

Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas

VIVER É A
MELHOR OPÇÃO.
FAÇA A SUA
ESCOLHA.



Publicação oficial da
Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, a partir
de texto elaborado pelo **Dr. Marcos da Costa Leite**

Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas

1ª Edição

SENAD
Brasília – DF, 1999

Presidência da República:
Fernando Henrique Cardoso

Gabinete de Segurança Institucional:
Ministro Chefe Alberto Mendes Cardoso

Secretaria Nacional Antidrogas:
Wálter Fanganiello Maierovitch

SENAD

Anexo II do Palácio do Planalto, sala 235
Brasília – DF CEP:70150 – 900
Telefones: (61) 411-2902 / 2164 – Fax: (61) 411-2110
<http://www.senad.gov.br>
0800-614321 – Ligação gratuita

Capa: Luana Silva, 12 anos, Concurso Nacional
de Cartazes de 1997, reprodução autorizada pelo UNDCP

Texto revisado por:
Equipe técnica da Subsecretaria de Prevenção e Tratamento da SENAD

Tiragem: 60.000 exemplares

Leite, Marcos da Costa

Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas/ Marcos da Costa Leite. -- 1. Ed. -- Brasília : Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 1999.

27 p. (Série Diálogo; 3)

1. Dependência. 2. Substâncias psicoativas. 3. Tratamento. I Título.
II. Série.

CDD 615.7883
CDU 613.83

SUMÁRIO

Apresentação, 05

Introdução- Por que tratar, 06

Capítulo 1 - Abordagem do paciente dependente, 08

Capítulo 2 - Promoção da abstinência, 10

Capítulo 3 - Métodos e terapias incluídas em estratégias no tratamento da dependência química, 14

Capítulo 4 - Tratamento de emergência em dependências químicas, 17

Capítulo 5 - Psicoterapia de grupo para dependentes, 18

Capítulo 6 - Terapia familiar em dependência química, 19

Capítulo 7 - Tratamento farmacológico em dependências, 21

Capítulo 8 - Grupos de Mútua-Ajuda (Narcóticos Anônimos-NA, Alcoólicos Anônimos-AA etc.) e Comunidades Terapêuticas, 22

Capítulo 9 - Avaliação de Tratamento, 24

Capítulo 10 - Bibliografia e leituras recomendadas, 27

Este texto se destina aos profissionais de saúde e representantes dos diversos setores da sociedade (professores, líderes comunitários, líderes religiosos etc.) que atuem na área de assistência aos problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas.

APRESENTAÇÃO

A série “Diálogo” - após as publicações do **Guia Para a Família** e do opúsculo sobre as drogas conhecidas como Cocaína e Crack-, prossegue apresentando obra sobre **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**, de reconhecido valor científico e de conhecimento necessário.

O autor, professor MARCOS DA COSTA LEITE, membro do respeitoso e acatado Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas-GREA, do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mais uma vez traz sua contribuição e coloca graciosamente à disposição da comunidade o reconhecido talento de médico psiquiatra.

O próprio título da obra deixa patente a importância de se tratar o usuário, seja qual for seu enquadramento: experimentador; ocasional; habitual; dependente.

Na obra, claro fica, ainda, que a prevenção é o melhor dos caminhos. Mais, prevenir o uso e abuso de drogas consiste em ajudar os usuários e dependentes, até para que possam sair da marginalização, reintegrando-se à comunidade.

A propósito, a Secretaria Nacional Antidrogas não poderia, com a presente publicação, deixar passar despercebida a importância da **correção fraterna**, ou seja, o dever de fazer notar a outros o seu afastamento do nosso padrão cultural, baseado no racionalismo, visando à preservação das integridades psicológica e mental, que podem ser afetadas pelas drogas ilícitas e de abuso. Lutar contra as drogas significa, também, transmitir preocupações, oposições, conhecimentos, valores sólidos e informações, em contexto humano e, portanto, marcado pelo amor.

ALBERTO MENDES CARDOSO

Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República

WÁLTER FANGANIELLO MAIEROVITCH

Secretário Nacional Antidrogas

INTRODUÇÃO

POR QUE TRATAR

A dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas) é uma síndrome médica bem definida internacionalmente, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao seu consumo. É considerada doença crônica, tal qual a hipertensão arterial e o diabetes, e como tal acompanha o indivíduo por toda sua vida. Como toda doença crônica, o tratamento é voltado para a redução dos sintomas, que afetam não apenas o paciente, mas toda a comunidade ao seu redor; períodos de controle da enfermidade são observados no tratamento, mas uma das características fundamentais é o retorno de toda a sintomatologia (recrudescências ou recaídas) em alguns períodos da vida do indivíduo. Apesar dos prejuízos que o indivíduo passa a apresentar pelo uso de drogas, outra característica fundamental da dependência é o fato do sujeito ainda assim manter o consumo ou freqüentemente a este retornar. Perde-se, parcial ou totalmente, a capacidade de controlar o uso, a droga passa a controlar a rotina do indivíduo. A definição como “síndrome” implica uma série de sintomas que não necessitam estar todos presentes ao mesmo tempo para o diagnóstico ser realizado. Este fato implica uma variedade de quadros clínicos que se apresentam aos diferentes serviços de atendimento, garantindo as diferenças individuais entre os pacientes dependentes.

A dependência encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, embora suas repercussões abranjam áreas de funcionamento não circunscritas à Medicina (social, psicológica, legal e criminal, educacional etc.). O tratamento deste transtorno psiquiátrico deve, portanto, incluir aspectos comuns a todos indivíduos acometidos (aspectos comuns da população de dependentes), bem como aspectos individualizados (particulares) de cada paciente. Neste texto focalizaremos alguns dos principais “aspectos comuns” dos tratamentos, chamando-os de ASPECTOS BÁSICOS.

Uma primeira questão emergente sobre este tema delicado se impõe: por que tratar? O tratamento de dependentes químicos, como conhecemos hoje em dia, já tem um longo percurso. O tratamento é uma das formas de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do

indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos e possíveis empregadores, do município onde este reside, enfim, da comunidade em que vive, de seu Estado bem como de seu País.

Os custos da dependência incluem gastos pessoais e familiares, do sistema de saúde, de perdas laborais, de redução de impostos, do sistema judicial e correccional, de serviços policiais, exercendo um peso importante no orçamento nacional. Tratar a dependência significa investir para a redução destes gastos já citados, e a literatura científica internacional vem repetidamente apresentando os resultados positivos deste investimento.

Os resultados do tratamento mais freqüentemente citados são a redução do consumo de substâncias, a diminuição na utilização de sistemas de saúde e a menor participação em comportamentos ilícitos, associados direta e indiretamente ao uso de drogas e álcool.

O tratamento da síndrome de dependência necessita, também, abranger todas as áreas de impacto do consumo sobre a vida do paciente. Como suas conseqüências, como discutimos acima, são de diferentes dimensões, uma abordagem multiprofissional passa a ser necessária para que o tratamento seja realmente eficaz.

Algumas definições são necessárias para evitar confusões. O presente texto utiliza estas definições para descrever os diversos instrumentos que são empregados no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. Chamaremos de **TRATAMENTO** o “conjunto de meios terapêuticos que lança mão o médico (ou a equipe médica) para cura de doença ou alívio do paciente”, de acordo com a definição encontrada no dicionário Michaelis. O tratamento consiste na elaboração de determinada estratégia para obtenção de seus objetivos (**ESTRATÉGIA** – Ato de dirigir coisas complexas). Também é uma forma de **INTERVENÇÃO** (Intercessão, mediação) para obtenção de cura ou alívio para o paciente. Estratégias e intervenções lançam mão de modalidades e terapias: **MODALIDADE** – Cada aspecto ou diversa feição das coisas; **TERAPIA** – Parte da Medicina que se ocupa da escolha e administração dos meios para curar doenças ou obter alívio do indivíduo acometido. Cada uma destas possui sua própria forma de atuação, ou método (**MÉTODO** – Conjunto dos meios dispostos convenientemente para obtenção de um fim. Modo de proceder).

Capítulo 1

ABORDAGEM DO PACIENTE DEPENDENTE

Chamamos de “Abordagem” do paciente ao período inicial de tratamento, os primeiros contatos entre o serviço assistencial e o paciente. Esta fase é crucial para o processo, pois uma avaliação cuidadosa e o mais completa possível é o ponto inicial e essencial para que os indivíduos com problemas decorrentes do consumo de drogas possam receber ajuda efetiva. O objetivo desta fase é construir, juntamente com o paciente, o retrato detalhado e atual de seu envolvimento com o consumo, seu meio ambiente e os resultados deste uso. Outro fator de fundamental importância nesta fase é o estabelecimento de um bom vínculo entre a equipe terapêutica (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro etc.) e o paciente, onde a confiança possa crescer gradativamente.

Difícilmente um indivíduo procura tratamento por estar convencido de que está usando droga ou álcool demasiadamente. As principais razões para a procura de tratamento são geralmente problemas e prejuízos que se acumulam ao longo da vida de consumo do paciente. Dentre as principais causas de busca de serviço de assistência podemos relacionar as complicações médicas (p. ex. convulsões), ocupacionais (p. ex. perda de emprego), interpessoais (separação conjugal, imposição familiar), legais (sentença judicial), financeira (dívidas ou atrasos nos compromissos) ou psiquiátrica (depressão ou alucinações decorrentes do consumo).

É de suma importância a investigação das expectativas do paciente quanto ao tratamento. Expectativas irreais, exageradas, acarretam frustração e denotam, às vezes, pouca disponibilidade individual para mudança do estilo de vida, fator essencial para a manutenção dos resultados do processo terapêutico.

A história clínica do paciente dependente deve, obrigatoriamente, conter algumas informações essenciais, como as drogas já utilizadas e as que o indivíduo atualmente consome, utilização concomitante de outras drogas e/ou álcool, a via de uso atual e anteriores, quantidade consumida no último ano, mês e semana, a dose diária comumente utilizada, o volume de gastos monetários dirigidos ao uso e a frequência que o consumo da droga ocorre. Estes últimos indicam a dimensão da compulsão do indivíduo para o consumo. As circunstâncias onde o consumo ocorre são fundamentais para a previsão de possíveis fontes de recaída durante o seguimento. A utilização concomitante de drogas ou de álcool é a regra entre pacientes que procuram o tratamento.

As informações sobre o consumo devem ser recolhidas paralelamente à história de vida do paciente, sugerindo determinado contexto contributivo para o uso de drogas (a combinação de fatores da vida do sujeito que facilitaram ou mesmo propiciaram o início do consumo, sua progressão, o surgimento dos prejuízos relacionados, a busca de tratamento). É de fundamental importância a entrevista com um familiar do paciente, tanto para corroborar informações obtidas junto ao paciente, como para investigar fatores familiares que possam estar contribuindo para o consumo (p. ex. a família fornece dinheiro para o paciente?). A entrevista com um familiar auxilia ainda no estabelecimento de uma rede de suporte mínimo que possa auxiliar o paciente em seus primeiros passos da abstinência.

O levantamento das consequências físicas e psíquicas do consumo deve também ser realizada na abordagem inicial do paciente dependente. Todo paciente deve ser avaliado, clínica e laboratorialmente, quanto ao seu estado físico, bem como possuir uma avaliação psíquica completa pela possibilidade de associação da dependência com os diversos quadros psiquiátricos (co-morbidade). Sempre que possível, análises toxicológicas devem ser obtidas, como forma de verificar a veracidade das informações obtidas na história a respeito do consumo de drogas.

A abordagem do paciente, como instrumento inicial do tratamento, deve incluir o contrato terapêutico assumido entre o serviço e o indivíduo, um conjunto de linhas básicas e atribuições de ambas as partes, para que o tratamento não seja focado como punitivo ou controlador. O contrato deve incluir a frequência das visitas e sua duração, o comprometimento com a abstinência total (de todas as substâncias), métodos para evitar o contato com drogas e com outros usuários (“colegas de uso”) ou traficantes e a eliminação de restos de droga e objetos utilizados no consumo desta (p. ex. cachimbos, espelhos, cinzeiros etc.). O paciente não deve nunca realizar sozinho esta última tarefa, pela enorme possibilidade de experimentar “fissuras” e não resistir à “despedida”.

A abstinência total deve ser solicitada em todas as consultas, pelo menor período possível, correspondendo geralmente ao intervalo entre as visitas do paciente ao serviço, no contrato ambulatorial, para evitar a exposição desnecessária ao ambiente de consumo de um indivíduo recém-ingresso em tratamento. Alguns fatores são reputados como indicadores de prognóstico, ou seja, de evolução favorável no tratamento: pacientes que procuram assistência voluntariamente, pacientes que assumem participação ativa no processo de reabilitação e indivíduos que antes da dependência tinham história de bom funcionamento social (emprego ou estudo estáveis, relacionamentos afetivos duradouros etc.).

Capítulo 2

PROMOÇÃO DA ABSTINÊNCIA

A “Fase de Promoção de Abstinência” pode ser considerada o início do tratamento propriamente dito, embora o processo de recuperação já tenha início no momento em que o indivíduo inicialmente entra em contato com o sistema de saúde. Esta fase compreende a abordagem do paciente (descrita no capítulo anterior) e inclui as decisões e orientações fundamentais para que ocorra a reabilitação do paciente.

Uma das primeiras decisões da fase é a estratégia terapêutica a ser empregada: ambulatorio ou internação? Internação pode ser aceita como a definição concreta da promoção de abstinência, por afastar o indivíduo de seu habitat (que inclui os ambientes de consumo e a própria droga). As situações em que o tratamento em regime de internação são obrigatórias estão descritas na tabela abaixo:

Tabela 1 – Indicações de tratamento hospitalar para dependentes de drogas:

1. Paciente com ameaça de suicídio ou comportamento auto-destrutivo
2. Paciente que ativamente ameaça a integridade física de outros
3. Paciente com sintomas psiquiátricos graves (psicose, depressão, mania)
4. Presença de complicações clínicas importantes
5. Necessidade de internação por dependência de outra substância (ex. desintoxicação do álcool)
6. Falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial
7. Não possuem suporte social algum, ou seja, seus relacionamentos são exclusivamente com outros usuários

A internação geralmente está mais indicada em casos mais severos, por se constituir em refúgio mais seguro para pacientes menos capazes de resistir por conta própria às “fissuras” pelo consumo de drogas. Deve-se enfatizar, porém, que a internação não é tratamento *per se*, mas

exclusivamente uma estratégia (modalidade terapêutica) para a promoção da abstinência, que é apenas a parte inicial do tratamento. Para que algum resultado seja obtido, a internação deve estar obrigatoriamente vinculada a seguimento ambulatorial e a grupos de auto-ajuda. A recuperação do paciente **começa, e não termina** com a promoção da abstinência, ao contrário de que muitos pensam. Este aspecto é de fundamental importância, merecendo destaque a necessidade de elaboração de “rede” assistencial com alternativas terapêuticas (modalidades e métodos diversos) atuando de forma integrada.

A interrupção do ciclo de consumo é o objetivo maior desta fase. Durante o processo da dependência o paciente estabelece uma “rotina” de consumo, com seu ritmo, desencadeantes, compensações e conseqüências próprias. O uso de drogas passa a ser atividade quase tão natural como respirar. As “pistas” que o paciente relata são os principais instrumentos de avaliação e orientação. O paciente vai relatar consumo concomitante de álcool ou calmantes para sossegar, ou de estimulantes, para acordar, perdendo parcial ou totalmente a capacidade de obter tais estados de forma natural. Por isto, dependente. O bar, a insônia, determinadas pessoas, sensações desagradáveis que disparam o desejo pelo consumo devem ser pesquisadas minuciosamente, assim como “formas de evitação” a estas pistas devem ser desenvolvidas pelo paciente (maneiras possíveis – individualizadas - de enfrentar estas situações sem que ocorra o consumo – de álcool e/ou drogas, o contato entre o paciente com outros usuários e com o ambiente em que o consumo ocorre). Estes estímulos muitas vezes são suficientes para quebrar o processo de abstinência recém iniciado.

Outro aspecto de suma importância que deve ser abordado nesta fase é a estruturação de uma rotina cotidiana básica e um sistema fundamental de suporte. É importante ocupar o paciente que inicia o tratamento com atividades que possam afastar sua atenção da falta do uso das drogas. Atividades produtivas, que anteriormente nunca foram cumpridas de forma satisfatória, devem ser incluídas na rotina. Atividades assistidas são essenciais no início do processo, acompanhadas por elemento do sistema de suporte do indivíduo. Este corresponde aos contatos saudáveis do paciente que possam ser agregados paralelamente no seu processo terapêutico. Família, cônjuge, amigos “caretas” são os candidatos naturais ao sistema de suporte.

Outras atividades que devem ser incluídas nesta fase são a identificação de “pistas” internas e externas para o consumo, manejo das “fissuras”, resolução de crises pessoais imediatas (p. ex. local onde residir).

Todas estas atividades devem ser acompanhadas pelo serviço de assistência da chamada “Prevenção do Abandono Precoce” do seguimento. A maioria dos pacientes dependentes de

drogas abandona o tratamento antes do final do segundo mês de seguimento. Essa parece ser uma característica da população de dependentes químicos. Consultas próximas, engajamento em grupo de auto-ajuda, contato telefônico ou postal podem ser métodos eficientes para a realização desta prevenção.

As “Sete regras básicas para interrupção do consumo de cocaína” (Washton, 1989) são válidas para dependentes de outras drogas e/ou álcool, e devem ser extensivamente discutidas com os pacientes:

1 - O momento de parar é agora

Uma das táticas mais usadas pelos dependentes e abusadores de álcool e/ou drogas para evitar ingressar em tratamento é a procrastinação (“deixar para mais tarde ou para depois”, adiamento indefinido que colabora para o aumento das consequências derivadas do consumo). A frase “Eu vou parar amanhã” significa exclusivamente que o indivíduo não tem nenhuma intenção atual de interromper o consumo.

2 - Deve-se parar o consumo de uma vez

Reduzir o consumo de drogas e álcool é uma tarefa ingrata e infrutífera. Cada episódio de consumo de coca aumenta o desejo por mais cocaína e assim o processo de recuperação acaba sempre adiado.

3 - Parar todas as drogas de abuso, incluindo álcool e maconha

Esta é uma das regras mais difíceis para o dependente de cocaína aceitar. O indivíduo tende a focalizar todas as suas dificuldades por exemplo na cocaína, desprezando a participação das outras substâncias no seu padrão de consumo. O consumo de álcool ou de maconha freqüentemente representa o primeiro passo para uma recaída no consumo da própria cocaína. Além desse fato, o consumo de qualquer substância evoca as memórias do consumo da droga principal consumida, desencadeando “fissuras” intensas. Ao consumir outra droga, o indivíduo terá menor capacidade de resistir a tais “fissuras”, recorrendo ao consumo.

4 - Mudar o estilo de vida

Os dependentes de drogas não podem manter os relacionamentos com antigos companheiros de consumo, não podem ir aos bares e outros ambientes onde costumavam encontrar esses colegas, pois o consumo de substâncias psicoativas (drogas e/ou álcool) é a atividade central dessas atividades. O indivíduo, nessas ocasiões, volta a sentir desejo intenso,

como uma necessidade de consumir, não conseguindo resistir à droga. Esta é a principal razão de recaídas, pelo menos nos pacientes em tratamento.

5 - Sempre que possível evitar situações, pessoas e ambiente que causem fissuras

É importante antecipar estas situações em tratamento antes de se encontrar nas situações acima descritas, para que o paciente possa lidar adequadamente e evite o uso. Os dependentes em tratamento nunca devem testar-se, para saber “como estão indo no tratamento”. Este fenômeno é muito visto entre os pacientes, que acreditam que “passando no teste” estarão provando que voltaram a conquistar o controle sobre a droga e que “jamais irão consumir novamente”. Infelizmente nada poderia ser mais falso que isto. Mesmo passando no “teste” o paciente estará mais próximo de uma recaída, por ter se aproximado ao ambiente de consumo e, provavelmente, por excesso de autoconfiança.

6 - Procurar outras recompensas (fontes de prazer)

Durante a trajetória da dependência os indivíduos costumam afastar-se de praticamente todas as formas de lazer que não se encontram associadas diretamente ao consumo. Frequentemente abandonam hobbies, afastam-se de pessoas que não usam, param de exercitar-se; com a evolução da dependência mesmo o interesse no sexo reduz muito, e a vida torna-se escassa de prazeres não quimicamente induzidos. O aprendizado de como voltar a estar em sintonia com o mundo “careta” é uma das tarefas mais difíceis da recuperação. Alguns indivíduos chegam a relatar que “desaprenderam a falar” sem o efeito das drogas.

7 - Cuidados pessoais: aparência, alimentação, exercício etc.

A cocaína, por exemplo, é um potente inibidor do apetite, de forma que usuários crônicos tendem a apresentar deficiências de diversos nutrientes e vitaminas. Alguns indivíduos dependentes de álcool e/ou drogas ingressam no tratamento realmente depauperados fisicamente. Da mesma forma, o condicionamento físico do paciente costuma ser negligenciado, indicando a inclusão de exercícios físicos na recuperação do paciente. O exercício pode, ainda, auxiliar a controlar ansiedade do indivíduo, facilitando a manutenção da abstinência, e produz sensação de bem-estar pela liberação de substâncias (endorfinas), que podem resultar em redução do desejo pelo consumo.

Capítulo 3

MÉTODOS E TERAPIAS INCLUÍDAS EM ESTRATÉGIAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Como citado anteriormente, o tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas deve ter a característica multidisciplinar, com a participação de profissionais de especialidades diversas (psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social etc.). O trabalho de cada um é ao mesmo tempo autônomo e integrado na estratégia de recuperação do indivíduo.

As principais formas de atuação dos profissionais podem ser agrupadas segundo as modalidades:

- *Seguimento individual – aconselhamento*
- *Psicoterapia individual*
- *Psicoterapia em grupo*
- *Prevenção de recaída*
- *Treinamento de habilidades sociais*
- *Tratamento familiar*

Ao lado destas, sem que possa ser considerado tratamento, mas sim como um apoio importante, encontra-se a participação do paciente em grupos de auto-ajuda, tais como o Alcoólicos Anônimos-AA e o Narcóticos Anônimos-NA. Sem que tenham o rótulo terapêutico, estes constituem-se meios essenciais para a obtenção de resultados favoráveis no tratamento (vide capítulo 8). A participação deve ser estimulada por todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes.

O objetivo final de todas estas técnicas é que o paciente desenvolva capacidade de evitar comportamentos associados ao consumo, lidando melhor com relacionamentos e com fontes de estresse, aumentando a auto-estima e promovendo uma mudança significativa do estilo de vida do paciente. Podemos agrupar estas estratégias nas modalidades psicoeducacional/ aconselhamento, cognitivo-comportamental (a prevenção de recaídas é um de seus métodos mais importantes) e orientados para a resolução de conflitos psicológicos ditos “profundos” (“insight”).

Estas intervenções têm ampla aplicação na fase do tratamento que se segue: à prevenção de recaída (manutenção da abstinência) e à mudança do estilo de vida. Geralmente se inicia após o paciente ter obtido algumas semanas de abstinência e promovido algumas modificações em sua rotina básica.

Tabela 2 - Mitos e fatos sobre a recaída (Washton, 1989):

MITO	FATO
A recaída é falha no tratamento	A recaída é um erro evitável, podendo ser utilizada para detecção de estímulos antes desconhecidos.
A recaída ocorre somente no momento que o paciente usa álcool ou drogas.	A recaída começa dias antes do consumo. Mudanças de comportamento e atitudes, exposições inadvertidas a situações de risco precedem o consumo da droga.
A recaída do dependente só ocorre quando ele usa a própria droga.	A recaída ocorre quando qualquer droga que altera o psiquismo (incluindo o álcool) é consumida pelo paciente (exceto medicações prescritas por médico). Álcool freqüentemente inicia o processo de recaída do dependente de cocaína.
A recaída é sinal de pouca motivação	Mesmo o paciente mais motivado apresenta recaídas. O processo de prevenção de recaídas é árduo e longo.
A recaída anula o que o paciente havia conquistado.	O paciente vai estruturando sua rotina paulatinamente. Quando ocorre a recaída, muitas das modificações são mantidas, devendo ser reforçadas as “pistas” que esta recaída forneceu.
A ausência de recaídas garante a recuperação do paciente.	Existem pacientes que não recaem, mas que nunca se recuperam dos prejuízos que a dependência proporcionou (ausência de mudança do estilo de vida).
A recaída é um acidente.	A recaída é previsível e evitável.

Finalizando o presente capítulo, é importante relacionar os elementos obrigatórios no trabalho psicoterapêutico bem sucedido para indivíduos dependentes:

1. Abordagem da ambivalência – os pacientes têm a ilusão de poder controlar seu consumo, sem ter que abandoná-lo, têm intensa dificuldade de aceitar a própria dependência. Sem que a ambivalência seja focalizada, o paciente não se engaja em tarefas ou estratégias para evitar o consumo.
2. Reduzir a disponibilidade da substância (droga) – é imprescindível que o paciente tome todas as medidas possíveis para não ter contato com drogas e álcool, principalmente no início do processo de recuperação. Medidas de “teste do controle” costumam ter resultado catastrófico. As exposições “acidentais” às drogas já são de intensidade suficiente para que a metade dos dependentes de cocaína abandonem o tratamento logo no seu primeiro mês.
3. Evitar situações de alto-risco – de forma semelhante ao anteriormente citado, lugares e pessoas associadas ao uso de álcool e drogas são intensos estímulos para o consumo, desencadeando “fissuras” muitas vezes incontroláveis para os pacientes.
4. Evitar os estímulos condicionados na rotina do consumo – semelhante aos anteriores.
5. Modificação do estilo de vida – desenvolver alternativas de comportamento, de obtenção de prazer, relacionamentos e outras aspectos vivenciais, propiciando recuperação dos prejuízos sobre as diferentes áreas de impacto da dependência.

Capítulo 4

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA EM DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

O psiquiatra freqüentemente é chamado aos serviços de emergência para avaliar pacientes que desenvolveram complicações do consumo de drogas ou álcool. A maioria dos casos está relacionada a estados de intoxicação ou abstinência, porém complicações médicas, acidentes, ferimentos por armas, comportamento suicida e violência costumam acompanhar estes casos.

Drogas e álcool podem piorar doenças preexistentes ou ainda interagir com medicações necessárias ao indivíduo.

É comum que o paciente, por conta do estado de intoxicação, não seja capaz de fornecer informações mínimas – estas devem ser obtidas com acompanhantes ou policiais, sempre que possível. Para os pacientes que chegam a estes serviços inconscientes, a manutenção das funções vitais é o inicial e principal objetivo da assistência prestada. Um exame físico e psíquico completo, exames laboratoriais e análises toxicológicas devem ser realizados pela freqüência observada de ferimentos, infecção pulmonar, insuficiência do funcionamento hepático e alterações neurológicas (p.ex. alteração de nervos cranianos).

Tabela 3 - Duração de ação das principais drogas de abuso no organismo:

DROGA	DURAÇÃO DA INTOXICAÇÃO
Opióides	3 a 6 horas
Cocaína – inalada	1 a 2 horas
Cocaína – crack	30 minutos – 1 h.
Anfetamínicos (remédios para emagrecer)	4 – 72 horas
Benzodiazepínicos (média)	4 – 8 horas
Maconha	2 – 4 horas
LSD	8 – 12 horas

Capítulo 5

PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA DEPENDENTES

A psicoterapia de grupo é um método de tratamento, no qual ocorre uma cuidadosa seleção de indivíduos com determinada patologia. Estes pacientes são incluídos em programa de sessões grupais coordenadas por terapeuta treinado, com o propósito de modificar os comportamentos mal-adaptativos dos participantes (integrantes).

Por sua definição, podemos perceber a associação óbvia entre este modelo terapêutico e a síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Nos Estados Unidos, por exemplo, a terapia de grupo vem sendo considerada como núcleo do tratamento, constituindo-se na estratégia terapêutica mais utilizada no tratamento dos dependentes. É também considerada entre as mais eficazes formas de tratamento disponíveis. A intervenção grupal para dependentes tem o objetivo de integrar o paciente a um grupo inicial de recuperação, com relacionamento entre os membros fundamentado na abstinência do consumo. É o chamado “grupo funcional de fórum público” também observado no funcionamento dos grupos de auto-ajuda (AA, NA etc.).

As abordagens psicoterapêuticas grupais mais utilizadas podem ser agrupadas segundo seu corpo teórico em dois principais grupos, sem que existam evidências de diferenças de efetividade entre eles:

- Grupo das abordagens psicodinâmicas (ex. psicanálise e terapias para resolução de conflitos – pessoais e/ou da relação com outros).
- Grupo das abordagens cognitivo-comportamentais (ex. prevenção de recaídas).

A terapia cognitivo-comportamental propõe que a dependência seja “comportamento aprendido”, que é constantemente reforçado pelos efeitos prazerosos e pelas contingências do consumo de drogas e/ou álcool. As abordagens psicodinâmicas são orientadas para a compreensão do papel da “droga” no psiquismo do dependente.

Qualquer abordagem grupal deve incluir aspectos psico-educacionais sobre álcool e drogas, bem como sobre o estilo de vida relacionados. O processo da terapia em grupo privilegia a interdependência entre os integrantes, tendo como meta o estabelecimento de relações sociais saudáveis voltadas para a abstinência e a reabilitação. A terapia em grupo permite a oportunidade do paciente se identificar com outros, expressando suas idéias e emoções. Pelo aprendizado da escuta de outros (semelhantes), seus conceitos e apreciações dos companheiros sobre seus problemas, o paciente tem um reforço positivo na interação “saudável” com outras pessoas ao seu redor.

Finalmente, a intervenção em grupo permite verificar se os pacientes são capazes de transformar as informações cognitivamente aprendidas (orientações) em comportamento operante.

Capítulo 6

TERAPIA FAMILIAR EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Papel da Família – A família é um fator fundamental tanto na dependência como em seu tratamento. Alguns estudiosos chegam a considerar a dependência como uma patologia familiar (doença de origem no funcionamento familiar). A genética, por um lado, é considerada responsável por 30% dos casos de alcoolismo, embora sua influência seja menor no caso de outras drogas. Por outro lado, a convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos, bem como influências ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência.

Um fator também digno de nota é o aprendizado de comportamentos de consumo (e outros associados ao abuso de substâncias e à dependência), ou seja, o indivíduo adquirindo hábitos e comportamentos a partir de seus familiares e amigos próximos.

A terapia familiar é um aspecto sumamente importante na recuperação do dependente em tratamento. Os membros da família constituem as “vítimas primárias” da dependência, além do próprio paciente. Vitimização, superproteção, culpa, raiva, mágoa, privações e desespero são quase sempre observados em familiares do dependente que inicia o tratamento. Agressões físicas, furtos e negligência complicam ainda mais a situação familiar, com consequências diretas em todas as suas relações interpessoais. A família se torna, assim, uma parte significativa do problema e fator de sua amplificação.

Durante o tratamento sempre nos deparamos com familiares com conhecimentos insuficientes (sobre drogas, álcool e suas implicações) para compreender a necessidade da participação no processo terapêutico e poder lidar satisfatoriamente com o problema. Preconceitos e sofrimento acumulado pelos familiares interferem com o processo terapêutico. Atenção especial deve ser dirigida aos familiares, o núcleo vivencial mínimo do paciente, para minimizar as chances de fracasso.

A família necessita discutir seus (pré-)conceitos, melhorar a qualidade das relações interpessoais para criar uma real estrutura de suporte ao paciente, que auxilie em sua reabilitação. Faz-se necessário que a família aprenda a não “sabotar” o processo de recuperação do paciente e mesmo sua abstinência. Os profissionais já se acostumaram com perguntas de familiares do

tipo “Mas se ele é dependente de cocaína, por que não posso oferecer uma cervejinha prá ele no churrasco, junto com a família?”.

As famílias precisam lidar com negação, identificar outros possíveis casos, lidar com mal-entendidos, defesas mal-estruturadas, estigma e sua própria ignorância em relação às diversas dimensões do problema da dependência de substâncias psicoativas.

Aspectos psicoeducacionais devem portanto ser incluídos em qualquer tratamento dirigido à família, qualquer que seja sua orientação psicológica, com o devido cuidado de preservar o espaço de discussão do funcionamento e rotina familiar e suas relações interpessoais. A mudança no estilo de vida, objetivo final do tratamento da dependência, também é a proposta deste modelo terapêutico, ainda sub-utilizado entre os instrumentos disponíveis no tratamento.

Capítulo 7

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM DEPENDÊNCIAS

O presente capítulo tem como tema a possibilidade de utilização de medicamentos no tratamento das dependências. O termo “tratamento farmacológico,” acreditamos porém, deve ser evitado, para evitar a ilusão da “pílula mágica” que possa tratar a síndrome de dependência. Utilizaremos, então, o termo “Intervenção farmacológica” (ou medicamentosa) em seu lugar.

A utilização de intervenções farmacológicas não apenas são estratégias válidas e disponíveis, como muitas vezes salvam a vida de dependentes em determinadas condições (emergências etc.).

Quando considera-se a utilização de medicamentos na dependência, os dois principais aspectos a serem considerados são o efeito potencial (diminuir o consumo, reduzir o desejo pela droga) e as considerações de segurança (potencial do medicamento causar consequências danosas para o paciente). Outra indicação comum de terapêutica farmacológica é a redução de sintomas de abstinência quando da interrupção do consumo da droga/álcool. Estes sintomas, quando não controlados, muitas vezes levam o indivíduo de volta ao uso (abstinência de álcool, de opióides, por exemplo).

Alguns pacientes dependentes têm doenças psiquiátricas independentes sobrepostas ou associadas (depressão, ansiedade, psicose etc.), que necessitam de intervenções farmacológicas para seu controle. São chamadas doenças co-mórbidas. É um grande erro leigo considerar estas medicações, prescritas por médico especialista, que acompanha o tratamento da dependência, como “drogas”. O paciente que necessita dessas medicações não tem nenhuma chance no tratamento da dependência se estas condições não forem adequada e simultaneamente tratadas. A intervenção farmacológica é compatível e pode ser utilizada concomitantemente com todos os outros métodos terapêuticos disponíveis para o auxílio do paciente dependente, esbarrando, apenas, no preconceito de alguns poucos profissionais que atuam na área.

Tabela 4 - Categorias dos agentes farmacológicos utilizados no tratamento das dependências:

a) Medicamentos para quadros de intoxicação: utilidade, por exemplo, em superdosagens.
b) Medicamentos para abstinência: reverterem ou atenuam sintomas físicos e psíquicos imediatos à abstinência.
c) Medicamentos para controle da compulsão: reduzem o impulso para buscar e consumir álcool e/ou drogas
d) Medicamentos para controle de condições psiquiátricas co-mórbidas

Capítulo 8

GRUPOS DE MÚTUA-AJUDA

(Narcóticos Anônimos, NA, Alcoólicos Anônimos, AA etc.)

E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Estas duas modalidades são modelos importantes que integram o arsenal terapêutico para a população dependente. Os grupos de mútua-ajuda têm características de grupo leigo e voluntário, sem qualquer ônus para a comunidade e a sociedade em geral. Estima-se que 1.000.000 (um milhão) de pessoas atualmente freqüentem as reuniões de AA em todo o mundo. Embora não possa ser considerado tratamento propriamente dito, os grupos de mútua-ajuda são agentes operacionais na recuperação e reinserção social de dependentes químicos, atuando ainda na reestruturação familiar e na prevenção à dependência.

O AA (Alcoólicos Anônimos) foi criado nos Estados Unidos, em 1935, por dois alcoolistas e é considerado um dos primeiros esforços no sentido de auxiliar o dependente. Observamos que, no decorrer deste século, seu funcionamento influenciou a maioria das terapêuticas disponíveis hoje em dia. Fundamenta-se nos “Doze passos”; os grupos de mútua-ajuda concebem-se como uma irmandade ou sociedade, sem fins lucrativos, de homens e mulheres dependentes (“adictos”, em suas próprias palavras), que se reúnem em grupos e se utilizam de um determinado conjunto de princípios espirituais para encontrar a liberdade da adição e uma nova forma de vida. Enfatiza o conceito de doença (crônica) da dependência, e a necessidade da abstinência total para a recuperação do indivíduo. Os grupos de mútua-ajuda devem ser sempre associados aos tratamentos convencionais para os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

O modelo de tratamento residencial conhecido como Comunidade Terapêutica foi utilizado durante muito tempo para pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. Tratamentos psico-

sociais (psicólogo, assistente social, orientação vocacional etc.) devem ser sempre incluídos na programação terapêutica das Comunidades.

As internações em Comunidades Terapêuticas (CT) costumam ser longas, durando vários meses. Aparentemente, quanto maior a estadia do indivíduo, maior a chance de obter abstinência após a alta, quando o indivíduo retorna a seu meio ambiente (habitat) de origem. Suas principais indicações são indivíduos que apresentam graves conseqüências decorrentes do consumo de álcool e drogas, e que não possuam mínimo suporte social (família, trabalho etc.), para que a abstinência seja obtida em tratamento ambulatorial.

Assim como em outros tratamentos residenciais para a dependência (internação), o paciente egresso do tratamento em CT deve obrigatoriamente realizar seguimento ambulatorial e/ou participar em grupo de mútua-ajuda. Convém lembrar novamente que a síndrome de dependência é transtorno crônico e, assim como a hipertensão arterial e o diabetes, acompanha a vida toda do paciente.

Capítulo 9

AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO

A avaliação do tratamento é uma questão que vem ganhando espaço nos últimos anos. Análises do tipo custo/benefício, pesquisas das características de pacientes em tratamento, pesquisas de efetividade terapêutica passaram desde a década de 1980 a ser realizadas em muitos centros no Brasil.

Avaliar o tratamento não significa apenas avaliar a eficácia de determinado método, mas propicia, também, a possibilidade de adequação das características de um serviço à população que ele assiste. Significa, ainda, fornecer subsídios importantes para a realização de estratégias de prevenção ao abuso de drogas da comunidade em torno dos serviços terapêuticos.

O resultado da realização de pesquisas de avaliação sempre é a melhoria da qualidade do serviço de saúde oferecido e consequentemente resultados mais favoráveis.

Em novembro de 1998 a Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD realizou, em Brasília, o **I Fórum Nacional Antidrogas**, que focalizou diversos aspectos da prevenção, tratamento e repressão às drogas. A Avaliação de Tratamento foi um dos temas importantes. Apresentamos um resumo do texto final:

AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO

Diversos modelos de tratamento das farmacodependências vêm sendo propostos. Diante dos baixos índices de sucesso das distintas modalidades de intervenção, observa-se uma tendência contínua ao surgimento de novas propostas terapêuticas. Ressentimo-nos, entretanto, da inexistência de uma preocupação sistemática com referência à avaliação destas mesmas propostas.

Seria importante que tais intervenções fossem avaliadas tanto no que se refere à sua eficácia, no sentido de sucesso terapêutico, quanto no sentido de sua eficiência (custo/benefício

do tratamento). Além disso, faz-se necessário valorizar critérios de efetividade outros que não apenas a abstinência do uso de drogas. Finalmente, cabe ainda o desenvolvimento de pesquisas no sentido de discriminar, com maior precisão, quais os sub-tipos de dependentes que melhor se beneficiariam de que modalidades de intervenção.

PROPOSTAS

- Aspectos gerais:

1. Todo tratamento deve ser avaliado;
2. A avaliação deve começar quando o tratamento é iniciado e deve continuar enquanto o indivíduo permanece em tratamento;
3. Cada modalidade de tratamento deve ter um método próprio de avaliação adequado às suas peculiaridades, porém com intervalos máximos de um mês.

- Parâmetros propostos na avaliação do dependente em tratamento:

- I. Aferição da aderência ao tratamento: frequência e disponibilidade para a mudança;
- II. Valorização da aceitação da problemática relacionada ao uso de drogas e busca ativa de resolução;
- III. Avaliação do consumo através do relato do indivíduo; de análises toxicológicas (quando possível) e de informação da família;
- IV. Aceitação consensual de redução do consumo como um dos parâmetros a serem considerados na avaliação de eficácia;
- V. Considerar a reinserção social como critério de melhora;
- VI. Valorização do aumento da capacidade produtiva, nos campos afetivo, ocupacional e intelectual;

VII. Capacidade de elaboração de um projeto de vida e planificação para o futuro devem ser considerados critérios de melhora;

VIII. Aspectos relativos à reestruturação do modelo relacional familiar devem ser levados em conta na avaliação;

IX. Inclusão de aspectos relativos à espiritualidade, considerada em seu conceito mais amplo. A avaliação, neste caso, só é realizada em tratamentos cuja filosofia é espiritual.

Capítulo 10

BIBLIOGRAFIA E LEITURAS RECOMENDADAS

EDWARDS, G., LADER, M. *Natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre : Artmed, 1994.

EDWARDS, G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo : Martins Fontes, 1995.

LARANJEIRA, R., PINSKY, I. *O alcoolismo*. São Paulo : Contexto, 1997.

LEITE, M.C., ANDRADE, A.G. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre : Artmed, 1999.

RAMOS, S.P., BERTOLOTE, J.M. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre : Artmed, 1991.

SCHUCKIT, M. *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre : Artmed, 1991.

**SECRETARIA NACIONAL
ANTIDROGAS**

