



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Marília



CULTURA  
ACADÊMICA  
*Editora*

## Saúde mental e uso de drogas: possibilidades para o cuidado integral

Clarissa Mendonça Corradi-Webster  
Mariane Capellato Melo  
Eduardo Augusto Leão  
Fernanda Sousa Vieira

**Como citar:** CORRADI-WEBSTER, C. M. *et al.* Saúde mental e uso de drogas: possibilidades para o cuidado integral. *In:* SADE, R. M. S. (org.). **Boas práticas:** caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 181-200.  
DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p181-200>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

# Saúde mental e uso de drogas: possibilidades para o cuidado integral

*Clarissa Mendonça Corradi-Webster*

*Mariane Capellato Mel*

*Eduardo Augusto Leã*

*Fernanda Sousa Vieir*

Um dos desafios atuais da assistência em saúde mental que vem sendo descrito por usuários, familiares, profissionais e pesquisadores refere-se ao uso de drogas por pessoas em intenso sofrimento psíquico, que recebem diagnósticos psiquiátricos e tornam-se usuárias de serviços de saúde mental. O consumo de drogas entre pessoas com estes quadros parece estar aumentando nos últimos anos e profissionais relatam dificuldades para lidar com esta situação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem se construindo baseado em diretrizes como a integralidade do cuidado, torna-se importante que as pessoas atendidas em serviços de saúde mental recebam atenção integral, o que inclui o estabelecimento do vínculo e a conversa aprofundada e curiosa, a fim de conhecer como a pessoa vem compreendendo o que acontece com ela e qual o lugar que o uso de drogas ocupa em sua vida.

Neste capítulo trataremos sobre esta questão, fazendo uma breve revisão sobre a assistência oferecida a usuários de saúde mental no Brasil, discutindo a organização da rede assistencial em saúde mental e a voltada

<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p181-200>

aos cuidados específicos a usuários de drogas e apresentando alguns significados que pessoas com quadros clínicos psiquiátricos atribuem ao uso de drogas. Esperamos que esta narrativa possa dialogar com as experiências dos leitores e ampliar as reflexões e possibilidades de práticas na área.

## **ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

O movimento de Reforma Sanitária que serviu de alicerce para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu em concomitância com o movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica e caminham em paralelo até o momento. Esses movimentos, iniciados na década de 80 no Brasil transformaram o campo da Saúde mental tendo como marcos as Conferências Nacionais de Saúde Mental (AMARANTE; TORRE, 2001; PRADO; LEMOS, 2012). Assim como as propostas do SUS os movimentos na Saúde Mental também tinham como pressupostos a luta pelos direitos humanos, equidade e participação de profissionais, familiares e usuários dos serviços para a construção de novos modelos de atenção (MORAIS; FERFFERMAN; FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009).

Tratando mais especificamente sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, essa propunha a construção de um novo modelo de cuidado à saúde mental, voltado para o âmbito social, através de mudanças como a implantação de redes fora dos hospitais psiquiátricos, a integração da saúde mental em outros programas de saúde, superando os paradigmas da clínica psiquiátrica, como único modelo (BRASIL, 2001; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Anterior à Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 (2001) o Ministério da Saúde havia determinado 11 portarias que instituíam medidas que abarcavam desde o controle dos hospitais em funcionamento até a criação e regulamentação dos serviços alternativos, posteriormente remodelados como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (HIRDES, 2009; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Assim, alternativas foram desenvolvidas, como a participação dos usuários do serviço de saúde e de seus familiares, abertura de novos serviços comunitários e territorializados, que buscavam atender as particularidades de cada território, baseadas em novas apreensões do sujeito e da saúde

mental, ampliando assim o cuidado para a vida cotidiana dos sujeitos e considerando suas relações sociais (AMARANTE; TORRE, 2001; GUIMARÃES; MEDEIROS; SAEKI; ALMEIDA, 2001). Amarante (1995) descreve sobre o processo de diferentes países que tentaram criar modelos mais humanizados e críticos de oferecer tratamento na saúde mental; alguns foram tiveram grande importância para o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, como a psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia (HIRDES, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, o primeiro Projeto de Lei foi o 3.657, foi apresentado em 1989 e proposto pelo então deputado federal Paulo Delgado. Entretanto, apenas em 2001 estas mudanças foram aprovadas através da Lei 10.216 (2001). Nesse período de espera, leis estaduais foram criadas controlando a internação psiquiátrica involuntária e ampliando a rede de serviços extras hospitalares (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001). Após 2001 o processo continuou buscando o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial e a desinstitucionalização de pacientes dos manicômios e hospitais psiquiátricos (LUZIO; YASUI, 2010). Isso ocorreu por meio da criação do Programa “De Volta para Casa” e da Lei 10.708 de 2003 que determina o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de internações psiquiátricas entre outras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Todo o processo de Reforma ocorreu e ainda ocorre de forma dinâmica e contínua, sempre enfrentando novos desafios sociais, legislativos e profissionais.

A exclusão social e a ausência de cuidados para determinadas populações consideradas marginais fazem parte da história e atinge continuamente as pessoas que estão em sofrimento devido a algum transtorno mental (FOUCAULT, 1993). No Brasil, historicamente, na luta pelos direitos aos usuários de saúde mental, a questão do uso de drogas foi negligenciada, embora a Portaria nº 336 de 2002 tenha definido as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III, nas modalidades geral, infantil e especializado em problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde (2004) em documento sobre a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas, reconhece a importância e necessidade de ultrapassar o atraso histórico de abandono dos que necessitam de tratamento de problemas relacionados a essa problemática por meio de reformulação dos modelos assistências

para essa população. A contínua negligência nesse campo possibilitou que propostas de intervenção focadas unicamente no proibicionismo, na abstinência e de caráter total ditassem o cenário de tratamento para usuários de drogas (FERNANDES; FUZINATTO, 2012; CORRADI-WEBSTER, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com a política do Ministério da Saúde, os transtornos devido ao consumo de álcool e outras drogas deveriam ser tratados nos três níveis de atenção, sendo o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-Ad) o gerenciador desta rede e a principal referência de cuidados, articulando a atenção básica e atenção terciária (internações hospitalares de curta duração) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Mais recentemente, visando fortalecer as premissas dos SUS algumas estratégias jurídicas foram utilizadas, como a determinação da Portaria 4.279, de 2010, da qual institui diretrizes para a organização dos SUS por meio das Redes de atenção à saúde (RAS), como forma de melhorar o funcionamento político-institucional do SUS e oferecer uma alternativa para as dificuldades em torno da fragmentação da atenção e gestão dentro Saúde. Seguindo o que foi estabelecido por essa portaria (BRASIL, 2010), em 2011, foi publicada a Portaria 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para pessoas com necessidades de cuidado devido a sofrimentos mentais ou derivadas do uso de drogas (lícitas ou ilícitas) no âmbito do SUS. A RAPS caracteriza-se por um conjunto de serviços de saúde e saúde mental que articulados em níveis de complexidade crescente e disponibiliza ações em conjunto buscando garantir a integralidade da assistência à saúde. Fazem parte da RAPS: 1) Atenção Básica em Saúde; 2) Atenção Psicossocial Estratégica; 3) Atenção de Urgência e Emergência; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar; 6) Estratégias de Desinstitucionalização; 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Além da reorganização da rede, através dessas políticas públicas há também uma busca pela desconstrução do senso comum de que os usuários de drogas são representados como antissociais, imorais e criminosos, e por isso necessitavam de exclusão/separação do convívio social, por meio de internações longas ou prisões e acabam por negligenciar

a complexidade desse campo (PEREIRA; JESUS; BARBUDA; SENA; YARID, 2013).

Modelos que se aproximam das propostas da Reforma Psiquiátrica e do atendimento em rede têm buscado incentivar modalidades de tratamento que abarquem os aspectos sociais e econômicos sobre o uso de drogas. O modelo de Redução de Danos como direcionador do cuidado reconhece a singularidade de cada usuário propõe uma construção conjunta com os pacientes de estratégias de enfrentamento, aumentando a liberdade e preservando a vida e os laços sociais, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, do indivíduo e da coletividade (QUEIROZ, 2001).

Em oposição a esses esforços, observamos a tentativa de fortalecimento de modelos focados na internação e afastamento social, que embora regulamentados e vistoriados pelo governo, podem acabar por reafirmar discursos morais e a demanda por internação. Assim, a mesma rede que pode respeitar a singularidade de cada um e oferecendo espaços de cuidado e garantia dos direitos humanos pode ser fonte de aprisionamento, padronizações, despotencialização das pessoas em sofrimento com a argumentação de propiciar recuperação (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2014). Para Basaglia (1995), tanto a violência quanto a exclusão são efeitos de uma divisão hierárquica daqueles que têm o poder e de quem não o tem, em que os direitos iguais, humanos e de bem estar não são considerados. Para o autor o processo de tratamento deveria propiciar compreensão sobre a experiência de exclusão social. Condição muito diferente de adequar e excluir as pessoas que vivenciam o sofrimento mental.

Assim observa-se, através dos artifícios legislativos, a constante tentativa de garantir o funcionamento proposto pelo SUS e pela Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica. Fato que aponta para as constantes dificuldades enfrentadas na implantação desses modelos de cuidado (BRASIL, 2001). Outra questão que podemos pensar é sobre o desenvolvimento histórico dado em duas frentes na saúde mental: os serviços para pacientes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos e outra frente de serviços voltados para o uso de álcool e outras drogas.

Embora haja um esforço através da Portaria 3.088 de 201 para o funcionamento em rede dos diferentes dispositivos de saúde, os serviços ainda atuam, em muitos locais, de forma segmentada (BRASIL, 2011). Outra questão que apresenta inúmeros desafios aos serviços de saúde mental se dá a cerca do atendimento para pacientes que apresentam tanto diagnóstico psiquiátrico como consumo de álcool e outras drogas, sendo o uso problemático ou não.

### **ATENÇÃO A PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO QUE FAZEM CONSUMO DE DROGAS**

Devido à percepção de que há grande consumo de drogas entre pessoas com transtornos mentais, apontada costumeiramente pela literatura na área, aparece muitas vezes nesta literatura a importância de se pensar treinamentos específicos para que profissionais de saúde mental saibam lidar com questões relacionadas a essas demandas. Além disso, os efeitos decorrentes da associação entre o uso de drogas e o sofrimento mental têm sugerido a necessidade dos profissionais também terem uma visão mais ampla e empática da questão e uma postura profissional que os ajude a trabalhar com estas pessoas. Williamson et al. (2012) apontam que um dos fatores causadores do efeito “porta giratória” nos serviços de saúde na Escócia era devido à presença de uso de substâncias e da inexperiência da equipe em lidar de maneira adequada com a questão, além do número incipiente de serviços especializados no tratamento do uso de drogas.

Dentre as atribuições dos profissionais inseridos nos serviços de saúde mental para com a questão levantada surgem algumas questões fundamentais a serem investigadas. Haja vista a importância já ressaltada a respeito dos efeitos advindos da interface entre o uso de drogas e do sofrimento psíquico e mais especificamente do transtorno mental, surgem questões sobre os esforços concentrados na identificação do uso de drogas em pacientes de serviços de saúde mental. Ademais, como seria possível pensar estratégias e identificar demandas acerca do uso de drogas pelos pacientes da saúde mental, sem saber quais as características e motivos desse uso?

Historicamente, os serviços de saúde mental foram pensados de modo não articulado aos serviços especializados no uso de drogas (MAGURA; ROSENBLUM; FONG, 2012). Uma das dificuldades da abordagem terapêutica nesses casos se dá pela divisão muito marcada entre estes serviços, dificultando as avaliações diagnósticas e atrapalhando a assistência integral (SILVA et al; 2009). Ainda que por um lado as divisões dentro da rede de atenção à saúde sejam necessárias para a organização da demanda dentro dos serviços, por outro lado, tal divisão proporciona que certo tipo de paciente, que não se encaixa claramente na demanda de cuidados para o uso de drogas ou na demanda dita psiquiátrica, fique muitas vezes sem encontrar espaço no fluxograma da rede de atenção à saúde. Nesse sentido, aparece a necessidade de prevenção, identificação e encaminhamento do uso de drogas de forma integrada aos procedimentos do serviço de tratamento psiquiátrico, além da atenção primária e dos serviços de emergência. É especialmente importante que os profissionais possam conversar sobre o consumo de drogas com seus pacientes para possibilitar um tratamento mais adequado e de maneira mais coordenada com a situação (SCHULDEN; LOPEZ; COMPTON, 2012).

Segundo Nehlin, Grönbladh et al. (2012), unidades psiquiátricas ambulatoriais em geral demandam muito trabalho da equipe e, com isto, a avaliação e prevenção do uso problemático de drogas acaba por não ter grande prioridade. Assim, as estratégias nesse campo também necessitam ser breves e eficazes para se adaptar a esses contextos. Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2009) apontam que a importância da identificação e da conversa a respeito do uso de drogas recai principalmente sobre os efeitos causados pelo uso de drogas em pessoas com transtornos psiquiátricos. O uso do álcool pode, por exemplo, prejudicar a adesão ao tratamento, interagir com a medicação e piorar o prognóstico da doença. Nehlin, Fredriksson e Jansson (2012) apontam para a importância da conversa a respeito do uso de drogas, mesmo que inicialmente apenas sobre o uso de álcool. Estes autores também discorrem sobre pacientes que, a princípio, preferem não conversar sobre o assunto, mas na disponibilidade de maior tempo para conversarem sobre o tema, ficariam mais a vontade para fazê-lo e até poderiam se beneficiar caso houvesse um instrumento mais completo de avaliação sobre o consumo, tempo hábil para a construção de um vínculo

com o profissional que os atendem questão de maneira que possam falar do consumo de drogas. Assunto esse muitas vezes tratado como tabu nos serviços de atendimento psiquiátrico.

Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2009) apontam para o fato de ser comum a subnotificação do consumo problemático de álcool em serviços de saúde mental, referindo que até 50% dos casos não são identificados. Segundo os autores, um dos fatores dessa subnotificação do uso problemático de álcool seria que alguns profissionais teriam dificuldades em fazer perguntas relacionadas a este consumo. Mordal et al. (2011) aponta que identificar o uso de drogas em pacientes psiquiátricos em seu estado agudo pode ser difícil também devido a efeitos do uso de drogas que se confundem com os sintomas de patologias psiquiátricas.

Comumente, a detecção do uso de drogas é feita por meio de entrevista clínica, relato dos pacientes ou exame toxicológico. Avaliar as histórias clínica e familiar pode ser maneiras efetivas de conseguir dados a respeito do tema, entretanto, um diagnóstico diferencial se torna complicado sem um tempo suficientemente longo de avaliação e abstinência. Existe também uma diferença entre os serviços de saúde mental e os serviços que lidam com pessoas que fazem uso de drogas no que diz respeito ao modo como vêm seus clientes. Enquanto os serviços voltados a problemas relacionados ao consumo de drogas muitas vezes têm uma postura de que o cliente deva procurar ajuda por si só, em instituições de saúde mental. Uma visão geralmente impera: a de que o paciente necessita de ajuda e muitas vezes não tem condição de buscá-la por si próprio (HAMILTON, 2010).

Em estudo realizado com profissionais de um CAPS-III a respeito dos sentidos atribuídos por eles ao uso de drogas de pessoas em sofrimento psíquico, foi possível perceber falta de protocolos específicos para a identificação do uso de drogas em pacientes do serviço (LEÃO, 2015). Ainda assim, os profissionais destacaram a importância de se procurar identificar o uso de drogas em pessoas em tratamento psiquiátrico. Isso poderia sugerir que, ainda que o uso de drogas fique localizado no espaço da saúde mental; na prática, muitas vezes esse uso é visto pela equipe como um elemento à parte dentro da demanda da saúde mental. Um indício disso é a política de encaminhamento quase imediato dos

pacientes que têm relação com qualquer uso de drogas dentro do serviço pesquisado. Ainda que haja um clima de aparente desestrutura a respeito deste assunto por não haver protocolos claros no serviço pesquisado, os profissionais entrevistados trazem reflexões acerca de como o vínculo do profissional com o paciente é utilizado como principal estratégia (aparentemente relatada como bem sucedida) na identificação do uso de drogas por pacientes em tratamento de saúde mental.

Em nosso estudo com profissionais de um serviço de saúde mental, a fronteira entre a saúde mental e o uso de drogas aparece como uma muralha intransponível em alguns aspectos, e como uma linha bastante tênue em outros (LEÃO, 2015). Por um lado, parece imperar uma insistente tentativa de delimitar qual paciente fica em qual serviço (no de saúde mental ou no especializado em problemas com o uso de drogas). Por outro lado, há dúvidas quando se identifica que há interfaces recorrentes entre as duas áreas. Os dados mostram uma preocupação muito grande dos trabalhadores em relação ao que poderia acontecer (ou o que acontece) no uso concomitante de drogas e da medicação psiquiátrica. Além disso, parece ocupar muitas vezes os questionamentos dos profissionais se haveria causalidade entre o transtorno mental e o uso de drogas, sem aparentemente poderem reunir dado a respeito do que provocaria o quê, ou se existiria tal causalidade.

Com relação á interfaces entre o uso de drogas e o sofrimento psíquico emergem tanto na literatura quanto nos dados trazidos por nossos estudos diferentes alternativas de como poderia ser o tratamento que envolva o cuidado do indivíduo compreendendo seu quadro clínico psiquiátrico e o consumo que faz de drogas. Tal tratamento para Schlosser e Hoffer (2012) parece ter mais eficácia quando considera as diferentes dificuldades e recursos do paciente, bem com a interação farmacológica entre as drogas e os medicamentos. Além disso, faz-se importante a conscientização da equipe de que muitas vezes o paciente usuário de drogas continuará a fazer uso durante o tratamento psiquiátrico, não baseando as práticas de cuidado na meta da completa abstinência por parte do usuário. Mesmo profissionais que consideram a redução de danos como uma proposta pertinente a sua pratica de cuidado, estes parecem ter dificuldades de visualizá-la no contexto do serviço.

Quanto a isto, na Espanha tem se desenvolvido material educativo voltado a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que fazem uso de maconha. Neste livreto, são explicados os principais sintomas da esquizofrenia e o modo como a maconha pode interagir com estes. São apontadas também orientações voltadas à redução de danos, como por exemplo, evitar usar maconha antes de ir a lugares que não são familiares e, caso a pessoa se sinta paranóica em determinado ambiente, que busque ir para um lugar familiar em que se sinta protegido (LINNELL; HOLLAND, 2007). São tentativas de se aproximar das necessidades do indivíduo, de suas práticas e hábitos de consumo e, ao mesmo tempo, ajudá-lo a pensar no modo como vem usando drogas, em como se sente com este consumo e em como poderia fazer para não piorar suas vivências psíquicas caso queira continuar usando a droga.

No Brasil, autores sugerem que não há a necessidade de criação de serviços especializados no cuidado dos transtornos mentais e na ocorrência concomitante do uso de drogas e sugerem como melhor alternativa o investimento na formação dos profissionais da rede de saúde mental para identificarem e atuarem nesta questão (MENEZES; RATTO, 2004). Entretanto, a rede de atenção à saúde, conforme prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda funciona de modo falho e ineficiente, prejudicando ações nesta área. Questões relacionadas ao tratamento de usuários de drogas foram inseridas no SUS e em discussões sobre a rede de atenção psicossocial apenas recentemente.

## **O CONSUMO DE DROGAS POR PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Apesar de a literatura biomédica prescrever em muitos momentos que pessoas com grave sofrimento psíquico não devem consumir álcool e outras drogas (MENEZES et al., 1996; MOROJELE; SABAN; SEEDAT, 2012; RIBBE et al., 2011), muitas destas pessoas fazem este consumo e têm dificuldades em deixar de usar, ou em concilia-lo com as demais experiências da vida. Assim, torna-se importante conhecer como estas pessoas vivenciam este consumo e se considera que, essa experiência, embora possa trazer problemas importantes de saúde e de saúde mental, pode ser que existam também outros aspectos a serem considerados na questão do consumo de drogas.

As pesquisas que buscam conhecer a perspectiva das pessoas que vivenciam sofrimento psíquico e uso de drogas parecem ter como local de pesquisa serviços comunitários de saúde mental, cujos diagnósticos estudados têm sido transtornos mentais graves, especificamente transtornos psicóticos e transtornos do humor, sendo a esquizofrenia o diagnóstico mais estudado (CHARLES; WEAVER, 2010; COSTAIN, 2008; GREGG; BARROWCLOUGH; HADDOCK, 2007; LOBBANA et al., 2010; PETTERSEN; RUUD, 2013; SCHOFIELD et al., 2006; THORNTON et al., 2012). Nesses estudos, o consumo de drogas pareceu ser diversificado quanto ao tipo de substância, sendo a maconha, a substância mais estudada.

São diversas as possibilidades de construção de sentidos da experiência de usar drogas por pessoas com sofrimento psíquico que apresentam quadros clínicos psiquiátricos. Com a proximidade com o campo é possível perceber que os sentidos relatados sobre o consumo de drogas parecem mudar ao longo das situações, tempo e dose de consumo, bem como das diferentes combinações de drogas e estados emocionais experimentados. Cada droga utilizada, por ter efeitos diferentes entre si, parece ter sentido específico diante da experiência vivida, produzindo formas pessoais de expressão e manejo de sentimentos e comportamentos (VIEIRA, 2016). Lobbana et al. (2010) descrevem que as motivações para o consumo são dependentes da escolha ativa do indivíduo, mas também há motivações externas como aquelas influenciadas por outras pessoas e pela referência cultural.

Assim, os sentidos sobre o consumo de drogas parecem ser construídos de acordo com as relações estabelecidas entre a pessoa e a droga usada ao longo da vida, mas também interferem nessa construção o entorno onde ela se situa, ainda que sejam experimentados de maneira indiscriminada e com tonalidades diferentes a cada momento da vida. Um exemplo é o caso do consumo de substâncias em situações sociais cotidianas, como por exemplo, o álcool como festas e reuniões, ou mesmo o consumo do cigarro como uma atitude valorizada socialmente pelos veículos midiáticos como o cinema e televisão.

Em nosso estudo, realizado com pessoas em sofrimento psíquico identificadas como fazendo consumo problemático de drogas e que faziam

tratamento em serviços de saúde mental ou de serviços de tratamento do consumo de drogas, os participantes que eram de gerações entre os anos 1970 e 1980, relataram que quando iniciaram o consumo de cigarro, esse comportamento era valorizado socialmente (VIEIRA, 2016). Por outra perspectiva, o consumo de cigarro tem sido relatado no cotidiano das pessoas com sofrimento mental como uma prática grandemente difundida em ambientes de trabalho e psiquiátricos (THORNTON et al., 2012).

Nesse sentido, o consumo também pode fazer parte da construção da identidade e fazer parte do processo de socialização. E essas experiências, quando compartilhadas em grupo e valorizadas por ele, podem envolver a vontade pertencer a ele e estar associados ao início do consumo e vontade de experimentação de algumas drogas (LAUDET; MAGURA, 2004). Além disso, algumas drogas parecem favorecer o entrosamento em grupos de pares, podendo ser percebido como promovendo melhora na habilidade de conversar e se comunicar com as pessoas, sendo um aspecto que parece ligar as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais ao sentimento de normalidade e busca por compartilhamento de sensações agradáveis com outras pessoas (ASHER; GASK, 2010; COSTAIN, 2008; THORNTON et al., 2012). Estão implícitas nessas experiências questões de valorização de aspectos da personalidade que ficam exacerbados quando estão sob o efeito de drogas, conforme relatado por pessoas diagnosticadas com transtornos psicóticos, como a habilidade de oscilar entre a realidade da vida cotidiana e experiências de sair da realidade, o que de outra maneira seria impossível, sendo utilizada como estratégia de descontração e de intoxicação, mas também á melhora da atenção, clareza e rapidez do pensamento (ASHER; GASK, 2010; CHILDS et al., 2011; THORNTON et al., 2012).

Embora algumas substâncias legais pareçam ter seu consumo legitimado, o consumo de maconha e de outras substâncias ilícitas parece não ser legitimado pela cultura hegemônica, sendo considerado desviante (BECKER, 1953). Em nosso estudo, foi relatado com certa reserva e distância por pessoas que consumiam álcool ou cigarro ou mesmo não sendo declarado por pessoas que consome drogas consideradas menos legitimadas, embora na descrição das experiências fosse possível perceber o consumo de outras substâncias além das declaradas (VIEIRA, 2016). E nesses

casos, o consumo de maconha estava associado à melhora na habilidade criativa, embora essa percepção nem sempre seja compartilhada por outros que convivem com pessoas em sofrimento psíquico (COSTAIN, 2018).

Nesse contexto sociocultural que pode legitimar o uso de certas substâncias, mas não outras, o consumo de certas drogas parece ser vivenciado individualmente com diversos sentidos, sendo descrito como estratégia de lidar com sentimentos negativos vividos no cotidiano, sendo relacionado a uma forma de escape de “tudo que é difícil” (PETTERSEN; RUUD, 2013). Talvez seja possível fazer relação entre essas experiências e o relato de algumas pessoas que atribuem uso de drogas à dificuldade de fazer amigos e se engajar em relacionamentos pessoais ou mesmo estratégia de enfrentar sentimentos de perdas, desesperança, frustração e pensamentos perturbadores; mas também de ansiedade, irritação e estresse (ASHER; GASK, 2010; CHILDS et al., 2011; LAUDET; MAGURA, 2004; THORNTON et al., 2012). Experiências nesse sentido associadas com o consumo de cigarro, descrito como promotor de alívio do estresse teriam características de uso ritual e hábito, dando às pessoas com diagnósticos psiquiátricos, que podem vivenciar o processo de institucionalização, a sensação de controle da própria vida (THORNTON et al., 2012). E esses momentos têm sido relatados como de difícil abstinência, nesses casos, em nosso estudo, tem sido descrito pelos participantes como um vício (VIEIRA, 2016).

O consumo de drogas tem sido descrito pela literatura como assumindo função medicamentosa para o controle de sensações negativas e mesmo sintomas do transtorno mental como sentimentos de ansiedade, mania e depressão entre as pessoas com intenso sofrimento psíquico (ASHER; GASK, 2010; BIZZARRI et al., 2009; LAUDET; MAGURA, 2004; MUESER; DRAKE; WALLACH, 1998; PETTERSEN; RUUD, 2013; THORNTON et al., 2012). Associada a essa função, algumas pessoas relatam o consumo de determinadas drogas como promoção do esquecimento de situações traumáticas como abusos sexuais e violências sofridas ao longo da vida, pelo menos durante o efeito do álcool, cocaína ou crack, como se esse consumo pudesse diminuir o sentimento de dor e sofrimento (ASHER; GASK, 2010; COSTAIN, 2008; HUANG et al., 2012; SCHÄFER et al., 2010; SOU; DANTAS, 2009). Em nosso estudo,

ao consumo dessas drogas, foram relacionados a experiências de pessoas que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social e sofrimento psíquico, associado à ausência de recursos como dinheiro, comida ou excesso de trabalho em que os efeitos podem levar à inibição da fome, frio e cansaço, possibilitando a essas pessoas lidar com essa situação de precariedade (VIEIRA, 2016). Essas experiências foram descritas por Bourdieu (1999), Borgois (2003) e Das (1997) como estratégias de lidar com sofrimentos sociais.

No campo das experiências descritas como sintomatologia psiquiátrica, o consumo de drogas pareceu influenciar o modo como a pessoa percebe essa questão (ASHER; GASK, 2010). Nesses casos, o uso da maconha, em especial, esteve associado ao controle das experiências de alucinações auditivas, e sob seu efeito, as vozes se calavam ou diminuía o volume (VIEIRA, 2016). No estudo de Costain (2008) algumas pessoas relatam sentir maior clareza das vozes, permitindo que a pessoa tivesse maior acesso e compreensão em relação questões de espiritualidade ligadas a essas experiências; enquanto a medicação psiquiátrica dificultava esse acesso (ASHER; GASK, 2010). O consumo dessa droga também foi percebido como facilitador do sono e da sensação de fome, potencializando nesse caso, os efeitos da medicação antipsicótica, mas também contrabalanceando seus efeitos colaterais. A maconha, por exemplo, foi descrita como um medicamento “natural” e nesse sentido, droga foi percebida como participando do controle da sensação de perseguição (COSTAIN, 2008).

Associado a essa questão, o consumo de múltiplas drogas foi descrito como uma tentativa de contrabalancear os efeitos indesejados das diferentes substâncias usadas. Embora também acontecesse quando o consumo da droga já não fazia o mesmo efeito ou havia vontade de ter outros efeitos além daquele já alcançado. Assim a combinação de diferentes substâncias seria procurada por vezes, com o objetivo de combinar diferentes efeitos desejados. Nessa lógica, a escolha do tipo de droga utilizado pareceu ser de acordo com os efeitos desejados e efeitos indesejados desse consumo (VIEIRA, 2016).

Algumas pessoas perceberam que o consumo de drogas pode promover crises psicóticas em que as alucinações e delírios são vividos

com intenso sofrimento e isso parece ser percebido pelas pessoas que buscam tratamento para o consumo de drogas compreendido como problemático. Laudet e Magura (2004) buscaram conhecer razões para parada e recaída do consumo de substâncias entre pessoas com comorbidade e para essas pessoas, as razões de parada do consumo das drogas pareceram estar associadas a desejos de melhora na qualidade de vida, consequências negativas do consumo de drogas. O crack e a cocaína foram descritos como promotores de alucinações, o que era motivo para querer parar de consumir essas drogas e buscar aderência ao tratamento do consumo. A dificuldade encontrada nisso se relacionava ao conteúdo das vozes, sendo compreendidas por quem as experimentava como capazes de “levar” a pessoa a não conseguir parar de consumir, como se essas vozes “mandassem” continuar o consumo (VIEIRA, 2016). Um aspecto interessante comentado Costain (2008) é que seus participantes relataram a persecutoriedade talvez estivesse relacionada ao status de ilegalidade de algumas drogas e que se fosse legalizada, essas sensações talvez não fossem compreendidas da mesma maneira.

Dessa maneira, a percepção da associação entre o transtorno mental e o consumo de drogas, envolve um processo complexo de construção de sentidos, e as pessoas que vivenciam essa situação pareceram perceber piora nos sintomas quando usavam drogas; entretanto, em alguns relatos, as pessoas não estabelecem essa relação (CHILDS et al., 2011; LAUDET; MAGURA, 2004). Com isso, a abstinência ou o controle do consumo pode ser prejudicado, merecendo atenção quanto aos sentidos dados a essas experiências de consumo de drogas e sua relação com o sofrimento psíquico por parte dos profissionais de saúde de serviços de saúde mental e tratamento para o consumo de drogas, no sentido de favorecer a construção de sentidos dessa experiência, integrando esses aspectos e auxiliando na escolha do paciente de como fazer uso de drogas de maneira a não aumentar os prejuízos, já vivenciados pelo sofrimento psíquico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços foram realizados na reorganização da rede de cuidados a pessoa em sofrimento mental no Brasil. Também se percebem

avanços no cuidado aos usuários de drogas, que por muito tempo foram atendidos apenas por grupos religiosos e de autoajuda. Atualmente, há uma rede de atenção prevista para cuidar de pessoas com estas problemáticas. Entretanto, ainda percebe-se um hiato relativo ao cuidado que deve ser oferecido a pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico e que também fazem uso de drogas.

Apesar de diversos estudos abordarem consequências negativas desta interação, muitos usuários relatam fazer o consumo de drogas pois percebem benefícios com este. Dentre estes benefícios, podemos destacar a redução da tensão e ansiedade, a melhora na qualidade do sono e do apetite, um maior controle das vozes e a melhora do humor. Muitos relatam também que, com a experiência de consumo, conseguem identificar momentos em que o uso de drogas irá melhorar sua condição psíquica e momentos em que irá piorar esta. Assim, faz-se importante que profissionais envolvidos no cuidado a estas pessoas consigam estabelecer um bom vínculo com estas, adotem uma postura de curiosidade e atenção e busquem conhecer o significado que o uso de drogas tem para cada um dos usuários. A partir desta postura de respeito pela experiência do outro, será possível pensar conjuntamente em modos de lidar com estas experiências e hábitos, buscando maior bem estar da pessoa que procura ajuda em serviços de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Caderno Saúde Pública*, v.11, n.3, p.491-494, 1995.

AMARANTE P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v.25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ASHER, C. J.; GASK, L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: Qualitative study. *BMC psychiatry*, v.10, n. 1, p. 94, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2999587&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

BECKER, H. S. . Becoming a Marihuana User. *The American Journal of Sociology*, v.59, n. 3, p. 235–242, 1953.

BIZZARRI, J. V. et al. Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry research*, v.165, n. 1-2, p. 88–95, 30 jan. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.009>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

BOURDIEU, P. *The weight of the world: Social suffering in contemporary society*. [s.l.] Stanford University Press, 1999.

BOURGOIS, P. *Crack and the Political Economy of Social Suffering Addiction Research & Theory*. 2003.

BRASIL. *Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

\_\_\_\_\_. *Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, 2002.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. 2003.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*.2005. Disponível em: [www.saude.gov.br/saudemental](http://www.saude.gov.br/saudemental).

\_\_\_\_\_. *Portaria MS nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Institui a Rede de atenção Psicossocial-RAPS, no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

CHARLES, V.; WEAVER, T. A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, v.19, n. 1, p. 99–106, 2010.

CHILDS, H. E. et al. The journey through cannabis use: a qualitative study of the experiences of young adults with psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, v.199, n. 9, p. 703–8, set. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878786>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras na rede de saúde mental da cidade de Vitória. *Polis e Pique*, v.3, n.1, p.80-99, 2013.

CORRADI-WEBSTER, C. M. Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, v.4, n.2, p.10-20, 2013.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Residentes em psiquiatria têm documentado problemas relacionados ao álcool em pacientes ambulatoriais? *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n.3, p.187-191, 2009.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, B.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*, v.25, n. 58, p.12-25, 2001.

COSTAIN, W. F. The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: Patient perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, v.17, n. 4, p. 227–235, 2008.

FERNANDES, V. R.; FUZINATTO, A. M. *Drogas: proibição, criminalização da pobreza e mídia*. 1º Congresso Internacional de Direitos e Contemporaneidade: Mídias e Direitos da Sociedade em Rede. UFSM - Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

FOUCAULT, T. M. *História da Loucura*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GOTTLIEB, J. D.; MUESER, K. T.; GLYNN, S. M. Family Therapy for Schizophrenia: Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, v.68, n. 5, p. 490–501, 2012.

GREGG, L.; BARROWCLOUGH, C.; HADDOCK, G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical psychology review*, v.27, n. 4, p. 494–510, maio 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17240501>>. Acesso em: 29 out. 2012.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S M. de ; SAEKI T. E ALMEIDA M. C. P. de. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate*, v.25, n.58, p.5-11, maio/ago.200.

HAMILTON, I. Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problems. *Nursing times*, v. 106, n. 11, p. 12-15, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

HUANG, M.-C. et al. Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients. *Alcoholism, clinical and experimental research*, v.36, n. 6, p. 1099–1107, jun. 2012.

LAUDET, A.; MAGURA, S. Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.74, n. 3, p. 365–375, 2004. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-16798-014>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

LEÃO, E. A. Sentidos e Práticas produzidos com profissionais a respeito do consumo de drogas no contexto da saúde mental. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo, 2015.

LINNELL, M.; HOLLAND, M. *Mental illness and Maconha – the story of David – the man with transparent head*. Lifeline Publications, 2007.

LOBBANA, F. et al. Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social science & medicine*, v.70, n. 8, p. 1141–1147, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20137846>>. Acesso em: 29 out. 2013.

- LUZIO, C. M.; YASUI, S. Além das Portarias: Desafios da política de saúde mental *Psicologia em Estudo*, v.15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.
- MAGURA, S.; ROSENBLUM, A.; FONG, C. Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *The Open Addiction Journal*, v.4, p. 58-64, 2012.
- MENEZES, P. R.; RATTO, L. R. Prevalence of Substance Misuse among Individuals with Severe Mental Illness in São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v.39, p. 212-217. 2004.
- MENEZES, P. R. et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, v.168, n. 5, p. 612-619, maio 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2. ed. Ministério da Saúde , 2004.
- MORAIS, M. L. S.; FERFFERMANN, M.; FERNANDES, M.; FIGUEIREDO, R.; PAULA, S.H.B.; VENANCIO, S.I. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde em debate*, v. 33, n. 81, p. 112-128, 2009.
- MORDAL, J. et al. Psychoactive substance use among patients admitted to an acute psychiatric ward: Laboratory findings and associations with clinical characteristics. *Nordic Journal of Psychiatry*, v.65, p. 208-215, 2011.
- MOROJELE, N. K.; SABAN, A.; SEEDAT, S. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 25, n. 3, p. 181-186, 2012.
- MUESER, K. T.; DRAKE, R. E.; WALLACH, M. A. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*, v. 23, n. 6, p. 717 - 734, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801712>>.
- NEHLIN, C.; FREDRIKSSON, A.; JANSSON, L. Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: Special attention needed. *Drug and Alcohol Review*, v. 31, p. 538 - 543, 2012.
- NEHLIN, C., GRÖNBLADH, L., et al. Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study. *Addiction Science & Clinical Practice*, v.7, n.1, p. 23-27, 2012.
- PEREIRA, L. C.; JESUS, I. S; BARBUDA, A. DE S.; SENA, E. L. DA S; YARID, S. D. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Rev. Bioét.* [online], vol. 21, n. 2, p. 365-374, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200021>> Acesso em: 24 Fev. 2014.
- PETTERSEN, H.; RUUD, T. Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-Being*, v.1, p. 1-11, 2013.

PRADO, K. F.; LEMOS, F. C. S. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea*, v. 2, n. 1, p. 45-63. 2012.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia. Ciência e Profissão*, v. 21, n. 4, 2001.

RIBBE, K. et al. Prediction of the risk of comorbid alcoholism in schizophrenia by interaction of common genetic variants in the corticotropin-releasing factor system. *Archives of general psychiatry*, v. 68, n. 12, p. 1247–1256, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810631>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

SCHÄFER, I. et al. Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both-A multi-center study. *Drug and alcohol dependence*, v. 109, n. 1-3, p. 84 – 89, 1 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20092967>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

SCHOFIELD, D. et al. Reasons for cannabis use in psychosis. *Journal compilation The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, v. 40, n. 6, p. 570-574, 2006.

SCHULDEN, J. D.; LOPEZ, M. F.; COMPTON, W. M. Clinical Implications of Drug Abuse Epidemiology. *The psychiatric clinics of North America*, v.35 n.2, p. 411-423, 2012.

SILVA, C. R. et al. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, v. 30, p. 101-112, 2009.

SOU, H. DE; DANTAS, Z. *Transtorno de estresse pós-traumático associado ao abuso e dependência de álcool e drogas: estudo de uma amostra da população da região metropolitana de São Paulo*. [2009].

THORNTON, L. K. et al. Reasons for substance use among people with psychotic disorders: Method triangulation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 26, n. 2, p. 279-288, 2012.

DAS, V. Language and Body: Transactions in the construction of pain. In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (Ed.). *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles, CA: University of California Press, 1997. V. 125, p. 67–91.

VIEIRA, F. D. S. *Consumo de drogas por pessoas sofrimento psíquico: sentidos, significados e percursos*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo, 2016.

WILLIAMSON, A. E.; et al. The disappearance of the “revolving door” patient in Scottish general practice: successful policies. *BMC Family Practice*, v.13, p. 95-99, 2012.