



**UNICAMP**

**Universidade Estadual de Campinas**

Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”

Departamento de Medicina Preventiva e Social

**Lillyan Justino Tanaka**

**Comorbidade em pessoas com transtorno mental: perfil crescente de usuários da  
saúde mental**

Campinas

2013



**Universidade Estadual de Campinas**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Medicina Preventiva e Social

**Lillyan Justino Tanaka**

**Comorbidade em pessoas com transtorno mental: perfil crescente de usuários da  
saúde mental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa  
de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, sob  
orientação da prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana T. Onocko Campos.

Campinas  
2013

## **Agradecimentos**

***A minha mãe,***

*Que sempre me incentivou a lutar pelos meus objetivos, sendo sempre meu porto seguro e minha inspiração.*

***A meu pai,***

*Que se fez presente num momento que eu precisava e por esclarecer várias questões importantes para meu itinerário.*

***A minha família,***

*Que sempre me apoiou, me auxiliando e me fortalecendo, em especial a minha tia Akiko*

***Aos usuários e equipe do CAPS Novo Tempo,***

*Que me permitiram fazer novas amizades e contribuir para minha formação num trabalho que existe amor*

***A meus colegas do aprimoramento e minha supervisora Rosana e Mariana,***

*Que me deram o prazer de crescer e participar de um ano especial como este, contribuindo imensamente para meu crescimento pessoal e profissional.*

## Sumário

1. Introdução.....	02
2. A escolha pelo CAPS III.....	03
3. O uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade.....	04
4. O tratamento do usuário com comorbidade.....	06
5. Analisador: a fala da equipe.....	08
6. Integralidade do sujeito.....	09
7. Referência Bibliográfica.....	10

## **1- Introdução**

Esta dissertação é uma pesquisa quanti-qualitativa que está sendo feita no serviço de saúde mental, para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Pretendemos analisar as comorbidades psiquiátricas, buscando identificar aspectos do tratamento – usuário, equipe e direitos humanos - analisando o uso de substâncias psicoativas ilícitas por pessoas que utilizam o serviço de saúde mental.

## **2- A escolha pelo CAPS III**

Este trabalho se refere à experiência na cidade de Campinas de compor um CAPS III. A escolha pelo serviço se deu depois das visitas feitas nas primeiras semanas conhecendo as instituições que fazem parte do programa de Aprimoramento Profissional, entre eles estavam CAPS AD, CAPS III e Centro de Saúde. Optei por CAPS III, pois ainda não havia tido a experiência de estar neste tipo de instituição.

Quando cheguei à supervisão, ainda não sabia ao certo o que esperar desse ano, sabia que seria um ano cheio de mudanças e transformações. Logo que cheguei à apresentação dos aprimorandos do ano anterior, percebia com seus discursos como seria intensa a experiência que encontraríamos neste ano.

Ouvia atentamente suas experiências, e pensava como seria este ano, ano de mudança de casa, de cidade, de trabalho, de estudo. Sentia-me perdida no primeiro momento, em dúvida do que escolher, vista a responsabilidade que obtemos pelas nossas decisões.

Nas supervisões era frequente ouvirmos por pensarmos no “novo”, isso fazia eu ter certeza que queria estar num CAPS nesse ano, pois era um lugar que não pude ter a experiência nos anos da graduação, visto que morava numa região que sustenta a lógica do serviço ambulatorial e manicomial.

Fui conhecendo os serviços e num almoço com integrante de um CAPS III, ele comentou sobre a experiência dele, que lá encontraríamos todo tipo de demanda – um contanto intenso com a loucura, com a crise e que também contávamos com trabalhos baseados na clínica ampliada com parceria com CAPS AD, CS; foi a partir destas ocasiões que pude optar que queria estar nesse tipo de serviço.

Sabia que seria algo intenso pela minha inexperiência nessa instituição. Mas optei estar num local em que eu gostaria/decidissemos estar. Foi então que nas discussões com a turma, optei por estar no CAPS Novo Tempo.

A apresentação do Novo Tempo aos aprimorandos foi feita por uma ex-aprimoranda juntamente com uma usuária do CAPS, esta foi uma maneira dinâmica e interativa que pode mostrar-me que este lugar era interessante e com certeza muito convidativo.

Quando cheguei ao CAPS, como aprimoranda do serviço, novamente fui bem acolhida, era dia de reunião de equipe, e estava acontecendo um “amigo chocolate”, que apesar de eu não estar fazendo parte, também fui presenteada com bombons.

No início, a equipe estava testando novos processos de trabalho, falavam de equipe técnica que fazia parte do plantão noturno, antes apenas formada por profissionais de enfermagem e agora fazendo rodízio da equipe completa. Lembro que a discussão era bem intensa, alguns eram a favor dessa mudança, outros não. A equipe de enfermagem era a favor do próprio núcleo fazer o plantão noturno, já equipe técnica se divergia, alguns queria fazer a mudança, outros não.

Apesar das tentativas, acabou-se mantendo a equipe de enfermagem no noturno, com um combinado de rediscussão do assunto no planejamento. Podia perceber uma equipe potente, porém com certa dificuldade de mudanças e comunicação. Com o passar do tempo, conhecendo o serviço, era constante discussões referentes à dificuldade do manejo de usuários com comorbidades, principalmente daqueles usuários que faziam uso intenso de substâncias psicoativas.

Pude entrar num grupo de referência, que fazia conjuntamente com uma terapeuta ocupacional, e neste espaço também pude ter contato com um usuário que também tinha essa comorbidade, pude também sentir a angústia e a dificuldade desta clínica.

Sentia que realmente este era um tema novo, que cria novas formas de lidar e de tratar, foi então que optei pelo tema do TCC.

### **3- O uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade**

No Brasil, de acordo com “o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual” (BRASIL, 2008)

Tendo em vista a crescente demanda do atendimento na saúde mental, podemos pensar onde entram os casos das comorbidades psiquiátricas? Sendo a comorbidade, de acordo com o Dicionário Informal: “Designação de duplo diagnóstico. Corresponde a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente”.

Tendo em vista esta particularidade, trataremos deste assunto relacionado ao transtorno mental associado ao uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (SPA).

O uso de substâncias psicoativas na sociedade capitalista é algo crescente, estão postos a nós modos individualizados de se relacionar, o ter é mais valorizado que o ser, e a cada dia apresenta-se um aumento dos processos de individualização e de consumo. Onde consumimos nosso próprio corpo com o uso abusivo destas substâncias.

Segundo Pacheco(ANO?), a vida é árdua demais para nós e nos proporciona muitos sofrimentos e decepções, além de exigir-nos tarefas impossíveis. Para suportá-la, os indivíduos lançam mão de três tipos de medidas: satisfações substitutivas, como a Arte, que se revelam psiquicamente eficazes, devido ao papel da fantasia na vida mental; derivativos poderosos, como o é a própria atividade científica, que nos fazem extrair luz de nossa própria desgraça; substâncias tóxicas, que influenciam nossos corpos e nos tornam insensíveis aos nossos sentimentos.

Para lidar com este sofrimento, o uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs) tem se tornado crescente em toda a sociedade, inclusive em pessoas com transtorno mental.

Pautados numa experiência num Caps 3 localizado na região Sudoeste de Campinas, pude realizar uma pesquisa onde num total de 230 usuários pesquisados, 7% fazem uso abusivo de SPA, então começamos a pensar nos modos de interagir e tratar dessa população específica, visto o aumento desse perfil populacional.

#### **4- O tratamento do usuário com comorbidade**

Qual o sentido do uso de substâncias psicoativas por psicóticos? Qual o sentido de uso de múltiplas drogas em alguns casos e nessa população existe uma relação diferente com a mesma?

Essas questões me surgiram quando buscava compreender tais usuários do CAPS, e encontrei alguns autores que conseguiram esclarecer algumas destas dúvidas em relação ao uso de múltiplas drogas. De acordo com Vigano, “se usam mais substâncias porque não se tem um desejo (indiferenciado) mais potente (...) Ou, no caso que a estrutura subjetiva fosse de tipo psicótico, a utilização das substâncias pode vir reconduzida a uma self-medication”. (VIGANO, 2003)

De acordo com Zaleski, “uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro. Não é fácil, no início, estabelecer diferenças entre a presença de comorbidade psiquiátrica e abuso de substâncias psicoativas. Por outro lado, também ainda não é claro o efeito dessas substâncias na apresentação dos sintomas em pacientes com transtornos mentais graves, não sendo possível estabelecer a real influência das drogas psicoativas sobre a psicopatologia: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos.” (SILVA, 2009)

Pude perceber a dificuldade do diagnóstico diferencial como uma grande questão, pois os sintomas ficaram mascarados nesse usuário que teve maior contato, eram frequentes discussões com outros serviços (Núcleo de Retaguarda, Complexo Hospitalar Ouro Verde, CAPS AD Antônio Orlando) para compreensão do caso, onde conseguíamos ir trocando nossas experiências e fazendo a construção do caso.

Era também presente a dificuldade de construir um vínculo com R.M., sempre que estava em uso abusivo de SPA deixava de ir para o CAPS, se negava a atender a equipe em visitas domiciliares, por duas vezes foram feitas internações de curto prazo para que ele conseguisse entrar em contato com a situação de risco em que se colocava e para significação de tarefas que ele deixara de fazer como o trabalho e lazer. Era difícil entender até que ponto não existiria risco de vida desse paciente, pois chegou a estar em situação de rua, sem crítica da sua doença e se pondo em contato com diversas situações de risco de vida.

Uma questão abordada para o tratamento desse usuário foi a participação da família no tratamento, visto a dinâmica familiar e a dificuldade no relacionamento de R.M com eles, com esse trabalho buscávamos compreender as relações que se davam nesse núcleo e apostar num trabalho que visa também o contexto que o usuário está inserido. A família dele (mãe e padrasto) participava do grupo de família, e trazia muitas queixas em relação ao cuidado de R.M., suas dificuldades e sua história de vida. Era frequente a mãe mostrar desejo de internação de R.M..

A equipe do CAPS também sempre que se discutia o caso, havia a proposta de internação. Fato que me deixava angustiada, pois acredito que devemos trabalhar a crise dentro do CAPS, mas também compreendo que devemos nos responsabilizar somente por aquilo que nos sentimos capacitados, e considero muito importante o engajamento da equipe na Educação Permanente (EP) e nas reuniões intersetoriais para discussão dos casos e na formação de parcerias.

“O que temos visto acontecer com os usuários que acabam sendo internados é que muitas vezes, a internação produz uma quebra de sua vinculação com o serviço, o que redundava em posterior fragilidade e exposição ao risco de novas internações” (Campos, 2001).

No final do meu aprimoramento, este usuário recebeu um pedido de internação compulsória, e em discussão com equipe, pensamos em tentar manter esse caso no CAPS, sustentando sua crise, e fazendo parcerias com rede de retaguarda quando necessário e maior parceria com CAPS AD – visto a necessidade da clínica ampliada nestes casos - pois no contato com o caso, percebíamos a potência de R.M., e como era difícil a privação da liberdade para ele e a dificuldade de mantermos um vínculo para um tratamento potente, que pudéssemos construir juntos um PTS ( Projeto Terapêutico Singular) com sentido para ele.

Hoje, não sei o que aconteceu com o caso, mas fica comigo a questão, como serão os processos de tratamento de pessoas que estão na mesma situação? Até onde vai o nosso desejo e o desejo do usuário no cuidado?

## **5- Analisador: a fala da equipe**

Percebíamos na equipe um analisador: a falta de comunicação, era constante em reuniões de equipe, no cuidado com o usuário, nos depararmos com falha na comunicação desencadeando a falta de êxito numa proposta, ou a individualização do profissional no tratamento do usuário.

Sendo que está claro na Portaria n. 3088/2011 que diz sobre o Centro de Atenção Psicossocial que este deve ser “constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial” (BRASIL, 2011).

Isso demonstra o sintoma da clínica atuando sobre a instituição. Ou seja, como diz Campos, “a possibilidade de acompanhar a crise dos usuários está colocada para grande parte dos serviços. Um compromisso com esta questão exigirá da equipe a possibilidade de sustentar sua própria crise”.

Podemos analisar também, o pré-conceito que hoje temos ao tratar como um doente a pessoa que tem uma dependência química. Antes enclausurávamos “o louco”, hoje estigmatizamos e queremos prender os dependentes químicos, podemos perceber isto pela internação compulsória, medida que vem sendo alvo de constante pedido pelas autoridades políticas.

E em relação aos profissionais, que estavam “acostumados” com a clínica da psicose e agora, como atender com eficácia esses “loucos toxicomaníacos”?

Penso que devemos nos basear no princípio da integralidade e da clínica ampliada, fazendo a utilização da rede, sabendo que devemos atender o usuário como um ser biológico, social e subjetivo, não tratando apenas como um sujeito que tem um transtorno mental, mas como um sujeito que está em sofrimento, entendendo seus modos de agir para lidar com esta árdua angústia.

## **5. Integralidade do sujeito**

“O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.” (ABC DO SUS)

De acordo com Zaleski, “o tratamento integrado de pacientes com comorbidade psiquiátrica tem um melhor resultado do que o tratamento seqüencial ou o paralelo, com uma abordagem abrangente, incluindo manejo da crise aguda por equipe multidisciplinar e por terapeuta individual. O pior prognóstico dos pacientes dependentes químicos que apresentam comorbidade psiquiátrica pode ser atribuído, em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência em um serviço e o transtorno psiquiátrico associado em outro”. (SILVA,2009)

Sendo assim, o tratamento deve acontecer numa lógica intersetorial, em que possamos criar parcerias para casos como este, visto sua complexidade e necessidade de co-responsabilização dos envolvidos, sejam serviços de saúde especializados, serviços de atenção básica, família e serviços sociais.

Nas experiências de atendimento destes casos, tentamos parcerias com o CAPS AD para conhecer a clínica deles e trocamos experiências com os serviços envolvidos, como Centro de Saúde, Consultório de Rua, etc. Acredito estarmos no caminho certo para a construção de modelos eficazes para o atendimento desse público.

Devemos fazer parcerias para que os serviços possam articular maneiras para o manejo e tratamento eficaz levando a co-responsabilização dos casos, e levando em consideração a integralidade e o vínculo desse público.

Esse artigo visa a criação de novos olhares frente ao enfrentamento desse novo paradigma da saúde mental.

## 6- Referência Bibliográfica

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde. Rio de Janeiro, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T.O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debate 2001; 25:98-111.
- DICIONÁRIO INFORMAL. Disponível em <<http://www.dicionarioinformal.com.br/comorbidade/>>. Acesso em 10 de mar. de 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990
- PACHECO FILHO, R.A. Drogas: Um mal-estar na cultura contemporânea. Psicanálise e Universidade: Revista do Núcleo de Pesquisas Psicanalíticas e do Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade da PUC/SP, n.9-10. São Paulo: Educ, p.119-147.
- SILVA, Cristiane Ribeiro da et al . Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. Aletheia, Canoas, n. 30, dez. 2009
- VIGANO, C. Assunção múltipla de substâncias e comorbidade psiquiátrica. Mental, vol. 1, núm. 001, dezembro, 2003, pp. 11-22