, que, mesmo bem-intencionado, desloca a pessoa do centro da decisão, substituindo-a por protocolos rígidos, por estigmas associados ao uso de substâncias e por uma leitura exclusivamente biomédica do sofrimento.

Nesse cenário, a internação — especialmente quando marcada por urgência, coação ou assimetrias extremas de poder — expõe o dilema clássico entre beneficência/proteção e respeito à autonomia, exigindo uma bioética que seja simultaneamente principiológica e prudencial, capaz de reconhecer limites de capacidade decisional sem transformar tal reconhecimento em licença para silenciar o sujeito.

A principal contribuição desta tese é afirmar, com base no objeto estudado, que o grau de autonomia exercida por pessoas em situação de dependência química durante processos de internação é profundamente condicionado por variáveis institucionais: (i) ambiente moral (normas explícitas e implícitas), (ii) arranjos de governança clínica, (iii) formação ética efetiva e contínua, (iv) práticas de comunicação e registro, (v) presença de espaços estruturados de deliberação e (vi) indicadores de qualidade centrados na pessoa. Em termos práticos, isso implica reconhecer que fortalecer autonomia exige intervenção institucional, e não apenas apelos à “decisão livre” do paciente — decisão que, muitas vezes, é comprimida por medo, abstinência, sofrimento psíquico, conflitos familiares, precariedades sociais e pressões organizacionais.

Nesse percurso, a produção científica consolidou-se em dois manuscritos que funcionam como coluna vertebral argumentativa do trabalho e, ao mesmo tempo, como prova

do amadurecimento intelectual do projeto, ambos aceitos para publicação na Revista Bioética (CFM):

Manuscrito 1 — “Percepção profissional sobre cultura institucional e autonomia na internação”: este artigo materializa o núcleo empírico e interpretativo da tese ao evidenciar como profissionais de saúde, ao decidir e justificar condutas, recorrem a repertórios institucionais que podem legitimar tanto práticas emancipatórias quanto práticas de tutela.

Ao colocar em primeiro plano a percepção de quem cuida, o manuscrito demonstra que a ética do cuidado não é neutra: ela é produzida e reproduzida por arranjos institucionais. O resultado mais relevante não é apenas descritivo, mas normativo: a cultura institucional, quando não problematizada, passa a substituir a ética — transformando o “sempre foi assim” em critério moral. O artigo, portanto, sustenta a necessidade de instituições deliberativas, nas quais o conflito moral seja tratado como parte do cuidado e não como ruído a ser eliminado.

Manuscrito 2 — “Aplicação da bioética na psicoterapia assistida por psicodélicos”: este artigo amplia o alcance da tese ao deslocar o debate para uma fronteira terapêutica contemporânea, sem perder o eixo central: autonomia, consentimento, vulnerabilidade e responsabilidade institucional. Ao discutir uma prática em ascensão no cenário internacional, o manuscrito demonstra que, em intervenções inovadoras, a autonomia pode ser facilmente capturada por narrativas de “solução rápida”, por expectativas irreais, por desigualdades de acesso e por disputas regulatórias.

O texto reforça que o campo da saúde mental exige uma bioética que una prudência, evidência, integridade clínica e proteção de direitos, evitando tanto o proibicionismo acrítico quanto o entusiasmo irresponsável. A conexão com a tese é direta: também aqui, a autonomia é mediada por instituições — pela qualidade do consentimento, pelos controles éticos, pela formação das equipes, pela governança e pela transparência.

A integração desses dois manuscritos ao corpo da tese fortalece uma tese maior: a autonomia precisa de ecossistema. Ela exige cultura institucional orientada por direitos, comunicação qualificada, práticas centradas na pessoa e dispositivos de contenção do arbítrio. Em termos de implicações, este trabalho aponta caminhos concretos e alcançáveis para a realidade estudada: (i) institucionalizar espaços de deliberação ética (comissões, rounds éticos, supervisão), (ii) qualificar protocolos de consentimento e de comunicação clínica em cenários de crise, (iii) adotar abordagem informada por trauma e redução de danos, (iv) implementar formação continuada em bioética aplicada ao cotidiano e (v) monitorar indicadores de respeito

à dignidade, à proporcionalidade das medidas e à participação do paciente e da família, quando pertinente.

Por fim, esta tese propõe uma síntese: cuidar é, inevitavelmente, exercer poder; e a bioética existe para que esse poder seja legítimo, proporcional, transparente e humano. Quando a cultura institucional aprende a escutar, a autonomia deixa de ser um ideal distante e se torna prática: imperfeita, gradual, porém real.

Na Amazônia Ocidental brasileira — onde desigualdades, escassez de recursos e vulnerabilidades sociais podem intensificar o risco de decisões tuteladoras — a consolidação de uma cultura institucional deliberativa não é luxo acadêmico: é condição de justiça. “Autonomia não é ausência de cuidado: é cuidado com respeito — firme, lúcido e humano.”

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Data da entrevista:** _____

2. **Número de identificação (CPF ou RG):**

Resposta:

() Recusa

3. **Nome completo:**

Resposta:

4. **Sexo:**

() Masculino

() Feminino

() Recusa

() Outro: _____

5. **Data de Nascimento:**

Resposta:

() Recusa

6. **Idade:**

Resposta:

() Recusa

7. **Profissão:** _____

8. **Especialidade:** _____

9. **Local de Trabalho:**

() CAPS AD-III

() PS

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

O questionário teve como base:

A. A investigação com profissionais de saúde que cumprem seu papel na rede de atenção psicossocial ao dependente químico e sua internação num hospital geral. Sobre isso nossa intenção esteve voltada para as seguintes questões:

1. **O que considera mais importante num processo de internação de dependente químico?**
 - a. ☐ A sociedade em geral.
 - b. ☐ O paciente enquanto ser individual.

2. **Acredita que a internação vai surtir efeito positivo sobre o paciente?**
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não

3. **É ciente da importância de internação do paciente para a reabilitação do mesmo?**
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não

4. **Quanto ao seu trabalho em função de casos sem sucesso vistos anteriormente:**
 - a. ☐ O faz confiante no sucesso do paciente.
 - b. ☐ Age de forma mecânica.

5. **No processo de internação:**
 - a. ☐ Age com imparcialidade, profissionalismo, especialmente.
 - b. ☐ Procura inserir ao profissionalismo um caráter mais humanitário.

6. **Quanto a natureza da doença:**
 - ☐ Trata o paciente como se fosse de qualquer outro tipo de doença.
 - ☐ Tem restrições quanto a ele ser dependente químico.

7. Descreva como os pacientes chegam ao hospital nas situações de internação.

Retrate o estado psicológico dele, de modo geral.

Resposta:.....
.....
.....
.....

B. Quanto aos subsídios para a prevenção de agravamentos de circunstâncias que envolvam risco psicológico, pessoal e social além de violência, fragilização e rompimento de vínculos dos indivíduos atendidos em leitos de saúde mental:

1. **Atende o paciente regularmente por meio de prontuário, atendendo horários de medicação e outras recomendações?**
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
 - c. ☐ Em parte

2. **É atencioso/prestativo quando solicitado pelo paciente para esclarecimento quando a medicação ou outras informações pertinentes?**
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
 - c. ☐ Em parte

3. **Considera que a qualidade do atendimento hospitalar ao internado pode contribuir para sua recuperação?**
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
 - c. ☐ Em parte

4. **Na sua rotina hospitalar já vivenciou casos de violência imposta a algum dependente de drogas por parte de outros profissionais?**
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não

5. **No cotidiano dos casos em que atende:**
 - a. ☐ Costuma agir como um disciplinador – severo e rígido.
 - b. ☐ Como um elemento de apoio e proteção ao internado.

6. **Pode acrescentar alguma informação, caso, situação vivenciada no atendimento que gostaria de relatar?**

APÊNDICE III – CARACTERÍSTICAS ANONIZADAS DOS PARTICIPANTES

Tabela A3.1. Características sociodemográficas dos participantes.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	SEXO	FAIXA ETÁRIA	PROFISSÃO
01	CAPS	Feminino	20-35	Não médico
02	CAPS	Feminino	20-35	Não médico
03	CAPS	Feminino	20-35	Médico
04	CAPS	Feminino	20-35	Não médico
05	CAPS	Feminino	20-35	Não médico
06	CAPS	Masculino	20-35	Não médico
07	CAPS	Feminino	20-35	Não médico
08	CAPS	Feminino	20-35	Médico
09	CAPS	Feminino	20-35	Não médico
10	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
11	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
12	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
13	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
14	CAPS	Masculino	36-50	Não médico
15	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
16	CAPS	Masculino	36-50	Não médico
17	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
18	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
19	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
20	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
21	CAPS	Masculino	36-50	Não médico
22	CAPS	Masculino	36-50	Não médico
23	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
24	CAPS	Feminino	36-50	Não médico
25	CAPS	Masculino	51-65	Não médico
26	CAPS	Feminino	51-65	Não médico
27	CAPS	Feminino	51-65	Não médico
28	CAPS	Masculino	51-65	Não médico
29	CAPS	Masculino	51-65	Médico
30	CAPS	Feminino	51-65	Não médico
31	CAPS	Feminino	51-65	Não médico
32	CAPS	Masculino	51-65	Não médico
33	PS	Feminino	20-35	Médico
34	PS	Feminino	20-35	Médico

35	PS	Masculino	20-35	Não médico
36	PS	Masculino	20-35	Médico
37	PS	Feminino	20-35	Não médico
38	PS	Feminino	36-50	Não médico
39	PS	Masculino	36-50	Médico
40	PS	Feminino	36-50	Não médico
41	PS	Masculino	36-50	Não médico
42	PS	Feminino	36-50	Não médico
43	PS	Feminino	36-50	Não médico
44	PS	Feminino	51-65	Não médico
45	PS	Feminino	51-65	Não médico
46	PS	Feminino	51-65	Não médico
47	PS	Feminino	51-65	Não médico
48	PS	Feminino	51-65	Não médico
49	PS	Feminino	51-65	Não médico
50	PS	Feminino	51-65	Não médico
51	PS	Feminino	51-65	Não médico
52	PS	Feminino	51-65	Não médico
53	PS	Feminino	51-65	Não médico
54	PS	Feminino	51-65	Não médico
55	PS	Feminino	66+	Não médico
56	PS	Feminino	66+	Não médico

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

APÊNDICE IV – RESPOSTAS ANONIZADAS POR PARTICIPANTE

Tabela A4.1. Respostas fechadas à questão A1 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A1
01	CAPS	b
02	CAPS	b
03	CAPS	b
04	CAPS	b
05	CAPS	b
06	CAPS	b
07	CAPS	a
08	CAPS	b
09	CAPS	b
10	CAPS	b
11	CAPS	b
12	CAPS	b
13	CAPS	b
14	CAPS	b
15	CAPS	b
16	CAPS	b
17	CAPS	b
18	CAPS	b
19	CAPS	a
20	CAPS	b
21	CAPS	b
22	CAPS	b
23	CAPS	b
24	CAPS	b
25	CAPS	b
26	CAPS	b
27	CAPS	b
28	CAPS	a
29	CAPS	b
30	CAPS	a
31	CAPS	b
32	CAPS	a
33	PS	b
34	PS	b
35	PS	b

36	PS	b
37	PS	b
38	PS	b
39	PS	b
40	PS	b
41	PS	b
42	PS	b
43	PS	b
44	PS	b
45	PS	b
46	PS	a
47	PS	b
48	PS	a
49	PS	b
50	PS	b
51	PS	b
52	PS	b
53	PS	b
54	PS	b
55	PS	b
56	PS	b

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.2. Respostas fechadas à questão A2 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A2
01	CAPS	a
02	CAPS	a
03	CAPS	a
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	a
07	CAPS	a
08	CAPS	a
09	CAPS	a
10	CAPS	a
11	CAPS	a
12	CAPS	b
13	CAPS	a
14	CAPS	a
15	CAPS	a
16	CAPS	b
17	CAPS	a
18	CAPS	a
19	CAPS	a
20	CAPS	a
21	CAPS	a
22	CAPS	a
23	CAPS	a
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	b
27	CAPS	a
28	CAPS	a
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	b
32	CAPS	b
33	PS	a
34	PS	a
35	PS	a
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	b
39	PS	a
40	PS	a
41	PS	a
42	PS	a
43	PS	b
44	PS	a
45	PS	b
46	PS	b
47	PS	a
48	PS	a
49	PS	a
50	PS	a
51	PS	b
52	PS	a
53	PS	b
54	PS	a
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.3. Respostas fechadas à questão A3 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A3
01	CAPS	a
02	CAPS	a
03	CAPS	a
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	a
07	CAPS	a
08	CAPS	a
09	CAPS	a
10	CAPS	a
11	CAPS	b
12	CAPS	b
13	CAPS	a
14	CAPS	a
15	CAPS	a
16	CAPS	a
17	CAPS	a
18	CAPS	a
19	CAPS	a
20	CAPS	a
21	CAPS	a
22	CAPS	a
23	CAPS	a
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	b
27	CAPS	a
28	CAPS	a
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	b
32	CAPS	b
33	PS	a
34	PS	b
35	PS	a
36	PS	b
37	PS	a

38	PS	b
39	PS	a
40	PS	a
41	PS	a
42	PS	a
43	PS	a
44	PS	a
45	PS	a
46	PS	b
47	PS	a
48	PS	a
49	PS	a
50	PS	a
51	PS	a
52	PS	a
53	PS	a
54	PS	a
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.4. Respostas fechadas à questão A4 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A4
01	CAPS	a
02	CAPS	a
03	CAPS	a
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	a
07	CAPS	a
08	CAPS	a
09	CAPS	b
10	CAPS	a
11	CAPS	a
12	CAPS	a
13	CAPS	a
14	CAPS	a
15	CAPS	a
16	CAPS	a
17	CAPS	a
18	CAPS	a
19	CAPS	a
20	CAPS	a
21	CAPS	a
22	CAPS	a
23	CAPS	a
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	a
27	CAPS	a
28	CAPS	a
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	a
32	CAPS	a
33	PS	a
34	PS	a
35	PS	a
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	a
39	PS	a
40	PS	a
41	PS	b
42	PS	a
43	PS	a
44	PS	b
45	PS	a
46	PS	a
47	PS	b
48	PS	b
49	PS	a
50	PS	a
51	PS	b
52	PS	a
53	PS	a
54	PS	a
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.5. Respostas fechadas à questão A5 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A5
01	CAPS	b
02	CAPS	b
03	CAPS	b
04	CAPS	b
05	CAPS	b
06	CAPS	b
07	CAPS	b
08	CAPS	b
09	CAPS	b
10	CAPS	b
11	CAPS	a
12	CAPS	b
13	CAPS	b
14	CAPS	b
15	CAPS	b
16	CAPS	b
17	CAPS	b
18	CAPS	b
19	CAPS	b
20	CAPS	b
21	CAPS	b
22	CAPS	b
23	CAPS	b
24	CAPS	b
25	CAPS	b
26	CAPS	b
27	CAPS	a
28	CAPS	b
29	CAPS	b
30	CAPS	b
31	CAPS	b
32	CAPS	b
33	PS	b
34	PS	a
35	PS	b
36	PS	b
37	PS	b

38	PS	b
39	PS	b
40	PS	b
41	PS	b
42	PS	b
43	PS	b
44	PS	a
45	PS	b
46	PS	b
47	PS	b
48	PS	a
49	PS	b
50	PS	b
51	PS	a
52	PS	b
53	PS	b
54	PS	b
55	PS	b
56	PS	b

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.6. Respostas fechadas à questão A6 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A6
01	CAPS	a
02	CAPS	a
03	CAPS	b
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	b
07	CAPS	b
08	CAPS	b
09	CAPS	b
10	CAPS	b
11	CAPS	a
12	CAPS	b
13	CAPS	a
14	CAPS	b
15	CAPS	a
16	CAPS	a
17	CAPS	b
18	CAPS	b
19	CAPS	a
20	CAPS	b
21	CAPS	a
22	CAPS	b
23	CAPS	b
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	b
27	CAPS	a
28	CAPS	b
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	a
32	CAPS	b
33	PS	a
34	PS	a
35	PS	a
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	b
39	PS	a
40	PS	a
41	PS	a
42	PS	a
43	PS	b
44	PS	b
45	PS	a
46	PS	a
47	PS	b
48	PS	a
49	PS	a
50	PS	b
51	PS	b
52	PS	a
53	PS	b
54	PS	b
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.7. Respostas fechadas à questão B1 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO B1
01	CAPS	c
02	CAPS	c
03	CAPS	a
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	c
07	CAPS	c
08	CAPS	a
09	CAPS	a
10	CAPS	a
11	CAPS	a
12	CAPS	a
13	CAPS	c
14	CAPS	a
15	CAPS	a
16	CAPS	a
17	CAPS	a
18	CAPS	c
19	CAPS	a
20	CAPS	c
21	CAPS	a
22	CAPS	a
23	CAPS	a
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	a
27	CAPS	a
28	CAPS	a
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	a
32	CAPS	a
33	PS	a
34	PS	a
35	PS	a
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	a
39	PS	a
40	PS	c
41	PS	a
42	PS	a
43	PS	a
44	PS	a
45	PS	a
46	PS	c
47	PS	a
48	PS	a
49	PS	a
50	PS	a
51	PS	a
52	PS	a
53	PS	a
54	PS	a
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.8. Respostas fechadas à questão B2 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO B2
01	CAPS	a
02	CAPS	a
03	CAPS	a
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	a
07	CAPS	a
08	CAPS	a
09	CAPS	a
10	CAPS	a
11	CAPS	a
12	CAPS	a
13	CAPS	c
14	CAPS	a
15	CAPS	a
16	CAPS	a
17	CAPS	c
18	CAPS	a
19	CAPS	a
20	CAPS	a
21	CAPS	a
22	CAPS	a
23	CAPS	a
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	a
27	CAPS	a
28	CAPS	a
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	a
32	CAPS	a
33	PS	a
34	PS	a
35	PS	a
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	a
39	PS	a
40	PS	a
41	PS	a
42	PS	a
43	PS	a
44	PS	a
45	PS	a
46	PS	a
47	PS	c
48	PS	a
49	PS	a
50	PS	a
51	PS	a
52	PS	a
53	PS	a
54	PS	a
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.9. Respostas fechadas à questão B3 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO B3
01	CAPS	c
02	CAPS	a
03	CAPS	a
04	CAPS	a
05	CAPS	a
06	CAPS	c
07	CAPS	a
08	CAPS	a
09	CAPS	c
10	CAPS	a
11	CAPS	c
12	CAPS	a
13	CAPS	a
14	CAPS	a
15	CAPS	a
16	CAPS	a
17	CAPS	c
18	CAPS	a
19	CAPS	a
20	CAPS	c
21	CAPS	a
22	CAPS	a
23	CAPS	a
24	CAPS	a
25	CAPS	a
26	CAPS	a
27	CAPS	c
28	CAPS	a
29	CAPS	a
30	CAPS	a
31	CAPS	a
32	CAPS	a
33	PS	a
34	PS	c
35	PS	a
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	a
39	PS	c
40	PS	a
41	PS	a
42	PS	a
43	PS	a
44	PS	a
45	PS	c
46	PS	c
47	PS	a
48	PS	a
49	PS	c
50	PS	c
51	PS	a
52	PS	a
53	PS	c
54	PS	a
55	PS	a
56	PS	a

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.10. Respostas fechadas à questão B4 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO B4
01	CAPS	a
02	CAPS	b
03	CAPS	a
04	CAPS	b
05	CAPS	a
06	CAPS	b
07	CAPS	a
08	CAPS	b
09	CAPS	b
10	CAPS	b
11	CAPS	b
12	CAPS	b
13	CAPS	b
14	CAPS	b
15	CAPS	a
16	CAPS	b
17	CAPS	b
18	CAPS	b
19	CAPS	b
20	CAPS	b
21	CAPS	b
22	CAPS	a
23	CAPS	b
24	CAPS	b
25	CAPS	b
26	CAPS	b
27	CAPS	b
28	CAPS	b
29	CAPS	b
30	CAPS	a
31	CAPS	a
32	CAPS	b
33	PS	a
34	PS	a
35	PS	b
36	PS	a
37	PS	a

38	PS	a
39	PS	a
40	PS	b
41	PS	b
42	PS	a
43	PS	b
44	PS	b
45	PS	b
46	PS	a
47	PS	b
48	PS	a
49	PS	b
50	PS	a
51	PS	b
52	PS	b
53	PS	b
54	PS	b
55	PS	a
56	PS	b

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.11. Respostas fechadas à questão B5 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO B5
01	CAPS	b
02	CAPS	b
03	CAPS	b
04	CAPS	b
05	CAPS	b
06	CAPS	b
07	CAPS	b
08	CAPS	b
09	CAPS	b
10	CAPS	b
11	CAPS	b
12	CAPS	b
13	CAPS	b
14	CAPS	a
15	CAPS	b
16	CAPS	b
17	CAPS	b
18	CAPS	b
19	CAPS	b
20	CAPS	b
21	CAPS	b
22	CAPS	b
23	CAPS	b
24	CAPS	b
25	CAPS	b
26	CAPS	b
27	CAPS	b
28	CAPS	b
29	CAPS	b
30	CAPS	b
31	CAPS	b
32	CAPS	b
33	PS	b
34	PS	b
35	PS	b
36	PS	b
37	PS	b

38	PS	b
39	PS	b
40	PS	b
41	PS	b
42	PS	b
43	PS	b
44	PS	b
45	PS	b
46	PS	b
47	PS	b
48	PS	b
49	PS	b
50	PS	b
51	PS	b
52	PS	b
53	PS	b
54	PS	b
55	PS	b
56	PS	b

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.12. Respostas abertas à questão A7 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANTE	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO A7
01	CAPS	Geralmente fragilizado e na maioria das vezes, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.
02	CAPS	Olha o estado psicológico deles oscila muito, geralmente eles têm o psicológico deles instável, e muitos chegam com angústia, culpa, negação, ansiedade, desejo de mudar, porém com dificuldade em se desvincular da dependência, com esperança de encontrar ajuda e apoio. Muitas vezes, ele apresenta baixa autoestima e um sentimento de fracasso, especialmente diante de recaídas. No entanto, também há esperança e motivação, ainda que fragilizadas. Tenho percebido que é fundamental ajudá-los a reconstruir sua percepção de si mesmos, isso os dá força para poder sobre levar a abstinência.
03	CAPS	São pacientes com ansiedade, tristeza, abstinência, certa resistência, manipuladores, desesperados, desestabilizados emocionalmente, sem perspectiva de futuro, a maioria não tem o apoio da família, se sentem sem esperanças e sem futuro, as vezes com o apoio da família eles tem sentido de futuro e eles conseguem se enxergar.
04	CAPS	Mas a maioria se sente fracassado por não ter alcançado os sonhos, ou prosperado como as outras pessoas da família.
05	CAPS	A questão da higiene também é prejudicada, eles perdem a vaidade e autocuidado.
06	CAPS	As vezes alguns chegam em quadro psicótico agudo, mas raramente. Muitos tem transtornos mentais associados à dependência química.
07	CAPS	A maioria chega como o estado psicológico bem comprometido, muitas vezes em abstinência, ideação suicida, depressivos, ansiosos, irritados, letárgicos, entre outros.
08	CAPS	Ansioso, agitado, choroso, depressivo, com baixa autoestima.
09	CAPS	O psicológico do dependente químico está completamente comprometido, né?
10	CAPS	Ele fica numa montanha russa de emoções, do meu ver a maioria são sentimentos negativos, tipo ansiedade, depressão, muitos não tem autoestima, sentem vergonha, se isolam, não se alimentam bem e não dormem.
11	CAPS	Chegam no CAPS ansiosos e aflitos, ainda sob os efeitos do uso da substância ou sentindo culpa pelo uso.

12	CAPS	Os pacientes chegam com sinais de agitação e ansiedade, relatando dificuldades para manter a abstinência. Referindo insônia e com um comportamento desconfiado em relação à equipe e ao ambiente o que dificulta o tratamento.
13	CAPS	Vejo que muitos chegam desanimados, tristes, cansados, sem energia.
14	CAPS	A maioria dos nossos pacientes quando eles chegam em uso abusivo de substâncias, aí isso varia do álcool e as outras drogas. Aí o que caracteriza o uso abusivo, uso pesado, ele vem usando as drogas há três, quatro dias usando direto. Por exemplo o paciente que vai acolher agora, está em uso abusivo de drogas há 10 dias, fazendo uso direto de Corote associado ao uso de Cocaína, todos os dias, então ele veio de forma voluntária, pedindo internação. Então chegou no ponto da gente, precisar internar ele para poder tirar ele dessa situação. Mas a maioria deles chegam bastante agitados, alguns chegam desorientados entendeu? Logorreicos - falam bastante né? Com uma higiene insatisfatória a grande maioria porque estão em situações de rua, e que mais? Inapetência, debilitado fisicamente.
15	CAPS	Os pacientes que chegam para internar aqui chegam ansiosos, com o autocuidado prejudicado, entristecidos, deprimidos, alguns com pensamentos de suicídio, com vínculos familiares e sociais rompidos, muitos estão em situação de abandono e moram na rua.
16	CAPS	Ele chega abalado psicologicamente, com transtornos mentais e psicológicos.
17	CAPS	Na maioria das vezes o paciente chega aqui meio que sem identidade, né? Tanto é que quando a gente inicia o projeto terapêutico deles tem alguns pontos aí específicos referentes a autoavaliação deles, de si próprios, né? e aí eles, uns dizem nem sei, outros não falam nada, ficam meio desorientados, vazios, sem saber o que dizer, como se eles de fato perdessem a identidade. Então, a partir dessa situação colocada, a gente tenta conhecer o paciente no dia a dia, nesse período da internação, às vezes eles ficam um tempo. Por exemplo aqui no CAPS podem ficar conosco até 14 dias, só que a depender do caso e de cada situação a gente estende um pouco esse prazo para que a gente tenha pelo menos o mínimo de tempo, suficiente para fazer uma avaliação mais satisfatória, não somente uma avaliação médica, mas também uma avaliação psicossocial, ver a questão socioeconômica, do âmbito familiar e principalmente a saúde mental dele, que é

		basicamente isso. Quando se trata de dependência química, eu tenho me feito muitos questionamentos. Por exemplo a gente recebe muitos encaminhamentos de hospitais particulares, dizendo que os pacientes têm um CID de por exemplo transtorno mental em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo que quando você vai investigar a vida daquele paciente, você descobre que lá na infância, ele já apresentava alterações comportamentais, então tem-se uma falsa ideia de que o paciente dependente químico de que se ele tem um transtorno mental isso aí é por conta da droga, e a gente tem um prejuízo muito grande no processo de cuidado desse paciente, porque muitas vezes é tratada só apenas a dependência química, os sintomas né?, decorrentes desse abuso abusivo, mas já tinha sintomas pré-existentes prévios a esse uso então muitas vezes quando vamos conversar com a família, geralmente a mãe ou o pai, a gente percebe que lá na infância esse paciente já tinha comportamentos de maltratar os animais, vivia isolado, era muito inquieto, hiperativo, então coisas assim que eu sinto falta dessa separação, para que a gente possa investigar a vida toda dela, não somente o período ou fase em que ele passou a ser um dependente químico. A maioria das vezes eles chegaram ao uso da droga devido a esse transtorno mental.
18	CAPS	Aqui não tem um padrão comum, cada um chega de um jeito. A maioria que vem para cá são homens, muitos vem desanimados, tristes, cheios de preocupação, ansiosos, irritados... que mais posso dizer. Bom, muitos chegam até sujos, lidando com transtornos mentais. Tem paciente que já está, há muito tempo em acompanhamento aqui no CAPS, outros vêm porque a família os forçou, e alguns chegam por conta própria, querendo realmente mudar de vida.
19	CAPS	Eles chegam de várias formas. Tem uns que chegam um pouco agressivos, falando alto, gesticulando, outros agitados, ansiosos, sujos, irritados.
20	CAPS	Muitos chegam orientados e outros desorientados. Alguns vêm de casa, outros vêm de andamento.
21	CAPS	Chega muitas vezes desacompanhado, em desespero, procurando ajuda. As vezes a família traz o paciente, esperando que ele melhore.
22	CAPS	Chega às vezes delirando, pensamento comprometido, agressivo, deprimido, choroso, em abandono, as vezes manipulador.

23	CAPS	Como eu faço plantão geralmente à noite ou no final de semana, não costumo receber os pacientes né? E raramente chega paciente para internação à noite. Então geralmente quando atendo eles, eles já estão medicados e o paciente raramente ele está ativo, geralmente está sonolento, dormindo, alguns estão agitados, inquietos, com confusão mental, irritados, com alucinações, chorosos.
24	CAPS	Os pacientes chegam aqui de todas as formas que você pode imaginar. Tem uns calmos, outros estão agitados, inquietos, nervosos, irritados, com episódios de impulsividade, relatando insônia, dificuldade de se concentrar, com inapetência, apáticos, tristes, chorosos, as vezes tremendo, alguns chegam solicitando a internação.
25	CAPS	Ele chega com uma baixa autoestima né? E geralmente eles vêm da rua sujos, largados, com toda essa característica mesmo de abandono e de maus tratos, por isso é que muitos têm recaídas. De modo geral é isso! A maioria tem sofrimento psicológico associado ao abuso de drogas.
26	CAPS	Não.
27	CAPS	Bom, a maioria chega totalmente, esqueci a palavra, mas quero dizer que chegam sem autonomia, desorientados e outros chegam buscando refúgio momentâneo, a gente aqui no CAPS trabalha na redução de danos, não necessariamente vemos a recuperação dos pacientes. Outros vêm simplesmente na procura de alimentação. Mas acho que é isso.
28	CAPS	Olha, bem complicado, ele chega com o estado psicológico debilitado, muitas vezes ele chega até em questão de desespero, até já pensou em desistir de viver, porque acha que não tem mais jeito. Segundo eles, é necessário desistir pela sociedade, então eles chegam num ponto que acham que é melhor tirar a vida, pois mentalmente, eles acham que não tem valor.
29	CAPS	O estado emocional pode variar durante a internação pois podem sentir-se ansiosos, confusos, solitários ou deprimidos.
30	CAPS	Ah, eles chegam muito debilitados, triste, sem esperança, se sentindo fracassados, eles chegam desacompanhados, muito sozinhos. Nossa são tantos casos, a maioria negativos mesmo, assim tem deles que acreditam na mudança, e tem deles que só tentam, né?
31	CAPS	Eles chegam geralmente muito debilitados, sujos, geralmente da rua, vulnerabilidade social, sentem medo, a grande maioria em uso

		abusivo, entendeu. E aí, infelizmente nós temos poucos leitos para acolher, então acaba que não temos condições e estrutura física para acolher todo mundo. Aí fica uns no acolhimento diurno e se tiver vaga e critério fica acolhido 24 horas.
32	CAPS	A maioria dos pacientes chegam muito abalados, ele chega excluído do seio familiar, muitas vezes isolado da comunidade, chega completamente desnortado, excluído da sociedade, se enxergando como se fosse nada.
33	PS	Depressivos, psicóticos.
34	PS	Agitação, abstinência, psicose, agressividade, estado consciência neurológico e psicológico alterados, pensamento suicida, alterações variadas do humor, tentativa de suicídio.
35	PS	Inseguros, cansados, frustrados, esperançosos.
36	PS	Geralmente chega em estado de intoxicação aguda ou estado abstinência, ou as vezes o familiar traz para tentar forçar a internação, alguns chegam no surto psicótico ou por último na tentativa de suicídio.
37	PS	Desorientado, independente, deprimido, surto psicótico pelo uso abusivo das substâncias, delírios persecutórios, alucinações auditivas e visuais
38	PS	Depende muito de cada paciente, nem todos os pacientes reconhecem que precisam de ajuda e nem sempre aceitam o tratamento. Muitos chegam desesperados, contidos, surtados, as vezes calados. O estado psicológico que eles chegam é muito relativo, não tem como generalizar.
39	PS	Tem duas situações: internação voluntária paciente está com estado moderado geral, estado de paranoia. Internação involuntária: prejuízo na higiene pessoal, prejuízo no exame neurológico, paranoia, alteração de comportamento, alteração do estado psicológico, associado a humor deprimido ou sintomas ansiosos.
40	PS	Chegam sempre em crise, as vezes crise psicótica ou as vezes com outras necessidades econômicas, familiares. A gente tenta como equipe equilibrar todas essas necessidades. Rebaixados, melancólicos, critérios sempre graves, desorientação.
41	PS	Desorientados em tempo e espaço, não respondem as perguntas, abalado emocionalmente, a maioria perde a noção do tempo, nem que seja transitório, autoestima baixa.
42	PS	A grande maioria dos pacientes já vem traumatizados de outras internações, chegam desmotivados, sem nenhuma perspectiva de vida, com a autoestima baixa, desorientados, carentes de afeto,

		muitos foram abandonados pela família. Então esses pacientes precisam de tempo para o tratamento e os profissionais que os atendem tem que estar bem capacitados.
43	PS	Muitos dos pacientes chegam não aceitando a internação, agressivos, não colaborativos, principalmente aqueles que são internados via judicial.
44	PS	Agitado, agressivo, com alucinações, não aceitando tratamento.
45	PS	A maioria chega completamente desorientados, com contenção mecânica por agressividade ou porque estão caindo da cama, agressividade, querendo fugir, letárgico, medicados quando vem da UPA, ouvindo vocês, vendo bichos. Muitos dos pacientes que chegam aqui precisam de muita atenção e cuidados, é complicado lidar com o dependente químico, porque eles precisam de muitos cuidados. A grande maioria chega só, sem família, porque foram abandonados, e só tem nós para cuidar deles.
46	PS	Com contenção mecânica, agressivo, sedado, desmaio, manipuladores, não aceitando a medicação, as vezes colaborativo, em catatonia, olhar fixo.
47	PS	Depende do caso, alguns chegam violentos, agitados, alguns não querem falar, ficam em repouso, recusam alimentação, com alucinações, chorosos, agressivos.
48	PS	Tem outros que querem ajuda, agitado.
49	PS	Muitos dos pacientes que chegam para nós, tem vários graus de comprometimento mental e precisam de acompanhantes, as vezes eles são trazidos pela própria família obrigado, em contenção mecânica ou sedado
50	PS	A gente recebe dependentes químicos em vários estados, alguns chegam apresentando agressividade, agitação psicomotora, e outros sintomas associados ao quadro psiquiátrico, contenção. Outros na maioria das vezes chegam sonolentos, porque receberam medicação em outros serviços de saúde. Dificilmente ele chega deambulando na procura de ajuda, vem, mas raramente. A maioria das intervenções são conduzidas por familiares. As vezes o paciente devido a dependência química o paciente dificilmente chega conduzido por um terceiro (família, amigo). Com história de várias perdas financeiras, pessoais, da saúde.
51	PS	Quando chegam geralmente vêm sem condições psicológicas, tendo alucinações, delírios, não tem controle das suas ações, com agravo psicológico grave.

52	PS	É variado, depende do caso. Varia de paciente para paciente. Alguns chegam agitados, em surto psicótico.
53	PS	Cada caso é um caso. As vezes pode chegar surtado, não consegue falar nem interagir. Ou as vezes vem lucido, e consegue relatar melhor os fatos. Outros chegam em abstinência e requerem de atendimento clínico.
54	PS	Em abstinência, agressivos, transtornados, desorientados, irresponsivos, alucinando, discursos de grandiosidade, fora da realidade, em surto psicótico, manipuladores e em sofrimento.
55	PS	Abalado, sensível, necessita de carinho e apoio e muita atenção. Muitas vezes querem ter mais atenção que os outros. Geralmente chegam em crise de abstinência e sempre muito sagaz, mentindo para terem benefícios, durante a internação muitos sentem agonia.
56	PS	Muitas vezes ele chega desorientado, as vezes em surto psicótico, em abstinência, pedindo ajuda, muitos perdem a família no caminho. Nós chegamos a criar vínculo com eles e tentamos sempre ajudá-los.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Tabela A4.13. Respostas abertas à questão B6 do questionário específico, por participante.

PARTICIPANT E	LOTAÇÃO	RESPOSTA À QUESTÃO B6
01	CAPS	Não, comecei a trabalhar recentemente aqui no CAPS-AD.
02	CAPS	O mais importante é criar um vínculo de confiança, porque muitos deles já passaram por tanto julgamento que acabam se fechando. Eu tento oferecer um espaço onde ele se sinta acolhido, sem medo de errar, porque a gente entende que a recaída pode acontecer e faz parte do processo. Mas é essencial que ele perceba que não está sozinho nesse caminho, que sinta que ele tem apoio, a gente pode conseguir isso através da escuta e acompanhamento, com a esperança que ele vai entendendo melhor suas dificuldades para que consiga desenvolver estratégias mais saudáveis para enfrentar desafios.
03	CAPS	O tratamento do dependente químico depende de si, vejo que eles têm que ter muita vontade própria. E eu acho que o CAPS AD, tem que melhorar a forma de acolhimento, ainda tem muita coisa a ser ajustado, já melhorou muito, mas há muita coisa a ser ajustada ainda. O coordenador do CAPS estabeleceu um dia para educação continuada dos profissionais, toda sexta feira é feita uma aula de capacitação, esta sexta-feira será contenção mecânica. Percebo que não temos estrutura física adequada para os pacientes, por exemplo o muro é baixo, então as vezes sem perceber muitos pacientes pulam o muro sem esforço físico, para comorar drogas e entram novamente. Então temos deficiência de estrutura também.
04	CAPS	O processo de internação é muito controverso, pessoalmente não acredito que seja a solução. Sei que muitos colegas acham que pode ser a solução, mas pessoalmente acho que devemos respeitar o desejo do indivíduo, respeitando seus direitos, né? Aqui na unidade vemos muitos casos de pacientes que internam voluntariamente e são muito colaborativos no processo, seguem certinho as consultas, porém também vemos muitos pacientes que buscam qualquer pretexto para fugir da internação e para ganhar alta. Deixa pensar que mais. Acho que cuidar do dependente químico é muito complexo, não existe só uma maneira correta de abordar eles, talvez uma forma de abordar tenha funcionado com um paciente, isso não significa que irá funcionar com o outro. Acho que é isso.
05	CAPS	O dependente químico deve ser atendido de forma humanizada, entendendo o protagonismo é do paciente, e devemos tentar reduzir os danos causados pela drogadição.

06	CAPS	Olha, eu acho que só querer sair do vício não é suficiente ou só internar por internar não vai ser suficiente. Claro que a vontade do cara conta, e muito, mas, sem um suporte forte, a chance de ele cair de novo é grande. Ele precisa de um pessoal qualificado que ajude ele nesse processo, tipo com psicólogo, médico, terapeuta, educador físico gente que entende do assunto e pode dar o caminho das pedras, também precisa que o ambiente se adequa que lhe dê suporte. E não é só parar de usar e pronto, tem toda uma reeducação emocional e social para rolar. O processo é pesado, e cheio de altos e baixos, mas, com a ajuda certa e um ambiente que o acolha, dá para virar o jogo. Sei que é um caminho difícil, com certeza. Mas não impossível.
07	CAPS	Não.
08	CAPS	Atendo muitos pacientes que chegam pedindo internação pela pressão da família para abandonar o vício. No entanto, ao longo do acompanhamento, através da escuta atenta, da empatia e do cuidado, consigo identificar as causas que levaram o paciente a iniciar o uso de drogas. Durante as conversas, busco ajudá-los a refletir sobre suas motivações e os equívocos que os fizeram acreditar que o álcool era uma solução, quando, na verdade, se tornou um problema ainda maior do que ele estava enfrentando no começo.
09	CAPS	Eu vou te dizer que o nosso trabalho é basicamente enxugar gelo, porque é muito raro os casos que têm de surtir efeito. A gente trabalha na grande maioria dos casos para reduzir danos, porque este ano até os casos que a gente tinha de sucesso, este ano infelizmente todos tiveram recaída. Então, assim, é muito da vontade deles, né? Enquanto eles estão aqui, eles estão limpos, né? Mas na hora que sai, precisa da vontade deles, e a maioria não tem essa vontade. Então, por isso eu sou a favor da internação involuntária, porque é muito sofrimento para o paciente, para família, é muito sofrimento. Porque não tem jeito, eles não ficam em nenhum lugar por vontade própria, eles não ficam. Aqui mesmo, nas internações aqui, quando dá três dias, eles inventam alguma coisa e vão embora. Então, eu não vejo eficácia nessa coisa assim de voluntária. Agora, involuntária eu acho que seria melhor, tanto para os familiares, quanto para eles mesmos. Que já tem uns, na verdade a maioria que já tá com a saúde mental totalmente abalada. Então, é basicamente isso, eu sou a favor da internação involuntária, eu acredito que não deveria ser tão burocrático para

família, porque os familiares sofrem e sofrem, tentam fazer alguma coisa e infelizmente com essa política de querer que ele se interne voluntariamente, ele não quer. É basicamente isso, e ele não vai querer sair desse ciclo de vício, né? Eu acho que a família poderia ter mais autonomia para poder conseguir virar o jogo, nessa internação, né? Antes eu era totalmente a favor da internação voluntária, hoje eu sou absolutamente em contra, mas quando você vivência mesmo, eu estou, sei lá, uns três anos trabalhando aqui, quando você vê na pele como que realmente funciona, você acaba que ficando achando até burocrático demais para conseguir uma involuntária. Tem um pai, por exemplo, que nossa dá dor, que ele acaba que está refém do filho, porque ele dá dinheiro pro filho comprar droga, porque ele não quer que o filho fique em coisa errada, que o filho fique roubando, né? Então esse pai vem aqui para pedir socorro, e aí para conseguir uma internação voluntária ele vem lutando há tempo, pois o filho acabou de completar 18 anos. Ele vai ao Ministério Público, para conseguir uma internação involuntária, mas ele não consegue pois tudo é muito burocrático, e ainda mais quando é menor de idade, né? É mais complicado. Mas tipo, fez 18 agora, então ele batalhou esse tempo todo, sem sucesso né? E o filho não quer internar mesmo sendo maior de idade. Desde que eu entrei a trabalhar aqui é muito raro de internar criança, acho que não aconteceu de internar criança, já aconteceu de ter vindo para ser avaliado, mas não para internar. Agora adolescente sim, mas é bem menos. Frequentemente a maioria do povo que vem para o ambulatório e inclusive que interna é masculino, depois vem o público feminino, e adolescente é bem menos frequente.

O processo de internação que ocorre aqui no CAPS-AD é apenas nos pacientes que desejam ser internados. Às vezes a família traz o paciente em surto, mas aqui não conseguimos internar de forma involuntária e nem compulsória, então esses pacientes acabam sendo encaminhados para os leitos de saúde mental no pronto socorro ou para o HOSMAC. Então a grande maioria dos pacientes que ficam internados conosco, são pacientes em situação de vulnerabilidade devido à dependência química, muitos são moradores de rua, e internam recorrentemente. Aqui tentamos garantir um atendimento humano, oferecendo um ambiente seguro e acolhedor, onde o paciente possa receber o suporte que precisa, para sua reinserção na sociedade. Mas vemos que a grande maioria

		devido a abstinência acaba fugindo ou se evadindo do serviço. No tempo que estou aqui no CAPS, quase não vi casos de sucesso, são mais os casos de recaída.
11	CAPS	O tratamento só dá certo se o paciente realmente quiser mudar. Se ele não estiver disposto, por mais que a gente ajude, as coisas não andam. Mas acredito que todos merecemos uma nova chance. Um pouco mais de atenção já faz uma baita diferença, principalmente no atendimento do dependente químico. Acho que é isso. Espero ter ajudado de alguma forma na pesquisa!
12	CAPS	Eu vejo que o que mais dificulta a reintegração do dependente químico é a falta de suporte adequado após o tratamento. Muitos retornam para um ambiente familiar e social desfavorável, sem oportunidades de trabalho e com pouca ou nenhuma rede de apoio, por isso muitos acabam recaindo e voltando para as ruas. A pressão social também pesa bastante, dificultando a reconstrução da vida. Sem acompanhamento contínuo e perspectivas concretas, objetivos bem-marcados, há muita vulnerabilidade e risco para à recaída, né?
13	CAPS	Noto que quando começam a se movimentar, mesmo que devagar, já dá para notar uma pequena melhora no humor e na disposição deles. O difícil é manter essa regularidade, porque a oscilação emocional a abstinência atrapalha. Mas, com paciência e estímulo diária e contínuo, ainda acredito que o exercício físico pode ser um aliado no processo de recuperação do dependente químico.
14	CAPS	Por exemplo, a gente precisa implantar a prevenção de danos, a gente precisa fazer com que a prevenção de danos funcione. Mas o que é a prevenção de danos? Rapidinho vou te explicar, a política de prevenção de danos, ela fala que o paciente faz uso abusivo de drogas e a gente tenta fazer com que o paciente ele diminua gradualmente o uso abusivo de drogas. Então é uma política que precisamos implantar. Eu estou há pouco tempo aqui no CAPS, então assim sucesso, sucesso ainda não vi. Hoje me sentei com 8 pacientes, fiz a oficina com eles, conversei com cada um deles para entender o objetivo de cada um deles, e tentei entender qual tipo de droga que cada um usava, para tentar fazer a redução gradual. Quando você tira o paciente de dentro do uso da droga, você o tira, mas traz outras comorbidades como ansiedade, que decorrem da abstinência, que a gente tenta manejar com medicações. Mas o que acontece com esses pacientes a maioria eles se evadem da internação, porque tem a porta aberta tanto para entrar quanto para

		sair, o paciente não é obrigado a ficar. Então a gente precisa de fato, implantar a política de prevenção de danos para que a gente tenha sucesso, pois é a principal política no serviço de Álcool e Drogas, então precisamos implantá-la de fato, porque só o tratamento medicamentoso, só o exercício físico, não surtiram efeito. Mas é necessário também estabelecer objetivos para esses pacientes, em relação ao uso da droga, porque a maioria são usuários de múltiplas drogas. Por exemplo se a gente tira o crack, mas ele é tabagista, quando parar de usar crack, vai começar a aumentar a carga tabágica. E existem algumas drogas que induzem o uso de outras drogas, o principal deles é o álcool, porque quando eles estão sob o efeito do álcool eles perdem esse poder de raciocínio, decisão, e começam a fazer uso das outras drogas. No momento que você identifica qual a principal droga que esse paciente faz uso, você pode tirar ela e como consequência parará de usar a droga secundária. Por exemplo: o paciente que está sob efeito de álcool, faz uso de cocaína. Quando você tira o álcool automaticamente ele irá parar de usar cocaína. Acho que é isso né?
15	CAPS	Teve o caso de um jovem que procurou o CAPS AD sozinho. Ele chegou sujo, triste, choroso, com o olhar perdido, aí abriu o prontuário e chegou a vez de eu atendê-lo, fiz o acolhimento e escutei ele. Depois de alguns dias ele retornou ao CAPS e falou que estava com pensamento suicida e que desistiu de se suicidar após ser atendido por mim. Então às vezes o que a pessoa apenas necessita é apoio, ser escutado e não se sentir julgado.
16	CAPS	Não.
17	CAPS	É mais uma opinião, eu penso que quando se fala em saúde mental nós temos pouquíssimos investimentos públicos, não à toa nós temos um CAPS AD em uma capital nós temos um CAPS regional, a nossa estrutura é precária, só temos 8 vagas adulto (4 femininas e 4 masculinas) e 2 infantojuvenis, então nós temos um público que cresce assustadoramente e eu de verdade eu não consigo entender, desde a época da reforma psiquiátrica, eu não consigo ver melhoras, eu vejo que temos muita legislação, mas na prática sinto falta de políticas específicas e que de fato se efetivem nos atendimentos e outros cuidados que sejam ofertados para essas pessoas. Nós temos muito a melhorar nesse aspecto.
18	CAPS	Não lembro no momento de nenhum caso que tenha me marcado, mas o que penso é que quando o paciente vem por vontade própria, as chances de dar certo são bem maiores. Quando a pessoa quer

		mudar de verdade, ela se joga no tratamento, escuta os conselhos e tenta dar um jeito na vida. Já quando vem forçado, a história é bem diferente, muitas vezes só espera a hora de ir embora, para voltar ao vício. Penso que realmente a internação voluntária faz toda a diferença, porque a mudança tem que vir de dentro, você tem que querer mudar, ninguém pode forçar alguém a mudar, nem a família, amigos e nem os filhos.
19	CAPS	Não.
20	CAPS	Não.
21	CAPS	Não, não tenho comentários.
22	CAPS	Percebo que quando escutamos o paciente com atenção, cuidamos dele e mostramos que realmente nós importamos e queremos ajudá-lo, ele se sente acolhido, e isso já traz um certo alívio para eles. Durante a internação, muitos apresentam melhora, mas o grande problema é o que acontece depois. Sem acompanhamento e apoio, muitos acabam recaindo. Por isso, acredito que o ideal seria que fiquem por um tempo maior na internação ou que houvesse casas de apoio, onde eles pudessem continuar o tratamento junto com a família. Muitos vêm de lares rompidos, e sem esse apoio, a recuperação se torna ainda mais difícil.
23	CAPS	Um caso que me marcou muito foi um menino de oito anos, saiu de casa, saiu de casa, da sua casa, na quadra do bosque, e a mãe dele não foi atrás dele. Aí ele ficou sendo morador de rua. Então ele chegou aqui para nós com 11 anos, quando já estava morando três anos na rua. E a mãe não foi buscar essa criança em nenhum momento. Aí ele chegou aqui para nós, trazido pelo Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar falou que já estava morando na rua há três anos e ele não ficava internado, sempre fugia, um dia entrava e no outro dia ele pulava o muro. Nenhuma instituição foi capaz de segurá-lo, porque um menino ativo de 11 anos pula qualquer coisa. Eu procurava chegar perto dele, até abraçá-lo, mas a gente tem que ficar muito atenta. Por exemplo, uma situação que eu fui abraçar ele, ele mexeu no meu bolso e pegou meu celular. Aí a gente tem que estar atenta toda hora. Mas assim, o triste para mim foi isso da mãe não ir buscar, não ir atrás da criança, de oito anos, oito anos a gente dá um bebezinho, né? Aí para mim isso não é bom. Acredito que a mãe também estava na mesma situação, senão nada explica ela não ter ido buscá-lo.
24	CAPS	Não.

Aqui no CAPS é bem assim, os pacientes se sentem bem acolhidos, a maioria das atenções são positivas, têm um caso ou outro que têm que ter aquela forçada de barra, mas a maioria são intervenções positivas, com encaminhamentos. Mas a maioria é bem assim, chegou paciente já é cadastrado, abre o prontuário e já é atendido pelo clínico, já faz exames, faz a internação voluntária quando é necessário, até ser encaminhado a um outro serviço. A gente fala, que aqui é a casa da mãe Joana, então aqui no CAPS, pode tudo assim, não vai poder fazer nada, vai poder ficar dormindo, quer fumar pode, só não vai poder beber. Tem alguns lugares que abaixam mais a moral né? E aí muitos já estão cansados, fadigados, e quando o cara está assim, ele quer apenas dormir tranquilo. Aqui nosso princípio é redução de danos, queremos apenas fazer-los sentir acolhidos, as vezes quando já temos intimidade com alguns pacientes falamos no sentido de mãe para filho, dando aquelas broncas né?, mas não sou eu, já vivenciei isso : "De novo não sei o que", "tu não quer nada", falas assim. Agente têm que estar sempre de braços abertos para ele, fazê-lo sentir que ninguém vai julgar, ninguém vai fazer esses questionamentos de ""de novo"", ou seja esses questionamentos de recaída. Eu acredito que se ele está aqui é porque ele vem buscar alguma coisa e agente só têm que atender. E aí assim, o que é atender? é dar o remédio? é dar o médico? Não é dar cuidados, brindar um ambiente seguro né? mas as vezes é só isso que faz dar certo. Por exemplo: passar um dia aqui, muitas vezes o paciente vem de dormir no chão, e apenas ter um lugar onde dormir fez total diferença. Então é assim dar comida quando a gente pode, pois a gente oferta alimentação para eles. Mas em relação a isso, é apenas ser acolhedor e não estar ríspido a eles e claro ninguém vai permitir questões de agressividade, e essas coisas. Dra. e aí não foi questionado nada sobre o espaço físico? Porque o que que falta para acontecer isso, por exemplo o CAPS não consegue fazer a internação involuntária, porque a gente não tem, é importante colocar essa realidade. Eu fui lá no leito do Pronto Socorro, aí eu falei: *"Como que vocês trabalham para internação involuntária? por que eu achava que era diferente né? E lá não, só têm uma porta."* E aí o que ela falou: Tem o guarda que fica ali na entrada, mas quando ele sai o paciente pode se evadir. Lá no HOSMAC, tem já outro formato, só que lá já está misturando o doente mental com o dependente químico, que é outra coisa né? Mas o que a gente percebe é que faltaria ainda

realmente está parte de criar uma estrutura diferente separada, porque se a internação é involuntária, a gente já sabe que o paciente já não vai querer, e como que a gente vai segurar, vai ser só no remédio? ou vai ser contido? Mas isso é apenas um período, naquele momento, conter à força, vai fazer isso por quanto tempo, nunca vai ficar 6 meses no leito. No máximo 2 semanas, aquele carinha medicado, até começar que o organismo comece a aceitar as medicações, e comece a ganhar força, né? E aí ele vai. Porque vai ser tipo uma prisão, né?

Pergunta incluída pela entrevistadora: *“Como vocês atuam diante de um paciente que está em surto psicótico?”*.

Resposta do entrevistado:

Sim, a gente recebe muito paciente que está em surto, mas a gente encaminha para o HUERB, porque assim o paciente está em surto e uso abusivo de drogas, aí vêm para cá porque a família tem referência que aqui o CAPS AD é para tratar. Mais aí nestes casos, a orientação a ele, ir para o leito do HUERB. E mesmo pacientes que estão aqui e entram em surto ou alguma coisa que foge do nosso alcance, são encaminhados para lá, né? Porque a gente não tem medicações aqui, que lá pode ter, as vezes à noite ou final de semana que a gente não tem médico. A gente liga para o SAMU, e o SAMU leva.

Pergunta incluída pela entrevistadora:

“Então aqui o CAPS funciona os 7 dias da semana 24 horas?”.

Sim, a gente tem 4 leitos adultos, 2 femininos e 2 infanto-neojjuvenis, que é o único lugar do estado que têm. Só que tem aquela coisa, para ficar um adolescente por exemplo, sempre precisa de um acompanhante, aí gera um outro problema muitos desses pacientes vêm de núcleos familiares rompidos. Mas só que assim tem situações que a gente faz vista grossa, porque não poderia internar no HUERB, mas aí a gente faz algumas exceções para ajudar a família, a criança, o jovem. Mas aí qual é a ideia, sempre de minimizar os danos e ajudar o máximo possível. Muitas vezes os pacientes HUERB vêm para acompanhamento, pois chegam encaminhados [informação pessoal (excluída pela autora)] atendeu eles no leito. Aí viram pacientes nossos, pois o ambulatório dele é aqui, e aqui funciona como parte ambulatorial né? Por exemplo deu crise grave ou está em uso abusivo, aí vai para o leito, porque lá vai ter outras ferramentas que vão permitir acompanhar melhor o paciente, por exemplo para ver coração, se

		for necessário fazer outras intervenções, aí já fica em observação lá, mas quando estabiliza vêm para cá, e aqui continua ou as vezes continua alguns dias internado aqui né? Pergunta incluída pela entrevistadora: <i>“Então aqui no CAPS as medicações são administradas apenas via oral, vocês não administram medicações endovenosas ou intramusculares?”.</i> As medicações geralmente são administradas via oral, as vezes se faz um Haldol ou Fenegan IM, mas isso só nos casos graves. Geralmente agente aqui interna casos que não estão em surto.
26	CAPS	Um caso que me marcou foi de uma mãe usuária, que vinha sempre acompanhada da filha pequena, veio por muitos anos, aí quando a menina virou adolescente ela começou a usar também, agora ela é paciente do CAPS, ela mudou muito está cheia de tatuagens e piercings, devido essa situação o conselho tutelar à tirou do lar, mas não mudou em nada ela continuou usando drogas.
27	CAPS	Não, no momento não.
28	CAPS	Na verdade, eu tenho dois casos. Um é [informação pessoal (excluída pela autora)]. Esse paciente ficou marcado pela tristeza dele quando ele procurava o serviço, ele era muito prestativo. Quando ele vinha à unidade, ele vinha para buscar o tratamento, mas também se colocava à disposição para ajudar no que fosse preciso, para contribuir na unidade. Ele sempre foi muito querido pela equipe, pela forma dele de ser. E aí, um certo dia, ele estava aqui e foi transferido para outra unidade e em uma saída da outra unidade para ir comprar algum objeto ele foi assassinado. Então esse paciente ficou muito marcado pela forma dele ser, a gente pegou muito carinho por ele. E o outro caso é um outro paciente, eu estou tentando lembrar do nome dele. Esse é um paciente que eu considero que ele está recuperado. E após ele passar pelo tratamento aqui, ele conseguiu sair do uso e da dependência da droga. Aí ele estudou, fez um curso de cuidador de idoso e ultimamente, atualmente, ele estava trabalhando como cuidador de idosos em um hospital de Rio Branco, né? E ele veio ontem me mandar uma mensagem. Eu esqueci o nome dele. Eu tinha até o contato dele, porque ele sempre me manda mensagem. Ele disse que agora está cuidando de um autista, com um grau mais leve de autismo, mas é um rapaz de maior, assim, que a família se aproximou onde ele trabalha, para contratá-lo, ele tá tão bem, de uma forma que ganhou a confiança da família e ele tá cuidando

		desse rapaz na casa da própria família. Eu queria lembrar do nome dele. Então, assim, são esses dois exemplos, né. Eu fico pensando assim, a gente sempre, eu [informação pessoal (excluída pela autora)] falamos sempre para eles, eu sempre acredito na recuperação deles, né? Quando eles internam aqui, um dia ou até mais dias depois ganham alta. No tempo que estou aqui, recentemente internou várias vezes [informação pessoal (excluída pela autora)], inclusive ele tá aí hoje, é um paciente recorrente aqui no serviço ele estava dizendo pra mim que ele estava passando muito tempo aqui aí expliquei para ele que ele ficará o tempo necessário. Já aconteceu de uma vez ir passando e acabou ficando conosco mais de 4 anos, só que depois de um tempo daquela alta ele recaiu. E aí ele disse para mim que ficou triste porque alguém da equipe tinha dito que ele que era fraco por ter passado 4 anos e depois ter voltado ao vício. Mas eu estive explicando para ele que não é bem essa palavra, e que a recaída não define a pessoa. Eu tenho que dizer que ele infelizmente recaiu na dependência, é triste, né? Às vezes uma pequena coisa se torna um gatilho para ele voltar ao uso, mas diz pra ele que com certeza dessa vez ele poderia conseguir. Então tudo que acontece na internação também vai interferir nas decisões que o paciente terá ao sair de alta. E a gente espera que ele consiga dessa vez, né? Eu acho que é isso."
29	CAPS	Na grande maioria os pacientes se sentem vulneráveis ao se ver internados e colaboram com as orientações realizadas, é importante mais treinamento para os funcionários para ser mais empáticos já que muitos não tem o treinamento e ou perfil para essa função.
30	CAPS	Nossa tem tanta coisa que poderia melhorar, uma das quais a gente percebe que a cada dia a demanda está maior, a gente trabalha com limitações, né? Por exemplo, a gente não tem uma residência terapêutica, a gente não tem para onde encaminhar esses pacientes após o CAPS entendeu? Aqui por exemplo a gente fica 14 dias com esses pacientes e depois daqui para onde que a gente vai colocar esses pacientes, muitas vezes a gente percebe que eles não querem sair daqui, chega o dia deles sair e não para onde ir ou mandar, né? A gente também percebe que depois da internação muitos deles voltam até para rua, e aí assim o nosso trabalho está sendo insuficiente. Chega uma hora que a gente se sente impotente, dá um desânimo, porque a gente tenta dar o melhor de si com o mínimo, mas tem coisa que não depende só da gente né? Mas tenho

fê de que as coisas vão melhorar. Esse mundo está muito louco, feliz daquele que não tem nenhum dependente químico na família, né? Porque este mundo está virado. Quantas vezes eu já saí daqui me esconder para chorar, porque a pesar de eu querer resolver, mas não dá, porque não depende só da gente, não é fácil trabalhar aqui, eu já adoeci muito, eu estou aqui desde 2019, e cada dia a gente vê aqui, que as coisas se tornam mais difíceis. Porque o que tem aqui é muito limitado, a gente tem a atividade física, alimentação, leitos com vagas limitadas, e só. Enfim, os recursos aqui são muito limitados. Tem gente que vem para internar com a gente, mas não tem vaga, e aí, não tem o que fazer. Não depende só da gente.

31

CAPS

Por exemplo, eu tenho uma paciente que a conheci em 2015, ela era dependente química eu a acolhi na minha casa em 2016, ela estava 25 anos nas drogas, 25 anos na prostituição, 10 filhos. Eu a levei na minha casa, cuidei dela, eu amei, e ela já tinha passado por “N” clínicas e até aqui mesmo ficou “N” vezes internada e nunca deu jeito. Até que eu a acolhi na minha casa e através de um outro processo de cuidado que fiz com ela, e agora dia 20 de fevereiro vai fazer 9 anos que ela saiu das drogas. Ela é analfabeta, trabalha, voltou com o marido, já tem a casa dela, o neném dela é meu afilhado, mora na minha casa. Então eu acredito que internar não vai resolver, porque assim, se você não reatar os vínculos familiares não vai resolver e apenas enxugar gelo, e ele vai internar de novo. Que foi o que eu fiz com ela. Porque internação não é solução. É como te digo, eu acredito que daria muito certo o tratamento da dependência química, se houvesse um trabalho também voltado para os familiares, né? para reatar novamente o laço familiar, porque como eu falei, se só o paciente vier aqui para receber tratamento ou se for internado involuntariamente ou compulsoriamente e ficar contido, e se não houver a reestruturação da família é enxugar gelo, entendeu? A gente não vê na realidade esse apoio a família, o psiquiatra atendendo a família, né? A gente não vê um apoio a família, a gente vê apenas o lado do paciente, e esquece a família que está extremamente adoecida neste processo. Aí se você como médica trazer um paciente para cá, mas não fizer nenhum trabalho com a família, quando esse paciente sair daqui ele vai voltar a consumir drogas. Como quando eu peguei [informação pessoal (excluída pela autora)], e levei ela para minha casa, a família não queria nem saber mais dela, a vizinha me dizia “doutora, a senhora é doida, a senhora está levando ela pra casa,

ela pode lhe matar, ter um surto não sei o que, roubar”, mas nunca aconteceu, entendeu? Aí o que eu fazia, quando ela veio morar comigo, ela tinha 2 filhos de 11 e 15 anos que moravam no abrigo do Tucumã, eu os levava para casa, pedia autorização para a assistente social, comprava um frango. Eu a ensinei a cozinhar, ela não sabia nem fazer um ovo, ensinei ela a ter autonomia com o dinheiro, levava ela no mercado e ensinei ela a pesquisar preço, e ensinei ela a fazer a compra dela, eu a acompanhava. Quando eu a levei para morar comigo ela não tinha nem cartão de identidade, eu fui correr atrás de tudo. Porque eles iam na minha casa, porque ela lá cozinhou para eles. Aí foi quando eles e eu fomos vendo a mudança dela, porque até então falar é fácil que tu está se tratando, mas os teus filhos verem que *tu* está fazendo é diferente. Aí a gente ia para casa da vizinha dela, onde estava os outros filhos dela, no [informação pessoal (excluída pela autora)], ela ia lá cozinhou para eles, eu levava comida, aí ela ficava de manhã e tarde com eles, e depois eu a levava para minha casa no final da tarde. Fiz o primeiro natal dela com os filhos, comprei sidra, champanhe sem álcool, montei uma árvore de Natal, ela me ajudou a fazer a ceia para eles, comprei mini presentes para cada um para colocar na árvore de Natal, porque nunca tiveram nenhum Natal em família, então assim eu reinseri ela na família. Se tu não fizeres um trabalho desse tipo tu vai eternamente enxugar gelo. Porque ele vai vir para cá, vai ficar 15 dias, quando acabou sai daqui, se não tiver um lugar para ele ir ele vai para o UA que é a extensão do CAPS, se não tiver vaga na UA ele vai para rua. Que que *tu* conseguiu solucionar naquele paciente? ele vai voltar para rua. Por que *tu* fez o trabalho de reestruturar a família? e o povo aqui no CAPS não entende isso, então o que vai mudar no paciente. Basicamente é isso, o paciente tem que querer o tratamento, ela quiz, e em segundo lugar eu acho que internar por internar não vai resolver, tem que ser feito um trabalho espiritual, por exemplo ela tinha crises eu dizia [informação pessoal (excluído pela autora)] vamos orar, vamos ler salmo 91, Efésios 6:10, a armadura do cristão, dava carinho para ela, dava água benta para ela tomar, dizia vamos na igreja, ou vamos na casa do pastor. Eu fiz um trabalho espiritual muito forte nela, de cura e libertação. Ela dizia assim para mim “quantas vezes quando estava na rua me prostituindo, usando drogas, largada no chão, eu dizia assim senhor não tenho forças para sair sozinha, manda um anjo para me tirar”, ela diz “comadre, a senhora é um

anjo que Deus colocou na minha vida”. E agora ela está sendo um anjo na minha vida, só para finalizar, dia 28 de dezembro eu perdi a minha cachorrinha, minha *poodle*, tinha 13 anos, 7 meses e 24 dias, dormia na minha costela. Todo dia ela e meu afilhado estão lá comigo, ou se não ela me liga para perguntar “comadre como você está?”, porque eu estou com depressão severa, já faço tratamento de depressão desde 2015, e com isso me abalou muito. Aí ela disse hoje, que amanhã ela vai vir cozinhar na minha casa, passar o dia comigo, então assim, como são as coisas eu cuidei dela e agora ela tá cuidando de mim, sem eu pedir dela, nasceu dela. Nunca sumiu nada da minha casa, eu cuidei dela como se fosse uma filha, e inclusive ela disse que eu sou a mãe dela. Não é só medicação que o paciente precisa. Eu acredito que o trabalho que eu fiz com ela, foi Deus que me guiou. Ela internou aqui e depois que ela ganhou o neném, ela foi para uma clínica terapêutica onde não deu certo, ela voltou aqui, mas eu não quis que ela interna-se novamente aqui, porque que eu não quis, porque aqui é o entra e saí de droga, é porta aberta, aí eu digo ela vai passar o dia inteiro aqui para levar depois droga para minha casa, então preferi que fica-se na minha casa, a gente fazia a consulta, o médico prescrevia e ela voltava para casa, como sou a farmacêutica, já pegava a medicação e eu dava para ela no horário, dava na boca a medicação de manhã, de tarde, de noite.

Pergunta incluída pela entrevistadora:

“O paciente que está internado aqui no CAPS AD pode sair e entrar na unidade na hora que quiser?”.

Não, o paciente que interna aqui não pode sair, mas quem está no ambulatório no acolhimento diurno, que só fica no dia, vai na rua e traz droga. E aí por exemplo tu tá internado e tem dinheiro, pede para eles saírem e comprar para eles. E não tem como controlar. Às vezes a gente pega pelas câmeras ou pelo vigilante, mas nem sempre dá para pegar, 100% não dá para prevenir que eles usem, aí quem vem no acolhimento de dia acaba prejudicando quem está internado. Às vezes a pessoa está disposta a se tratar, mas daí vem o cara e oferece, aí recai novamente. Por isso que eu não trazia a minha comadre. Mas eu sou totalmente contra a internação compulsória, aí eu te interno, vou lá peço ao juiz te internar, quando você sair você não vai querer voltar porque a tua própria família decidiu te internar, piorando mais o vínculo com a família.

32	CAPS	Bom, então no CAPS a gente sempre está fazendo um grupo de conversa com eles, a gente se senta com eles e questionamos como eles se sentem, como eles se enxergam, a gente explica que a dependência química é um processo complexo e difícil. Bom, basicamente a gente trabalha com a redução de danos. Essas conversas não somente acontecem nas rodas de conversa, quando vemos que um paciente está deprimido com olhar triste, a gente senta do lado, pelo menos eu sento e converso com ele, falo que ele vai sair dessa, que não precisa ficar preocupado pelo tempo, que cada dia que ele está sem usar é uma vitória, que o mais importante é ele querer mudar, e que isso já é uma grande conquista, que o fato dele ter procurado ajuda demonstra que ele é forte e que não precisa enfrentar este caminho sozinho, que estamos aqui para apoiá-los sem julgamentos. O que eu quero dizer é que sempre tento dar uma palavra de apoio e conforto, tento que ele foque nos pensamentos positivos.
33	PS	Não.
34	PS	Não.
35	PS	Existem vários casos que se a condução fosse diferente, a eficácia da internação seria mais sucedida. P. Exemplo, existe deficiência de medicação, deficiência de transporte, as vezes a gente se depara com deficiência de alimentação, deficiência de profissionais, não temos cobertura de alguns profissionais 24h no serviço, tudo isso poderia contribuir mais.
36	PS	O acolhimento e o vínculo com paciente e familiares, torna uma internação muito mais exitosa. Trazendo ao paciente projeções de continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar.
37	PS	A gente já teve muitas experiências exitosas. Temos uma paciente dependente química, com transtorno de Bipolaridade, sempre tinha relato de abuso por terceiros, tentativas e ideação suicida, tinha múltiplas necessidades familiares, conflitos emocionais e insuficiência familiar. E ela saiu do uso de substâncias após ter ganhado a filha. Fez ela refletir que ter contato com o dispositivo de atenção multidisciplinar a fez refletir sobre a vida. No estado temos muita deficiência de cobertura da equipe multidisciplinar, porque a rede não dá conta.
38	PS	Não.
39	PS	Discriminação.
40	PS	Educação continuada, da equipe multidisciplinar. Não adianta criar serviços especializados sem capacitação desses profissionais para

		atendimento desses pacientes. Porque a presença de profissionais não capacitados acaba prejudicando os atendimentos e os atendimentos dos pacientes. Promoção de políticas públicas que possam favorecer o atendimento de pacientes moradores de rua que são dependentes químicos e já apresentam um quadro psiquiátrico, agudo e crônico. A relação médico paciente, atendimento multidisciplinar contínuo, internação em clínicas particulares.
41	PS	Um dos casos mais marcantes, que quem trouxe para atendimento a mãe foi uma criança de 8 anos, tivemos que levar a mãe a um outro quarto para a criança não ver. Lamentavelmente ela não se reabilitou, infelizmente a criança foi para o Conselho Tutelar. Dependência química é triste compromete a vida dos usuários de diversas formas, e deixa muitas crianças em risco.
42	PS	Lembro de um rapaz menor de idade, que chegou para internação com overdose, sendo agressivo com a mãe. Ficou internado durante 1 semana, aos poucos com a medicação e tratamento foi se moderando e saiu recuperado. Não voltou mais. Acho que o que ajudou na recuperação neste caso foi a medicação / tratamento, assistência psicológica e a boa assistência de todos os profissionais em conjunto.
43	PS	Tinha um paciente usuário de drogas com múltiplas comorbidades, que teve êxito durante o tratamento e conseguiu se reinserir na sociedade e agora está trabalhando. Lembro que na internação ele pediu forças para Deus. Considero que a fé foi um fator determinante, pois ao estar e se ver no fundo do poço, o paciente conseguiu visualizar os pontos ruins para poder fazer a sua virada de chave, e conseguir mudar a sua realidade. Entre outros fatores que podem ter contribuído neste processo estão a entrevista motivacional, voluntariedade do tratamento, motivação para o tratamento, aberto a aceitar o tratamento proposto. Porém fazer a entrevista motivacional é complexo, pois esta tem como objetivo a tentativa de sensibilização do paciente através da análise da questão social, sofrimento do paciente. Isto permite que o paciente compreenda os prejuízos e que as drogas dão apenas um prazer fugaz, e ao mesmo tempo ajudam a que o paciente compreenda que não precisa perder tudo, assim como também que entenda que a recaída não é o fundo do poço. É sempre bom fazer uma avaliação do entorno do paciente, e não perder a oportunidade de trazer a família como apoio para o paciente. É uma construção lenta, onde vão se pegando dados da história para conseguir em algum

		momento virar a chave para o paciente. Porém, neste processo o paciente terá altos e baixos e por isso ele precisa entender que a recaída não é o fundo do poço.
44	PS	Nos meus anos de trabalho tive vários pacientes que me marcaram. Teve uma situação em que acabava de terminar o meu Plantão, e o segurança informou que o paciente estava fugindo, e que nenhum profissional de plantão na internação mesmo vendo que ele estava fugindo, não fizeram nada para tentar trazê-lo de volta. Então quando o vi falei para ele com educação e o levei de volta ao leito. Trabalho com dinâmica, educação, carinho, empatia, e paciência, porque entendo que estes pacientes vivem uma realidade diferente da nossa, e a internação é uma oportunidade para que eles percebam uma nova realidade. Muitos se sentem abandonados, e o que tento fazer é que a internação seja agradável para eles sem gerar traumatismos que podem carregar pelo resto da vida, e tentando reduzir danos.
45	PS	Tem tantas histórias, mas a que vem agora na minha memória é de um paciente que internava com recorrência aqui, era um adolescente, morador de rua que vinha a cada 2 - 3 dias para internação, só para poder se alimentar e ter um lugar onde dormir, logo após o terceiro dia já evadia e voltava ao uso de drogas. Da última vez que ele veio para internação ele já tinha 23 anos, isso há algum tempo, fico internado por 15 dias, e durante a internação soubemos que o cuidador do paciente (pai) também teria caído no uso das drogas, e a mãe tinha abandonado os dois, a nossa equipe tentou de todos os jeitos que ele melhorasse e aceitasse os tratamentos, porém ele rejeitava, e não conseguimos que parasse de usar e acho que deve continuar na mesma vida. Atualmente não sabemos mais dele, apenas os assistentes sociais acompanham a cada um dos pacientes que são dependentes químicos. Vemos que constantemente os dependentes químicos também podem ter dependência pelo cigarro e álcool.
46	PS	A gente já vivenciou tantas situações, uma vez teve um paciente dependente químico que sofreu um acidente de moto e chegou todo enfaixado, em abstinência, era de uma família rica de Rio Branco. Ele era paciente de anos daqui do leito de saúde mental, a família já tinha tentado várias vezes tirar ele das drogas. E no dia que ele chegou percebemos que estava só porque a família tinha chegado no ponto de desprezar ele devido ao uso de drogas. Depois deste episódio ele internou numa clínica particular em São Paulo e voltou

		depois de 9 meses, teve uma recaída, porém teve alguma coisa que fez que hoje ele este fora das drogas e trabalhando. Um outro caso de sucesso que temos é [informação pessoal (excluído pela autora)] que era dependente químico, porém conseguiu vencer. Também tem vários pacientes que foram a óbito com complicações do uso de drogas, como é o caso de um paciente que era usuário de cocaína e teve necrose da cartilagem nasal devido ao uso frequente, lamentavelmente ele foi a óbito. Outros pacientes são usuários até hoje, porém eles reconhecem a gente na rua, nos cumprimentam e protegem, porque eles criam um vínculo conosco porque passamos segurança, carinho, apoio, então eles passam a confiar na gente, as vezes eles contam para nós coisas que não contaram nem para o psicólogo, muitos desabafam. As vezes eles chegam muito agressivos, e precisamos da ajuda do vigilante para conter. teve um caso que tivemos que chamar a polícia porque ele estava agredindo o colega. Muitos dependentes químicos têm dependência por álcool, e pessoalmente acho que a abstinência por álcool é pior que das drogas.
47	PS	O principal é olhar o dependente químico como um todo, ver o contexto social e familiar porque após a internação isso vai influenciar na recuperação. O atendimento psicológico, o atendimento cuidadoso da equipe que deixa o paciente a vontade, fazem a diferença no atendimento. Quando a equipe apoia, auxilia o paciente facilita muito a internação e até o acompanhamento profissional do paciente na internação.
48	PS	O tratamento do paciente dependente químico é complicado apenas a internação não resolve, talvez seria benéfico se depois de sair daqui eles fosse para uma casa de apoio, tivessem palestras motivacionais e várias outras formas que ajudassem eles não cair na dependência novamente. Ao atender o paciente dependente químico estamos sujeitos a tudo, já fomos agredidos pelo paciente, mordidos, batidos e até manipulados por eles, porque eles tentam as vezes se aproveitar da situação se valendo dos seus direitos. Por exemplo, como é o caso de uma gestante dependente química que era paciente nossa, ela aproveitava da situação de gestante dizendo que tem direitos e gritava, tentava nos bater, uma vez tentou me agredir com a cadeira quando fui fazer a medicação, e na outra vez ela mordeu a minha colega no braço, são situações que a gente fica exposto, mas não podemos reagir então apenas tentamos apoiar e cuidar deles.

49	PS	Tem inúmeros casos que posso relatar, lembro uma situação engraçada com uma paciente que recusava tomar a medicação e a colega não conseguia convencê-la. Eu já tinha passado o plantão e tinha encerrado meu atendimento, mas mesmo assim fui conversar com ela, para entender o que estava acontecendo, chegando no leito, falei para paciente: "<i>Oi, meu amor, porque você não está querendo tomar o remédio?</i>", aí ela respondeu agressiva que o Dr. tinha conversado com ela e que tinha lhe prometido que iria para casa e que estava de alta, então ela disse que não ia continuar tomando medicação no hospital, queria a receita para continuar o tratamento em casa porque o Dr. tinha prometido que iria para casa. Então expliquei para ela, e que se a vontade dela era ir embora ela podia ir, e que ninguém iria deter ela. Então ela me olhou e tomou a medicação. Em relação ao ambiente e estrutura do leito de saúde mental, vejo que tem várias coisas que podem melhorar. Precisamos de profissionais com sensibilidade, porque as vezes a pessoa só quer um abraço, não podemos julgar eles, muitas vezes desconhecemos o que a outra pessoa passou. Hoje vejo meu trabalho como uma missão e sempre tento tratar os meus pacientes com amor, sensibilidade.
50	PS	Acho que o fundamental para recuperação seria ter áreas de lazer onde possa ter atividades recreativas que possam distrair os pacientes, isso tornaria a internação mais agradável, aqui os pacientes não têm nenhuma atividade, isso gera estresse total.
51	PS	Não.
52	PS	Atualmente o dinheiro da portaria, destinado para saúde mental, não é distribuído na sua totalidade, uma porcentagem deste dinheiro é designada para o "FUNDÃO", só que ninguém sabe onde vão parar esse dinheiro. Então creio que os recursos desta portaria deveriam ir diretamente e exclusivamente para saúde mental, para que sejam de uso exclusivo do serviço, então a partir disso podemos fazer uma redistribuição dos recursos para compra de medicamentos, manutenção de móveis e equipamentos, por exemplo temos cadeiras velhas, janelas danificadas, suporte de soro velhos. Também gostaria que as políticas públicas funcionassem. Por exemplo, aqui não temos CAPS infantil, as crianças que precisam de atendimento psiquiátrico são internadas nos leitos da pediatria e logo o psiquiatra passa visita lá. Isso deve mudar. É importante ter mais profissionais agindo na rede, muitos

		pacientes não conseguem acompanhar com o psicólogo porque a fila é de perder a vista.
53	PS	Geralmente quando os pacientes ganham alta daqui, vão ser acompanhados no CAPS, porém acho que é muito inadequado porque lá eles encontram pacientes com dependência de álcool, com transtorno psiquiátrico, outros dependentes químicos. E acho que cada um desse tipo de paciente deveria ter uma equipe destinada apenas a atender um tipo de condição.
54	PS	É necessário modificar alguns fluxos de regulação dentro do hospital, por exemplo teve um caso de um paciente que deu entrada pela emergência devido a tentativa de suicídio com medicamentos, há menos de 1 hora, e assim que deu entrada já foi encaminhada para o leito de saúde mental, sem ter sido realizados outros procedimentos clínicos com lavagem gástrica, monitoramento. E quando foi admitida aqui a paciente rebaixou e foi necessário regular ela na UTI, porque não temos infraestrutura necessária para cuidar de um paciente da clínica no leito de saúde mental. Então seria bom rever os fluxos da regulação de este tipo de pacientes para que não aconteçam complicações na internação. Uma coisa que me chama a atenção é que quando o paciente é dependente químico, quem geralmente está no cuidado na internação é a mãe. E elas sofrem muito e chegam até ser agredidas pelos pacientes.
55	PS	Lembro de um caso de uma adolescente, que chegou com tentativa de suicídio por uso de medicações, que devido a intoxicação teve complicações, e após a internação ganhou alta ainda com sequelas, então depois desse episódio, ela apenas conseguiu acabar com a saúde dela.
56	PS	A gente vê que a parte materna procura muito que o filho receba tratamento e estão sempre ao lado dele, tem casos que tem sucesso, mas a grande maioria diverge da normalidade porque alguns chegam a agredir a mãe.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.



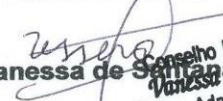
CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Brasília - DF, 6 de janeiro de 2026.

DECLARAÇÃO

Atesto, para os devidos fins de comprovação acadêmica e profissional, que o artigo "*Aplicação da bioética na psicoterapia assistida por psicodélicos*", de autoria de Leuda Maria da Silva Dávalos, Maria Fernanda da Silva Dávalos, Teddy Oscar Davalos Escalante, Tania Alba Medrano, Osvaldo de Sousa Leal Júnior, Alessandre Gomes de Lima, Dilza Terezinha Ambros Ribeiro, Rui Manuel Lopes Nunes, foi devidamente aprovado no processo editorial da Revista Bioética e será publicado oportunamente, conforme o fluxo editorial da revista.

Atenciosamente,


Vanessa de Santana Sertão
Conselho Federal de Medicina
Vanessa de Santana Sertão
Sec. Adm. da Revista Bioética

Secretaria executiva – Revista Bioética

Aplicação da Bioética na Psicoterapia Assistida por Psicodélicos

Leuda Maria da Silva **DÁVALOS**¹, Maria Fernanda da Silva **DÁVALOS**², Teddy Oscar Davalos **ESCALANTE**²; Tania Alba **MEDRANO**³, Osvaldo de Sousa Leal **JÚNIOR**⁴, Alexandre Gomes de **LIMA**⁵, Dilza Terezinha Ambros **RIBEIRO**⁶, Rui Manuel Lopes **NUNES**⁷

1- Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; leudadav@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4949-8765.

2- Centro Universitário Uninorte, Brasil;

3- Universidade Federal do Acre, Brasil; tania.alba.medrano95@gmail.com; ORCID: 0009-0009-0531-2218.

4- Universidade Federal do Acre, Brasil; osvaldo.junior@ufac.br; ORCID: 0000-0002-8247-890X.

5- Universidade Federal do Acre, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; alessandregomes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2030-1586.

6- Universidade Federal do Acre, Brasil; dilzaambros@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8180-4008.

7- Universidade do Porto, Portugal; ruinunes@med.up.pt; ORCID: 0000-0002-1377-9899

Autor correspondente: Leuda Maria da Silva Dávalos

Gmail: leudadav@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Bioética aplica-se às Ciências da Saúde correlacionando os princípios éticos socioculturais sobre práticas médicas clínicas, como a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos. **Objetivo:** Debater a aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos e sua correlação com os princípios da Bioética em seus usos terapêuticos relacionados à dependência de substâncias. **Método:** Revisão Sistemática delineada à partir do protocolo PRISMA. Foram utilizadas as bases PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde e Periódico Capes para a seleção de 20 artigos. **Resultados:** A Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é promissora no tratamento conjunto de diversos transtornos, principalmente aqueles relacionados ao uso abusivo de substâncias ilícitas. A aplicação dos princípios essenciais da Bioética é o principal fator que contribui para seu caráter ético. **Conclusão:** A Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é um exemplo de psicoterapia que incorpora os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, oferecendo efeitos terapêuticos no tratamento de pacientes com vício em substâncias ilícitas.

PALAVRAS-CHAVE: Ética. Psicodélicos. Psicoterapia.

Application of Bioethics in Psychotherapy Assisted by Psychodelicics

Leuda Maria da Silva **DÁVALOS**¹, Maria Fernanda da Silva **DÁVALOS**², Teddy Oscar Davalos **ESCALANTE**²; Tania Alba **MEDRANO**³, Osvaldo de Sousa Leal **JÚNIOR**⁴, Alessandre Gomes de **LIMA**⁵, Dilza Terezinha Ambros **RIBEIRO**⁶, Rui Manuel Lopes **NUNES**⁷

1- Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; leudadav@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4949-8765.

2- Centro Universitário Uninorte, Brasil;

3- Universidade Federal do Acre, Brasil; tania.alba.medrano95@gmail.com; 0009-0009-0531-2218.

4- Universidade Federal do Acre, Brasil; osvaldo.junior@ufac.br; ORCID: 0000-0002-8247-890X.

5- Universidade Federal do Acre, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; alessandregomes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2030-1586.

6- Universidade Federal do Acre, Brasil; dilzaambros@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8180-4008.

7- Universidade do Porto, Portugal; ruinunes@med.up.pt; ORCID: 0000-0002-1377-9899

Corresponding author: Leuda Maria da Silva Dávalos

Gmail: leudadav@hotmail.com

Phone:

ABSTRACT

Introduction: Bioethics is applied to Health Sciences by correlating sociocultural ethical principles with clinical medical practices, such as Psychedelic-Assisted Psychotherapy. **Objective:** To discuss the application of Psychedelic-Assisted Psychotherapy and its correlation with the principles of Bioethics in its therapeutic uses related to substance dependence. **Method:** Systematic Review outlined from the PRISMA protocol. The PUBMED, Virtual Health Library and Capes Journal databases were used to select 20 articles. **Results:** Psychedelic-Assisted Psychotherapy is promising in the joint treatment of several disorders, especially those related to the abuse of illicit substances. The application of the essential principles of Bioethics is the main factor that contributes to its ethical character. **Conclusion:** Psychedelic-Assisted Psychotherapy is an example of psychotherapy that incorporates the principles of autonomy, justice, beneficence and non-maleficence, offering therapeutic effects in the treatment of patients with addiction to illicit substances.

KEYWORDS: Ethics. Psychodelics. Psychotherapy.

Aplicación de la Bioética en la Psicoterapia Asistida por Psicodélicos

Leuda Maria da Silva **DÁVALOS**¹, Maria Fernanda da Silva **DÁVALOS**², Teddy Oscar Davalos **ESCALANTE**²; Tania Alba **MEDRANO**³, Osvaldo de Sousa Leal **JÚNIOR**⁴, Alexandre Gomes de **LIMA**⁵, Dilza Terezinha Ambros **RIBEIRO**⁶, Rui Manuel Lopes **NUNES**⁷

1- Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; leudadav@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4949-8765.

2- Centro Universitário Uninorte, Brasil;

3- Universidade Federal do Acre, Brasil; tania.alba.medrano95@gmail.com; 0009-0009-0531-2218.

4- Universidade Federal do Acre, Brasil; osvaldo.junior@ufac.br; ORCID: 0000-0002-8247-890X.

5- Universidade Federal do Acre, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; alessandregomes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2030-1586.

6- Universidade Federal do Acre, Brasil; dilzaambros@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8180-4008.

7- Universidade do Porto, Portugal; ruinunes@med.up.pt; ORCID: 0000-0002-1377-9899

Autor correspondiente: Leuda María da Silva Dávalos

Gmail: leudadav@hotmail.com

Teléfono:

RESUMEN

Introducción: La bioética se aplica a las ciencias de la salud mediante la correlación de los principios éticos socioculturales con las prácticas clínicas, como la psicoterapia asistida por psicodélicos. **Objetivo:** Discutir la aplicación de la psicoterapia asistida por psicodélicos y su correlación con los principios de la bioética en sus usos terapéuticos relacionados con la dependencia de sustancias. **Método:** Revisión sistemática basada en el protocolo PRISMA. Se utilizaron las bases de datos PUBMED, la Biblioteca Virtual de Salud y la Revista Capes para seleccionar 20 artículos. **Resultados:** La psicoterapia asistida por psicodélicos es prometedora en el tratamiento conjunto de diversos trastornos, especialmente aquellos relacionados con el abuso de sustancias ilícitas. La aplicación de los principios esenciales de la bioética es el principal factor que contribuye a su carácter ético. **Conclusión:** La Psicoterapia Asistida por Psicodélicos es un ejemplo de psicoterapia que incorpora los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, ofreciendo efectos terapéuticos en el tratamiento de pacientes con adicción a sustancias ilícitas.

PALABRAS CLAVE: Ética. Psicodélicos. Psicoterapia.

INTRODUÇÃO

A Bioética é uma vertente de pesquisa relacionada à Ética e sua aplicação nas Ciências da Saúde, assim, ela se correlaciona com os princípios éticos nas questões e debates socioculturais relacionados às práticas em saúde clínica.

Nesse sentido, mundialmente, novas terapias são formadas na área da Psiquiatria para o tratamento de pacientes que fazem uso abusivo, recreativo e prejudicial à saúde de substâncias ilícitas, como o álcool. Assim, recentemente, surge a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP), que se baseia na utilização coordenada por uma equipe multiprofissional de médicos e terapeutas de fármacos psicodélicos a fim de atingir novos efeitos terapêuticos no tratamento desses pacientes¹.

Em razão da influência histórica e cultural, portanto, diversas críticas e debates foram conduzidos em relação a essa prática de psicoterapia, apresentando que ela não vivenciava os princípios da Bioética, como justiça, autonomia, beneficência e não maleficência em sua realidade teórico-prática².

Nessa perspectiva, nesse processo de construção de uma reflexão bioética acerca da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, novos debates são necessários para entender sua viabilidade e aplicação no tratamento de transtornos clínicos comuns no cotidiano, como a ansiedade, depressão e transtorno pós-traumático, além do tratamento do alcoolismo e dependência em outras substâncias de uso recreativo¹.

Nessa psicoterapia, o uso de psicodélicos garante os efeitos terapêuticos benéficos para o tratamento desses pacientes em decorrência do uso coordenado e regulado dessas substâncias psicodélicas, o que se diferencia do uso recreativo, descoordenado e altamente prejudicial à saúde humana³.

Assim, o principal objetivo dessa revisão sistemática é debater profundamente as características da aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos em seus usos terapêuticos relacionados a dependência de substâncias correlacionados a sua aplicação dos princípios da Bioética, destacando seu viés usual de justiça, autonomia, beneficência e não maleficência.

MÉTODO

Design do Estudo

Estudo de Revisão Sistemática sem metanálise delineada conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) à partir das mais robustas e confiáveis bases de literatura em Ciências da Saúde para estes tipos de estudo: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódico Capes. Cujo objetivo é descrever a aplicação dos princípios da bioética em pacientes que fazem uso recreativo de psicodélicos.

Estratégia de Busca

Nesse sentido, os descritores foram confirmados na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), no qual os eleitos para a estratégia de busca foram “Ética”, “Psicodélicos” e “Psicoterapia”. Para as

bases de dados internacionais, foram usados os mesmos descritores em inglês. A coleta dos dados foi realizada no período de abril de 2024, sendo incluídas publicações do período de 2019 e 2024.

Estratégia de Seleção

Assim, com base nos descritores e na triagem inicial, foram encontrados um total 112 artigos totalizados pela soma em todas as plataformas. Na pesquisa, aplicou-se o filtro “timeline” com artigos escritos e publicados de 2019 a 2024. Além disso, também foram utilizados os filtros “humanos” e “texto completo gratuito”. Após a triagem e aplicação dos filtros, verificou-se a totalidade de 52 artigos (Figura 1).

Crítérios de Elegibilidade

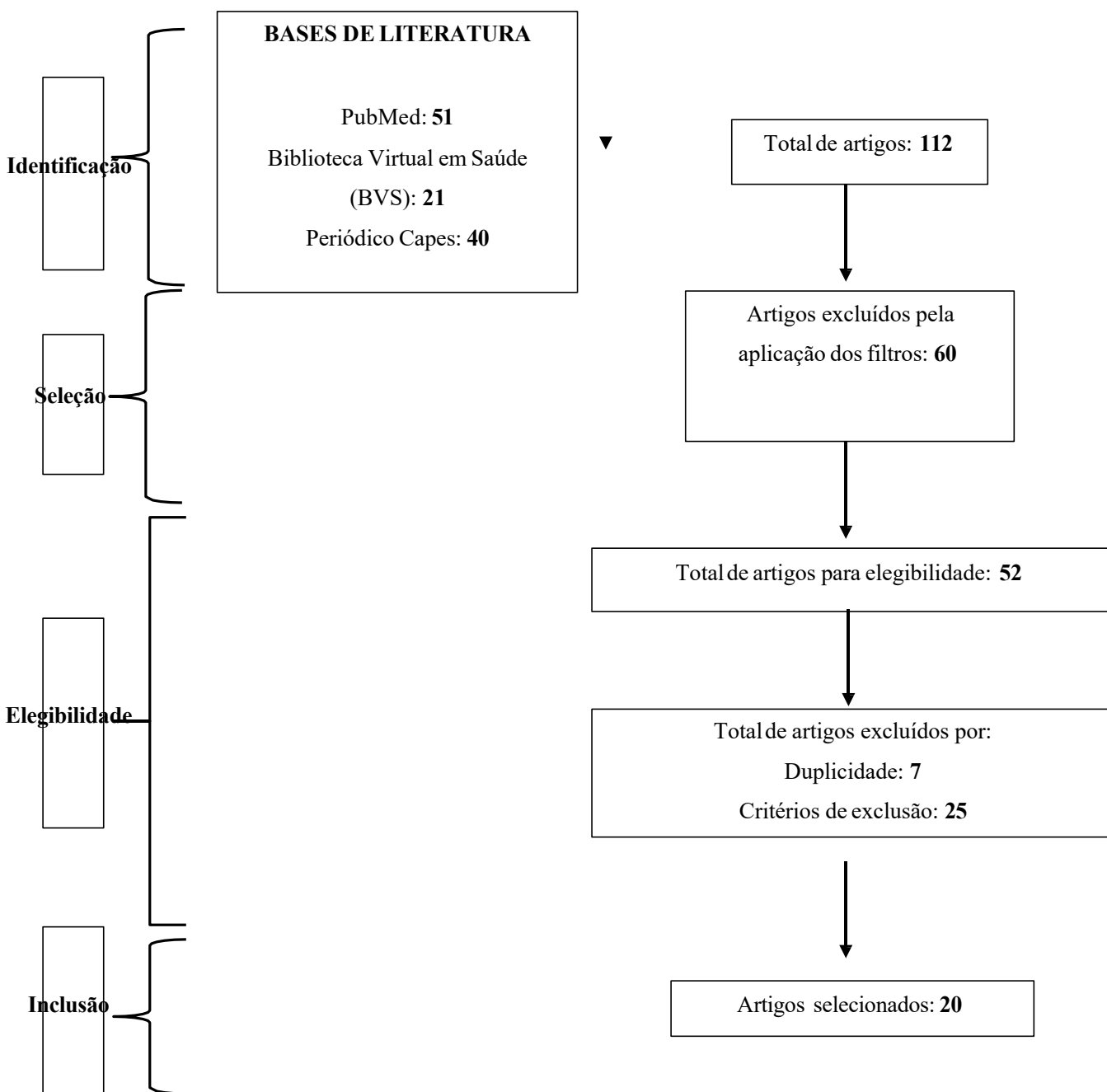
Os artigos foram selecionados seguindo critérios de inclusão rigorosos. Foram incluídos textos completos disponíveis, indexados em bases de dados robustas no período de 2019 a 2024, e com temática diretamente pertinente ao estudo. Como critérios de exclusão, foram descartados estudos que não focaram na descrição da aplicação dos princípios da bioética em pacientes que fazem uso recreativo de psicodélicos, assim como artigos publicados antes de 2019, para garantir a relevância e atualização da pesquisa.

Ao final das triagens, 20 artigos foram selecionados e lidos integralmente para a construção deste trabalho e expostos na tabela de fichamento presente na seção resultados (Tabela 1). Para evitar divergências na estratificação dos artigos, foi realizada a mesma estratégia de busca e seleção nas bases de literatura por 3 pesquisadores distintos com a mesma sequência, visando consequentemente validar estes dados.

Aspectos Legais e Éticos

Por se tratar de uma pesquisa em bases de literatura de acesso público, não foi submetida para apreciação junto ao CEP/CONEP, entretanto, respeitou-se integralmente o recomendado nas Resoluções nº 466/12, nº 510/2016 e suas prerrogativas interinstitucionais.

Figura 1 - Fluxograma do PRISMA 2023 diagrama de fluxo para revisões sistemáticas atualizadas que incluem buscas em bancos de dados, registros e outras fontes.



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2023: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas.

RESULTADOS

Ao final das triagens metodológicas realizadas, 20 artigos foram lidos integralmente por 3 revisores para compor sem divergências o fichamento e realizar a elaboração da discussão dos dados.

Tabela 1 - Fichamento dos artigos selecionados através das bases de literatura, conforme o modelo PRISMA 2023.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
BREEKSEMA <i>et al.</i> , 2024.	Explorar qualitativamente as expectativas e experiências de pacientes com TRD que participaram de um ensaio duplo-cego, randomizado e controlado de determinação de dose com uma dose única de psilocibina oral (10 ou 25 mg) ou placebo ativo (1 mg).	A psilocibina é o psicodélico clássico mais pesquisado para a depressão resistente ao tratamento (TRD). Embora a otimização do conjunto e da configuração seja considerada essencial para a eficácia e segurança, as perspectivas dos pacientes sobre esses aspectos raramente foram investigadas.
DUPUIS <i>et al.</i> , 2022.	Investigar os pressupostos culturais, as dimensões políticas e as implicações clínicas e éticas que surgem desse interesse renovado.	Após décadas de proibição e preocupação generalizada sobre as suas propriedades de alteração da mente, há um crescente interesse público, acadêmico e clínico no potencial terapêutico das substâncias psicadélicas. Substâncias serotoninérgicas em particular (DMT, psilocibina e LSD) estão agora sendo testadas como tratamentos para doenças como depressão, ansiedade e transtorno por uso de substâncias.
JACOBS <i>et al.</i> , 2023.	O papel da compreensão no apoio a duas funções do consentimento informado - evitar transgressões não autorizadas contra os pacientes e apoiar a tomada de decisões alinhadas com valores - é explorado, e defendendo que, embora o padrão normativo para a primeira função possa ser	Assim como a psicoterapia psicodélica assistida (PAP) representa uma inovação clínica que pode precisar de ser acomodada com inovações teóricas e metodológicas correspondentes, há uma consciência crescente de que as ferramentas, os quadros normativos e as práticas padrão da nossa ética clínica também podem precisar de ser adaptadas. , renovado ou substituído para acomodar suas características incomuns.

	cumprido pelas sugestões existentes para melhorar processo de consentimento para PAP, esta última função permanece inatingível.	
JACOBS <i>et al.</i> , 2024.	Os aspectos atípicos dos ensaios clínicos psicodélicos que apoiam a introdução do fornecimento de PTA na investigação neste campo, incluindo o estatuto jurídico mais amplo dos psicadélicos, a natureza da relação investigador-terapeuta/participante e o prazo alargado de todo o processo terapêutico.	O valor ético – e para alguns estudiosos, a necessidade – de fornecer aos pacientes do estudo acesso pós-ensaio (PTA) a um medicamento experimental tem sido objeto de atenção significativa no campo da ética em pesquisa. Embora não tenha surgido nenhum consenso, parece claro que, em alguns contextos de ensaio, vários factores tornam a ATP particularmente apropriada.
KIRKHAM <i>et al.</i> , 2024.	Debater sobre as virtudes ambientais, introduzindo uma proposta prática relevante, e avança o debate sobre o aprimoramento moral psicodélico, fornecendo uma estrutura conceitual muito necessária.	A necessidade urgente de soluções para desafios ambientais críticos está bem comprovada, mas muitas vezes os problemas ambientais são entendidos como problemas fundamentalmente de ação coletiva. Portanto, há uma necessidade premente de inculcar nos indivíduos as virtudes ambientais – virtudes de carácter que se relacionam com o nosso lugar ambiental no mundo.
MANTHEY <i>et al.</i> , 2020.	Os objetivos do estudo foram avaliados usando um desenho de estudo quase experimental de dois grupos. A intervenção constituirá uma licença individualizada para comprar cannabis herbácea em farmácias selecionadas por um período de 12 meses em Berlim, Alemanha.	Delineamos a proposta para a venda regulamentada de cannabis a um número limitado de consumidores em Berlim, Alemanha, pretendendo reduzir os danos para os consumidores recreativos.

MICELE <i>et al.</i> , 2021.	Este artigo visa estimular uma maior reflexão bioética sobre a remedicalização dos psicodélicos. O presente artigo pretende fazer isso aplicando uma lente fenomenológica normativa de análise.	A psicoterapia assistida por psicodélicos é um tratamento psiquiátrico emergente que está atraindo significativa atenção científica, médica e pública. Embora os resultados preliminares de estudos empíricos sejam promissores, o uso médico destes compostos é altamente controverso.
NAYAK <i>et al.</i> , 2021.	Revisar as características compartilhadas das psicoterapias convencionais eficazes e situamos os efeitos psicodélicos terapêuticos dentro delas. Em seguida, discutir como os efeitos das drogas psicodélicas podem amplificar os processos psicoterapêuticos convencionais.	Os psicodélicos têm se mostrado muito promissores em ensaios clínicos modernos para o tratamento de várias condições psiquiátricas. Como tratamento transdiagnóstico que exerce seus efeitos por meio de experiências subjetivas que deixam efeitos duradouros, assemelha-se à psicoterapia. Até o momento, tem havido discussão insuficiente sobre como a terapia psicodélica é semelhante e diferente da psicoterapia convencional.
OTTERMAN <i>et al.</i> , 2023.	Argumentar que, devido à gravidade e à crescente prevalência da AN, agravada pela escassez de tratamentos atualmente disponíveis e pelo estado de equilíbrio clínico, a investigação em psicoterapia psicodélica assistida para a AN deve ser financiada.	Embora a terapia cognitivo-comportamental tenha emergido como o principal tratamento para alguns transtornos alimentares, como a bulimia nervosa, não existe tal consenso sobre um “modelo psicoterapêutico de primeira linha” para NA. Este estado de equilíbrio clínico indica o imperativo ético para a realização de pesquisas adicionais sobre uma variedade de metodologias de tratamento, a fim de determinar o tratamento mais eficaz que os médicos podem oferecer aos pacientes com AN.

PILECKI <i>et al.</i> , 2021.	Argumentar que os terapeutas podem se reunir com os clientes antes e depois de suas próprias experiências psicodélicas pessoais, a fim de ajudá-los a minimizar os riscos e maximizar os benefícios. Cenários clínicos comuns nesta área clínica em crescimento também serão discutidos.	A terapia assistida por psicodélicos pode representar uma mudança de paradigma futura no tratamento de problemas de saúde mental, uma vez que ensaios clínicos recentes demonstraram fortes evidências de seus benefícios terapêuticos. Os terapeutas têm, portanto, o dever ético de satisfazer esta necessidade, fornecendo apoio aos clientes que utilizam substâncias psicodélicas.
ROSENBAUM <i>et al.</i> , 2023.	Identificar questões éticas importantes que são relevantes para a terapia psicodélica e para a pesquisa em várias populações e contextos clínicos.	Este é certamente o caso dos cuidados paliativos e do câncer, onde a psicoterapia assistida por psicodélicos (PAP) está sendo estudada para o tratamento do sofrimento associado à melhoria da vida.
SKREK <i>et al.</i> , 2022.	Abordar com precisão a questão da psicoterapia assistida por psicodélicos e responder às principais preocupações éticas que cercam essas drogas.	Numa altura em que as perturbações mentais se transformaram numa verdadeira epidemia, a medicina paliativa enfrenta grandes desafios sobre como abordar o sofrimento no final da vida, especialmente naqueles pacientes cujo maior sofrimento não é de origem somática e psicológica. Apesar de possuírem atualmente vastas ferramentas psicofarmacológicas, estas demonstram que são acompanhadas de muitos efeitos adversos e são ineficazes em muitos casos, o que obriga os especialistas a estudar métodos alternativos, como a psicoterapia psicodélica assistida.
SONG-SMITH <i>et al.</i> , 2024.	Capturar o conhecimento auto-relatado pelos estudantes de medicina do Reino Unido e a avaliação dos danos psicodélicos e explorar os fatores associados ao apoio à mudança do status legal dos psicodélicos para facilitar futuras pesquisas clínicas.	Nossas descobertas revelam que estudos futuros são necessários para examinar como a educação médica poderia ser refinada para preparar adequadamente os estudantes de medicina para um cenário de saúde em mudança, no qual a terapia assistida por psicodélicos poderia em breve ser implementada na prática clínica.

VILLIGER <i>et al.</i> , 2023.	O presente artigo contribui para a investigação ética da terapia assistida por psicodélicos, analisando as implicações éticas de seus mecanismos terapêuticos propostos pela hipótese de crenças relaxadas sob psicodélicos (REBUS).	Por isso, os pacientes ficam mais vulneráveis na terapia assistida por psicodélicos do que em outras intervenções terapêuticas; eles perdem o controle durante uma sessão psicodélica e tornam-se dependentes do ambiente terapêutico (incluindo o terapeuta). Os pacientes em ambientes de pesquisa atuais e em ambientes médicos convencionais precisam estar bem informados sobre os mecanismos psicodélicos e suas implicações para dar um consentimento informado válido ao tratamento.
THORENS <i>et al.</i> , 2023.	Este artigo propõe 10 pontos considerados essenciais sobre a ética associada à prática da psicoterapia assistida por psicodélicos (PAP)	As principais considerações abordam o respeito do enquadramento legal (LStup) do uso de psicotrópicos, como anunciar efeitos adversos à autoridade competente; garantir acompanhamento psicoterapêutico; garantir a segurança dos pacientes durante o tratamento e estabelecer indicações com base em evidências científicas.
SEYBERT <i>et al.</i> , 2023.	Encontrar tratamentos alternativos para problemas de saúde mental difíceis de tratar e condições como depressão resistente ao tratamento e ansiedade.	Estudos sobre psicodélicos foram conduzidos sob as condições protegidas de ensaios clínicos, seguindo diretrizes internacionais. No entanto, tratamentos psicodélicos apresentam desafios éticos e regulatórios únicos que podem não terem sido totalmente abordados dentro das estruturas tradicionais de ensaios clínicos.
DAVIS <i>et al.</i> , 2023.	Examinar a segurança e eficácia de duas sessões de administração de psilocibina (15 mg e 25 mg), combinadas com psicoterapia, entre USMVs com TEPT grave e resistente ao tratamento.	A terapia assistida por psilocibina mostrou-se significativamente promissora no tratamento do conjunto de sintomas de humor e ansiedade que compõem o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), mas ainda não foi testada especificamente nesta condição. Além disso, os tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos atuais para o TEPT são difíceis de tolerar e limitados em eficácia,

		especialmente na população de Veteranos Militares dos EUA (USMV).
AZEVEDO <i>et al.</i> , 2023.	Explorar a ética deontológica para compreender as implicações dos psicodélicos para o médico, o paciente e a sociedade.	Os psicodélicos são conhecidos por seus poderosos efeitos mentais devido à ativação dos receptores 5HT-2 ^a no cérebro. Durante as décadas de 1950 e 1960, foram realizadas pesquisas sobre essas moléculas até sua criminalização. No entanto, a sua investigação clínica como ferramenta terapêutica para perturbações psiquiátricas reavivou a ética deontológica que envolve este assunto. As questões surgem à medida que a investigação sobre o seu resultado terapêutico se torna uma realidade.
LANGLIZT <i>et al.</i> , 2024.	Considerar os valores e os debates informais que atualmente animam as terapias. Considerando questões de autonomia do paciente, mecanismos de ação terapêutica e quais terapias são mais adequadas para serem combinadas com substâncias psicodélicas.	No contexto histórico de crise na psiquiatria biológica, as drogas psicadélicas combinadas com a psicoterapia estão a ressurgir globalmente nas clínicas de investigação como uma potencial terapia transdiagnóstica para o tratamento de perturbações do humor, dependências e outras formas de sofrimento psicológico. Os tratamentos deverão em breve passar dos ensaios clínicos para a prestação generalizada de serviços em locais como a Austrália, a América do Norte e a Europa, o que suscitou questões éticas por parte de cientistas sociais e bioeticistas.
	Delinear sugestões concretas para facilitar dimensões de confiança com maior probabilidade de maximizar os benefícios do aprimoramento moral psicodélico.	As propostas de melhoria moral lutam para serem plausíveis e eticamente defensáveis, ao mesmo tempo que são curiosamente distintas tanto da melhoria cognitiva como da (mera) educação moral, um meio-termo promissor reside no foco no uso (adequadamente qualificado) de psicodélicos como <i>complementos</i> ao desenvolvimento moral.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores à partir dos artigos selecionados nas bases de literatura, 2024.

DISCUSSÃO

A Bioética é um ramo de pesquisa interdisciplinar que envolve a aplicação dos princípios éticos na Biologia e nos conceitos relacionados à vida. Nesse sentido, apresenta caráter único e rico no enfrentamento das problematizações éticas e bioéticas que envolvem a Ciências da Saúde.

Os princípios Bioéticos que envolvem diversas teorias mundiais, como o paternalismo, individualismo, hedonismo, entre outros, baseiam-se, principalmente, na beneficência, não maleficência, autonomia e justiça⁴. Assim, perante esses princípios e questões sociais, diversos levantamentos éticos são desenvolvidos na busca da explicação dos direitos e deveres aplicados à vida humana, como a relação ética e moral no uso de psicodélicos para várias psicoterapias, exemplo no tratamento de pacientes que fazem uso de drogas ilícitas ou patologias comuns do cotidiano, exemplo a depressão⁵.

Após diversas décadas de questionamentos morais e éticos, é notório que ainda persiste um embate multiprofissional ético na utilização dos psicodélicos para psicoterapias, uma vez que essa aplicação como viés de tratamento a esses pacientes relaciona-se com as características de pressupostos culturais, morais e da autonomia desses próprios pacientes que procuram tratamento para a dependência de drogas ilícitas, depressão, ansiedade e transtorno pós-traumático⁵.

Assim, para essa prática, denota-se a nomenclatura de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP), que representa no século XXI uma inovação de como esses pacientes clínicos previamente eram tratados, correlacionando novas aplicações metodológicas com o embate representado pela bioética nos princípios de beneficência, não maleficência e autonomia.

Isso ocorre, principalmente, em decorrência do debate que a ética clínica pode ser adaptada a novas teorias de tratamento, o que representa a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, entretanto, grande parte da contrapartida levantada por pesquisadores sobre essa prática centra-se nos desafios e efeitos adversos enfrentados pelos pacientes que fazem esse tratamento contra o uso de drogas ilícitas e transtornos patológicos, demonstrando que muitas vezes, nesses casos específicos, há uma dualidade de questões bioéticas voltadas a essa atividade⁶.

O valor ético no caso da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos para o tratamento desse grupo de pacientes tem sido muito debatido e explorado ao longo dos anos, o que trouxe muita visibilidade para esse campo de aplicação da bioética, questionando, assim, essa relação dualista entre a aplicação ou não aplicação dos princípios éticos na vida e tratamento desses pacientes por substâncias e produtos psicodélicos⁷.

Desse modo, surgem diversas necessidades imprescindíveis sobre esse debate, contextualizando como a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é realizada nesses pacientes e aplicada em seu tratamento por meio de um viés multidisciplinar nos campos de pesquisa da Bioética para chegar a um parecer ético sobre essa temática, avaliando a forma de aprimoramento moral que ela fornece aos pacientes em tratamento dos transtornos morais e éticos⁸.

É visto que, na maioria dos casos, a Psicoterapia fornece aos pacientes uma visão globalizada de suas ações e respostas aos seus comportamentos, sejam eles práticas éticas ou não. Assim, esse grupo de pessoas, em detrimento do princípio da autonomia, procuram por essa prática a fim de desenvolver ou aprimorar virtudes através do uso das substâncias psicodélicas no viver cotidiano que eles possuem⁹.

Diversas são as substâncias psicodélicas usadas para esse fim, exemplo a cannabis medicinal, que continua a ser uma droga ilícita em muitas regiões do mundo, como na Europa e nas Américas, mas que teve um crescente aumento de utilização desde jovens a idosos para o tratamento de diversas doenças, como ansiedade, depressão, uso abusivo e dependência recreativa, entre outros⁹.

Assim, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é uma terapia com crescente procura mundial em relação à prática farmacológica no uso da cannabis medicinal e de outros psicodélicos, entretanto, mesmo com diversos resultados promissores de sua utilização no princípio da autonomia, há também um viés controverso aos seus efeitos adversos levantados por pesquisadores no campo da bioética, como o questionamento de sua beneficência (MICELE *et al.*, 2021).

A principal crítica e debate está centrada na beneficência e não maleficência acerca dessa atividade para o tratamento desses pacientes que fazem uso abusivo de substâncias no mundo, demonstrando que a remedicalização por psicodélicos nesses pacientes pode acentuar sua dependência recreativa das drogas. Nesse sentido, mesmo as experiências culturais e efeitos terapêuticos induzidos por essa psicoterapia, podem levar ao descontrole da prática, exacerbando o uso dos psicodélicos por esse grupo de pacientes¹⁰.

Outro fator de debate é a semelhança levantada pelos pesquisadores acerca da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos com a Psicoterapia já descrita em outras técnicas da Psicologia e Ciências da Saúde para o tratamento desses pacientes que fazem uso de drogas e outras substâncias de forma abusiva, recreativa e prejudicial à saúde¹¹.

Todavia, mesmo que a terapia com a utilização de psicodélicos assemelhe-se a essência de moldar e avaliar o comportamento humano frente aos obstáculos morais, ela representa uma nova abordagem por incluir o uso de substâncias de forma terapêutica, levando em consideração os potenciais farmacológicos benéficos desses compostos no tratamento de transtornos vivenciados no cotidiano¹².

Nessa perspectiva, a PAP representa uma inovação quando combinada à autonomia desses grupos de pacientes que procuram o tratamento, uma vez que ela proporciona uma escolha viável para mudar o paradigma comportamental desses pacientes¹³. Isso ocorre, principalmente, através da aplicação dos psicodélicos de forma clínica, controlada e coordenada pela equipe médica e dos terapeutas, a fim de fornecer a beneficência de tratamento a essas pessoas¹⁴.

Quanto a aplicação bioética, portanto, é visto que apesar das controvérsias levantadas acerca da aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, ela apresenta inúmeros benefícios ao tratamento de transtornos e condições clínicas comuns, como a ansiedade, depressão, doenças potencialmente fatais, e outras condições que necessitem de atenção ética especial na conduta e manejo desses pacientes¹⁵.

Em tempos em que essas condições se apresentam de modo cada vez mais comum, portanto, é essencial determinar medidas de como a Bioética pode aprofundar-se na aplicação dessas terapias, exemplo o enfoque para os pacientes que fazem uso abusivo de drogas ilícitas, como o álcool, de forma recreativa e prejudicial à saúde, principalmente em países com fatores de risco abundantes para o desenvolvimento do alcoolismo¹⁶.

Desse modo, entre esses fatores de risco estão presentes o sexo masculino, a faixa etária dos jovens a fase adulta que vivem em países em desenvolvimento de menores condições socioeconômicas, o que também está relacionado ao próprio conhecimento sobre a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos ou outras psicoterapias para tratamento do alcoolismo e outras dependências de substâncias, haja vista a correlação com a falta de conhecimento e dificuldade de acesso à informação também apresentada também nesses países¹⁷.

Nesse sentido, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é uma estratégia muito viável e essencial a ser aplicada e difundida nesses países com maior propensão e fatores de risco relacionados ao uso recreativo e prejudicial de drogas, objetivando, assim, difundir os conhecimentos e os princípios da beneficência e não maleficência no tratamento de pacientes dessas regiões¹⁸.

Os psicodélicos amplificam a influência dos efeitos terapêuticos dessa psicoterapia, moldando o caráter de vulnerabilidade desse paciente muito além dos ambientes médicos convencionais aos quais eles estão inseridos¹⁹.

Assim, amplifica-se a escolha de tratamentos alternativos nas condições éticas, evoluindo na regulação de como essas medicações psicodélicas podem ser usadas nesse contexto²⁰.

Desse modo, a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos mostra-se significativamente promissora no tratamento conjunto de diversos transtornos, principalmente daqueles relacionados ao uso abusivo e desordenado de substâncias ilícitas com fins prejudiciais, mostrando que a aplicação dos princípios essenciais da Bioética é o principal fator que contribui para seu caráter ético²¹.

Mesmo em recentes estudos, essa prática clínica ainda deve ser mais explorada através de estudos controlados, com o objetivo de explorar mais acentuadamente os efeitos terapêuticos clínicos dos psicodélicos em uso controlado³.

Com isso, é possível observar que além das intervenções psiquiátricas, os psicodélicos, mediante uso controlado, também são responsáveis por proporcionar novas opções de tratamento¹.

Assim sendo, uma nova vertente de análise Bioética deve ser desenvolvida a fim de aprofundar no estudo do caráter ético da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos e evidenciar a aplicação da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência no uso dessa psicoterapia alternativa.

Portanto, estudo da aplicação da bioética na psicoterapia assistida por psicodélicos se justifica e é essencial para garantir que essa prática seja realizada de maneira ética, segura e responsável, protegendo os

interesses e o bem-estar dos pacientes, promovendo a equidade no acesso ao tratamento e respeitando os princípios fundamentais da autonomia, justiça e integridade profissional.

A importância de abordar a aplicação da bioética na psicoterapia assistida por psicodélicos no contexto internacional reside na necessidade de estabelecer diretrizes éticas que transcendam fronteiras geográficas e culturais. Dada a crescente globalização da pesquisa e prática nessa área, é essencial garantir que os princípios bioéticos fundamentais sejam aplicados de maneira consistente em diferentes países e contextos culturais. Isso promove a proteção dos direitos dos participantes, a integridade da pesquisa e a segurança dos tratamentos.

No entanto, ao estudar essa temática, podem surgir algumas limitações. Por exemplo, a diversidade cultural pode influenciar as percepções de ética e os padrões de prática clínica, o que pode tornar desafiador desenvolver diretrizes universais que se apliquem igualmente a todas as culturas. Além disso, a falta de consenso sobre a legalidade e a legitimidade da psicoterapia assistida por psicodélicos em muitos países pode criar obstáculos adicionais para a aplicação efetiva da bioética nesse contexto

CONCLUSÃO

A Psicoterapia Assistida por Psicodélicos é um exemplo de psicoterapia que envolve os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, fornecendo efeitos terapêuticos e benefícios quando utilizada no tratamento de pacientes que fazem uso descoordenado e desregulado de substâncias ilícitas, o que se diferencia do uso recreativo e altamente prejudicial à saúde humana.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Todo o processo metodológico e a revisão do manuscrito foram conduzidos com a participação integral de todos os autores. Desde a concepção do estudo, passando pela coleta e análise dos dados, até a redação e revisão crítica do conteúdo, cada membro da equipe contribuiu ativamente para garantir a qualidade e a integridade da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gordon, Emma C. Trust and psychedelic moral enhancement. *Neuroethics*, vol. 15, no. 2, p. 19, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12152-022-09497-9>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
2. Junqueira, C. R. “Bioethics: concept, cultural context, foundation and principles”. In: RAMOS, D.L.P. *Bioethics and professional ethics*. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2007, p. 22-34. Acesso em: 24 de junho de 2025.
3. Langlitz, Nicolas; GEARIN, Alex K. Psychedelic Therapy as a Way of Life. *Neuroethics*, vol. 17, no. 1, pg. 14, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12152-024-09550-9>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
4. Brecksema, Joost J. et al. Patient perspectives and experiences with psilocybin treatment for treatment-resistant depression: a qualitative study. *Scientific Reports*, vol. 14, no. 1, p. 2929, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53188-9>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
5. Dupuis, David; VEISSIÈRE, Samuel. Culture, context and ethics in the therapeutic use of hallucinogens: psychedelics as active superplacebos?. *Transcultural Psychiatry*, v. 59, no. 5, p. 571-578, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/13634615221131465>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
6. Jacobs, Eduardo. Transformative experience and informed consent for psychedelic-assisted psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, v. 14, p. 1108333, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1108333>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
7. Jacobs, Edward et al. When the trial is over: The case of post-trial dispositions in psychedelic clinical research. *Neuroethics*, vol. 17, no. 1, pg. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12152-023-09536-z>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
8. Kirkham, Nin; LETHEBY, Chris. Psychedelics and environmental virtues. *Philosophical Psychology*, vol. 37, no. 2, p. 371-395, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09515089.2022.2057290>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
9. Manthey, Jakob et al. Controlled administration of cannabis to mitigate cannabis-attributable harm among recreational users: a quasi-experimental study in Germany. *F1000Research*, vol. 9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.22612.2>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
10. Miceli Mcmillan, Ricardo. Global bioethical challenges of the medicalization of psychedelics. *Journal of Psychedelic Studies*, v. 2, p. 57-64, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/2054.2021.00188>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
11. Nayak, Sandeep; JOHNSON, Matthew W. Psychedelics and psychotherapy. *Pharmacopsychiatry*, v. 54, no. 04, p. 167-175, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1312-7297>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
12. Otterman, Lauren S. Research into psychedelic-assisted psychotherapy for anorexia nervosa should be funded. *Journal of bioethical inquiry*, v. 20, no. 1, p. 31-39, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10220-9>. Acesso em: 24 de junho de 2025.

13. Azevedo, Nuno; OLIVEIRA DA SILVA, Miguel; MADEIRA, Luis. Ethics of psychedelic use in psychiatry and beyond - based on legal, social, and clinical challenges. *Philosophies*, v. 8, no. 5, p. 76, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/philosophies8050076>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
14. Pilecki, Brian et al. Ethical and legal issues in psychedelic harm reduction and integration therapy. *Harm Reduction Magazine*, v. 18, no. 1, pg. 40, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00489-1>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
15. Rosenbaum, Daniel et al. Ethical Considerations at the Intersection Between Psychedelic-Assisted Psychotherapy and Medical Assistance in Dying. *AJOB neuroscience*, v. 14, no. 2, p. 139-141, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/21507740.2023.2188297>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
16. Skrek, Michal. Opening the doors of perception: psychedelic-assisted psychotherapy as palliative care medicine. *Aesthetika* (Ciudad Autón. B. Aires), p. 77-84, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2018.08.024>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
17. Song-Smith, Charlie et al. UK medical students' self-reported knowledge and harm assessment of psychedelics and their application in clinical research: a cross-sectional study. *BMJ open*, vol. 14, no. 3, p. e083595, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083595>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
18. Villiger, Daniel; TRACHSEL, Manuel. With great power comes great vulnerability: an ethical analysis of psychedelics' therapeutic mechanisms proposed by the REBUS hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, vol. 49, no. 12, p. 826-832, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108816>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
19. Thorens, Gabriel et al. Ethics in the practice of psychedelic-assisted psychotherapy. *Revue Médicale Suisse*, v. 838, p. 1508-1512, 2023. DOI: <https://doi.org/10.53738/revmed.2023.19.838.1508>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
20. Seybert, Carolina et al. Psychedelic treatments for mental health problems pose challenges to informed consent. *Nature Medicine*, v. 29, no. 9, p. 2167-2170, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02378-5>. Acesso em: 24 de junho de 2025.
21. Davis, Alan K. et al. Study protocol of an open-label proof-of-concept trial examining the safety and clinical efficacy of psilocybin-assisted therapy for veterans with PTSD. *BMJ Open*, v. 5, p. e068884, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068884>. Acesso em: 24 de junho de 2025.



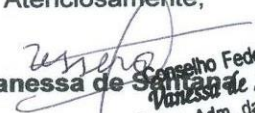
CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Brasília - DF, 6 de janeiro de 2026.

DECLARAÇÃO

Atesto, para os devidos fins de comprovação acadêmica e profissional, que o artigo "*Percepção profissional sobre cultura institucional e autonomia na internação*", de autoria de Leuda Maria da Silva Dávalos, Maria Fernanda da Silva Dávalos, Teddy Oscar Davalos Escalante, Tania Alba Medrano, Osvaldo de Sousa Leal Júnior, Alessandre Gomes de Lima, Dilza Terezinha Ambros Ribeiro, Rui Manuel Lopes Nunes, foi devidamente aprovado no processo editorial da Revista Bioética e será publicado oportunamente, conforme o fluxo editorial da revista.

Atenciosamente,


Vanessa de Santana Sertão
Conselho Federal de Medicina
Vanessa de Santana Sertão
Sec. Adm. da Revista Bioética

Secretaria executiva – Revista Bioética

Percepção profissional sobre autonomia institucional na internação de dependentes

Leuda Maria da Silva **DÁVALOS**¹, Maria Fernanda da Silva **DÁVALOS**², Teddy Oscar Davalos **ESCALANTE**²; Tania Alba **MEDRANO**³, Osvaldo de Sousa Leal **JÚNIOR**⁴, Alessandre Gomes de **LIMA**⁵, Dilza Terezinha Ambros **RIBEIRO**⁶, Francisco Naildo Cardoso **LEITÃO**⁶, Rui Manuel Lopes **NUNES**⁷

1- Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; leudadav@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4949-8765.

2- Centro Universitário Uninorte, Brasil;

3- Universidade Federal do Acre, Brasil; tania.alba.medrano95@gmail.com; ORCID: 0009-0009-0531-2218.

4- Universidade Federal do Acre, Brasil; osvaldo.junior@ufac.br; ORCID: 0000-0002-8247-890X.

5- Universidade Federal do Acre, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; alessandregomes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2030-1586.

6- Universidade Federal do Acre, Brasil; dilzaambros@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8180-4008.

7- Universidade do Porto, Portugal; ruinunes@med.up.pt; ORCID: 0000-0002-1377-9899

Autor correspondente: Leuda Maria da Silva Dávalos

Telefone: 55 (68) 99229-6009

GMAIL: leudadav@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A internação de dependentes químicos levanta questões éticas sobre autonomia, consentimento e capacidade decisória. **Objetivo:** Avaliar, sob a perspectiva bioética, como a cultura institucional afeta a percepção da autonomia de pacientes internados. **Método:** Delineamento transversal e misto. A parte quantitativa empregou questionários com teste Qui-Quadrado para associar variáveis sociodemográficas e percepções de autonomia. A parte qualitativa valeu-se de entrevistas e análise textual para explorar dinâmicas institucionais e relações de poder. **Resultados:** A cultura organizacional predomina sobre variáveis como sexo e formação profissional na percepção da internação. A análise qualitativa revelou tensões entre práticas biomédicas de controle e abordagens humanizadas, destacando a necessidade de revisar protocolos e investir em educação permanente. **Conclusão:** A autonomia é mediada por fatores institucionais, exigindo práticas bioéticas que conciliem cuidado integral e a realidade sócio-histórica do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia. Dependência química. Profissionais de saúde. Bioética.

Percepción profesional de la autonomía institucional en la hospitalización de personas dependientes

Leuda Maria da Silva **DÁVALOS**¹, Maria Fernanda da Silva **DÁVALOS**², Teddy Oscar Davalos **ESCALANTE**²; Tania Alba **MEDRANO**³, Osvaldo de Sousa Leal **JÚNIOR**⁴, Alessandre Gomes de **LIMA**⁵, Dilza Terezinha Ambros **RIBEIRO**⁶, Francisco Naildo Cardoso **LEITÃO**⁶, Rui Manuel Lopes **NUNES**⁷

1- Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; leudadav@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4949-8765.

2- Centro Universitário Uninorte, Brasil;

3- Universidade Federal do Acre, Brasil; tania.alba.medrano95@gmail.com; 0009-0009-0531-2218.

4- Universidade Federal do Acre, Brasil; osvaldo.junior@ufac.br; ORCID: 0000-0002-8247-890X.

5- Universidade Federal do Acre, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; alessandregomes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2030-1586.

6- Universidade Federal do Acre, Brasil; dilzaambros@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8180-4008.

7- Universidade do Porto, Portugal; ruinunes@med.up.pt; ORCID: 0000-0002-1377-9899

Autor correspondiente: Leuda María da Silva Dávalos

Teléfono: 55 (68) 99229-6009

GMAIL: leudadav@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La hospitalización de personas con drogodependencias plantea cuestiones éticas sobre la autonomía, el consentimiento y la capacidad de decisión. **Objetivo:** Evaluar, desde una perspectiva bioética, la relación entre la cultura institucional y la percepción de autonomía de los pacientes hospitalizados. **Método:** Diseño transversal y mixto. La parte cuantitativa utilizó cuestionarios con prueba de Chi-cuadrado para asociar variables sociodemográficas y percepciones de autonomía. La parte cualitativa utilizó entrevistas y análisis textual para explorar la dinámica institucional y las relaciones de poder. **Resultados:** La cultura organizacional predomina sobre variables como el género y la formación profesional en la percepción de internacionalización. El análisis cualitativo reveló una relación compleja entre las prácticas de control biomédico y los enfoques humanizados, lo que pone de relieve la necesidad de revisar los protocolos e invertir en formación continua. **Conclusión:** La autonomía está mediada por factores institucionales, lo que requiere prácticas bioéticas que concilien la atención integral con la realidad sociohistórica del paciente.

PALABRAS CLAVE: Autonomía. Drogodependencia. Profesionales sanitarios. Bioética.

Professional perception of institutional autonomy in the hospitalization of dependent persons

Leuda Maria da Silva **DÁVALOS**¹, Maria Fernanda da Silva **DÁVALOS**², Teddy Oscar Davalos **ESCALANTE**²; Tania Alba **MEDRANO**³, Osvaldo de Sousa Leal **JÚNIOR**⁴, Alexandre Gomes de **LIMA**⁵, Dilza Terezinha Ambros **RIBEIRO**⁶, Francisco Naildo Cardoso **LEITÃO**⁶, Rui Manuel Lopes **NUNES**⁷

1- Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; leudadav@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4949-8765.

2- Centro Universitário Uninorte, Brasil;

3- Universidade Federal do Acre, Brasil; tania.alba.medrano95@gmail.com; ORCID: 0009-0009-0531-2218.

4- Universidade Federal do Acre, Brasil; osvaldo.junior@ufac.br; ORCID: 0000-0002-8247-890X.

5- Universidade Federal do Acre, Brasil; Centro Universitário Uninorte, Brasil; alessandregomes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2030-1586.

6- Universidade Federal do Acre, Brasil; dilzaambros@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-8180-4008.

7- Universidade do Porto, Portugal; ruinunes@med.up.pt; ORCID: 0000-0002-1377-9899

Corresponding author: Leuda Maria da Silva Dávalos

Phone: 55 (68) 99229-6009

GMAIL: leudadav@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The hospitalization of drug addicts raises ethical questions about autonomy, consent and decision-making capacity. **Objective:** to evaluate, from a bioethical perspective, how institutional culture affects the perception of autonomy of hospitalized patients. **Method:** using a cross-sectional and mixed design. Questionnaires and statistical analysis (Chi-Square test) identified associations between sociodemographic variables and perceptions of autonomy, while interviews and textual analysis explored institutional dynamics and power relations. **Results:** indicate that organizational culture predominates over variables such as gender and professional training in the perception of hospitalization. Qualitative analysis revealed tensions between biomedical control practices and humanized approaches, highlighting the need to review protocols and invest in continuing education. **Conclusion:** autonomy is mediated by institutional factors, requiring bioethical practices that reconcile comprehensive care and the patient's socio-historical reality.

KEYWORDS: autonomy; chemical dependency; healthcare professionals; bioethics.

INTRODUÇÃO

A bioética constitui um campo fundamental para avaliar a aplicação dos princípios éticos na prática clínica, sobretudo em terapias emergentes como a Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP). Essa modalidade terapêutica tem se destacado como alternativa promissora no tratamento de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e dependência química^{2,3}. No entanto, uma Revisão Sistemática (RS) prévia revelou que a diversidade cultural representa uma limitação na elaboração de diretrizes universais de conduta, pois diferentes contextos podem imprimir percepções éticas e padrões clínicos diversos, dificultando a uniformização de protocolos aplicáveis a todas as realidades⁴.

Na RS em questão, observou-se que os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, embora reconhecidos globalmente, são interpretados e operacionalizados de formas distintas de acordo com a cultura institucional e o panorama sociocultural de cada localidade^{5,6}. Questões como o consentimento informado, a aceitação social dos psicodélicos, os riscos de reações adversas e a existência de preconceitos históricos emergem como fatores críticos que podem restringir o potencial terapêutico da PAP. Especialmente em relação à autonomia do paciente, as concepções prévias dos profissionais e as normas institucionais podem influenciar a tomada de decisão, levantando desafios significativos para a adoção de práticas centradas no sujeito^{7,8}.

Assim, a presente Revisão Sistemática investigou especificamente a aplicação da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos no tratamento da dependência de substâncias, com foco na observância dos princípios bioéticos e na influência que a cultura institucional dos profissionais de saúde exerce sobre a percepção de autonomia dos pacientes. Conduzida de acordo com as diretrizes do protocolo PRISMA, a revisão sistemática reuniu estudos publicados entre 2019 e 2024, culminando em 20 artigos analisados que evidenciam o caráter promissor da PAP ao mesmo tempo em que identificam barreiras éticas e estruturais^{2,4}.

Os achados apontaram desafios em três dimensões principais. Primeiramente, na autonomia e cultura institucional, verificou-se que normas e preconceitos em torno do uso de psicodélicos podem limitar a capacidade decisória do paciente; em segundo lugar, as questões de beneficência e não maleficência mostram que, apesar dos benefícios, há riscos que exigem protocolos rigorosos, bem como maior entendimento das especificidades culturais³. Por fim, a justiça enfatiza a necessidade de ampliar o acesso à PAP, a fim de evitar que apenas grupos privilegiados se beneficiem dessa abordagem, o que remete a disparidades estruturais nos sistemas de saúde⁵.

Outro aspecto relevante, evidenciado tanto na revisão quanto em estudos complementares, é a disparidade entre contextos nos quais a PAP é desenvolvida. Em muitos locais, a adoção de práticas hospitalares conservadoras, a carência de protocolos específicos e a falta de capacitação profissional produzem resistências ao uso de psicodélicos, subestimando sua eficácia no tratamento de dependências^{3,8}. Ao mesmo tempo, experiências bem-sucedidas em determinadas instituições sugerem que uma cultura organizacional favorável — pautada em educação continuada, debate ético e envolvimento familiar — pode favorecer maior adesão dos pacientes ao tratamento e viabilizar melhores resultados terapêuticos^{9,10}.

Nesse sentido, a necessidade de compreender como a cultura institucional dos profissionais de saúde molda a percepção sobre a autonomia e a adoção da PAP desponta como aspecto essencial para o avanço e a

legitimação dessa prática. Esta tese, portanto, parte do diagnóstico trazido pela revisão sistemática — segundo o qual a diversidade cultural pode comprometer a universalização de diretrizes éticas — para aprofundar a análise acerca do processo de tomada de decisão, dos preconceitos subjacentes e dos mecanismos institucionais que regulam a conduta profissional no manejo de pacientes dependentes químicos^{11,12}.

Espera-se, com isso, contribuir para a formulação de recomendações éticas que considerem as especificidades de cada contexto, bem como oferecer subsídios para a construção de políticas públicas e práticas clínicas mais inclusivas e culturalmente sensíveis^{13,14}.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar, sob a perspectiva bioética, a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, analisando como essa percepção se relaciona com a influência da cultura institucional no ambiente hospitalar.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar, sob a perspectiva bioética, a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, analisando como essa percepção se relaciona com a influência da cultura institucional no ambiente hospitalar.

Objetivos Específicos

1. Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, com base em entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados aos profissionais de saúde;
2. Identificar como a cultura institucional influencia essa percepção, por meio da análise qualitativa das entrevistas e questionários, considerando diretrizes hospitalares, normas institucionais e a rotina profissional;
3. Analisar se há padrões homogêneos ou discrepantes na percepção da autonomia entre diferentes grupos profissionais e instituições, por meio da comparação das respostas coletadas nas entrevistas e questionários, a fim de compreender a influência institucional sobre a conduta ética no atendimento.

QUESTÕES ORIENTADORAS

Como os profissionais de saúde percebem seu papel na internação de pacientes dependentes químicos, e de que forma essa percepção é influenciada pela cultura institucional?

De que maneira a cultura institucional impacta a interpretação e a aplicação do princípio da autonomia na internação de pacientes dependentes químicos?

Como as normas institucionais e diretrizes hospitalares moldam a prática assistencial dos profissionais e influenciam sua conduta ética no cuidado aos pacientes internados?

HIPÓTESES

H1 (Hipótese principal): A percepção dos profissionais de saúde mental sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados é influenciada pela cultura institucional, resultando em um padrão homogêneo de respostas em questionários estruturados, mas com variações qualitativas em entrevistas semiestruturadas;

H2: As diretrizes institucionais e normas hospitalares impactam a forma como os profissionais interpretam e aplicam o princípio da autonomia, levando a uma uniformidade nas respostas quantitativas, mas divergências em relatos qualitativos sobre dilemas éticos e práticas assistenciais;

H3: A cultura institucional molda a conduta profissional no cuidado a pacientes dependentes químicos, estabelecendo práticas assistenciais comuns, mas permitindo variações na percepção subjetiva sobre a internação e os desafios éticos enfrentados.

MÉTODO

A metodologia representa o caminho do pensamento e a prática utilizada para investigar uma determinada realidade¹. Segundo a autora, é essencial analisar as opções metodológicas que respondam às transformações do campo do conhecimento na área da saúde, uma vez que essa área exige modelos de "investigação por problema" para abordar questões complexas¹.

O presente estudo caracteriza-se como um estudo transversal e exploratório, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para examinar a percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados. A abordagem quantitativa foi conduzida por meio de questionários estruturados e testes estatísticos, enquanto a análise qualitativa seguiu métodos de análise textual e análise foucaultiana do discurso, permitindo explorar as dinâmicas institucionais e relações de poder subjacentes às percepções dos profissionais.

Embora os dados tenham sido coletados em um único momento, as informações podem abranger experiências passadas dos participantes, como ocorre em estudos que analisam prontuários médicos ou relatos retrospectivos. Esse delineamento permite captar percepções e padrões institucionais no contexto dos profissionais de saúde em relação à autonomia dos pacientes dependentes químicos, sendo adequado para a presente investigação.

LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas unidades de atendimento à saúde mental na cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre, ambas especializadas no atendimento a pacientes com transtornos psiquiátricos e dependência química.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

O CAPS AD-III é uma unidade de referência para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Localizado em Rio Branco, essa unidade oferece atendimento contínuo, funcionando 24 horas por dia, incluindo serviços de acolhimento, suporte terapêutico e internação breve para estabilização dos pacientes.

PRONTO-SOCORRO DE RIO BRANCO

O Pronto Socorro de Rio Branco conta com uma Unidade de Saúde Mental especializada em urgências e emergências psiquiátricas, prestando assistência a pacientes em crise aguda. A unidade dispõe de internação temporária 24 horas por dia, atuando no manejo clínico de transtornos psiquiátricos graves, incluindo casos de intoxicação aguda por substâncias psicoativas e episódios de abstinência severa.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A inclusão e exclusão de participantes obedecerá aos seguintes critérios:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estar diretamente envolvido no atendimento a pacientes dependentes químicos internados ou em acolhimento temporário em unidades de saúde mental;
- Ter conhecimento sobre os programas de assistência a essa população em sua unidade de atuação;
- e
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante consentimento informado.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não aceitarem participar do estudo ou recusarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Declararem não ter ciência ou não reconhecerem a importância do trabalho com pacientes dependentes químicos internados em um Hospital Geral; e
- Não conhecerem os programas de saúde específicos voltados ao atendimento dessa população na unidade onde atuam.

RISCOS E BENEFÍCIOS

RISCOS

Os principais riscos envolvidos na pesquisa referem-se à confidencialidade dos dados coletados, incluindo possíveis acessos indevidos às informações fornecidas pelos participantes. Para minimizar esses riscos, serão adotadas as seguintes medidas:

- Nenhuma informação que permita a identificação direta dos participantes será coletada;

Todos os dados serão anonimizados e codificados em um banco de dados seguro, acessível apenas pelos pesquisadores responsáveis; e

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, garantindo sigilo absoluto na divulgação dos resultados.

BENEFÍCIOS

A pesquisa poderá contribuir para:

- Aprimoramento da qualidade do atendimento prestado aos pacientes dependentes químicos que buscam assistência nos serviços de saúde em Rio Branco;
- Subsídios para a formulação e aprimoramento de políticas públicas voltadas à atenção psicossocial e ao fortalecimento de programas de tratamento para dependência química; e
- Disseminação do conhecimento científico sobre a percepção dos profissionais de saúde em relação à autonomia dos pacientes, por meio de publicações em eventos científicos, livros e revistas acadêmicas, sempre resguardando a identidade dos participantes.

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE COLETA

Este estudo adota um paradigma de pesquisa voltado para a explicação de realidades específicas, considerando que o contexto em que se inserem os sujeitos pesquisados é essencial para a compreensão dos significados subjacentes às suas percepções e práticas. Dessa forma, o modelo de pesquisa valoriza as interações entre os participantes, suas experiências vivenciais e as dinâmicas institucionais que influenciam suas ações e intenções.

A população-alvo da pesquisa é composta por profissionais de saúde que atuam em leitos de saúde mental e no atendimento a dependentes químicos internados em um hospital geral, abrangendo médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais envolvidos diretamente no cuidado desses pacientes. Além disso, a pesquisadora assume um papel de interlocutora no processo investigativo, conforme discutido por Minayo (2006), que destaca a interseção entre sujeito e objeto da pesquisa nas Ciências Sociais.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e questionários, aplicados aos profissionais que exercem suas atividades nas duas unidades mencionadas anteriormente (CAPS AD-III e Pronto-Socorro de Rio Branco).

As entrevistas foram conduzidas presencialmente e registradas por gravação de áudio, mediante autorização prévia dos participantes. Posteriormente, foram transcritas integralmente para análise qualitativa.

Essa técnica é considerada um dos pilares da pesquisa qualitativa, sendo definida por Minayo (2006, p. 261) como parte do "sentido amplo de comunicação verbal", utilizada para exploração de percepções, experiências e significados relacionados ao tema investigado.

A entrevista é caracterizada como um processo de diálogo, no qual o entrevistador conduz a conversa para obtenção de informações relevantes para a construção do objeto de pesquisa.

Os questionários foram compostos por questões abertas, de múltipla escolha e discursivas, permitindo que os participantes registrem suas percepções de forma detalhada. As respostas obtidas foram posteriormente quantificadas e organizadas em tabelas, favorecendo a análise e interpretação dos dados.

Antes da realização das entrevistas e da aplicação dos questionários, foi fornecido aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a importância da gravação das entrevistas e a garantia de sigilo e anonimato dos dados coletados.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As análises quantitativas foram realizadas utilizando o software R, com a aplicação do teste *Qui-Quadrado* (χ^2) para examinar associações entre variáveis categóricas. A análise textual foi conduzida por meio do IRAMUTEQ, rodado no ambiente R, permitindo a identificação de padrões lexicais e correspondências discursivas. Para a visualização dos resultados, foram utilizadas as bibliotecas *ggplot2* (para gráficos e análise de correspondência) e *wordcloud* (para representação de nuvens de palavras).

ANÁLISE QUANTITATIVA

A análise quantitativa utilizou o teste *Qui-Quadrado* (χ^2) para verificar a existência de associações entre variáveis categóricas. No entanto, a homogeneidade dos resultados em algumas variáveis sugeriu que fatores institucionais podem ser mais influentes do que diferenças individuais, tornando necessária uma abordagem qualitativa para aprofundar os significados subjacentes às percepções dos profissionais.

ANÁLISE QUALITATIVA

A análise qualitativa será conduzida em duas etapas principais:

ANÁLISE DE DISCURSO - IRAMUTEQ

A análise textual foi realizada utilizando o IRAMUTEQ, permitindo a segmentação dos discursos em *clusters* lexicais. Inicialmente, foram identificados quatro *clusters* principais, mas dois deles apresentaram baixa representatividade e padrões discursivos pouco consistentes, sendo excluídos da análise posterior. Dessa forma, a interpretação dos resultados baseou-se nos dois *clusters* mais coesos, que representavam concepções distintas sobre autonomia no contexto do CAPS e do PS.

ANÁLISE FOUCAULTIANA

A análise foucaultiana do discurso foi conduzida para compreender como os dispositivos de poder estruturam a percepção dos profissionais de saúde sobre autonomia dos pacientes dependentes químicos. Foram analisados três eixos principais: (1) a medicalização do discurso, observando como os profissionais categorizam os pacientes e justificam a internação compulsória; (2) a normalização das condutas, verificando como as instituições moldam a percepção sobre o que é considerado um "bom" ou "mau" paciente; e (3) as estratégias de resistência, identificando falas que desafiam a normatização biomédica e propõem abordagens

mais humanizadas. A análise comparativa entre CAPS e PS permitiu identificar tensões entre o discurso biomédico e o discurso psicossocial interdisciplinar.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e APROVADO processo: 3.235.824 e parecer: 93854518.2.000.5009, em conformidade com as exigências éticas e normativas estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como pela Lei 14.874/2024, que dispõe sobre os direitos dos participantes de pesquisas científicas e a obrigatoriedade da proteção da sua privacidade e integridade.

A pesquisa foi conduzida exclusivamente com os dados coletados, utilizados estritamente para os fins descritos neste estudo, assegurando que as informações obtidas sirvam apenas para a interpretação dos sentidos relacionados aos princípios da autonomia e da justiça. O foco da investigação está no papel desempenhado pelos profissionais de saúde na internação de pacientes dependentes químicos em um Hospital Geral, garantindo que nenhum dos envolvidos sofra qualquer tipo de prejuízo.

Em conformidade com a Lei nº 14.874/2024, que reforça os princípios da ética na pesquisa e a dignidade dos participantes, todas as informações pessoais foram tratadas com sigilo absoluto, e nenhum dado identificável de pacientes ou profissionais de saúde foram registrado ou divulgado.

Os dados coletados foram armazenados em arquivos organizados e nomeados conforme a ordem de coleta, permanecendo sob a guarda exclusiva da pesquisadora responsável. O sigilo e a confidencialidade das informações foram rigorosamente mantidos, sendo sua divulgação restrita ao âmbito científico, respeitando integralmente o anonimato dos envolvidos.

RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir respondem aos objetivos específicos do estudo, descrever a percepção dos profissionais sobre a autonomia dos pacientes (Objetivo 1), identificar a influência da cultura institucional (Objetivo 2) e analisar padrões homogêneos ou discrepantes entre grupos profissionais (Objetivo 3).

A amostra do estudo foi composta por 32 profissionais de saúde do CAPS AD-III e 24 do Pronto-Socorro de Rio Branco (PS), totalizando 56 participantes. Observou-se uma predominância do sexo feminino em ambas as unidades, representando 68,75% dos participantes no CAPS AD-III e 83,33% no PS. Esse achado reflete a distribuição predominante da força de trabalho na saúde mental e na assistência a dependentes químicos, onde a presença feminina é mais expressiva, especialmente entre profissionais de enfermagem, psicologia e assistência social. Além disso, a equipe do PS é composta, majoritariamente, por técnicos de enfermagem e enfermeiros, enquanto o CAPS AD-III apresenta uma distribuição mais diversa de profissionais, incluindo psicólogos, assistentes sociais, bioquímicos e educadores físicos.

A idade média dos participantes variou entre as unidades, sendo maior no PS (HUERB). No CAPS AD-III, a média foi de 45,09 anos para mulheres e 46,09 anos para homens, enquanto no PS, as mulheres apresentaram média de 54,05 anos e os homens 39,25 anos. Essa diferença sugere que os profissionais do

PS, especialmente do sexo feminino, possuem maior tempo de experiência na assistência hospitalar a pacientes internados por dependência química. Além disso, a maior heterogeneidade etária no CAPS AD-III, evidenciada pelo desvio-padrão mais elevado, sugere que a equipe dessa unidade reúne tanto profissionais mais jovens quanto experientes, o que pode refletir abordagens mais diversas sobre o tratamento dos pacientes.

A diversidade profissional também variou entre os locais. O CAPS AD-III apresentou um maior número de categorias profissionais distintas (21), enquanto o PS contou com 13. Essa diferença pode estar relacionada à própria estrutura organizacional das unidades: o CAPS AD-III adota um modelo de atenção psicossocial mais amplo e multidisciplinar, exigindo uma equipe diversificada para atuar na reabilitação integral dos pacientes. Por outro lado, o PS se concentra em atendimentos emergenciais e internações temporárias, o que demanda uma equipe mais homogênea, predominantemente composta por profissionais de enfermagem e medicina.

A maior diversidade profissional no CAPS AD-III pode influenciar a percepção sobre autonomia dos pacientes dependentes químicos, uma vez que diferentes categorias profissionais podem apresentar abordagens distintas sobre internação e tratamento. Além disso, a estrutura hospitalar do PS, voltada para estabilização e internação de curto prazo, pode favorecer uma visão mais biomédica do tratamento, enquanto a abordagem interdisciplinar do CAPS AD-III pode ampliar a perspectiva sobre os processos de autonomia e reabilitação dos pacientes.

Tabela 2. Características sociodemográficas e profissionais dos participantes, por unidade.

VARIÁVEIS		CAPS AD (n=32)		PS (n=24)	
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	Média	45.09	46.09	54.05	39.25
	Desvio-Padrão (DP)	14.34	10.58	11.75	6.40
	Intervalo de Confiança (IC _{95%})	(38.73-51.45)	(39.33-54.47)	(49.00-60.00)	(29.07-49.43)
Total	Profissões	12	9	9	4
	Participantes	22	10	20	4
	Proporções de Participantes	68.75%	31.25%	83.33%	16.67%

Fonte: Elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

A análise estatística por meio do teste *Qui-Quadrado* foi conduzida para verificar a existência de associações entre as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde e suas percepções sobre a internação e autonomia dos pacientes dependentes químicos. Foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária e profissão, tanto para o PS, quanto para o CAPS.

Os resultados indicaram homogeneidade nas respostas entre os sexos, em ambas as unidades. O teste *Qui-Quadrado* não encontrou diferenças estatisticamente significativas ($p \geq 0.05$) entre homens e mulheres em nenhuma das perguntas analisadas.

Esse achado sugere que a percepção dos profissionais sobre os pacientes dependentes químicos não é influenciada pelo sexo do profissional, mas sim por fatores institucionais que podem moldar a maneira como os profissionais interagem com os pacientes e compreendem a internação. Assim, a cultura organizacional da unidade de saúde parece exercer maior influência sobre as respostas do que diferenças individuais baseadas no sexo.

A análise por faixa etária também revelou homogeneidade na maioria das perguntas em ambas as unidades, com exceção da pergunta PA4 no CAPS, que apresentou uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

A pergunta PA4 investigou como o profissional se sente em relação aos casos sem sucesso na internação de dependentes químicos, com duas opções de resposta:

- **“O faz confiante no sucesso do paciente”.**
- **“Age de forma mecânica”.**

Os resíduos ajustados revelaram que profissionais com 66 anos ou mais apresentaram um padrão distinto de resposta, tendendo fortemente a agir de forma mecânica diante de casos sem sucesso (resíduo ajustado: +5.48). Já os profissionais mais jovens (20 a 65 anos) demonstraram maior confiança no sucesso do paciente, sem diferenças significativas entre suas faixas etárias.

Esse resultado sugere que, no CAPS, a experiência profissional pode influenciar a forma como os profissionais lidam com os desafios da internação de dependentes químicos. Profissionais mais velhos podem apresentar maior desgaste emocional e ceticismo, possivelmente devido à exposição prolongada a situações de recaída e falhas no tratamento. Já os mais jovens, por estarem no início ou meio da carreira, podem demonstrar maior otimismo e confiança no impacto positivo da internação.

No PS, essa diferença não foi observada, sugerindo que o contexto hospitalar pode promover uma abordagem mais padronizada entre as diferentes gerações de profissionais.

A análise por profissão foi realizada agrupando os participantes em médicos e não médicos. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre esses grupos, tanto no PS quanto no CAPS ($p \geq 0.05$ para todas as perguntas analisadas).

Isso sugere que a formação profissional específica (médico vs. equipe multiprofissional) não influencia a percepção sobre autonomia dos pacientes ou a efetividade da internação. A cultura institucional parece ser o principal fator regulador das respostas, uniformizando as percepções independentemente da profissão do profissional de saúde.

Tabela 3. Respostas dos Profissionais de Saúde, por unidade.

VARIÁVEL	CAPS	PS	INTERPRETAÇÃO
Sexo	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Cultura institucional uniforme.
Faixa Etária	PA4 significativa ($p < 0.05$)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Profissionais mais velhos no CAPS tendem a agir mecanicamente diante de casos sem sucesso.

Profissão (Médicos / Não Médicos)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Homogêneo ($p \geq 0.05$)	Formação profissional não influencia percepções sobre internação.
---	--------------------------------	--------------------------------	--

Fonte: Elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Embora a análise estatística tenha demonstrado padrões homogêneos em algumas variáveis, a compreensão da percepção dos profissionais sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos exige uma abordagem mais aprofundada. Assim, foi realizada uma análise qualitativa dos discursos, permitindo captar nuances que não seriam evidenciadas apenas pelos testes estatísticos.

Para explorar os padrões discursivos nas respostas abertas dos profissionais de saúde, realizamos uma análise textual inicial utilizando técnicas de agrupamento lexical. O objetivo foi identificar estruturas narrativas predominantes e verificar como os discursos se organizam em torno da autonomia dos pacientes dependentes químicos.

A análise revelou quatro clusters distintos, que representavam diferentes formas de expressão sobre o tema. Porém, dois desses clusters continham um número reduzido de observações e apresentavam padrões menos consistentes, levando à sua exclusão da análise posterior. Dessa forma, mantivemos dois clusters principais, que demonstraram maior coesão discursiva e permitiram uma interpretação mais robusta das tendências narrativas entre os participantes.

A seguir, apresentamos as nuvens de palavras correspondentes a cada cluster, destacando os termos mais recorrentes e suas associações no discurso dos profissionais de saúde.

Figura 3. Padrões lexicais nos discursos sobre autonomia dos pacientes.





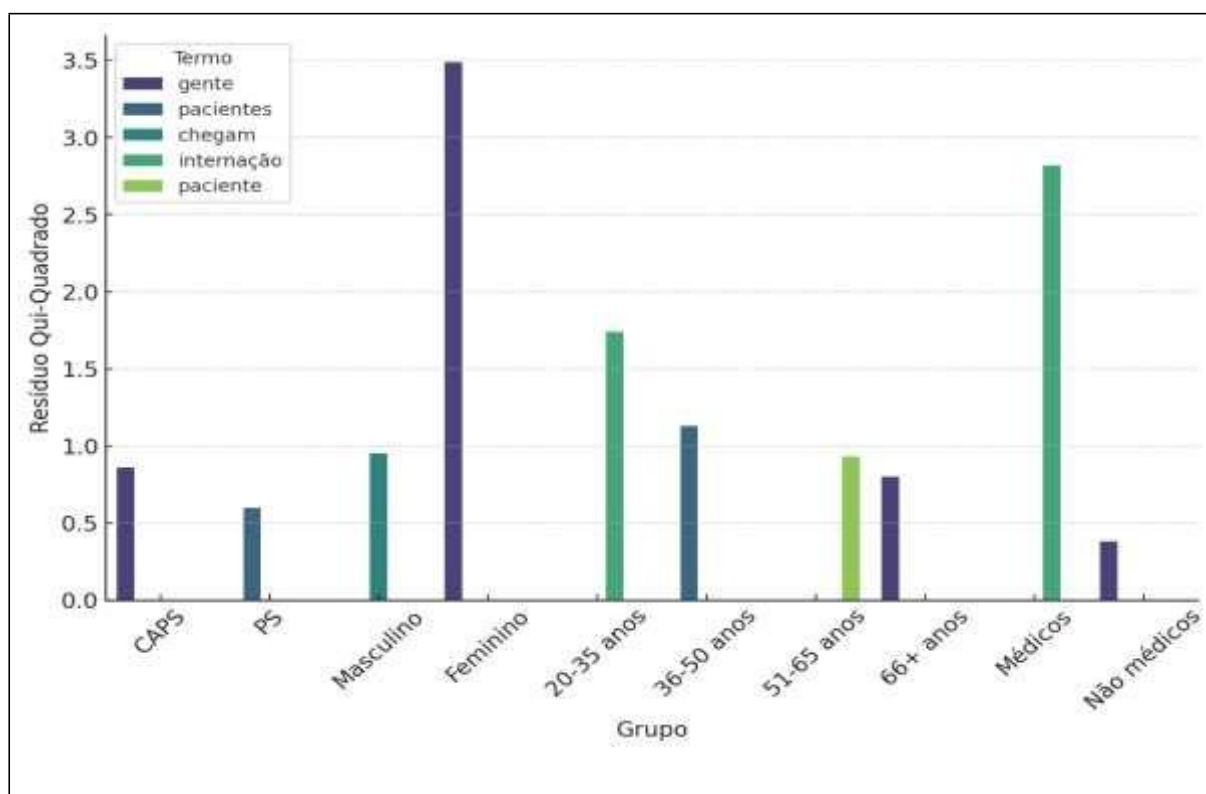
Fonte: Elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

Os dois clusters discursivos identificados não apenas refletem a divisão CAPS-PS, mas também demonstram distintas concepções sobre autonomia. O primeiro cluster enfatiza a necessidade de controle institucional e adesão às normas, aproximando-se de uma perspectiva biomédica tradicional. Já o segundo cluster apresenta um discurso mais flexível e humanizado, considerando a trajetória individual do paciente e seu contexto social.

Com o objetivo de investigar se há diferenças no discurso dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, realizamos uma análise quantitativa do vocabulário utilizado nas respostas às questões abertas. Para isso, aplicamos testes *Qui-Quadrado* a fim de identificar palavras estatisticamente mais associadas a diferentes grupos profissionais. As comparações foram feitas considerando: (1) Lotação (CAPS vs. PS), (2) Sexo, (3) Faixa etária e (4) Profissão (médico vs. não médico).

Os resultados indicam que os discursos diferem significativamente entre CAPS e PS, bem como entre diferentes grupos profissionais. A análise de resíduos padronizados do teste *Qui-Quadrado* permitiu identificar quais palavras são estatisticamente mais associadas a cada grupo. Os resíduos positivos indicam uso acima do esperado de um termo, enquanto os negativos indicam uso abaixo do esperado.

Figura 2. Análise das diferenças no discurso dos Profissionais de Saúde.



Fonte: Elaborada pelo próprio autor com base nos dados coletados, 2025.

No CAPS, observou-se uma tendência a utilizar um vocabulário mais subjetivo e relacional, destacando palavras como "gente" (resíduo = 0,86) e "porque" (resíduo = 0,78), refletindo a abordagem multiprofissional e humanizada do serviço. Já no PS, há uma ênfase maior em "pacientes" (resíduo = 0,60) e "internação" (resíduo = 0,29), o que está alinhado com a natureza mais técnica e voltada para casos agudos desse ambiente.

Indo além, médicos tendem a utilizar um discurso mais técnico e centrado no processo de internação, destacando "internação" (resíduo = 2,82) e "pacientes" (resíduo = 1,18). Em contrapartida, profissionais não médicos demonstram um enfoque mais humanizado, com destaque para termos como "gente" (resíduo = 0,38) e "porque" (resíduo = 0,42), sugerindo um maior envolvimento com o acolhimento e a escuta dos pacientes.

A diferença na linguagem entre médicos e não médicos, observada na análise, reflete não apenas formações distintas, mas também a diversidade de abordagens no atendimento aos pacientes dependentes químicos. Contudo, essa divisão foi adotada por uma necessidade metodológica, dado o grande número de categorias profissionais no CAPS em comparação ao PS. Caso a análise fosse feita estritamente por profissão, o número reduzido de profissionais em algumas categorias tornaria os resultados estatisticamente frágeis. Dessa forma, a separação buscou viabilizar a identificação de padrões discursivos mais amplos, sem implicar que médicos e não médicos formem grupos homogêneos em sua concepção de autonomia.

A análise quantitativa inicial revelou um alto grau de homogeneidade nas respostas dos profissionais de saúde sobre a autonomia dos pacientes dependentes químicos, sugerindo a necessidade de um aprofundamento qualitativo para compreender as nuances desse posicionamento. A partir dessa constatação,

optou-se por realizar uma análise qualitativa dos discursos coletados, embasada na perspectiva foucaultiana, que permite explorar as relações de poder, os dispositivos de controle e as dinâmicas institucionais presentes nos relatos dos profissionais de saúde.

As entrevistas evidenciam a predominância do discurso biomédico na percepção dos profissionais sobre os dependentes químicos. Muitos descrevem os pacientes como "agitados", "agressivos", "psicóticos", "manipuladores" e "desorientados", o que indica um processo de patologização do comportamento. Como exemplo, um médico relatou:

"Tem duas situações: internação voluntária, em que o paciente está com estado moderado geral, e internação involuntária, onde observamos prejuízo na higiene pessoal, alterações de comportamento e sintomas ansiosos." (Médico, entrevistado no PS, em 01/04/2023).

Esse relato ilustra como a classificação dos pacientes ocorre com base em critérios biomédicos, estabelecendo uma fronteira entre aqueles que possuem capacidade decisória sobre seu tratamento e os que são submetidos à internação involuntária. Dessa forma, a autonomia do paciente não é uma característica fixa, mas sim um status atribuído pela equipe médica, tornando-se relativa e subordinada à autoridade institucional.

A relação de poder entre profissionais e pacientes também se manifesta nos discursos sobre as dificuldades do manejo clínico. Um dos profissionais descreveu:

"A grande maioria chega só, sem família, porque foram abandonados, e só tem nós para cuidar deles." (Técnica em Enfermagem, entrevistada no PS, em 09/03/2023).

Esse relato sugere um discurso assistencialista, no qual os profissionais de saúde se posicionam como figuras centrais no cuidado, reforçando a dependência institucional dos pacientes. No entanto, ao mesmo tempo em que essa fala demonstra empatia, ela também evidencia uma forma de controle social, pois insere o paciente dentro de um sistema normativo de acolhimento, onde a equipe determina o que é "cuidado adequado".

Observa-se que muitos pacientes chegam ao serviço sem uma construção clara de sua identidade pessoal, o que se reflete na dificuldade de responder a perguntas sobre autoavaliação. Um profissional descreve esse fenômeno como:

"Quando iniciamos o projeto terapêutico, muitos pacientes não sabem o que responder. Alguns dizem 'nem sei', outros ficam em silêncio, desorientados, vazios, como se tivessem perdido a identidade". (Assistente Social, entrevistada no CAPS, em 05/02/2025).

Esse relato sugere que, além da dependência química, a própria institucionalização e a relação de dependência dos pacientes com o sistema de saúde podem afetar sua percepção sobre si mesmos e sobre sua autonomia.

Outro aspecto relevante diz respeito à visão dos profissionais sobre o sucesso do tratamento. Uma profissional expressou:

"Cuidar do dependente químico é muito complexo, não existe só uma maneira correta de abordá-los. Talvez uma forma tenha funcionado com um paciente, mas isso não significa que irá funcionar com outro." (Psicóloga, entrevistada no CAPS, em 20/12/2024).

Essa perspectiva rompe com a abordagem homogênea e normatizadora, sugerindo um entendimento mais individualizado e menos coercitivo do tratamento. Essa visão dialoga com a resistência foucaultiana, na medida em que questiona a padronização dos processos terapêuticos e busca reconhecer a singularidade de cada paciente. No entanto, outras falas demonstram que o discurso normativo ainda prevalece em relação à internação compulsória. Uma profissional compartilhou:

"Eu era a favor da internação voluntária, mas com o tempo percebi que, em muitos casos, o paciente não quer realmente mudar e a pressão familiar acaba sendo o que o leva a entrar. Hoje, sou absolutamente contra a internação voluntária, porque sem a reconstrução dos vínculos familiares, ela não resolve e apenas perpetua o ciclo de recaídas." (Farmacêutica, entrevistada no CAPS; em 07/02/2025).

Essa fala sugere um deslocamento na compreensão da internação, ao reconhecer que a estrutura familiar é um elemento central para a reabilitação. Ainda que a profissional critique a internação voluntária, seu discurso mantém a lógica de controle, pois pressupõe que a família deve ser reintegrada ao tratamento para que ele seja eficaz.

Ao analisar esses discursos sob a ótica foucaultiana, percebe-se a existência de dispositivos de poder que regulam o comportamento dos pacientes e delimitam sua autonomia. A medicalização e a patologização do dependente químico são mecanismos de controle que justificam práticas de institucionalização, estabelecendo normas sobre o corpo e a conduta desses indivíduos. No entanto, também há brechas para formas de resistência, evidenciadas por profissionais que enfatizam o acolhimento humanizado e a inclusão da família como estratégias que desafiam a abordagem hegemônica da internação coercitiva.

Os resultados indicam que a percepção da autonomia dos pacientes dependentes químicos é fortemente influenciada pela cultura institucional e pela formação dos profissionais de saúde. Enquanto o modelo hospitalar reforça uma abordagem normativa e centrada na medicalização, a estrutura do CAPS possibilita um discurso mais relacional e interdisciplinar. No entanto, independentemente do local de

trabalho, as narrativas evidenciam tensões entre o princípio da autonomia e os dispositivos de poder institucional. Essas contradições revelam a necessidade de estratégias que promovam não apenas a escuta ativa e a corresponsabilização do paciente no processo terapêutico, mas também mecanismos institucionais que reduzam práticas coercitivas e favoreçam um cuidado mais democrático e individualizado.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar, sob a perspectiva bioética, a percepção dos profissionais de saúde acerca da autonomia dos pacientes dependentes químicos internados, analisando como essa percepção se relaciona com a influência da cultura institucional no ambiente hospitalar. Nesse contexto, buscou-se (i) descrever a percepção dos profissionais sobre a autonomia desses pacientes, (ii) identificar como a cultura institucional influencia essa percepção e (iii) analisar se há padrões homogêneos ou discrepantes na forma como os profissionais lidam com o princípio da autonomia, considerando diferentes grupos profissionais e instituições^{15,16}.

Observou-se, a partir dos dados coletados, que fatores como sexo e profissão (médicos vs. não médicos) não alteram de forma estatisticamente significativa o modo como os profissionais encaram a internação de dependentes químicos. Esses achados são coerentes com estudos anteriores que destacam o peso das estruturas organizacionais na determinação de práticas assistenciais, relativizando as diferenças individuais¹⁷.

A análise quantitativa e qualitativa evidenciou que a cultura institucional exerce impacto direto na percepção dos profissionais de saúde acerca da autonomia dos pacientes^{18,19}. Em unidades que seguem um modelo eminentemente biomédico, com protocolos mais rígidos e foco na estabilização de curto prazo, a autonomia tende a ser entendida como um atributo passível de suspensão quando o paciente é avaliado como “sem capacidade de decisão”.

Nesse sentido, a internação involuntária ou compulsória se legitima pelo discurso do risco clínico ou comportamental, muitas vezes associado à manipulação, agitação ou desorientação do paciente. Em contrapartida, no CAPS AD-III, que adota um cuidado mais interdisciplinar, alguns profissionais ressaltam a importância de estratégias participativas, em que o paciente e sua rede de apoio (notadamente a família) assumem corresponsabilidade pelo processo terapêutico. Essa abordagem mais humanizada confirma que a influência institucional não é homogênea e pode apresentar brechas de resistência ao modelo biomédico tradicional¹⁹.

Embora as análises estatísticas iniciais apontem para uma relativa homogeneidade entre profissionais, algumas discrepâncias surgiram ao se comparar faixas etárias^{20,21}.

No CAPS, profissionais mais velhos (acima de 66 anos) mostraram maior desgaste emocional e tendiam a agir de modo mecanicista diante de casos de recaída, enquanto profissionais mais jovens mantinham uma perspectiva otimista quanto ao sucesso do tratamento.

Essa diferença etária pode estar associada ao acúmulo de vivências de insucessos terapêuticos, refletindo ceticismo e menor flexibilidade na adoção de abordagens individualizadas. Em contrapartida, para

profissionais em início ou meio de carreira, a possibilidade de obter resultados positivos com o paciente ainda é vista com maior esperança.

Em termos institucionais, isso sugere que a cultura local é interpretada de forma distinta por profissionais com diferentes bagagens, confirmando a influência de fatores geracionais sobre a aplicação de diretrizes éticas e assistenciais²².

À luz de Michel Foucault, as relações de poder que emergem do discurso biomédico e das normas institucionais tornam-se centrais para compreender a maneira como a autonomia do paciente é efetivamente exercida^{23,24}.

Profissionais que categorizam os pacientes como “agressivos”, “manipuladores” ou “psicóticos” reproduzem, ainda que involuntariamente, um mecanismo de controle que justifica a institucionalização. Nesse cenário, a autonomia é relativizada a partir de critérios clínicos definidos pela equipe, tornando-se um “status” outorgado ou retirado conforme se avalia a adesão do paciente às regras estabelecidas.

Por outro lado, alguns discursos evidenciam uma possibilidade de resistência: ao priorizar a escuta ativa e a corresponsabilização, profissionais em espaços de atenção psicossocial apontam para modelos de cuidado mais flexíveis e próximos das perspectivas contemporâneas de bioética, que valorizam a singularidade de cada sujeito e reconhecem a importância do contexto familiar e social na tomada de decisões¹⁸.

A consolidação de um cuidado verdadeiramente orientado pelo respeito à autonomia do paciente demanda práticas institucionais que superem o poder disciplinar implícito no modelo biomédico. Estratégias como a implantação de comitês de bioética intra-hospitalares, a criação de protocolos de internação menos coercitivos e a formação continuada em direitos do paciente podem contribuir para ampliar a reflexão ética nas equipes de saúde^{17,20}.

Ademais, a adoção de modelos terapêuticos integrativos, que considerem fatores biopsicossociais, tende a favorecer a participação ativa do paciente e de sua família, reforçando o caráter dialógico do cuidado. Nesse sentido, a educação permanente em saúde e a promoção de espaços de discussão interdisciplinar possibilitam trocas de experiências e o questionamento crítico de condutas cristalizadas no dia a dia institucional.

Em síntese, os resultados confirmam que a percepção sobre a autonomia de pacientes dependentes químicos internados não decorre apenas de fatores individuais, mas se enraíza profundamente na cultura institucional e nos discursos de poder que estruturam a assistência.

Embora o modelo biomédico prevaleça na maior parte das instituições analisadas, mantendo práticas que relativizam a autonomia em nome da segurança e do controle, há movimentos que indicam uma transição para abordagens mais humanizadas e participativas.

A adoção efetiva de uma perspectiva bioética exige, portanto, a criação de dispositivos institucionais que facilitem a expressão e a corresponsabilização do paciente, respeitando sua trajetória de vida e promovendo uma discussão ética contínua sobre as práticas de internação. Investir em políticas de saúde que fortaleçam a rede de cuidado e reconheçam o papel ativo do paciente e de sua família constitui um passo

fundamental para superar modelos assistenciais excessivamente centrados na medicalização e possibilitar a plena realização do princípio da autonomia.

CONCLUSÃO

A autonomia dos dependentes químicos é fortemente influenciada pela cultura institucional e dispositivos de poder vigentes. Embora fatores como formação e sexo não se mostrem decisivos, profissionais mais experientes tendem a adotar abordagens mecânicas ante recaídas. Persistem brechas para práticas humanizadas, valorizando a corresponsabilização do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. Acesso em 24 jun. 2025.
2. VILLIGER, Daniel; TRACHSEL, Manuel. With great power comes great vulnerability: an ethical analysis of psychedelics' therapeutic mechanisms proposed by the REBUS hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, v.49, n.12, p.826-832, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/7854_2024_533. Acesso em 24 jun. 2025.
3. DUPUIS, David; VEISSIÈRE, Samuel. Culture, context and ethics in the therapeutic use of hallucinogens: psychedelics as active superplacebos? *Transcultural Psychiatry*, v.59, n.5, p.571-578, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/13634615221131465>. Acesso em 24 jun. 2025.
4. AZEVEDO, Nuno; OLIVEIRA DA SILVA, Miguel; MADEIRA, Luis. Ethics of psychedelic use in psychiatry and beyond – based on legal, social, and clinical challenges. *Philosophies*, v.8, n.5, p.76, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/philosophies8050076>. Acesso em 24 jun. 2025.
5. LANGLITZ, Nicolas; GEARIN, Alex K. Psychedelic Therapy as a Way of Life. *Neuroethics*, v.17, n.1, p.14, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12152-024-09550-9>. Acesso em 24 jun. 2025.
6. DENZIN, N. K.; LINCOLN, E. S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Acesso em 24 jun. 2025.
7. JACOBS, Edward et al. When the trial is over: The case of post-trial dispositions in psychedelic clinical research. *Neuroethics*, v.17, n.1, p.3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12152-023-09536-z>. Acesso em 24 jun. 2025.
8. CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 jun. 2025.
9. MACIEL, L. A. Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos: revisão bibliográfica. Criciúma: UESC, 2013. Acesso em 24 jun. 2025.
10. LIMA, R. C. C. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas. *Argumentum*, v.4, n.2, p.6-23, 2012. Acesso em 24 jun. 2025.
11. MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Acesso em 24 jun. 2025.
12. OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. Acesso em 24 jun. 2025.
13. RONZANI, T. M. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF, 2014. Acesso em 24 jun. 2025.
14. SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. Introdução à Estatística Médica. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG COOPMED, 2002. Acesso em 24 jun. 2025.

15. BARROS, R. A.; GOUVEIA, L. S. Práticas institucionais em saúde mental e o discurso biomédico: uma análise crítica. *Psicologia e Saúde*, v.14, n.3, p.223-237, 2016. Acesso em 24 jun. 2025.
16. SOUZA, H. A.; CARVALHO, G. M. Análise do discurso de profissionais de saúde sobre a autonomia de pacientes dependentes químicos. *Revista Bioética*, v.29, n.3, p.477-485, 2021. Acesso em 24 jun. 2025.
17. LEMOS, R. B.; ALMEIDA, T. M. Cultura organizacional e autonomia do paciente psiquiátrico: um estudo em serviços de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.2, p.415-424, 2018. Acesso em 24 jun. 2025.
18. BAPTISTA, J. R.; OLIVEIRA, M. C. Internação psiquiátrica e autonomia do paciente: revisão integrativa. *Revista de Saúde Mental*, v.12, n.2, p.45-59, 2015. Acesso em 24 jun. 2025.
19. GONÇALVES, M. A.; PEREIRA, T. S. Discurso biomédico e internação involuntária de dependentes químicos: uma revisão. *Saúde e Sociedade*, v.27, n.1, p.59-70, 2018. Acesso em 24 jun. 2025.
20. SANTOS, P. T.; TEIXEIRA, L. G. Internação psiquiátrica: expectativas e frustrações de profissionais de saúde mais experientes. *Revista de Saúde Coletiva*, v.29, n.4, p.591-604, 2019. Acesso em 24 jun. 2025.
21. FREIRE, M. S.; AMARAL, T. O.; PEREIRA, D. C. Crenças e atitudes de profissionais de saúde sobre dependentes químicos: uma abordagem qualitativa. *Revista de Estudos em Enfermagem*, v.18, n.4, p.356-371, 2022. Acesso em 24 jun. 2025.
22. RODRIGUES, A. P.; BARROS, C. L.; OLIVEIRA, S. R. Percepção de enfermeiros sobre a internação de dependentes químicos: uma análise etária e cultural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.73, n.6, e20190800, 2020. Acesso em 24 jun. 2025.
23. VIEIRA, F. T.; LIMA, V. M.; CASTRO, M. N. A medicalização do comportamento e a autonomia do paciente: reflexões foucaultianas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.28, n.2, e280201, 2018. Acesso em 24 jun. 2025.
24. MARTINS, J. P.; FARIA, L. N. Autonomia e poder disciplinar na internação de dependentes químicos: contribuições foucaultianas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.25, e200154, 2021. Acesso em 24 jun. 2025.