



Natália Raquel Pereira Loures

**O CUIDADO DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL
GRAVE EM CAPS AD.**

Belo Horizonte

2019

Natália Raquel Pereira Loures

**O CUIDADO DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL
GRAVE EM CAPS AD.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientadora: Raquel Martins Pinheiro.

**Belo Horizonte
2019**

Loures, Natália Raquel Pereira.
L892c O cuidado de pacientes com transtorno mental grave em CAPS AD. / Natália Raquel Pereira Loures. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

24 p.

Orientador(a): Raquel Martins Pinheiro.

Artigo Científico (Especialização) em Atenção a Usuários de Drogas no

SUS. Inclui bibliografia.

1. Drogas. 2. Transtorno Mental. 3. Redução de Danos.

I. Pinheiro, Raquel Martins. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 400

Natália Raquel Pereira Loures

**O CUIDADO DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL
GRAVE EM CAPS AD.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Aprovado em: 18 de junho de 2019.

Banca examinadora:

Raquel Martins Pinheiro (Orientadora)
Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Mental e em Drogodependência.

Ana Regina Machado
Psicóloga. Mestre em Saúde Pública pela UFMG.

Paula Brant Fernandes
Psicóloga. Mestre em Estudos Psicanalíticos pela UFMG.

Belo Horizonte

Junho de 2019

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido a partir da prática da autora em serviços substitutivos de saúde mental, tipo CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas). A fim de favorecer a elaboração do mesmo, foi realizado levantamento bibliográfico, possibilitando a apresentação da Política de Saúde Mental vigente no Brasil, a proposta de cuidado ofertada as pessoas que fazem uso problemático de drogas, bem como as pessoas com transtorno mental. A elaboração deste trabalho também utilizou contribuições da psicanálise (teoria que orienta a clínica de saúde mental nos dois CAPS AD em que a autora atua) e direciona a construção do cuidado e da condução clínica de cada caso. Após a apresentação do referencial teórico, foi realizada a contextualização da experiência, com relatos de casos de pacientes com transtornos mentais graves que foram atendidos pela autora, com o objetivo de apontar a possibilidade de oferta de cuidado a pacientes com transtorno mental grave associado ao uso problemático de drogas, em CAPS AD. A prática aponta que não há uma distinção clara e objetiva dos usuários a serem acompanhados em CAPS ou CAPS AD, como se houvesse somente sujeitos em uso problemático de drogas ou somente sujeitos com transtornos mentais graves. Trabalhar com a perspectiva do cuidado implica considerar os sujeitos em sua integralidade e singularidade, levando-nos a concluir que não é possível uma separação clara entre os diagnósticos, nem a definição do lugar de tratamento sem considerar as singularidades de cada caso.

Palavras-chave: drogas; transtorno mental; redução de danos.

ABSTRACT

This paper presents an experience report, based on the author 's practice in substitutive mental health services, type CAPS AD (Center for Psychosocial Care of Alcohol and Other Drugs). First, bibliographic survey was made to clarify the current Mental Health Policy in Brazil, the care of people who make problematic use of drugs (or mental disorder). This work was based on psychoanalysis (theory used in CAPS AD). Then contextualization was carried out, with reports of cases of patients with severe mental disorders who were attended. With the objective was to show possibility of offering care to patients with severe mental disorders associated with problem drug use in CAPS AD. Experience shows that there is no clear distinction between users being followed in CAPS or CAPS AD, as if there were only people on problem drug use (or only people with severe mental disorders). In fact, thinking about integral care implies considering the subjects in their integrality and singularity, leading us to conclude that a clear separation between the diagnoses is not possible nor the definition of the place of treatment without considering the singularities of each case.

Keywords: drugs; mental disorder; damage reduction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
Cersam ad	Centro de Referência em Saúde Mental álcool e drogas
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde –
10ª edição	
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	Referência Técnica
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA.....	15
4 PRINCIPAIS APRENDIZADOS.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24

INTRODUÇÃO

Este artigo foi desenvolvido a partir da experiência clínica da autora em dois serviços tipo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), sendo um dos serviços em um município da região centro-oeste de Minas Gerais e o outro serviço no município de Belo Horizonte, onde a unidade de saúde é conhecida com a nomenclatura Cersam AD (Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas). Trata-se de um trabalho a partir da observação de que muitos sujeitos acompanhados nos referidos serviços apresentam quadro de transtorno mental grave de base, em que as substâncias psicoativas (aqui entendidas como drogas lícitas e ilícitas, sendo desconsiderados os medicamentos), parecem “ofertar um alívio” aos sintomas advindos do transtorno mental.

Alguns autores (LISITA; ROSA, 2011; VIEIRA; MINELLI; CORRADI-WEBSTER, 2017) trabalham na perspectiva de que o uso de drogas pode servir como um alívio aos sintomas psicóticos ou mesmo um anteparo a fim de evitar que o transtorno se desencadeie: “Sugere-se que o consumo de drogas ocorra como uma estratégia para lidar com o sofrimento psíquico presente nos quadros clínicos apresentados, interpretando esse consumo como uma estratégia de automedicação” (VIEIRA; MINELLI; CORRADI-WEBSTER, 2017, p.1244).

Em alguns casos, observa-se que o uso de Substâncias Psicoativas (SPAs)¹ está associado à presença de um transtorno mental anterior ao uso das mesmas. De acordo com Ratto (2000), estudos na Europa e nos Estados Unidos apresentam taxas elevadas de comorbidade para transtornos mentais associados ao uso de drogas em pacientes com transtornos mentais graves, como por exemplo, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Já Vieira; Minelli; Corradi-Webster (2017) constatam, a partir de estudo realizado na rede de cuidados comunitários em um município do interior paulista, que há um crescimento do uso problemático de drogas em pacientes com transtornos mentais de base, sendo este fato perceptível por profissionais da saúde mental.

Assim como os autores citados, percebe-se a partir da atuação clínica, que há aumento no número de usuários com transtorno mental grave associado ao uso problemático de drogas. Tal fato costuma gerar algumas confusões em relação ao local de tratamento, a saber: CAPS (I, II ou III) ou CAPS AD. Cabe ressaltar que a Portaria 336 de 2002 que cria os CAPS e a Portaria 3088 de 2011 os difere a partir do público a ser atendido: Nos CAPS I, II ou III o público indicado são os pacientes com transtornos mentais e nos CAPS AD a oferta de

¹ Os termos Substâncias Psicoativas (SPAs) e drogas serão utilizadas aqui como sinônimos.

cuidado deve ser direcionada a pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático de SPAs. A partir de estudo realizado por Vieira; Minelli; Corradi-Webster (2017) pode-se perceber que tal confusão não diz respeito a um único serviço e/ ou município. Tal fala se justifica pelo fato de os próprios autores citarem que no município do interior paulista onde realizaram o estudo, os sujeitos em uso de drogas ilícitas (independente de se tratar de uso problemático ou recreativo e do vínculo estabelecido com os serviços de saúde mental destinados ao tratamento de pessoas com transtorno mental), eram encaminhados aos serviços “especializados” para tratamento de pessoas com transtorno mental decorrente do uso problemático de drogas. A confusão entre o local de tratamento, por sua vez, parece ocorrer a partir da interpretação que os profissionais dos serviços de saúde mental fazem das normativas.

A fim de favorecer e contextualizar o leitor, antes de discorrermos sobre o tratamento e aqui, especificamente, de pessoas com transtornos mentais graves em acompanhamento nos CAPS AD (serviço apontado pela Política de Saúde Mental como especializado para o cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de SPAs), será realizado um breve relato dos serviços de saúde mental oferecidos pela rede pública de saúde, a saber, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, faz-se necessário situarmos o leitor quanto ao processo de construção dos serviços existentes. Historicamente há a marginalização de grupos específicos que destoam do padrão esperado e aceito nas sociedades. Este processo implicou na exclusão dos loucos, drogaditos, alcoolistas, etc. Tal processo, também ocorreu no Brasil estabelecendo instituições carcerárias e asilares como locais de tratamento desde meados do século XIX e início do século XX (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE et al, 2017).

É a partir do histórico de exclusão e do contexto de violação de direitos que vários movimentos voltados para a reforma da assistência aos pacientes com transtorno mental ocorrem no mundo. Os primeiros movimentos em relação à assistência psiquiátrica no Brasil datam da década de 1970 e se relacionam à postura de profissionais recém-formados que encontraram um cenário de violência e descaso no âmbito da assistência psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018). Segundo estes autores, no início dos anos 80, com a crise da previdência social, surgiram propostas para reformular a assistência à saúde, fato que contribuiu para a realização da 8ª Conferência de Saúde e esta favoreceu a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987. No mesmo ano, aconteceu o 2º Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental, focado na proposta “Por uma Sociedade Sem

Manicômios" (AMARANTE; NUNES, 2018), lema que aponta transformações em relação ao próprio movimento:

[...] revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios "loucos" e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018, p.2069).

Acompanhando o movimento de outros países, a reforma psiquiátrica no Brasil visou ofertar cuidado humanizado e cidadão (aos pacientes que eram segregados em instituições totais), seguindo a lógica de cuidado em meio comunitário. É a partir da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que no artigo 2º, inciso IX, determina o tratamento preferencial dos pacientes com transtorno mental em meio comunitário, que este tipo de tratamento é garantido legalmente. A consolidação dos CAPS e da proposta de tratamento em meio aberto só foi possível com a mudança da lógica de tratamento ofertada aos pacientes da saúde mental, conforme descrito na Lei citada. Estes serviços foram criados através da Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, com o objetivo de ofertar cuidado intermediário (entre a internação e o cuidado ambulatorial) aos usuários com transtorno mental. A referida Portaria determina que estes serviços sejam regionalizados, seguindo a lógica do cuidado em território e a Lei 10.216 reafirma os princípios de cuidado comunitário. Já a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 regulamenta o funcionamento dos CAPS, apontando a necessidade de que estes serviços ofertem cuidado no território e funcionem em espaços independentes de estrutura hospitalar, ofertando assistência de forma integral. A partir dessa Portaria, pode-se entender que os CAPS deixam de ser considerados como serviços intermediários para ofertarem o cuidado integral e independem da estrutura hospitalar para tal. Conforme Amarante e Nunes (2018) os CAPS:

São serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial (que consistia em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica). Uma função alternativa ou intermediária ao modelo hospitalar predominante naquele período (AMARANTE; NUNES, 2018, p.2071).

Seguindo a lógica de cuidado no território, a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, aponta que os CAPS AD devem garantir em meio comunitário, o cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. A Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 definiu os CAPS AD como serviços de atenção psicossocial especializada que fazem parte da Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS). Em se tratando do cuidado das pessoas com sofrimento mental e da proposta deste trabalho, faz-se necessário à distinção entre os CAPS e os CAPS AD. Conforme a Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, os CAPS (independente da modalidade I, II ou III) são serviços de atenção psicossocial, responsáveis por atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Porém, sendo CAPS I ou II² podem atender também pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas, nos casos em que não haja presença de CAPS AD no território. Já os CAPS AD são definidos pela mesma Portaria como serviços responsáveis pelo cuidado e pelo atendimento de adultos com necessidades decorrentes do uso de drogas (lícitas ou ilícitas). É a partir desta distinção e dos aspectos supracitados que a autora propõe discorrer sobre o tema proposto, considerando a existência de uma “delimitação” explicitada na normativa, que indica o acompanhamento de pacientes com transtorno mental nos CAPS e pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas nos CAPS AD, exceto nos municípios onde os últimos não existam.

Porém, na prática e a partir da experiência da autora, o que se percebe é uma dificuldade para delimitar este público. Faz-se necessário definirmos aqui que quando dizemos de transtorno mental, consideramos que:

Transtornos mentais graves podem ser definidos como aqueles que levam o indivíduo a apresentar deterioração grave de funcionamento mental e social. Deteriorações como dificuldades no pensamento, interferências no processo do pensamento, experiências desagradáveis com sons, visões ou toque, convicções estranhas ou incomuns, dificuldades em movimentos e ações, concentração diminuída, perda de energia e direcionamento e habilidade reduzida de resolver problemas levam a inaptidões cognitivas (solução ineficiente para problemas, velocidade do aprendizado reduzida), afetivas (ansiedade severa e medo, sentimentos de incapacidade) e comportamentais (dificuldades com ações construtivas), que levam a impossibilidades práticas, como falta de amigos, desemprego, atividades de lazer limitadas, cuidados pessoais pobres, dificuldades com moradia, sobrecarga dos cuidadores. De forma geral, os transtornos mentais graves incluem a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, os transtornos afetivos bipolares, e quadros graves e incapacitantes de depressão ou ansiedade (RATTO, 2000, p.26).

A realidade encontrada no Brasil no que diz respeito aos locais de tratamento, onde há distinção entre pessoas que têm transtorno mental e as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, é encontrada também em outros países (VIEIRA; MINELLI; CORRADI-WEBSTER, 2017). Há que se considerar que apesar da delimitação apresentada na normativa, em alguns casos e por razões singulares, essa “regra” pode ter sua exceção e o sujeito que tem um transtorno mental associado ao uso de substâncias psicoativas, pode ser assistido no serviço

² Entende-se, pela Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, que nos municípios onde existam CAPSIII, os CAPS ad já tenham sido implantados.

que, a princípio, não seja especializado no quadro clínico primário, como por exemplo: um paciente com o quadro primário de esquizofrenia pode também ser etilista e apesar da gravidade do quadro psicótico, ser assistido em um CAPS AD. Diante disso, pergunta-se: É possível, de forma efetiva, viabilizar o tratamento de forma individualizada, em um serviço “diferente do preconizado pelos protocolos”, tomando somente a singularidade do sujeito e do caso? É possível, apesar da definição explicitada na normativa ofertar cuidado integral a pacientes com transtorno mental grave em serviços tipo CAPS AD? Objetiva-se buscar respostas a essas perguntas, considerando os apontamentos da literatura disponível, bem como alguns aspectos que vem se mostrando na clínica do cuidado a pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, apontando que há a possibilidade de ofertar tratamento a pacientes com transtorno mental grave em serviços tipo CAPS AD. Para tal, faremos uma breve apresentação da política que sustenta a lógica de cuidados desses serviços, procurando investigar as possíveis relações entre psicose e toxicomania, utilizando-nos da psicanálise como suporte teórico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Observa-se que o uso de drogas tem assumido destaque nas discussões políticas, nos meios midiáticos, nos contextos de interesse econômico, acadêmico, etc. Por vezes, tais discussões apontam uma visão equivocada da droga e, principalmente, do sujeito que dela se utiliza. Segundo Grossi (2000):

O uso de drogas na sociedade tem sido tratado de maneira alarmista e, por vezes, hipócrita, por importantes seguimentos sociais; tendo como referência um discurso que se fundamenta em argumentos preconceituosos e insuficientes, na medida em que são excluídos de suas análises os determinantes sócio-econômicos, culturais, como também a escolha do sujeito (GROSSI, 2000, p.21).

Considerando o contexto apresentado e o uso prejudicial de drogas como um problema de saúde pública, foi criada “A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003”, que traz direcionamentos para o cuidado das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, não fazendo distinção se são portadoras ou não de transtorno mental. Esta Política reconhece que historicamente o poder público se eximiu da oferta do cuidado destinado ao público citado, considerando aqui principalmente, o setor saúde:

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma

população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. (BRASIL, 2003, p.5).

Considerando a ausência de políticas para a atenção as pessoas em uso problemático de drogas, foram sendo construídos modos de assistência sob a ótica de um tratamento fechado, de caráter total e com o objetivo último do alcance da abstinência (BRASIL, 2003), na contramão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Conforme a Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003, a abstinência não deve ser o único objetivo no tratamento para pessoas em uso problemático de drogas. Neste sentido, a referida Política direciona a Redução de Danos (RD) como a lógica do cuidado que deve ser ofertada as pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas e aponta que o objetivo da RD é a defesa pela vida (BRASIL, 2003). Acrescenta que a Redução de Danos deve ser percebida como:

[...] estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003, p. 27).

Pensando “A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003” como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), Rameh-de-Albuquerque et al (2017) nos dizem sobre a Redução de Danos:

A RD vem com o objetivo de minimizar as consequências negativas associadas ao uso de drogas sem que necessariamente a pessoa precise parar de fazer uso. É direcionada àqueles usuários que não querem ou não conseguem interromper o consumo de drogas. Entre outros, destacam-se dois argumentos para sua adoção: o primeiro, já citado, o de que é peremptória a inexistência de uma sociedade sem drogas. O segundo, de que a contínua e contraproducente “guerra às drogas” contraria os princípios éticos e os direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente. Deste modo a RD se coloca em sinergia com os princípios da RPB mostrando o quanto a sua assunção, em território nacional, fez com que diversas experiências fossem impactadas de maneira positiva no cuidado direto das pessoas que abusam das drogas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE et al, 2017, p. 93).

Tal lógica de cuidado, só é possível a partir de serviços que valorizem o sujeito e não somente o uso de substâncias psicoativas. Os CAPS AD são serviços criados no âmbito das Políticas Públicas e conforme a Política citada é um espaço de tratamento que aponta uma resposta à desassistência histórica às pessoas em uso problemático de drogas. É a partir desta delimitação da Lei, que as perguntas acima apresentadas surgiram.

Observa-se a partir da pesquisa bibliográfica realizada, bem como da prática clínica, que o uso de drogas associado à presença de transtorno mental não é um fato isolado, mas estatisticamente há uma tendência ao crescimento deste tipo de caso (VIEIRA; MINELLI;

CORRADI-WEBSTER, 2017). Neste sentido, Silveira et al (2004) apontam: “Estima-se que aproximadamente 3,5% dos dependentes de álcool e outras drogas possuem esse transtorno como diagnóstico psiquiátrico adicional” (SILVEIRA et al, 2004, p.437). Filho e Silveira (2014) nos convidam a pensar se o uso de drogas seria uma forma de lidar com o sofrimento contemporâneo. Talvez, tal percepção seja corroborada pelo aumento do uso de drogas nos últimos anos, entendendo, aqui, inclusive, o uso de drogas lícitas como os etílicos e as medicações, sendo que as últimas, por vezes, assumem um papel diferente do destinado a esse tipo de substância³. De acordo com os autores, pensar o uso de drogas a partir da psicanálise implica pensá-lo como um fenômeno complexo (FILHO; SILVEIRA, 2014). Apesar de não se tratar do objetivo principal deste trabalho, faz-se necessário considerar algumas contribuições da psicanálise enquanto teoria e prática, pois a mesma direciona a clínica em boa parte dos serviços substitutivos, principalmente nos serviços em que a autora atua, sendo utilizada como teoria norteadora para o estabelecimento de diagnósticos e para a construção do caso clínico e da condução dos casos. Neste sentido, considera-se que a condução do caso clínico só pode ser pensada a partir da estruturação psíquica do sujeito e de seu posicionamento no mundo.

Para a psicanálise, a constituição do sujeito se dá a partir de estruturas psíquicas, a saber: a neurose, a perversão e a psicose. A neurose pode se apresentar como uma neurose obsessiva ou uma neurose histérica e a psicose, como a esquizofrenia e a paranoia. Boa parte dos transtornos mentais graves (assim nomeados nos serviços de saúde) dizem respeito à presença de uma estrutura psicótica, normalmente com um quadro já desencadeado. Para efeito da discussão aqui proposta, consideraremos psicose como sinônimo de transtorno mental grave (esquizofrenia, transtorno delirante persistente, esquizoafetivo, etc., seguindo a classificação da CID10) e o uso de drogas, aqui tratado como o uso prejudicial, será considerado no campo da toxicomania:

A toxicomania se diferencia do simples uso de drogas porque, nela, o objeto droga, embora seja buscado como remédio para enfrentar os males, passa a ser tóxico e a ter uma função na vida psíquica de quem o consome – o usuário anula-se psiquicamente e se sente comandado por esse objeto, buscando nele a independência, mas acaba mais dependente. A toxicomania é um fenômeno complexo, multifacetado e com múltiplos fatores determinantes, por isso, deve sempre ser pensado em um contexto socioeconômico, relacionado também a questões psíquicas e biológicas. (SILVEIRA, 2013, p. 669).

³ Referimo-nos aqui ao uso abusivo de medicação e/ ou ao uso da medicação com finalidade diferente da proposta farmacológica, como por exemplo, uso de determinado tipo de antidepressivo para emagrecimento.

A toxicomania deve ser pensada de forma complexa, associada ao momento do sujeito. Para Bittecourt (1993) nem todos os toxicômanos se apagam pelas mesmas razões e nas mesmas condições. A partir da psicanálise, é impossível ofertar tratamento para a toxicomania, sem primeiro, acolher o sujeito toxicômano. Dessa forma, é necessário considerar a estruturação psíquica a fim de traçar o cuidado e realizar as intervenções necessárias.

A toxicomania não é específica de nenhuma estrutura psíquica, mas deve ser considerada como uma ação, quando o sujeito não produz sintomas, sonhos, etc. e que substitui uma elaboração psíquica, apaziguando-o diante do intolerável (BITTENCOURT, 1993). Para Filho e Silveira (2014) é necessário pensar o lugar que a droga ocupa para o sujeito. Colocar-se a trabalho, a pensar o lugar da substância para o sujeito é imprescindível na clínica de álcool e outras drogas, mas também, na clínica com sujeitos psicóticos. Lisita e Rosa (2011) ainda acrescentam que no caso de sujeitos psicóticos, o uso de drogas pode ser uma tentativa de solução, de reinventar uma forma de se posicionar no mundo, mesmo que devastadora.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Os métodos utilizados para a elaboração desse trabalho centram-se na problematização a partir da experiência da autora, que recorreu à pesquisa bibliográfica na base de dados LILACS, a fim de embasar os relatos apresentados. Os relatos dizem respeito à prática da autora na clínica da saúde mental, como psicóloga residente na RAPS de Belo Horizonte e posteriormente, como psicóloga de dois serviços substitutivos, a saber: um na referida cidade e outro em um município da região centro-oeste do estado de Minas Gerais.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019 com o objetivo de localizar artigos que favorecessem a discussão sobre o tema proposto. A referida pesquisa bibliográfica, deu-se a partir de várias palavras chaves, a saber: toxicomania e esquizofrenia; alcoolismo e esquizofrenia; alcoolismo e transtorno mental; centro de atenção psicossocial, esquizofrenia e transtorno mental; centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas, esquizofrenia e transtorno mental e uso de drogas e transtorno mental; drogas e transtorno mental e reforma psiquiátrica. Apesar de se tratar de uma busca ampla e vários artigos serem localizados, não foi encontrado nenhum tipo de trabalho que trata do tema aqui proposto (parece-nos que é comum pensar no tratamento dos

sujeitos com transtorno mental grave associado ao uso abusivo de substâncias psicoativas somente nos CAPS destinados ao cuidado de pessoas com transtorno mental). Além disso, parece que a proposta deste trabalho, conforme desenhada, é inédita no que diz respeito à produção científica. A escolha dos artigos utilizados para seleção e estudo foi definida a partir da leitura do resumo dos trabalhos localizados, que apresentava uma dimensão da proposta dos mesmos. Além da pesquisa realizada através da base de dados LILACS, foi utilizado um site de busca convencional, a fim de localizar as portarias afins ao tema proposto e aqui citadas, bem como se recorreu a artigo contido em livro já publicado.

Em relação aos dados aqui apresentados, foram coletados em um dos serviços em que a autora do trabalho atua. No referido serviço há o registro de 4.290 pacientes que foram acolhidos (triagens) na unidade de saúde no período de abril de 2013 (quando a unidade foi inaugurada) a fevereiro de 2019. Destes, há pacientes que não apresentavam quadro para acompanhamento no serviço e foram encaminhados já no ato do acolhimento, casos de abandono de tratamento, óbitos, altas, transferências de cuidados para a atenção básica e/ou outros serviços, encaminhamentos para serviços de outros municípios, normalmente, devido mudança de residência para outras cidades, dentre outros. Os dados que serão apresentados referem-se aos pacientes em tratamento na referida unidade de saúde e foram registrados nos meses de janeiro e fevereiro de 2019 e coletados no mês de fevereiro do mesmo ano, através de cadastro de pacientes que é realizado mensalmente por cada Referência Técnica⁴. Conforme o levantamento entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019 o referido serviço de saúde mental acompanhou um total de 491 pacientes em uso problemático de álcool e outras drogas. Destes, 127 com diagnóstico de psicose; 129 com diagnóstico em processo de construção (diagnóstico estrutural) e 235 são pacientes neuróticos, refletindo as porcentagens abaixo relacionadas no gráfico 1:

⁴ Referência Técnica (RT) é o profissional de nível superior (assistente social, enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional) que acompanha o paciente durante seu tratamento no CAPS, conduzindo, junto à equipe, a construção do caso clínico e do projeto terapêutico.



Gráfico 1: Representação em porcentagem do diagnóstico estrutural

Os dados apresentados de pacientes psicóticos e/ou com transtorno mental grave em uso abusivo de SPAs representam simultaneidade dos diagnósticos, apontando também a necessidade da construção do cuidado singular, conforme a necessidade de cada caso.

É neste sentido que as questões acima apresentadas foram levantadas. O que a prática nos aponta, é que o cuidado de pacientes com transtorno mental grave e em uso abusivo de drogas é mais comum do que se imagina. A fim de corroborar esse relato, serão apresentados alguns exemplos⁵ de pacientes psicóticos⁶ graves, que são ou já foram acompanhados e/ou atendidos pontualmente pela autora do trabalho, nos serviços substitutivos de saúde mental em que trabalha ou que já trabalhou.

Início o relato dizendo de Fred. Fred faz uso abusivo de etílicos e chega ao CAPS AD em 2014, segundo seu próprio relato, após passagem pelo CAPS de referência para transtorno mental, devido quadro depressivo. Conforme relatos dos colegas que à época atuavam no serviço, havia a hipótese diagnóstica de se tratar de um quadro psicótico, sendo que o desencadeamento do mesmo ocorreu antes da chegada da autora neste serviço.

Quando da chegada da nova RT ao serviço, a profissional foi informada sobre a discussão do caso em rede, bem como do encaminhamento que deveria ser realizado para o

⁵ Com a finalidade de preservar as identidades, os nomes aqui utilizados são nomes fictícios.

⁶ As informações aqui apresentadas são referentes ao contato da autora com os pacientes, não contendo dados de prontuários.

CAPS de referência, devido à gravidade do quadro psicótico. O acolhimento/acompanhamento no CAPS AD deu-se a partir do posicionamento do próprio sujeito, bem como da equipe, que entendeu a importância de acolher Fred, uma vez que o CAPS AD era o local em que ele apontava como referência de cuidado. Acolhê-lo em um serviço de álcool e outras drogas aponta uma boa direção para o tratamento, apesar da gravidade do quadro psicótico. Sua busca pelo álcool tem sido claramente, conforme ele traz em seus relatos nos atendimentos com a RT, uma forma de lidar com o vazio, vazio de significação, próprio da psicose. O álcool aqui tem a função de tratar o que até o momento não foi totalmente tratável nem pela palavra, nem pela via da contenção química. Por vezes o sujeito se desespera entre a angústia, o vazio e as alucinações auditivas que o ordenam fazer mal contra si mesmo. Em alguns momentos consegue modular o sofrimento pela palavra ou pela via da medicação. No entanto, em outros, durante sua permanência no serviço, recorre ao bar e toma uma dose de aguardente, apontando o apaziguamento advindo do uso, quando de seu retorno ao serviço de saúde.

Outro sujeito que nos aponta o uso de drogas associado ao transtorno mental é Jair, hoje com 54 anos de idade. Jair chega ao CAPS AD procurando por sua antiga RT, em meados de 2017. Erotizado com ela solicita o contato telefônico da profissional que saíra do serviço no período em que ele abandonara o tratamento. Perceptivelmente desorganizado, com indícios de atividade alucinatória e delirante, mantendo-se de óculos escuro e desconfiado durante o atendimento. Apesar da indiferença, aceitou retornar ao serviço, mantendo-se desorganizado, trazendo suas construções e interpretações delirantes, dizendo do histórico de internação e poucas vezes comentava sobre o uso de drogas, que segundo relatos de familiares, acontecia de forma abusiva (uso de álcool e crack), motivo que levou a equipe do CAPS II do município (cerca de 10 anos antes do contato da autora com este paciente), a encaminhá-lo para o CAPS AD.

Durante o período aproximado de seis meses Jair retornava ao serviço nos dias em que os profissionais de referência se encontravam (médico e RT), mesmo sem agendamento, apontando sua transferência com o serviço e com os profissionais, apesar de sua resistência em fazer o uso de medicação. Foi necessário aos profissionais envolvidos suportar a angústia de perceber a desorganização e os riscos aos quais o sujeito se expunha a partir desta, para garantir a transferência. Só após um episódio de prisão (consequência de o paciente ter matado um cachorro da filha) e após a visita da RT ao paciente na unidade prisional, o sujeito consentiu com a inserção da medicação e conseguiu dar alguma borda ao sofrimento psíquico.

Também foi a partir desse episódio que Jair consegue dizer sobre o uso de drogas, bem como de suas experiências com diversos tipos de substâncias (maconha, crack, álcool). Chegou a expressar que a medicação contribuiu para a redução do uso da droga e alguns dias de abstinência das substâncias psicoativas (sem conseguir explicar o efeito da medicação e suas repercussões em relação à droga), o que antes não lhe parecia ser possível. Apesar de Jair não conseguir perceber a função da substância, parece-nos que as SPAs eram usadas por ele como forma de tratar o sofrimento advindo da psicose, tratamento que tem sido possível pela via da palavra, bem como pela medicação. A dificuldade para perceber-se “louco”, mas a percepção de que necessita de um espaço de escuta, favorece o cuidado e este em um serviço para álcool e outras drogas, o que tem favorecido a transferência e o acompanhamento em um CAPS AD, mesmo se tratando de um quadro grave de esquizofrenia.

Recordo-me também de Natan, pouco mais de 20 anos de idade, casado, que chega a para acolhimento, após passagem por um hospital psiquiátrico da cidade e consulta com psiquiatra particular. Natan precisou ser levado ao Serviço de Urgência Psiquiátrica⁷ dois dias antes de sua chegada ao CAPS. Sentia-se muito incomodado e invadido pelas alucinações auditivas depreciativas, apresentava interpretações delirantes, delírios de ciúmes, dizendo que a esposa tinha um caso com o psiquiatra que o atendeu no consultório particular. Irritado e persecutório com ela, apesar de se “manter vigilante” em relação a familiar. Relatou uso de cocaína por alguns anos, mas interrompera o uso há mais de um mês e foi após a interrupção, que o quadro de estranheza e desorganização se apresentara. Neste caso, parece-nos que o uso da substância equilibrava o sujeito, apresentando a função de contenção do surto psicótico (GROSSI, 2000). É com a interrupção do uso da droga que o quadro psicótico se desencadeia.

Até o momento, foram apresentados relatos de sujeitos psicóticos esquizofrênicos. E o que dizer da paranoia? Poderiam os paranoicos também serem toxicômanos? O que a experiência nos aponta é que os paranoicos parecem fazer uso de drogas como uma forma de lidar com o sofrimento advindo da psicose. Observa-se um número considerável de pacientes paranoicos que recorrem aos CAPS AD em busca de auxílio terapêutico pelo viés do uso de drogas, o que não se observa em relação à procura de pacientes paranoicos aos CAPS. Acredita-se que tal fato se dê pela preservação cognitiva e de papéis sociais dos pacientes paranoicos. Para finalizar, comento então sobre Márcio Joaquim, que já passara anteriormente

⁷ Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) é um serviço da cidade de Belo Horizonte que funciona somente no período noturno e é referência para os acolhimentos de urgência da cidade durante a noite, referenciando os CAPS do município. Funciona como uma extensão destes no período noturno.

pelo CAPS AD do município onde fora atendido, mas abandonara o tratamento. Retornou em uma situação vulnerável, acompanhado pela irmã, em meados de 2018. Contava que devido o uso abusivo de etílicos brigara com a esposa, que o expulsara de casa. Também devido o uso da substância, os familiares não estavam dispostos a acolhê-lo e o levariam para uma comunidade terapêutica. Márcio Joaquim logo contou que realizara várias denúncias contra o prefeito da cidade, que um processo seletivo do qual participou fora fraudado, gerando prejuízo a ele e conseqüente perda da oportunidade de um emprego. Trabalhara como açougueiro, como motorista do serviço de limpeza urbana, dentre outros, mas dizia não poder ficar com o prejuízo (associado à “fraude” no processo seletivo) e por esse motivo, acionara o Ministério Público, fora à delegacia fazer denúncias e por algum tempo, acompanhou as compras de materiais realizadas pela prefeitura, questionando os gastos, segundo ele, incompatíveis com os valores de mercado dos produtos adquiridos. Ficou pouco tempo na comunidade terapêutica e pela gravidade do caso, mantivemos o acompanhamento mesmo em “tratamento” fechado em outra instituição.

Com o tempo, Márcio Joaquim estabelece uma transferência com o serviço e apesar de manter as construções delirantes, percebia a necessidade de cuidado, inclusive medicamentoso, para conseguir sentir-se melhor e menos ansioso. Também percebe a importância do espaço de escuta e com a melhora do quadro psíquico, consegue trabalhar mesmo que informalmente, bem como se organizar em uma casa da família, além de concluir que fazer tantas denúncias não é bom para sua imagem, embora o núcleo delirante esteja presente. O uso de maconha e álcool se mantém, porém de forma reduzida, sem causar prejuízos como anteriormente. Tal construção foi possível pelo acolhimento no CAPS AD, valorizando a demanda e o desejo do sujeito.

PRINCIPAIS APRENDIZADOS

Inicialmente, este trabalho colocou-nos a pensar e a refletir sobre nossa prática na clínica em serviços substitutivos, bem como a dificuldade de registrarmos nossas ações conforme são desempenhadas. Na prática, há uma grande demanda e um trabalho criativo dos profissionais de saúde mental, trabalho que ultrapassa os limites da clínica clássica, ofertando “um secretariado” aos sujeitos acompanhados e muitas vezes aos seus familiares. No entanto, enquanto profissionais, temos conhecimento de como atuamos, mas falhamos em registrar muitos dos desafios e propostas construídas para lidar com estes. Um desses desafios é a

definição do serviço de saúde mental que acompanhará os pacientes que tenham transtorno mental associado ao uso problemático de drogas. Tal desafio se apresenta a cada novo caso em que há associação do transtorno mental e do uso problemático de drogas, apontando às equipes dos CAPS e/ou dos CAPS AD a necessidade de construção da condução do caso em equipe e na própria RAPS.

Houve dificuldade para localizar os dados acima citados, uma vez que em um dos serviços a coleta de dados só seria possível através do levantamento de prontuários e, provavelmente, encontraríamos os dados informados de forma reduzida⁸, quando citado o diagnóstico conforme a CID10. Já no outro serviço em que a autora atua, há o registro através de um cadastro de pacientes realizado pelas RT's, o que favoreceu a coleta dos dados apresentados.

Pensar nas implicações deste trabalho, acredito, é também considerar as implicações políticas com as quais lidamos em nossa atuação. Para tal é necessário discorrermos sobre a dimensão dos CAPS e CAPS AD conforme proposto pela legislação, que aponta estes serviços como locais de tratamento e cuidado para pessoas com transtorno mental grave e persistente e pessoas com problemas relacionados ao uso problemático de drogas, respectivamente. Independente de se tratar de cuidado de pessoas que fazem o uso abusivo de drogas ou de pessoas com transtorno mental, ou com transtorno mental e uso de drogas concomitante, o acolhimento e a escuta qualificada conforme proposto pelas normativas é de fundamental importância para a construção e condução de cada caso. E essa parece ser uma contribuição deste trabalho, quando aponta a necessidade de considerarmos os apontamentos das normativas de saúde mental para o cuidado voltado à escuta dos sujeitos e do seu desejo, favorecendo, inclusive, seu acolhimento e acompanhamento no serviço direcionado por ele mesmo. Neste sentido, os diagnósticos não podem e não devem ser os orientadores para a definição do local de tratamento de pacientes com transtorno mental associado ao uso problemático de drogas.

Porém, é preciso considerar os retrocessos que temos vivenciado, tendo em vista mudanças recentes na legislação que regula a Política de Saúde Mental, como por exemplo, a Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017, que aumenta o financiamento para os leitos de hospitais psiquiátricos e insere os hospitais psiquiátricos como parte da RAPS. Faz-se necessário avaliarmos que com a referida mudança, perde-se, pelo menos do ponto de vista de

⁸ Quando se diz da informação sobre o diagnóstico de forma reduzida, o objetivo é apontar que não há uma regularidade na informação do diagnóstico nas evoluções em prontuário.

legislação, o reconhecimento dos CAPS como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, serviços que favorecem a autonomia das pessoas enquanto sujeitos em seu próprio território. Diante disso, há uma exigência ética, que deve partir de nós profissionais da saúde e da saúde pública do Brasil, em resistir e sustentar a clínica do cuidado em território, priorizando o sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para iniciar as últimas considerações, gostaria de citar a importância dos espaços em que atuei na RAPS do município de Belo Horizonte (enquanto residente da saúde mental), como facilitadores para a compreensão do processo saúde-doença, bem como para a valorização do cuidado integral em rede, que também é de grande contribuição para a elaboração deste trabalho. Recordo-me que quando residente em um Cersam do município citado, na época da inauguração do Cersam AD que nos referenciaria, tínhamos a ilusão de que os casos de usuários em uso problemático de drogas seriam acompanhados somente pelo novo serviço. Porém, desconsiderávamos a incidência do uso associado a quadros graves de transtorno mental, acreditando que seria possível separarmos de forma objetiva os pacientes que se tratariam no Cersam e os pacientes que deveriam ser encaminhados ao Cersam AD. No entanto, a prática aponta que não há uma distinção clara e objetiva de usuários a serem acompanhados em CAPS ou CAPS AD, como se houvesse somente sujeitos em uso problemático de drogas ou somente sujeitos com transtorno mental grave. Na verdade, pensar no cuidado integral implica considerar os sujeitos em sua integralidade e conseqüentemente, leva-nos a conclusão de que não é possível uma separação clara entre os diagnósticos, que não é possível fragmentarmos os sujeitos.

É a partir dessa mudança de percepção e da observação do aumento de casos (acompanhados pelos serviços onde atuo) de pacientes com transtorno mental grave em uso de drogas, que surgiu o interesse pelo desenvolvimento deste trabalho. A princípio, o interesse pela realização deste se deu pelo acompanhamento de um paciente específico, com quadro grave de esquizofrenia e etilismo, em que após vários momentos de discussão entre a equipe e construção com o próprio paciente, entendeu-se que ele deveria continuar o acompanhamento no CAPS AD. A proposta inicial deste trabalho seria apresentarmos o caso em sua íntegra, mas diante do tempo reduzido e da necessidade de aprovação pelo comitê de ética para

realizar tal trabalho, optamos por mudar o foco do mesmo, mantendo a discussão do cuidado de pacientes com transtorno mental grave em CAPS AD.

Neste sentido a clínica nos aponta que o tratamento dos sujeitos, embora possa ser indicado para determinado tipo de serviço, deve ser construído com o próprio sujeito e a partir do que o mesmo aponta. Penso que a existência de pacientes com transtorno mental grave em CAPS AD tende a aumentar, assim como a presença de pacientes com transtorno mental grave que fazem uso problemático de drogas tende a aumentar nos CAPS, tendo em vista que para alguns autores citados, o uso de drogas ocorre como forma de lidar com o sofrimento contemporâneo, percepção esta constatada em minha atuação, onde percebo o aumento considerável de sujeitos em que há a simultaneidade do uso de drogas e de transtorno mental. Acredito que o local de tratamento dos usuários (dos serviços de saúde mental) deve ser orientado pela clínica e pelo espaço que eles mesmos apontam para se tratar, exceto em casos excepcionais em que o encaminhamento deve ser construído com o sujeito e não realizado de forma alheia.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 23 (6), p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em 21 de dez de 2018.

BITTENCOURT, Ligia. Algumas considerações sobre a neurose e a psicose nas toxicomanias. In: INEM, Clara; ACSERALD, Gilberta. **Drogas: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro, Imago, 1993, p. 81-91.

BRASIL. **Portaria SAS/MS 224 de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf>>. Acesso em: 18 de dez de 2018.

BRASIL. **Lei 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 18 de dez de 2018.

BRASIL. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 28 de nov de 2018.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003**. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>>. Acesso em: 30 de dez de 2018.

BRASIL. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 de nov de 2018.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3 de 3 de outubro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/U_PRC-MS-GM-3_280917%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/U_PRC-MS-GM-3_280917%20(1).pdf)>. Acesso em 24 de fev de 2019.

BRASIL. **Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação nº3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/site/Arquivos/PDF/GM_Portaria_3588_Altera_Portaria_de_Consolidacao_3.pdf>. Acesso em: 24 de fev de 2019.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10). Organização Mundial de Saúde. EDUSP, São Paulo, 2009, 10ª edição.

FILHO, Francisco Paiva; SILVEIRA, Lia Carneiro. Psicose e Drogadição: A construção do caso na clínica de enfermagem. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, 10 (1), p. 29-34, jan-abr de 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v10n1/pt_06.pdf>. Acesso em: 15 de dez de 2018.

GROSSI, Fernando Teixeira. Intervenção. In: GROSSI, Fernando Teixeira; BAHIA, Idálio Valadares; CIRINO, Oscar a. de Almeida (orgs). **Psicóticos e adolescentes: por que se drogam tanto?** Belo Horizonte: 2000. p. 20-37.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla et al. Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). **Revista Psicologia em Pesquisa: UFJF**, 11 (1), p.84-96, janeiro-junho de 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n1/10.pdf>>. Acesso em: 30 de nov de 2018.

RATTO, Lilian Ribeiro Caldas. **Prevalência da Comorbidade Entre Transtornos Mentais Graves e Transtornos Devido o Uso de Substâncias Psicoativas em São Paulo, Brasil.** 2000. 83f. Dissertação - Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP), 2000. Disponível em: <[file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/tese%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/tese%20(5).pdf)>. Acesso em: 4 de dez de 2018.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Clínica da toxicomania: Recortes de uma Experiência em Caps Ad. **Revista Mal-estar e subjetividade**: Fortaleza, v. XXII, nº3/4, p. 665-686, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000200010>. Acesso em: 25 de nov de 2018.

SILVEIRA, Jássia Lopes da *et al.* Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. **Revista Rene**, v. 15, nº3, p.436-446, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11529/1/2014_art_jlfsilveira.pdf>. Acesso em: 26 de out de 2018.

VIEIRA, Fernanda de Sousa; MINELLI, Massimiliano; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Consumo de drogas por pessoas com diagnósticos psiquiátricos: percursos possíveis em uma rede de atenção psicossocial. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 27 (4), p. 1243-1263, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01243.pdf>>. Acesso em: 02 de dez de 2018.