



**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE DE CAMPINAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

**BÁRBARA CAIRES DE SOUZA**

**LIMITES NA CLINICA AD  
(OU CLÍNICA DOS LIMITES)**

**CAMPINAS**

**2013**

**UNIVERSIDADE DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

**BÁRBARA CAIRES DE SOUZA**

Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

**CAMPINAS**

**2013**

## **INTRODUÇÃO**

Neste trabalho pretendo explorar minha trajetória na experiência de trabalho e aprendizado no CAPSad Independência, permeada de escolhas, crises, ansiedades, sossegos, amizades, encontros e desencontros;

Inicialmente identificando as demandas que a sociedade atual exige das políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas, coloco em questão a utilidade do CAPSad frente a elas de questionar se o que se faz é reprodução ou produção de novas práticas, qual a produção de saúde que se realiza nesse serviço através dos dispositivos existentes e os limites que um CAPS tem na sua ação.

## **ESCOLHAS E CRISES**

“É pau, é pedra, é o fim do caminho  
É um resto de toco, é um pouco sozinho.”

(Tom Jobim)

Escolhi fazer o aprimoramento em busca de uma identidade profissional no campo da Saúde Mental, e neste escolhi trabalhar com a Clínica AD no CAPSad Independência, lugar de exigências. Precisei antes, sair de um lugar que me sentia segura, no qual me formei, onde a formação era no dia-a-dia, nos encontros na rua, dentro das Repúblicas, nos corredores da faculdade, no bosque, no Restaurante Universitário, a formação era viva. Tive que sair disso, e dessa segurança e confiança toda que aprendi em uma cidade de 100 mil habitantes e fui para uma cidade de um milhão de habitantes; sou de São Paulo, e lá também tenho meu lugar de segurança e confiança, e vi que em Campinas ia precisar criar um espaço assim também.

Em Campinas, consegui um lugar para morar e teve início as atividades do Aprimoramento; conheci o nosso grupo e comecei a me sentir segura. Iniciamos as

visitas aos locais de estágio e no CAPSad Independência, a visita inicial foi permeada de mistério e de não ditos, o lugar estava vazio, não havia usuários, apenas alguns funcionários, nos explicaram que havia acontecido uma ameaça de um usuário a uma profissional. Estávamos todos em uma sala, quando o gestor da unidade aparece, explicitando sobre o funcionamento e sobre a clínica, foi aí que o termo “exigente” passou a designar para mim esse espaço e a equipe.

Fiquei em dúvida entre os serviços para estagiar, se este ou um CAPS III, escolhi o CAPSad pois achei o trabalho com possibilidade de muito dinamismo, muita movimentação, sendo que na segunda visita ao CAPS III, fui à um Centro de Saúde, acompanhar um matriciamento. A casa em que o CAPSad fica também me agrada, como alguns usuários dizem: “Uma casa azul redonda”, ampla, em formato circular, embaixo tem um portão grande, banheiro, refeitório, cozinha, farmácia e uma área de convivência com muitas possibilidades! Na parte de cima, fica um ateliê colorido, uma sala muito grande, duas salas menores, a sala da equipe, todas com entradas para a sacada, em formato circular. Neste espaço me estabeleci, enquanto passageira, pois desde o início o período de permanência já era conhecido: um ano, fui passageira e a instituição foi um meio de locomoção. Fui viajante, pude notar a paisagem, tirar fotos para guardar de lembrança, conheci o território. Fui turista, que viaja sozinha, que vai se metendo nos lugares sem medo, mas se metendo mesmo, de se enfiar onde nem deveria estar.

No início dessa experiência fui turista com guia, entrei em acolhimentos, em Grupos de Acolhimento, experimentei algumas oficinas, fui à matriciamentos, fiz visitas domiciliares, tudo isso com um guia me dizendo como ele fazia isso ou aquilo. E a partir disso também entendi que cada guia fazia e sabia daquilo do seu jeito, algumas

coisas eram similares, mas cada um pensava algo diferente a respeito daquilo que se fazia.

Fiquei à deriva por três meses, cansei de ser guiada, ou de boiar, como um usuário me disse uma vez: estou boiando nisso tudo e eu retruco: pelo menos não está afundando. Queremos traçar nosso próprio caminho, e nisso fiquei sozinha. Ou ficava grudada a algo e teria que seguir as regras do grupo, ou mergulhava e via no que ia dar. Mergulhei. Continuei minha trajetória, escolhendo pra onde ia. Entrei oficialmente nos acolhimentos, disse o que pensava para ajudar a construir PTI (Projeto Terapêutico Individual), fiz oficinas, propus nova oficina (de Curtas). E descobri que era *com* os usuários que podíamos fazer algo, e não *para* eles.

A crise também foi a nível institucional e político, a situação do Convênio Cândido Ferreira/Prefeitura no mês de julho, exigiu mobilização dos trabalhadores, e nessa crise, nossas bolsas não foram contempladas na renovação. No CAPS, o gestor, que estava há 5 anos desde a implantação do serviço, saiu, e um processo de luto/espera se instaurou até e após a chegada da nova gestora.

Encontrei a possibilidade de me apaixonar pela clínica AD, não uma paixão de cair total, mas da clínica em si, do inclinar-se, para escutar! E defendi muito essa escuta, acreditei no que o usuário me falava, fui enganada, e posso até ter enganado. Mas vi o usuário, ouvi, escutei.

Perdi-me na hora de desejar, fiquei paralisada na ambiguidade. Quis medir o tanto de mim e o tanto do outro que poderia existir numa terapia. Participei ativamente da assembleia, vi ela se transformar de um espaço sem credibilidade, deslegitimado, em uma potência para reivindicarmos algo em comum, usuários e profissionais. Vi

profissionais tirando os corpos na hora de se colocar e ficar na tentativa de devolver tudo para o usuário.

E nisso, tive que lidar com as devolutivas que também recebi da equipe. Devolver: restituir, fazer voltar (ao dono, à origem); recusar: devolveu a carta injuriosa; responder: devolvo o insulto; vomitar. (FERREIRA, 2000). Devolutivas que tiveram todos esses caracteres, de voltar à mim o que fiz ou disse, de recusa ao que fiz/disse, de responder e de vomitar.

### **DEMANDAS E OFERTAS DA SOCIEDADE DE CONSUMO**

“Da pele para dentro começa a minha exclusiva jurisdição. Elejo eu aquilo que pode ou não cruzar essa fronteira. Sou um estado soberano, e as fronteiras da minha pele parecem-me muito mais sagradas que os confins políticos de qualquer país.”(ESCOHOTADO, 1995).

O ano de 2012 e início de 2013, foram marcados por matérias jornalísticas, via rádio, jornal impresso e televisão, sobre o “problema das drogas”, como duas matérias do Jornal Folha de São Paulo: “As Mães do Crack” e “De gravata na cracolândia”. A primeira trata de grávidas sob uso de crack e causou polêmica devido discussão sobre quais intervenções teriam de ser feitas tendo em vista a saúde da criança; e a segunda refere-se à imagens de pessoas engravatadas fazendo uso de substâncias psicoativas na cracolândia, discutiu-se sobre o direito de divulgação de imagem nesse caso. Atualmente, vivemos a discussão sobre as internações compulsórias realizadas nos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro. A sociedade se ocupa em ver e pensar sobre o uso das drogas, com essa política de internação, pensa-se em tirar os usuários de SPAs das ruas e colocá-los em locais para tratamento.

A demanda da sociedade é consumir, tem como slogan “o dinheiro não traz a felicidade, compra-a”, complementa a falta, a droga, o consumo é “causa de gozo, não de desejo” (SANTIAGO, 2001). E é nesse contexto social que lutamos por um tratamento humano para o usuário de SPAs. A encomenda para os CAPSad, Consultório na Rua, Atenção Básica, Redução de Danos é: limpem as ruas (a Copa do Mundo vem aí!) e tratem todos independente da vontade. Assim, serviços de atenção à saúde, como os CAPS, podem funcionar tanto como mecanismos de controle e vigilância, como de auxílio na criação de subjetividades mais livres, criativas e autônomas (PACHECO, 2008). Esses serviços ainda se encontram em processo inicial de implantação, sendo possível observar a convivência de resquícios de práticas anteriores a essas propostas, pertencentes a outros paradigmas de atenção (MORAES, 2008).

O Estado, por baixo dos panos, tem a estratégia de colocar na invisibilidade os usuários, a divisão entre quem precisa de tratamento de saúde e quem precisa de polícia, quem é “dependente químico” e quem é criminoso é tênue. Os CAPSad tem a possibilidade de tirar da invisibilidade essa população, e de propiciar um lugar de sujeito e de cidadão de direitos, reconquistando na luta do dia a dia.

Os CAPSad são dispositivos da Reforma Psiquiátrica, que tem princípios que nos falam sobre a preservação e ampliação da autonomia dos sujeitos; segundo Petuco (2013), muitos CAPSad já nasceram recaídos, instituindo lógicas manicomialis (ou novas lógicas atuais), pequenos manicômios que se expressam não em muros e grades, mas em práticas que aprisionam as pessoas em rótulos, conceitos, em perspectivas teóricas que diminuem a potência, em vez de trazer à tona todo o potencial de autonomia e cidadania expresso nos compromissos éticos e estéticos da Luta Antimanicomial. Trazem conceitos que dizem da nossa forma de escutar e ver essas pessoas, e de intervir do ponto de vista da saúde.

Desse ponto de vista o CAPSad Independência tem um carro-chefe que compreende os princípios do SUS, como integralidade, equidade e universalidade: o dispositivo do acolhimento; este norteia todo o processo clínico-institucional desse CAPS. É através dele que a equipe multiprofissional existe enquanto tal, que o usuário é acolhido pensando em seu cuidado, que a lógica internação/abstinência pode ser questionada, que o usuário de SPAs encontra um lugar de escuta, de visibilidade e que assim se produza algum tipo de saúde. Nesse dispositivo podemos ver o quanto a clínica AD não se conforma com os ditos “casos perdidos”, que não desiste nunca, que não reduz o paciente à sua dependência, mas consegue vislumbrar um projeto de vida, de autonomia e de liberdade quando o que se apresenta aos nossos olhos parece ser um projeto hedonista e mortífero (SILVEIRA; REZENDE; MOURA, 2010). O acolhimento é uma oferta que produz demandas, e não apenas responde a elas.

O CAPSad é identificado pelos trabalhadores e usuários do serviço como lugar para não usar SPAs, sendo um ambiente seguro, que estabeleça uma rotina diária sob os cuidados da equipe, tendo como meta cuidados físicos e psicológicos. Como no caso de F., que após uma visita domiciliar, comparece ao CAPS necessitando de cuidados clínicos, utiliza-se do recurso do leito noite (leitos no Núcleo de Atenção à Dependência Química, situado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira no Distrito de Sousas em Campinas), pede para sair do leito e volta para sua rotina dizendo: “volto pro CAPS quando estiver morrendo”, ela volta um tempo depois, com seu dedo do pé quase caindo, realiza novos cuidados e uso de leito noite. O caso de F. ilustra o lugar que o Caps pode ter para cada sujeito, e como as demandas e ofertas se articulam; assim, podemos pensar que o cuidado vai ao sentido de iluminar a qualidade da experiência subjetiva de cada um, respeitando o momento de abertura subjetiva também. É um caso em que a clinica esbarra no limite, sem perder o sentido da ética em saúde, levando em

conta a recomendação de Freud :“o médico deve controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente em vez de por seus próprios desejos” (1996).

O usuário tem uma representação do CAPS para si, como por exemplo, uma usuária que chama a modalidade intensiva do serviço (atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua (MS, 2004)) de “ficar intensa no Caps”, ou um usuário que ao pedir leito noite diz “leito noite” e ainda outro que ao pedir medicação diz que necessita de um “antiestressivo” e um “antialcoólico”.

## **NAS BRECHAS DA INSTITUIÇÃO**

Um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmo e a pouca abertura para o território (LANCETTI, 2012). Desde o momento que entrei no CAPS ajudei na organização de passeios, tal como ir ao cinema (ao qual fomos assistir “Bruna Surfistinha” e “Deus da Carnificina”), ida à reinauguração do Centro de Convivência, e ida a uma sessão com o filme “Quebrando o Tabu” na sede do Distrito Sul; propostas essas que foram discutidas em Assembleia para ver o porquê de realizarmos essas ações, com a contribuição de todos os participantes, trabalhadores e usuários. A organização e reflexão dos passeios eram trabalhosas; não havia uma valorização pra dentro do processo de trabalho da equipe, uma vez que o acolhimento e a manutenção da rede de saúde do usuário tomavam grande parte da carga horária dos trabalhadores. Senti essa falta de tempo quando entrei na escala de acolhimento, assumindo esse procedimento, e sendo profissional de referência de alguns usuários.

Entre na escala de acolhimento pois queria aprender a fazer o acolhimento, avaliando leito noite, atendendo às demandas do turno, acolhendo novos usuários,

entrando em contato com a rede de saúde, discutindo na passagem de plantão, estando apropriada do caso, pelo menos um pouco. Entrei também pois não acompanhava as discussões de Projeto Terapêutico Individual (PTI) e de passagem de plantão, muitas vezes não sabendo sequer de quem estávamos falando. De um desejo de colocar-me para fora, entrei pra dentro! Foi escolha, foi teste, para ver a possibilidade de trabalhar 26 horas semanais, e conseguir fazer as ações importantes pra equipe, e importantes para mim. Dessa forma Antunes (1995) coloca um aspecto do capitalismo, de aumento da produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração do sobretabalho em tempo cada vez mais reduzido.

E para os que dentro do sistema vivem, tão logo compreendem que não podem contar com a empresa, são negociáveis, e dessa forma que eles devem estar mais dentro do que fora das organizações pois a lealdade, a confiança, o compromisso mutuo são armadilhas. O importante é o distanciamento e a cooperatividade superficial para sobreviver nesse mundo (Sennett, 2009).

Não deixei de lado a condução de oficinas durante o estágio, se organizar um passeio era algo mais transitório, feito a partir de demandas (e ofertas), as oficinas tinham um caráter mais estável, com horário fixo semanal. Pude participar da Oficina de Música, que por um período apresentou uma grupalidade, e da Oficina de Curtas, que manifestei o desejo de fazê-la devido à instituição ter realizado Oficina de Cinema, e da falência que ela apresentava, pois o tempo de um filme é longo, e o tempo de discussão não poderia existir. Tendo em vista o tempo para diálogo, e o fato de após várias conversas com membros da equipe, trocamos filmes, curtas e experiências culturais, pensei em levar isso pro âmbito de uma oficina, para tanto, os redutores de danos me acompanharam na mediação da oficina.

No Caps AD as oficinas são personificadas, de acordo com o “mito do perfil profissional”, onde o profissional que tem mais vontade de realizar tais e tais ações, realiza-as, se não tem vontade, não faz. Ou então um “mito da função”, onde a discussão campo e núcleo fica à deriva, e surgem falas como “não é da minha função fazer isso ou aquilo”, sendo que alguns procedimentos são de determinadas categorias profissionais, mas outros não necessitam dessa determinação, como é o caso das oficinas.

As oficinas, a assembleia, o conselho local, os espaços grupais que não fazem parte do fluxo acolhimento – grupo de acolhimento no Caps não são passadas nos prontuários dos usuários, ou possuem espaço para discuti-las. Quando não discutidas e compartilhadas, essas práticas acarretam sobrecarga de trabalho e sofrimento (MIRANDA, ONOCKO-CAMPOS 2010).

De acordo com dados apresentados na reunião do Conselho Gestor (reunião com presença de gestores dos serviços Cândido Ferreira) relativos ao mês de janeiro de 2013, a partir da implantação da RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), o CAPSad Independência havia realizado 770 atendimentos individuais, 280 atendimentos grupais e 75 familiares. Dados contrastantes com outros serviços AD de Campinas. É preciso analisá-los com cuidado, podem ter relação com o poder que a palavra exerce, apenas em espaços individuais, e do poder que o saber psi exerce sobre essa palavra. Esse dado também pode explicar o tanto de falas paralelas sobre o trabalho que o companheiro de serviço exerce, sendo tudo individual, não se sabe o que foi feito dentro da sala com o usuário, que faz surgir um desrespeito entre os membros da equipe.

Mais dados: o CAPS tem ofertado tratamento em média, para 180 usuários/mês, quando a meta de um Capsad desse porte é de 250 usuários/mês, inicialmente a causa do dado era apontado como a falta de assinaturas das “frequências” dos usuários para fins de preenchimento das antigas APACs (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade), depois, foi apontada a dificuldade de articulação com a Atenção Básica, em que os usuários não chegariam ao CAPS devido não conseguir contato para realização de matriciamento. Esse é outro ponto de enrosco da centralização em si, ou seja, a externalidade responde aos problemas internos, sendo que de acordo com dados, apenas um profissional realizava matriciamento em uma Unidade Básica de Saúde.

São muitas cobranças e pressões dentro de um serviço de saúde e dentro de um CAPSad, não se pode perder de vista a riqueza de se discutir problemas internos, com vistas a melhorar o atendimento e a relação entre a equipe; e não apenas o processo de trabalho, é necessário “colocar à mesa” esses enrosocos, sem melindres, com delicadeza. Um coletivo de trabalho urge que "ocultemos" de nós mesmos, digamos, 80% de seu funcionamento real (ou "relacional"). Inclusive, necessita desse "ocultamento" para funcionar. É a verdade, a realidade. Não é mau, apenas, contraditório! (Lourau, 2007).

## **LIMITES NA/DA CLINICA AD**

Três fontes de onde vem o nosso sofrer: a prepotência da natureza, a fragilidade de nosso corpo e a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade.

(Freud, 2011)

Atendia, junto à assistente social do CAPS e duas agentes de saúde da Atenção Básica uma família na qual o filho era usuário de SPAs e o pai havia sido; o pai financiava o uso do filho, até uma hora em que esse financiamento não pôde ser sustentado, algumas tentativas de agressão iniciaram-se na casa, e começamos nossa intervenção familiar. Após algumas visitas, pai e filho comparecem ao serviço, o filho não queria tratamento e o pai nitidamente clamava por um, levando em conta a ética do desejo, não insistimos com o filho e encaminhamos o pai a um serviço de assistência ao idoso.

Quando uma pessoa que usa drogas chega a um serviço de saúde dizendo que não quer ou não consegue parar de usar drogas, ela testa nossos compromissos com a Universalidade, com a Integralidade, com a Equidade. É para todos? Então inclui quem não quer parar de usar. Pensa o ser humano por inteiro? Então deve olhar para além do uso de drogas, acolhendo outras demandas, sem condicionar o cuidado à abstinência. Percebe o sujeito em suas singularidades, sem diminuí-lo? Então há que pensar projetos terapêuticos igualmente singulares. Por vezes, singularíssimos. (PETUCO, 2013)

Os serviços de saúde são locais de escuta do sujeito, sujeito este que está alienado pelo consumo. Se lidamos com uma dependência “química”, que tipo de ajuda poderia emergir de um centro de atenção “psicossocial”? É justamente porque esta dependência não é “química”, que a atenção psicossocial ajuda! A questão é: ela é psicossocial? Esse é outro quesito de contradição nesse serviço, ser ambulatorial ou ser psicossocial, e qual desses com quais sujeitos. O que reúne todos no mesmo serviço é a igualdade de ser usuário de SPAs, mas a diferença entre o que cada um precisa é

gritante, e como se apropriar dos casos, estando eles em constante movimentação é um limite que essa clínica enfrenta.

A existência de regras em instituições de atenção à saúde mental está marcada historicamente pela necessidade de enquadramentos desviantes, dos que não seguem regras vigentes na sociedade e, em muitos casos, tem a função de controle ou punição. Se por outro lado, em toda e qualquer instituição há a necessidade de regras e acordos que possibilitem a convivência coletiva, em se tratando de instituições que têm a marca da função de controle e ajustamento social, é necessário estar atento às concepções de sujeito que possam estar embutidas em instituições atuais, porém marcadas por essa história (MORAES, 2008).

A diferença entre regras e combinados precisa ser bem colocada; as regras são instituídas e podem servir a tipos diferentes de interesses, por exemplo, punir. Sabe-se que tal usuário tem tais condutas, para que ele não a faça mais, colocamos a regra sobre ele, sem poder de questionamento, afinal regra é regra. Diferente, o combinado é quando se chega a um comum acordo entre as partes, do que ambos desejam e como realizar esses desejos, o combinado é próximo, é horizontal, a regra é vertical, vem do detentor de poder. E estabelecer regras como ações punitivas para o usuário de SPAs existe. Afinal, até que ponto se pode lidar com o paciente, colocando limites com assertividade sem que isso se torne controle e disciplina despótica? (SILVEIRA; REZENDE; MOURA, 2010)

A assembleia tem esse caráter de fazer combinados a nível coletivo, o problema é quando deixamos de escutar e combinar, pensando em uma intervenção terapêutica, tendo em vista o conhecimento individual sobre determinado usuário. Formas fixas que moldam cada usuário atravancam a clínica, tá ai mais um limite.

Quem é susdependente (termo que acho muito inapropriado) não pode reclamar dos serviços de saúde, por ele ser gratuito, uma vez que há um entendimento na cultura brasileira que o SUS é um favor e não um direito do cidadão/dever do Estado. É o reflexo dessa cultura que aparece na equipe. Não se pede qualidade, eficiência, eficácia, em produtos que “não pagamos”. É a lógica do consumo: paguei posso reclamar meus direitos; não paguei: fico quieto porque senão tiram isso que tem. O capital ganhou, antecipou as possibilidades de organizar politicamente as novas formas de cooperação produtiva e a “potência” política destas (NEGRI, 2001).

### **FINAL FELIZ?**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo, a restituição dos não-ditos (meus e da equipe). Tive a oportunidade de aprender muito a cada segundo dentro do CAPS, agradeço a todos os membros da equipe e aos usuários por essa oportunidade.

O trabalho com a clínica AD é intenso, é pressão por todos os lados, precisamos ter samba no pé e um bom rebolado.. Os limites que são colocados, o são para que pensemos em como ultrapassá-los em nossa prática diária, e nisso, a revermos

Gostaria que tudo isso pudesse ser discutido, e não apenas colocado e tornar-se uma estigmatização. Nos últimos dias de CAPS, senti um desânimo em enfrentar esses limites, uma apatia, uma despotencialização. Presenciei ótimas discussões de caso, de políticas, institucionais.

Até bem pouco tempo atrás,  
Poderíamos mudar o mundo,  
Quem roubou nossa coragem? (Renato Russo)

## BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*, Ed. Cortez/Ed. Unicamp, São Paulo 1995.
- ESCHOTADO, A. *Historia de las drogas. Tres tomos. Alianza. Madrid, 1995.*
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização; tradução Paulo César de Souza, 1ª Ed. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio eletrônico: século XXI.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Lexicon Informática, 2000.
- LANCETTI, A. *Clinica Peripatética. Saúde Loucura; Série Políticas do desejo, vol 1.* São Paulo: Hucitec, 2012
- LOURAU, René - René Lourau na UERJ – 1993. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.* Rio de Janeiro, Ed da UERJ, 1993. *Mnemosine*, vol 3, número 2, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.*
- MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.. *Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, Junho 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000600009&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 de março de 2013.
- NEGRI, Toni. *Exílio.* São Paulo : Editora Iluminuras, 2001
- PACHECO, M.L.; ZICGELMANN L. Grupo como dispositivo de vida em um CAPSad: um cuidado em Saúde Mental para além do sintoma. *Saúde em Debate* v. 32 n 78/79/80. Rio de Janeiro, 2008
- PETUCO, D. R. S. Redução de Danos : outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Disponível em: <<http://denispetuco.com.br/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20%E2%80%93%20outras%20palavras%20sobre%20o%20cuidado%20de%20pessoas%20que%20u>

sam%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf>. Acesso em 11 de março de 2013.

SANTIAGO, J. A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001

SENNETT, Richard. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais. 14a ed. - Rio de Janeiro: Record, 2009.

SILVEIRA, R. W. M; REZENDE, D. e MOURA W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3 (2), Minas Gerais, 2010.