



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

**Módulo 6**  
**Modalidades de tratamento e encaminhamento**

**7ª Edição**

**Brasília**  
**2014**

**Módulo 6**  
**Modalidades de tratamento e encaminhamento**

**Presidenta da República  
Dilma Rousseff**

**Vice-Presidente da República  
Michel Temer**

**Ministro da Justiça  
José Eduardo Cardozo**

**Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas  
Vitore Andre Zilio Maximiano**



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

**Módulo 6**  
**Modalidades de tratamento e encaminhamento**

**7ª Edição**

**Brasília**  
**2014**

**SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:**  
Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento  
Desenvolvimento do projeto original: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2014 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD | Departamento de Psicobiologia | Departamento de Informática em Saúde | Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: [www.supera.senad.gov.br](http://www.supera.senad.gov.br)

**Elaboração, distribuição e informações:**

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD  
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 Brasília/DF – CEP 70604-900

[www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) |  
Departamento de Psicobiologia | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Napoleão de Barros, 1038 | Vila Clementino |  
CEP 04024-003 | São Paulo - SP

**Linha direta SUPERA**

0800 771 3787

Sítio: [www.supera.senad.gov.br](http://www.supera.senad.gov.br)

**Equipe Editorial**

**Coordenação 7ª edição**

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

**Supervisão Técnica e Científica**

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

**Revisão de Conteúdo**

**Equipe Técnica - SENAD**

Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social

**Equipe Técnica - UNIFESP**

Keith Machado Soares

Monica Parente Ramos

Yone G. Moura

**Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância**

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Coordenação de TI: Fabrício Landi de Moraes

**Projeto Gráfico**

Silvia Cabral

**Diagramação e Design**

Marcia Omori

**Revisão Gramatical e Ortográfico**

Tatiana França

M689

Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 7. ed. – Brasília :  
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.  
152 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de  
substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e  
Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-85820-66-4

1. Drogas – Uso – Abuso I. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza II. Brasil.  
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas III. Série.

CDD – 613.8

## Sumário

Introdução do módulo .....	9
Objetivos de ensino.....	10
<b>Capítulo 1: A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos.....</b>	<b>11</b>
Criando uma rede integrada .....	12
O papel dos CAPS .....	22
O que são os CAPS-AD? .....	26
Atividades.....	33
Bibliografia .....	35
<b>Capítulo 2: O vínculo necessário entre os equipamentos da área de saúde mental e os do PSF na construção da rede de atenção integral a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas .....</b>	<b>37</b>
A rede de atenção integral .....	39
A Lógica Matricial: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica .....	40
Atividades.....	46
Bibliografia .....	48
<b>Capítulo 3: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias .....</b>	<b>49</b>
Álcool.....	50
Nicotina .....	53
Opioides .....	55
Cocaína e crack.....	56
Atividades.....	58
Bibliografia .....	60
<b>Capítulo 4: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?.....</b>	<b>63</b>
Medicamentos são.....	64
Cuidados com os medicamentos.....	65
O que é automedicação?.....	67
Medicalização da sociedade.....	69
Uso Racional de Medicamentos (URM).....	70

Propaganda de medicamentos .....	70
Normas para a propaganda de medicamentos .....	74
Atividades .....	76
Bibliografia .....	79
<b>Capítulo 5: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas .....</b>	<b>81</b>
Por que tratar pessoas dependentes de substâncias? .....	82
Como definir psicoterapia? .....	83
Principais tipos de psicoterapia .....	84
Atividades .....	94
Bibliografia .....	96
<b>Capítulo 6: Tratamento de comorbidades associadas à dependência de drogas .....</b>	<b>99</b>
Comorbidade .....	100
Epidemiologia .....	100
Uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais .....	101
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade .....	102
Diagnóstico .....	107
Tratamento .....	109
Atividades .....	112
Bibliografia .....	114
<b>Capítulo 7: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas .....</b>	<b>117</b>
Movimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) .....	118
Comunidades Terapêuticas no Brasil .....	122
Comunidades Terapêuticas e dependência química .....	127
A família do indivíduo em tratamento na CT .....	144
Considerações finais .....	145
Atividades .....	147
Bibliografia .....	149

## Introdução do módulo

Neste módulo você entenderá como se define a rede de saúde de atenção integral e como é o seu funcionamento na assistência de pessoas dependentes de álcool e outras drogas.

No capítulo 2 você compreenderá a lógica do apoio matricial na assistência, que também é exemplificado por meio de dois casos de pessoas dependentes e como foi realizada a assistência a eles.

O restante dos capítulos deste módulo são destinados à descrição das modalidades de tratamento para pessoas com dependência de álcool e outras drogas e com comorbidades associadas à dependência, dentre as quais o tratamento farmacológico, ressaltando a importância do uso racional dos medicamentos, e o tratamento psicoterápico.

O último capítulo deste módulo discute a filosofia e propostas dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem de tratamento, como o tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas.

### **Nota dos organizadores**

*Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.*



## Objetivos de ensino

Ao final do módulo, você será capaz de:

- ✓ Enumerar as características, a forma de atuação e as vantagens da utilização da rede de saúde na assistência a usuários de drogas;
- ✓ Reconhecer a importância da construção conjunta e contínua da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
- ✓ Descrever o tratamento farmacológico utilizado para pessoas dependentes de substâncias;
- ✓ Entender o uso racional dos medicamentos;
- ✓ Reconhecer a psicoterapia como alternativa de tratamento de dependentes de substâncias psicoativas;
- ✓ Conceituar comorbidade e descrever suas formas mais frequentes;
- ✓ Caracterizar Comunidades Terapêuticas e seu papel no tratamento das dependências.

## Capítulos

1. A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos
2. O vínculo necessário entre os equipamentos da área de saúde mental e os do PSF na construção da rede de atenção integral a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas
3. Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
4. Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?
5. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas
6. Tratamento de comorbidades associadas à dependência de drogas
7. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas

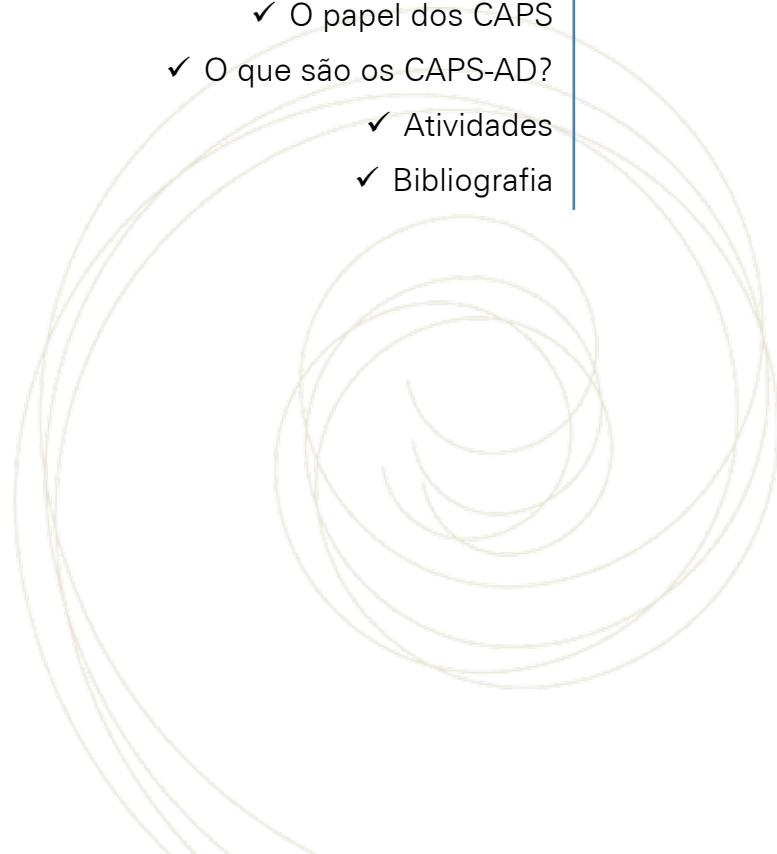


# Capítulo 1

A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

## TÓPICOS

- ✓ Criando uma rede integrada
  - ✓ O papel dos CAPS
- ✓ O que são os CAPS-AD?
  - ✓ Atividades
  - ✓ Bibliografia



## Criando uma rede integrada

No Brasil, desde os anos setenta, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, pacientes e membros das comunidades. Isso foi necessário porque, até então, pessoas com problemas psíquicos (transtornos mentais) eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, a população que apresentava problemas com álcool ou outras drogas só tinha como opção a internação psiquiátrica.

Porém, o tempo e a experiência demonstraram que a internação em hospitais psiquiátricos não é adequada para grande parte dessas pessoas porque:

- ✓ Pessoas com problemas com álcool e outras drogas necessitam de projetos terapêuticos específicos, diferentes dos projetos para outros transtornos mentais;
- ✓ O tratamento no hospital não prepara os pacientes para lidarem com as situações difíceis do seu dia a dia fora do hospital;
- ✓ O modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) é muito mais caro e não coloca em ação os recursos dos serviços extra-hospitalares;
- ✓ Os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas não têm origem só na biologia (os efeitos no cérebro, a genética) de cada pessoa, mas também em sua história de vida, em sua estrutura psicológica e no seu contexto econômico, social e cultural.



O problema das drogas transcende uma dimensão estritamente clínica, portando implicações que devem incluir todo o corpo social nas estratégias desenvolvidas no cuidado (Delgado, 2001). Por isso, os pacientes precisam de uma abordagem **multidisciplinar**, ou seja, de muitos profissionais com formações diferentes, além da assistência médica, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais etc.

Como você já viu, esses pacientes precisam também de reinserção social, o que só poderá ser alcançado com a participação e o compromisso de profissionais de diferentes formações, e não apenas do médico.

Além de todos esses motivos, sabe-se que os hospitais psiquiátricos muitas vezes são construídos de forma a conter e manter pessoas em espaços restritos, enquanto pessoas que têm problemas com drogas podem e devem circular e desenvolver atividades terapêuticas.

A internação no hospital psiquiátrico reforça o estigma e o preconceito contra pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, contribuindo para o desrespeito aos direitos de cidadania e dificultando a reinserção dos dependentes de álcool e outras drogas em sua família, em seu trabalho, em seu grupo social.

Assim, o modelo anterior de assistência a usuários de álcool e outras drogas com internações em hospitais psiquiátricos foi rejeitado por ser:

- ✓ Hospitalocêntrico - sem contato estreito com outros recursos da saúde e da comunidade;
- ✓ Centrado no médico;
- ✓ Inadequado para execução de projetos terapêuticos específicos;
- ✓ Inadequado com relação à estrutura física (fechada) do hospital;
- ✓ Um incentivo ao preconceito e à estigmatização.

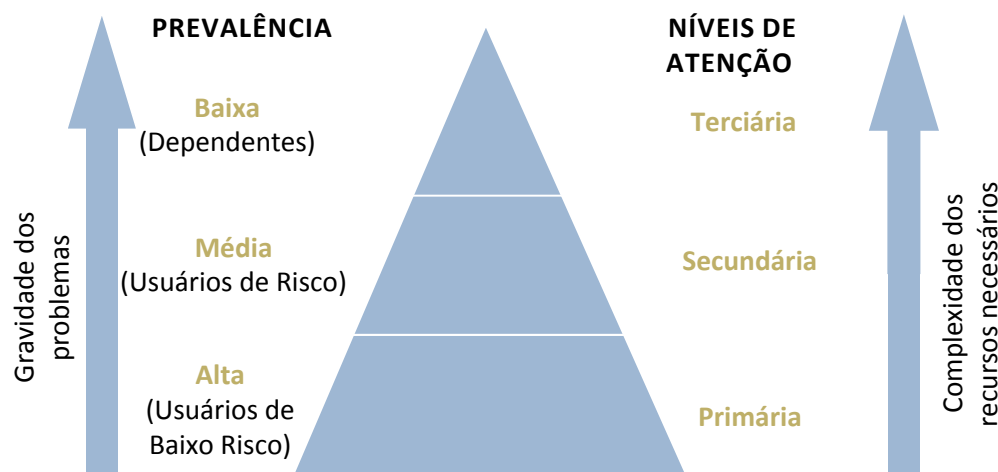


Por esses motivos, a reforma psiquiátrica brasileira tem substituído os grandes hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência à saúde mental que procura garantir os direitos e maior acesso à circulação social dos usuários. No caso da assistência a usuários de drogas, “costurar” essa rede significa enfrentar muitos desafios.

Entre esses desafios encontra-se a distribuição heterogênea (não uniforme, desigual) dos problemas com álcool e outras drogas, entre as pessoas que as utilizam (Delgado, 2005).

Como mostra a figura a seguir, isso significa que há muitas pessoas que usam substâncias *sem nunca desenvolverem problemas*; há algumas que *apresentam problemas, mas ainda não perderam o controle*; e uma minoria que *tem problemas e não consegue controlar o uso* (dependência).

## Distribuição dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e complexidade de recursos necessários



Essa forma de distribuição mostra que a complexidade dos recursos deve ser maior para os que têm mais problemas, mas que grandes esforços com recursos menos complexos devem ser feitos também para acolher as pessoas que não têm problemas (prevenção) ou que têm problemas, mas podem controlar. Entre esses recursos menos complexos, mas com grande alcance, encontram-se as estratégias desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Dessa forma, há necessidade de ações que sejam efetivas para o conjunto de pacientes e, ao mesmo tempo, atendam às necessidades particulares das pessoas que têm diferentes formas de consumo e histórias de vida, que vivem de diferentes formas, inseridas em diferentes culturas e em diferentes locais do país, objetivando a construção de uma rede de atenção adequada às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas.

**Além disso, uma rede de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas deve também levar em consideração:**

- ✓ A heterogeneidade brasileira;
- ✓ A relação entre o uso de álcool e outras drogas e a cultura;
- ✓ As implicações ocupacionais, familiares e para a sociabilidade;
- ✓ As questões éticas e legais;
- ✓ A multiplicidade, a particularidade e a subjetividade dos usuários;
- ✓ A qualificação permanente das equipes multiprofissionais.

Pensando nisso, em dezembro de 2001, entre as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental destaca-se:

*“... o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local”.*  
(MS/SUS/CNS, 2002: 61)

Como resposta tanto àquela Conferência quanto às deliberações da então Política Nacional Antidrogas, o Ministério da Saúde editou, em abril de 2002, uma portaria técnica implantando o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas** (BRASIL, 2004a), programa a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

Orientado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, esse programa tem como princípios:

- ✓ A ênfase em serviços não hospitalares;
- ✓ A noção de rede;
- ✓ A comunicabilidade e a acessibilidade;
- ✓ O papel dos CAPS-AD;
- ✓ A inserção comunitária (ESF, PAC);
- ✓ O controle social;
- ✓ A abordagem multidisciplinar;
- ✓ O apoio às estratégias de redução de danos;
- ✓ A noção de território;
- ✓ A articulação entre Tratamento/Prevenção/Educação;
- ✓ A inclusão social;
- ✓ A defesa da integralidade e da intersetorialidade na construção do cuidado.

Como você deve lembrar, vimos no módulo 1, capítulo 6, a Política Nacional sobre Drogas – PNAD – (BRASIL, 2005 – coordenada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD), que em seu, capítulo sobre: “Tratamento, recuperação e reinserção social”, também propõe que:

*“O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados de forma permanente para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimentos técnico e financeiro de forma descentralizada”.*  
(Brasil, 2005)

#### **A PNAD:**

- ✓ Reforça a necessidade de ações de reinserção familiar, social e ocupacional “por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros”;
- ✓ Propõe a “integração das intervenções para tratamento, recuperação”;
- ✓ Lista os componentes da rede, incluindo entre estes o corpo de bombeiros, as clínicas especializadas, as casas de apoio e convívio e as moradias assistidas;
- ✓ Destaca a integração com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social;
- ✓ Orienta para que sejam contempladas as estratégias de redução de danos e a necessidade de reinserção social e ocupacional.

A **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas** também destacava a heterogeneidade das pessoas (Brasil, 2004a), demonstrando que existem múltiplos programas adaptados às diferentes necessidades. Além disso, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública.

Assim, vemos que a necessidade de integração e articulação de diferentes setores e atores do corpo social é reconhecida por órgãos como a SENAD e o Ministério da

Marcelo Santos Cruz, Salette Maria Barros Ferreira

Saúde, confirmando que a atenção e o cuidado em uma rede dirigida às pessoas que apresentam diferentes problemas com álcool e outras drogas devem ser diversificados e amplos, para atender às suas diferentes necessidades.

O **cuidado integral**, um dos princípios do SUS, e que não poderá ser alcançado apenas por um serviço ou profissional, mas por meio de uma **rede de atenção**: um cuidado integral, ou o mais próximo possível disso, para atender às diferentes necessidades das diferentes pessoas, que usam de forma mais ou menos controlada, têm alguns problemas, ou já apresentam quadros graves de dependência de álcool e outras drogas.

Para construir uma **rede de atenção integral** para essa população e suas famílias, que também apresentam, muitas vezes, prejuízos em maior ou menor grau, relacionados ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, os profissionais de saúde devem se reunir e trabalhar juntos, de forma complementar.

Essa rede deverá também ser igualmente integrada a outros setores, uma rede intersetorial, com o propósito de atender às pessoas de forma efetiva em seu tratamento e em seu processo de reconstrução, em sua reabilitação social.

A rede tem por objetivo aumentar o acesso e o acolhimento, considerando que os locais de ações de saúde podem ser *“tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social”*. Isto é necessário para que *“a promoção, prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se deem de forma associada”* (BRASIL, 2004a). Essa visão propõe que a rede não inclua apenas profissionais e serviços de saúde, mas também *“(...) familiares, (...) organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente...”* (Brasil, 2004a).



Assim como dissemos, é a necessidade de integração da rede de atenção às pessoas com problemas com álcool e outras drogas dentro da rede de saúde mental com



a rede mais ampla de saúde em geral e com as redes de setores, como a Justiça, a Educação e outros setores com atuação comunitária, que constitui o princípio da **Intersectorialidade**. E é também esse princípio de Intersectorialidade que fará com que a Integralidade mais ampla seja alcançada.

Em resumo, a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil tem entre seus objetivos garantir na comunidade e para os serviços extra-hospitalares a assistência às pessoas com problemas mentais, considerando entre essas pessoas aquelas usuárias e/ou dependentes de álcool e outras drogas.



Como já demonstramos, essa mudança significa um avanço em relação ao modo como a assistência ocorria antes da Reforma, quando era feita basicamente nos hospitais psiquiátricos. A partir das diretrizes do movimento da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os serviços estratégicos de saúde mental, entre outros motivos, por se organizarem em equipes multidisciplinares e complementares, e procurarem atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação.

Mas é importante ressaltar que a assistência não ocorre apenas nos CAPS. Ao contrário, como as pessoas que usam álcool e outras drogas têm padrões de uso e de dependência diferentes e, portanto, de gravidade também diferente, **a maioria pode e deve ser atendida pela rede básica de saúde, reservando o atendimento nos CAPs apenas para os pacientes graves.**

Conforme a orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), a rede básica de saúde inclui os centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, as Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

**As equipes da rede básica de saúde devem manter contato e integração permanente com os CAPS.**

## REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS



Muitos são os dispositivos de saúde/saúde mental inseridos no território e articulados aos CAPS, constituindo com estes e a partir destes uma **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Brasil, 2011)**.

Entre os **princípios da rede** encontra-se a ideia de que a cobertura dos serviços de saúde contemple a noção de **território**. *O território não é apenas a área geográfica, mas é também o espaço em que circulam as pessoas, com seus sofrimentos e alegrias, suas instituições e os locais que elas frequentam (igrejas, cultos, escola, trabalho, bares etc.).* O território compreende um sentido mais subjetivo, próprio a cada pessoa, em particular, influenciado pelas diferentes culturas presentes em diferentes pessoas de um mesmo bairro, cidade ou família.

*“Distinguir território de área geográfica talvez seja o primeiro e um importante passo para que governos, equipes, profissionais possam tomar para si a responsabilidade de tratar.”*

*(Pitta, 2001)*

Assim, desde 2002-2003, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) já indicava que, na constituição de rede, devem participar “todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial”.

Acerca da importância das estratégias de inclusão de múltiplos atores e setores na construção de uma rede de atenção territorial para essa população, concordamos com Ramôa (2009) quando esta ressalta que:



**Nos últimos anos, a cena pública vem apresentando evidências da disseminação do mercado e do uso do crack, consumido por adultos, adolescentes e crianças, trazendo impactos sociais e à saúde da população.** Em relação a essas formas de uso, dificilmente podemos falar de um uso menos nocivo ou controlado.

O baixo custo da “pedra”, os efeitos imediatos – tanto quanto deletérios –, o fácil acesso, entre outros motivos, vêm contribuindo para o aumento do número de dependentes, especialmente identificados entre a população em situação de maior vulnerabilidade econômica e social, jovens e adultos em situação de rua e, em maior número, entre crianças e adolescentes.

Para a infância e adolescência é importante as abordagens de cuidado em redes intersetoriais. Como pensar em uma rede de proteção, cuidado e atenção à saúde de uma criança ou um adolescente que não conjugue educação, rede de amigos e comunidade, o lazer, o acesso à informação e à cultura, enfim, a produção de iniciativas articuladas e abrangentes?

Para essa população, em especial, a construção, expansão e fortalecimento de redes constituem uma estratégia metodológica essencial (Fernandes, 2009).

Dessa forma, atualmente, acompanhando a direção tomada para a construção das novas redes, a partir especialmente de uma maior identificação dos problemas para sua constituição – aqueles relacionados ao aumento progressivo do uso de crack entre a população vulnerável e em situação de rua – podemos destacar a importância de novos movimentos políticos que a partir de 2009-2010 vêm confirmando o compromisso com a revisão e ampliação das ações de qualificação de uma rede dirigida para a população dependente de drogas.

Entre eles, podemos destacar:

- ✓ O PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde, em 2009-2010;
- ✓ O PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas – Decreto da Presidência da República - Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010;
- ✓ A IV Conferência de Saúde Mental-Intersectorial, em junho/julho 2010;
- ✓ A instituição da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Em seqüência e de forma complementar, tanto o PEAD quanto o PIEC visaram à ampliação das ações e um novo direcionamento das ações, em função do reconhecimento das fragilidades encontradas.

*“O baixo índice da procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justifica a implementação de intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas in loco.”*  
(Brasil, 2010)

O PEAD, publicado em 2009, teve como principais diretrizes: o direito de acesso ao tratamento, a redução da lacuna assistencial, o enfrentamento do estigma, a qualificação das redes de saúde, a adoção da estratégia de redução de danos e o reconhecimento de determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo.

O PEAD teve como principal objetivo a ampliação do acesso dos usuários de álcool e outras drogas à rede de serviços, implementando estratégias e intervenções em contexto de rua, tendo como principal população-alvo crianças, adolescentes e jovens moradores de rua em situação de vulnerabilidade e risco.

Em 2010, em conjunto com outras políticas sociais, o Gabinete Presidencial propôs o PIEC, também buscando através de suas determinações intervir nas causas e efeitos, visando prioritariamente a população mais vulnerável e dependente de crack, através de investimentos e estímulos às redes assistenciais

e às estratégias de redução de danos nos cuidados integrais voltados para o uso abusivo de álcool e outras drogas, como os Projetos de Consultórios na Rua, no âmbito do SUS. Também em 2010 realizou-se a IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial, que se propôs a avaliar a política e as ações em curso, a partir das recomendações da política implementada em 2003 (Brasil, 2004; 2010). O reconhecimento da direção de uma construção de trabalho em rede necessariamente intersetorial já se destaca desde o título da conferência: ampliava-se a problemática de álcool e outras drogas como desafio não apenas para a saúde, mas também para as políticas intersetoriais, confirmando-se assim a responsabilidade do estado na construção de efetivas redes de cuidado.



Finalmente, como reconhecimento das necessidades impostas ao cuidado com essa população, a implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial–RAPS, especialmente dirigida a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, vem ampliar os recursos e qualificar as estratégias intersetoriais, a partir da implementação/articulação de antigos, mas também novos, atores e dispositivos: atenção básica de saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, incluindo também o recurso de atenção residencial de caráter transitório, que virão a ser reconhecidos como as UAs – Unidades de Acolhimento. Destas últimas, e também dos Consultórios na Rua – outro importante recurso da RAPS - falaremos mais especialmente logo adiante (Brasil, 2001).

## O papel dos CAPS

Os CAPS têm um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde. Os CAPS devem desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, dispensar medicamentos, encaminhar e acompanhar pacientes que moram em residências terapêuticas, apoiar e dar retaguarda ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e equipes de saúde da família.

**SAIBA MAIS:**  
Os termos **Atenção Básica** e **Atenção Primária à Saúde** podem ser utilizados como sinônimos na maioria das vezes, sem que se torne um problema conceitual, porém existem algumas críticas quanto à origem e diferenças conceituais. Na literatura nacional e internacional há produções científicas em que os dois termos aparecem. Porém, o termo **Atenção Básica** no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS é mais utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. (Mello GA; Fontanella BJB; Demarzo MMP. *Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais.* (artigo de revisão). Rev. APS. V12, nº 2, p. 204-13. abr-jun, 2009.

O CAPS é um lugar de referência comunitário para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e quadros com gravidade e/ou “*persistência que justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida*” (Brasil, 2004b).

A partir da função que cumprem, de dispositivos estratégicos em saúde mental, os CAPS têm por objetivo (Ministério da Saúde - Brasil, 2004b):

- ✓ Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- ✓ Construir junto ao usuário e gerenciar projetos terapêuticos individualizados, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados;
- ✓ Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- ✓ Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- ✓ Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- ✓ Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- ✓ Coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- ✓ Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para tratamentos de sua saúde mental.

**NOTA**

Os termos “singular” e “individualizado” são utilizados como sinônimo, porém cabe ressaltar que atualmente se utiliza com maior frequência o denominação “projeto terapêutico singular (PTS).”



Nos CAPS, os pacientes devem ser atendidos com projetos terapêuticos individualizados, ou seja, cada paciente deve ter um projeto terapêutico, planejado de acordo com as necessidades identificadas, com a colaboração de uma equipe multidisciplinar - de forma a contemplar o maior número possível daquelas ne-

cessidades - e contando com a participação e o compromisso permanente do próprio paciente nas decisões tomadas.

Esse projeto terapêutico individualizado deve levar em conta o que possa existir em comum entre os pacientes (como o diagnóstico, uma comorbidade – lembre-se do módulo anterior –, o tipo e padrão de uso de drogas) e também o que existe de pessoal (sua história, suas capacidades, seu apoio familiar e social, sua inserção ou não no trabalho, suas escolhas, etc). Cada paciente pode, e deve, ser atendido segundo a intensidade de atenção necessária, em uma de três possíveis modalidades: intensiva, semi-intensiva e não intensiva.

Algumas atividades no CAPS são feitas em grupo, outras são individuais, algumas destinadas às famílias e outras envolvem a comunidade.

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- ✓ **Atendimento individual:** médico, psicoterápico, orientação;
- ✓ **Atendimento em grupo** em várias modalidades de oficinas terapêuticas – expressivas, geradoras de renda, alfabetização, culturais –, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debates, grupos de confecção de jornal;
- ✓ **Atendimento para a família/comunidade** incluindo, visitas domiciliares, atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade que têm como objetivo ampliar as trocas sociais (festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários, etc); assembleias e reuniões do serviço.



A *assembleia* é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem melhorias e mudanças para o funcionamento do serviço. São analisados os problemas e as sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

### Os CAPS podem se organizar das seguintes formas:

- ✓ **CAPS I** – Em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18h, de 2ª a 6ª feira.
- ✓ **CAPS II** – Em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18h, de 2ª a 6ª feira, e pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.
- ✓ **CAPS III** – Em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24h, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
- ✓ **CAPS i (para a infância e adolescência)** – Em municípios com população acima de 150.000 habitantes. Funciona das 8 às 18h, de 2ª a 6ª feira, e pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.
- ✓ **CAPS-AD** – Em municípios com população acima de 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18h, de 2ª a 6ª feira, e pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.





## O que são os CAPS-AD?

São CAPS específicos para usuários de álcool e outras drogas, denominados “Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas”. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS, **possui leitos de repouso** com a finalidade de cuidado, como por exemplo, para desintoxicações e outras condições clínicas que necessitam de intervenções médicas e de enfermagem e que possam ser acompanhadas ambulatorialmente.

Na construção da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, a implantação de CAPS-AD pelo Brasil afora inclui não apenas a designação ou construção de um espaço para o CAPS, mas também a montagem e capacitação da equipe multidisciplinar e a articulação com os demais atores da rede.

Quando estão funcionando adequadamente, o Ministério da Saúde os cadastra e então passa a financiar seu funcionamento, o que acontece por meio do repasse, aos municípios, dos gastos realizados com os tratamentos, pagos às Secretarias de Saúde por APACs, que são Autorizações por Procedimentos de Alta Complexidade e pelo RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde, instituído com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde e definida a utilização do instrumento de registro da Atenção Psicossocial, que tem por objetivo registrar mensalmente as ações de saúde realizadas durante o período de atendimento ao usuário do SUS.

O RAAS está em fase de implementação na atenção psicossocial e deverá extinguir a APAC. (Portaria nº 276, de 30 de março de 2012 e portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012).

De fato, é importante sempre lembrar que os CAPS-AD devem ficar responsáveis somente pelos casos mais graves e complexos identificados na comunidade, ou seja, aqueles casos que apresentam um padrão de **dependência**, ou **grave comprometimento sóciofamiliar**, e não por toda e **qualquer pessoa que tenha problemas com álcool e outras drogas**.

Essas pessoas, que constituem a maior parcela da população, podem e devem ser atendidas nos serviços de atenção básica de saúde, contando com o apoio dos CAPS-AD, e devem atuar de forma articulada com o restante da rede de saúde e dos outros serviços necessários ao cuidado.

Nos últimos anos, o crescimento dos problemas – especialmente aqueles relacionados às problemáticas envolvidas na dependência do crack –, assim como a preocupação com o uso de drogas por pessoas que vivem na rua, motivaram a inserção nas políticas sobre drogas de novos dispositivos e estratégias, como as Unidades de Acolhimento, através da publicação da Portaria GM/MS nº 121, e dos Consultórios na Rua, implementados pela Portaria GM/MS nº 122, ambas de 25 de janeiro de 2012.

### **AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO (UAs)**

As Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferecem atenção residencial de caráter transitório sendo parte da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2012). Se constituíram bem recentemente, e a partir do reconhecimento clínico-político da necessidade de acolhimento e ampliação do acesso ao tratamento de uma parcela importante da população dependente de drogas.

Essas unidades têm como função receber e acolher transitoriamente, em acolhimento voluntário e cuidados contínuos, pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

#### **As UAs se classificam como:**

- I. Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos;
- II. Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

As UAs constituem-se em um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial, com funcionamento 24 horas por dia e por 7 dias da semana, representando espaço de acolhimento de caráter residencial transitório, e portanto, espaço e tempo de suspensão do uso abusivo, de proteção, de atenção a situações de crise que não envolvem alta complexidade de cuidado clínico mas que podem representar recurso de fundamental importância em certos momentos do cuidado a esta população. A proposta de indicação de acolhimento em uma UA deve partir do CAPS e ser acompanhada por ele, que é responsável pelo projeto terapêutico singular a ser desenvolvido em conjunto com o usuário, definindo-se neste também o tempo de permanência na UA.

A proposta da UA, buscando acolher e proteger temporariamente uma pessoa – adulto ou criança e/ou adolescente em situação de agravo em função do uso abusivo de drogas –, deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.

Dessa forma, essas unidades preservarão sua articulação com a rede intersetorial, especialmente com o CAPS, a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, visando ao desenvolvimento de ações que favoreçam a reinserção social, familiar e laboral, a articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda. Especialmente, essas unidades devem, através do projeto terapêutico singular – PTS, construído e acompanhado, para cada sujeito visar à articulação territorial, a saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades e possibilidades.



## DOS CONSULTÓRIOS DE RUA AOS CONSULTÓRIOS NA RUA

### Os consultórios de rua do SUS

Em 2010, apoiado em experiências exitosas com dependentes de drogas, em curso na Bahia desde os anos mil novecentos e noventa, um documento divulgado pela Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde propunha que:

*“Os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania”. (Brasil, 2010)*

O Consultório de Rua é uma experiência surgida em 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição ligada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

(UFBA), como uma resposta dirigida ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas (Nery Filho, A., 2001).

A estratégia clínica dos Consultórios toma, a partir do reconhecimento de sua potência com relação à ampliação do acesso à população dependente de drogas, lugar privilegiado na RAPS. Tendo como característica singular a possibilidade de oferta de cuidados no próprio espaço da rua, essas estratégias procuram preservar o respeito e a vinculação ao contexto sociocultural da população em sofrimento pelo uso abusivo de drogas, buscando articular o cuidado às outras dimensões de necessidades em saúde.

Muitos trabalhos e experiências foram, ao longo de seu desenvolvimento, apresentando resultados satisfatórios, com relevante produção de assistência primária, de prevenção, de melhoria do acesso aos serviços de saúde e de promoção de qualidade de vida. Foi justamente o êxito dessas experiências, em âmbito nacional, que orientou a intensificação, ampliação e diversificação das ações não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável, especialmente por permitir maiores movimentos de aproximação entre ela e os serviços de saúde.

A radicalidade do contexto atual, assim como a vulnerabilidade de grupos populacionais específicos, em especial crianças, adolescentes e adultos jovens, levou a um olhar mais crítico “no sentido de ampliar as ações de enfrentamento do grave cenário do uso de álcool e outras drogas por parte de uma população historicamente excluída, que tem a “rua” como seu lugar de existência em várias fases de sua vida” (Brasil, 2010).

## **OS CONSULTÓRIOS NA RUA – A ATENÇÃO BÁSICA**

Na esteira das ações de avaliação científica e supervisão, acompanhando portanto o desenvolvimento dessas estratégias, em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou duas portarias com as formas de funcionamento dos **Consultórios na Rua**: portarias nº 122 e nº 123, ambas em 25 de janeiro (Brasil, 2012b/2012c).

Dessa forma, atualmente, existem ambos, os Consultórios de Rua e os Consultórios na Rua, porém com a indicativa de substituição do Consultório de Rua pelo Consultório na Rua. Estes se encontram vinculados necessariamente às UBS (Unidades Básicas de Saúde), integrados portanto à Atenção Básica, sendo especialmente responsáveis pela integralidade do cuidado, princípio norteador do SUS, tendo como uma das ações e não especificamente, “a busca ativa e o

cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.” (Portaria 122, de 25 de janeiro de 2012).

A partir desse momento, ampliou-se e qualificou-se essa estratégia, passando a existir três modalidades de equipes, atuando junto à população em situação de rua, ao menos por 30h semanais e de forma itinerante, prestando atenção e cuidados em saúde mental e adotando a Estratégia de Redução de Danos, **sempre em parceria com outros serviços da rede pública de atenção a usuários de álcool e outras drogas.**

Elementos da rede de atenção à população com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas:

- ✓ Consultórios na Rua;
- ✓ Leitos em Hospitais Gerais;
- ✓ Unidades de Acolhimento Transitórias;
- ✓ Leitos de Atenção Integral nos CAPS-AD III;
- ✓ Casas de Passagem;
- ✓ Recursos da Comunidade - Comunidades Terapêuticas, Grupos de Ajuda Mútua (AA, NA);
- ✓ CAPS-AD;
- ✓ Serviços especializados conveniados ou não ao SUS.

### IMPORTANTE!

Localize o CAPS-AD mais próximo do seu local de trabalho e vá conhecê-lo para discutir os casos que você atende e encaminhar os casos graves com conhecimento das condições reais desse tipo de serviço.



Os recursos da rede de atenção e cuidado para pessoas em situação de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas devem contar também com os **Hospitais Gerais**, espaços importantes de acolhimento às situações de crise, e que muitas vezes podem constituir também a porta de entrada de um tratamento.

A habitação e as necessidades básicas de vida podem também ser atendidas pela implementação de **Casas de Passagem ou Abrigos**, que podem ser constituídos a partir da iniciativa das Secretarias de Assistência Social. São também complementares ao cuidado os **Grupos de Ajuda Mútua**, de orientação religiosa ou não, as **Comunidades Terapêuticas**, os **Centros Culturais e de Convivência**, as **Oficinas Terapêuticas**, entre outros.

Durante o ano de 2005 (Brasil, 2004c), visando à ampliação e diversificação da rede de saúde dirigida ao cuidado com a população com problemas mais ou

menos graves provocados pelo uso de drogas, o Ministério da Saúde publicou Portaria com normas para a utilização de leitos de hospitais gerais para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Esse fato foi uma resposta sensível e importante à percepção da necessidade de assistência com recursos mais complexos para os casos em que os pacientes apresentassem situações mais graves que aquelas possíveis de serem atendidas nos CAPS-AD. Nesses casos, o papel dos Hospitais Gerais na rede de assistência a usuários de álcool e outras drogas é o de realizar internações breves, para as situações de tratamento de desintoxicação ou abstinência e atendimentos de intercorrências e emergências clínicas, gerais e cirúrgicas.

Em 2012 foi identificada também a necessidade dos Leitos de Atenção Integral. Esses leitos são dispositivos de hospitalidade e de acolhimento noturno do CAPS-AD III e devem estar articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas.

Além dos pacientes que são encaminhados para os Hospitais Gerais por apresentarem problemas com o uso de substâncias claramente identificados, muitas pessoas com os mesmos problemas (não-identificados) são atendidas quando procuram assistência para outras queixas de saúde. Nesses casos, a assistência no Hospital Geral fornece uma importante oportunidade para a identificação precoce de pessoas com problemas com álcool e outras drogas.

Isso ocorre porque muitas vezes pessoas que usam álcool e outras drogas procuram os Hospitais Gerais devido a danos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas (por exemplo: acidentes, intoxicação, abstinência, doenças associadas etc.), muito tempo antes de procurar os serviços especializados no tratamento de dependência de álcool ou outras drogas.

Identificar na assistência às pessoas com problemas decorrentes de drogas quais os locais mais indicados para acolhimento e atendimento na rede de cuidados não é tarefa fácil mesmo para um profissional experiente, mesmo no trabalho multidisciplinar de construção do cuidado: um adulto, jovem ou criança, em situação de uso abusivo e/ou dependência de drogas; agrava, melhora, avança, se articula, se recolhe... ou evade, e por vezes desaparece.

Dessa forma, cabe lembrar que a questão clínica do abuso ou dependência de drogas não será jamais estática, porque são vivos os sujeitos que se utilizam de drogas e movimentam-se traçando caminhos próprios, **muitas vezes indicando-nos nesses movimentos as possibilidades de construção das redes que necessitam.**

Assim como seus agravos clínicos, que se modificam e se alteram muitas vezes muito rapidamente, impondo a necessidade de alteração na estratégia clínica anteriormente traçada, também seus frágeis ou mesmos bruscos movimentos podem auxiliar no desenho da rede que melhor poderá acolhê-los e vinculá-los, construindo por vezes saídas singulares para a vida e seus possíveis novos movimentos (Cerqueira et al, 2010).

Por essa razão, é importante utilizar tanto os espaços urbanos, através das equipes dos consultórios na rua quanto as equipes dos Hospitais Gerais, **para identificar situações de risco e oportunidades para realizar intervenções. É de fundamental importância que os profissionais sejam capacitados para fazer a identificação precoce**, podendo nessas situações realizar internações breves e muitas vezes resolutivas, que levem em consideração o respeito às escolhas individuais, os princípios de redução de danos e uma postura não estigmatizadora.

**Muitos são os desafios que ainda persistem para a construção da rede de atenção aos problemas relacionados ao uso problemático ou à dependência de álcool e outras drogas:**

- ✓ Dificuldades locais para a estruturação, ampliação e articulação da rede;
- ✓ Necessidade de potencializar a capacitação dos profissionais que trabalham em todos os pontos da rede;
- ✓ Aperfeiçoamento da assistência, que se dará certamente e apenas pela prática, no cotidiano compartilhado do trabalho e do cuidado, pela participação responsável dos diversos profissionais e usuários comprometidos na construção desse cuidado, e pela contribuição das atividades de pesquisa e avaliação permanente sobre a produção de cuidado em curso nessa rede;
- ✓ Potencialização e articulação das diversas políticas, de saúde, trabalho, assistência social, educação, habitação, segurança pública, cultura e lazer, desportos, etc., visando à consolidação das diretrizes em curso, assim como à construção compartilhada de novas alternativas de cuidado.

## Atividades

### REFLEXÃO

De acordo com o conteúdo aprendido neste capítulo, descreva como na sua região podem se organizar as diferentes formas de assistência em rede, envolvendo o CAPS-AD.

### TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. Anteriormente aos instrumentos políticos - leis, decretos, portarias – publicados em nosso país a partir dos movimentos decorrentes da Reforma Psiquiátrica, a atenção dirigida às pessoas com problemas com drogas tinha como diretriz principal:**
  - a) O atendimento em Hospitais Gerais.
  - b) O encarceramento em presídios.
  - c) A medicalização.
  - d) Os tratamentos em Hospitais Psiquiátricos.
- 2. No cenário recente da construção clínico-política das redes de atenção para a população dependente de drogas, o PEAD representou um importante instrumento no sentido do reconhecimento de algumas especificidades e fragilidades sociais. Os grupos que mais se beneficiaram das iniciativas ali propostas foram:**
  - a) As crianças, os adolescentes e os jovens moradores de rua em situação de vulnerabilidade e risco.
  - b) Os adultos jovens.
  - c) Os profissionais de saúde trabalhadores dos CAPS-AD.
  - d) Os moradores das comunidades de baixa renda.



**3. Quando um adulto jovem se encontra em situação de uso abusivo de drogas e vulnerabilidade social e familiar, indicando a necessidade de um cuidado clínico mais próximo e intensivo, mesmo que transitório, o local mais adequado da rede de cuidados para recebê-lo será:**

- a) O CAPS-AD.
- b) O Hospital Geral.
- c) A Unidade de Acolhimento.
- d) O Leito de Observação.

**4. Assinale a alternativa INCORRETA: O tempo e a experiência demonstraram que a internação em Hospitais Psiquiátricos não é adequada para grande parte dessas pessoas porque:**

- a) Pessoas com problemas com álcool e outras drogas necessitam de projetos terapêuticos específicos, diferentes dos projetos para outros transtornos mentais.
- b) O tratamento no hospital não prepara os pacientes para lidarem com as situações difíceis do seu dia a dia fora do hospital.
- c) O modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) é muito mais caro e não coloca em ação os recursos dos serviços extra-hospitalares.
- d) A internação não causa estigma ao indivíduo e deve ser solicitada pelo médico da atenção primária.

## Bibliografia

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 3088/11 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST / AIDS, 2ª edição revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Criação e implantação de rede de assistência em Centros de Atenção Psicossocial para o atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (CAPS-AD). Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS no 1232 – 25 de janeiro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS. PEAD 2009-2010. Portaria GM/MS nº 1.190- 4 de junho de 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultório de Rua do SUS. Brasília: FIOCRUZ; setembro de 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS. Brasília, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 305 - 30 de abril de 2002a.

Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Política Nacional sobre Drogas/Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas; 2005. p. 22 -24.

Brasil. Presidência da República - Casa Civil. Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas. PIEC/2010, Decreto nº 7.179 - 20 de maio de 2010a.

Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010c.

Cerqueira AC, Nardi AE, Souza-Lima F, Godoy Barreiros JM. Bipolar disorder and multiple sclerosis: comorbidity and risk factors. Rev Bras Psiquiatr.2010;32(4):454-6.

Delgado PG. A dívida histórica da Saúde Pública com a questão do álcool e outras drogas. In: Acselrad G, organizador. *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 165-81.

Delgado PG. O tratamento a partir da Reforma Psiquiátrica. In: Quinet, A, organizador. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 153-158.

Fernandes, FL., *Redes de Valorização da Vida*, organizador. Rio de Janeiro: Observatório das Favelas; 2009.

Nery Filho, A. Trabalhando com a Comunidade. In: *Álcool e drogas. Usos, Dependência e tratamentos*. Cruz, M.S.; Ferreira, S.M.B. Org. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 165-183, 2001.

Pitta A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT, organizadores. *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA; 2001. p. 277-82.

Ramôa ML. Novas rotas, novos fluxos: a construção de uma rede psicossocial para álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro. In: Fernandes, Fernando Lannes, organizador. *Redes de Valorização da Vida*. Rio de Janeiro: Observatório das Favelas; 2009. p. 85-95.



# Capítulo 2

## O vínculo necessário entre os equipamentos da área de saúde mental e os do PSF na construção da rede de atenção integral a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

### TÓPICOS

- ✓ A rede de atenção integral
- ✓ A Lógica Matricial: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica
  - ✓ Atividades
  - ✓ Bibliografia

Como você viu no decorrer do curso, os problemas relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas têm mobilizado, cada vez mais, os profissionais de saúde das mais diversas especialidades e áreas de atuação. Todos se sentem convocados pela necessidade de construção de estratégias mais contínuas e integradas de cuidado, para o alcance da integralidade na assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS (Cecílio, 2001).

As situações de cuidado em saúde, relacionadas aos problemas do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, podem e devem ser acolhidas pelo Sistema Único de Saúde de forma integral, respeitando-se os diversos níveis de gravidade e as formas como ocorrem para cada indivíduo, família, grupo e comunidade. Tratar e respeitar as singularidades pessoais e socioculturais dessas relações problemáticas com o álcool e outras drogas tem sido um importante e constante *desafio* para as *equipes de atenção básica* e para os *profissionais de saúde da família*, que devem constituir equipes multidisciplinares, fazendo conviver práticas e saberes diversos sobre uma mesma situação-problema, o que pode promover um cuidado mais amplo e integral.

Também é importante estar claro que, nessa empreitada, essas equipes multidisciplinares não podem, nem devem, estar sozinhas. Para uma atenção integral àquelas famílias, devem ser construídas, permanentemente, importantes parcerias, respeitando-se os princípios do SUS e as necessidades que aquelas situações clínicas impõem. As parcerias construídas devem ser complementares e as instituições e profissionais se constituem não apenas em parceiros, *mas em pessoas comprometidas com as configurações e movimentos da rede em construção*.

É importante ressaltar que os recursos e serviços com que contamos para a construção de uma rede de atenção à clientela em situação de dependência de álcool e outras drogas variam e se apresentam em níveis diversificados. Esses recursos vão do uso da mais leve das tecnologias de cuidado (Merhy et al, 2004), do acolhimento e do vínculo, construídos no bom uso da palavra, ao recurso último da internação hospitalar.

Muitos e variados podem ser os desenhos da rede, mas uma dimensão está sempre presente. Esse elemento comum que, segundo Antonio Lancetti (1994), marca a especificidade de um trabalho em saúde mental nos programas de saúde da família é a ideia **de que a invenção deve fazer parte do método de trabalho**. Ou seja, não haverá fórmulas ou prescrições que sirvam para ser aplicadas a todas as situações. Além disso, a complexidade dos problemas enfrentados permitirá a criação de novas soluções e alternativas, adequadas às características e recursos locais.

## A rede de atenção integral

Essas ações de identificação, construção e preservação de parcerias visam à *ação de cuidado*, além de tornarem possível a *restauração de laços afetados ou mesmo rompidos*, em função do uso contínuo do álcool e outras drogas. A clientela dependente do álcool e outras drogas apresenta, em geral, quadros graves de rompimento de laços sociais e de trabalho, o que poderá, progressivamente, se agravar ainda mais, em função das situações clínicas aí envolvidas. Cabe aqui o redimensionamento da noção da *clínica*, uma vez que aquelas dimensões, familiares, sociais e de trabalho, também irão se apresentar como *clínicas*, na perspectiva de uma *clínica ampliada de cuidados em saúde mental*.

Essas dimensões são responsáveis, muitas vezes, pelo agravamento dos problemas de saúde mental, e portanto pelas questões relativas ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Na Estratégia de Saúde da Família, as redes são organizadas em torno das comunidades e das famílias, de seus problemas e dificuldades. Uma das atribuições da equipe, a partir do vínculo de cuidado é *resgatar e reinstaurar laços familiares e de apoio social perdidos*, ou construí-los de forma nova, com os sujeitos, levando em conta a comunidade em que vivem, com suas possibilidades e limitações.

Entre as *dificuldades encontradas* para que essas reconstruções sejam possíveis, uma das que mais afligem os profissionais de saúde da ESF é construir e *garantir o acesso dessa clientela* à rede de cuidados. De início, cabe chamar atenção ao fato de que uma rede ***não está pronta em algum lugar***, embora existam serviços em diferentes níveis de complexidade, dirigidos às diferentes situações clínicas encontradas na dependência de álcool e outras drogas. A rede será identificada como um “tecido” de possibilidades, em permanente movimento, sensível às necessidades das mudanças e às dinâmicas ali apresentadas. Para tal ela depende do fator mais importante nas ações de cuidado: **ela depende das pessoas**.

Falando de uma rede de cuidados em saúde comprometida com a vida, Ceccim e Ferla propõem que a cada encontro é imprescindível ao profissional da saúde “aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida e de trabalho; as concepções que têm acerca da saúde, da doença, dos fatores que beneficiam a saúde, dos fatores que prejudicam a saúde e dos recursos que buscam em caso de doença ou abalo à saúde (...)” (Ceccim e Ferla, 2006: 166). Seguindo essas premissas, reconhecemos aqui a potência contida no trabalho

territorial e comunitário dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, estes últimos eles mesmos integrantes da comunidade, ocupantes do território sob seus cuidados. Muitas vezes, é apenas por serem aqueles que escutam as dores cotidianas e acolhem impressões acerca dos problemas de vida e de saúde que podem os ACS conhecer e identificar situações de uso comprometedor de alguma droga, seja ela lícita ou ilícita. Próximos às pessoas cuja condição de vida apresenta um acúmulo de problemas e necessidades – como acontece entre determinados grupos sociais mais vulneráveis e menos favorecidos – os profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde podem reconhecer mais fácil e brevemente as heterogeneidades e/ou semelhanças dos problemas e dificuldades da população local. Isto amplia a possibilidade de acesso das pessoas que apresentem problemas com drogas aos diferentes pontos da rede de cuidado, em função das diferentes situações identificadas.

Conforme a orientação do Ministério da Saúde (2004a, 2004b), a rede básica de saúde inclui os centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sabemos também que, de acordo com a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, as equipes da *rede básica de saúde devem manter contato e integração permanente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. **Como é possível essa integração entre as pessoas que formam a rede?**

## A Lógica Matricial: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica

Uma das formas importantes dessa integração é o **APOIO MATRICIAL**, que tem uma lógica diferente do encaminhamento ou da referência e contrarreferência. Embora estratégico, o CAPS não é o único, mas um dos vários serviços e espaços possíveis de cuidado, em saúde mental, para os problemas relacionados ao uso ou dependência de álcool e outras drogas. É no CAPS que podem se concentrar os encontros, as decisões sobre o tratamento dos casos graves, os manejos das dificuldades encontradas e a revisão dos projetos terapêuticos, construídos pelas diferentes equipes de cuidado.

**Para os casos graves** em que a atenção da rede básica não seja resolutive, pela Lógica Matricial, as equipes dos CAPS devem fornecer apoio às equipes da atenção básica, incluindo na programação de sua carga horária encontros semanais com os técnicos das equipes básicas.

Nesses encontros, esses casos graves são discutidos e, portanto, compartilhados. Com isso, a responsabilidade dos casos é distribuída por todos, comprometendo ambas as equipes e construindo a atenção de forma complementar. Está excluída assim a antiga lógica do encaminhamento, da referência e contrarreferência, *responsabilizando todos os envolvidos no acolhimento e/ou nas ações de cuidado continuado.*

Além das discussões de casos, as equipes podem **atender conjuntamente** os pacientes ou seus familiares e realizar intervenções conjuntas nas comunidades. Assim, o apoio matricial significa uma nova proposta, modificando a lógica anterior do encaminhamento de todos os casos que determinado serviço não conseguisse resolver. De fato, a proposta de um trabalho em rede supõe que ***nenhum serviço* poderá resolver *todas as necessidades* de cuidado em saúde *de todas as pessoas*** de um dado território. Isso é verdade, principalmente, se a necessidade de saúde estiver relacionada ao tratamento para dependência ou uso abusivo de álcool e outras drogas, ou mesmo à situação em que a prevenção a esse uso seja identificada como necessária.

#### **Vejamos o caso apresentado:**

*Um profissional do CAPS de Guadalupe agenda, por telefone, com os profissionais de um CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas) uma reunião para discutir a situação difícil de um paciente. Na reunião, este e outros profissionais do CAPS de Guadalupe relatam que um paciente de 38 anos, do sexo masculino, foi atendido em casa, em visita domiciliar. Isso foi necessário, pois a mãe do paciente procurara o CAPS relatando que o paciente estava havia vários meses sem sair de casa, gravemente delirante e recusando a medicação. Após 3 visitas, o paciente aceitou ser medicado em casa e apresentou progressiva melhora, passando a frequentar o CAPS assiduamente. No entanto, voltou a fazer uso de cocaína, como fazia antes do início do atendimento. Apesar do bom vínculo com a equipe do CAPS, as ações do projeto terapêutico não tinham sucesso em ajudar o paciente a interromper o uso da droga. Com isso, o paciente, continuamente, colocava-se em situações de muito risco. Na discussão com a equipe do CAPS-AD, ficou decidida a indicação de uma internação curta para ajudar o paciente a interromper o uso abusivo. Durante a internação, a equipe do CAPS manteve*



*o contato com o paciente e a alta foi seguida do retorno deste ao CAPS, além da sua frequência, acompanhado por técnico do CAPS, a grupos de mútua ajuda. Também foi proposto o estreitamento do contato com a mãe e outros familiares do paciente. Essas medidas permitiram importante melhora da situação do paciente. Além disso, evitou-se o encaminhamento do caso para outro serviço (o CAPS-AD), mantendo o bom vínculo do paciente com o CAPS do seu território.*

A proximidade da ESF do dia a dia das comunidades confere um privilégio no alcance das suas equipes e no seu potencial de abordagem dos problemas com álcool e outras drogas. Para isso, a capacitação dessas equipes deve incorporar as técnicas de identificação precoce e Intervenção Breve. No entanto, é importante que os profissionais da ESF saibam que nem toda pessoa identificada como tendo problemas com drogas deve ser encaminhada para os CAPS-AD ou outros serviços especializados. Os profissionais da ESF têm resolutividade na atenção a essas pessoas e o Apoio Matricial dado pelos CAPS-AD pode contribuir para a discussão dos casos mais difíceis. Em todos os casos, não se deve perder de vista que a postura diante das pessoas que usam drogas deve ser de acolhimento e reflexão, e não de imposição e exigência.

Tanto quanto nas outras dimensões de cuidado, desenvolvidas pelos profissionais da ESF, o foco do trabalho e do tratamento das questões relativas à dependência ou abuso de álcool e outras drogas deve também ser a família e a comunidade onde ela se insere, contemplando assim suas diversidades e suas peculiares formas de relação. Para os profissionais da ESF, está claro que existem formas diversas de funcionamento de cada família, em particular, que pode apresentar um de seus membros como o *bode expiatório* ou *sintoma de suas dificuldades relacionais*. Muitas vezes, esse sintoma familiar ou social se apresenta sob a forma da dependência de álcool e outras drogas, atrelando-se a ela situações mais ou menos relacionadas à violência doméstica e/ou envolvimento com o tráfico. Assim, para desenvolver ações integrais aos dependentes de drogas, os Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais das Estratégias de Saúde da Família devem atender – e entender – não apenas os sujeitos dependentes, mas também precisam estar atentos às situações que envolvem aquelas formas de uso. Há necessidade de um campo de articulação intersetorial com os serviços assistenciais que não se inserem no campo da saúde, mas que também representam o cuidado necessário em uma rede de atenção. Tomamos aqui a definição de **rede** como **um sistema capaz de reunir e organizar pessoas e instituições** de forma democrática, visando à construção de novos compromissos e em torno de interesses comuns, fortalecendo atores sociais na defesa e implementação de seus projetos, e na

promoção da melhoria da qualidade de vida de suas comunidades (Projeto Casulo,2006).

Assim, além dos serviços mais tradicionais – ambulatório, oficinas de saúde mental, Grupos de Ajuda Mútua, leitos em Hospitais Gerais, CAPS, CAPS-AD, CAPS III, residências terapêuticas – e de outros de desenvolvimento mais recente, como os Consultórios na Rua e as Unidades de Acolhimento – a rede que se propõe tem como articuladores privilegiados os ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) e os profissionais de ESF (Estratégia de Saúde da Família), mas poderá e deverá ser composta pela comunidade em geral, e por outros atores e setores, tais como: a Assistência ou Promoção Social – abrigos, albergues e Casas de Passagem, etc.; a Justiça, por meio de seus representantes, por exemplo: o Ministério Público e as Promotorias; a Educação, formal e informal, com escolas e Secretarias de Educação, de Cultura, Esporte e Lazer; a Segurança Pública, e a polícia - muitas vezes, importantes parceiros da saúde nas ações públicas; as ONGs (Organizações Não Governamentais) e a iniciativa privada, tanto e sempre que possível; e os muitos e importantes Conselhos, que cumprem a função de controle social, tais como os Conselhos de Saúde, os Conselhos Tutelares, os Conselhos Municipais sobre Drogas etc.

Estas afirmações de Toro (1999, apud Lancetti 1994) são relevantes lembretes ao trabalho dos ACSs e ESFs com pessoas dependentes de álcool e outras drogas, seja com relação às dificuldades de relacionamentos interfamiliares enfrentados, seja com relação aos limites da ação dos profissionais.

José Bernardo Toro, cientista social colombiano, discutindo as formas possíveis de vida e convivência social na modernidade, propõe quatro pressupostos básicos de Aprendizados para a Convivência: Toro (1999, apud Lancetti 1994)

- ✓ Aprender a não se agredir;
- ✓ Aprender a cuidar de si;
- ✓ Aprender a dar valor às realizações e saberes coletivos;
- ✓ Aprender a conhecer e aceitar as pessoas da maneira como elas são.



**A seguir, como exemplo, os impasses enfrentados no caso de Fabiana, usuária de crack (apresentado por Lancetti (1994); experiência vivida pelo PSF (atual ESF) no município de Santos, e semelhante a tantos outros).**

*Fabiana morava com o companheiro e uma filha do casal, de dez anos de idade, sendo procurada pelo PSF após ter sido atendida no hospital local, em função de um aborto provocado. O marido de Fabiana, Marco, também era dependente de crack, tendo vendido todos os móveis e utensílios da casa para comprar o produto. Os familiares de Fabiana se afastaram do casal, saindo da casa localizada em um terreno comum, indo residir em outro bairro. A partir do atendimento realizado no hospital, identificada a problemática da família, a equipe foi informada e organizou uma visita à residência do casal. Marco e Fabiana não tiveram, inicialmente, boa receptividade aos ‘visitantes’. Fabiana, inclusive, recusou-se a falar com os profissionais na presença do marido, o que mostrou importante dado sobre o relacionamento do casal. Na ausência do marido, queixou-se de que Marco “queimava pedra” e tinha vendido tudo que tinham, e disse: **“Ele se mete embaixo da cama, fica olhando revista de ‘sacanagem’ e me obriga a transar. Ele não pode saber que estou com AIDS, porque me mata”**. A equipe conversou calmamente com Fabiana, insistindo em ajudá-la. Na manhã seguinte, Fabiana acordou, fumou um baseado e apareceu na casa da agente comunitária de banho tomado. Fazia três meses que Fabiana não tomava banho. A partir daí, foi iniciado o tratamento e Fabiana substituiu, progressivamente, o crack pela maconha, embora ela diga **“não gostar mais de maconha”**. O processo continuou nos meses seguintes, com períodos alternados de recaídas, substituição e abstinência, acompanhados pelas equipes de saúde dos serviços locais e pelos ACSs. Depois de algum tempo, embora sem registro de mudanças nos hábitos de Marco, a família de Fabiana voltou a morar no terreno onde se encontram as duas casas, e a filha de dez anos passou a frequentar assiduamente a escola.*

Lancetti (1994) lembra nesse trabalho a importância da abordagem sensível dos profissionais das equipes dos então PSFs, o que no caso do dependente e de suas famílias é de fundamental importância. Acessados pelo hospital, que havia cuidado de Fabiana quando de seu aborto, quando foi identificada a AIDS e o uso abusivo de crack, os ‘amigos qualificados’ dos PSFs (nome inicialmente atribuído aos acompanhantes terapêuticos) souberam também acolher e acompanhar Fabiana nas suas condições particulares de inserção em um tratamento de substituição, sem desistir de ajudá-la nos diferentes momentos que se apresentaram e de diferentes formas, inclusive no cuidado com sua filha e no respeito em sua relação com o marido. Mas, principalmente, sem desistir de Fabiana.

A *integralidade* e a *acessibilidade* são dois princípios importantes do Sistema Único de Saúde, especialmente por apresentarem a dimensão de uma *ética de cuidados* que deve estar presente nas ações desenvolvidas pelas pessoas e serviços que constroem uma rede de atenção integral. Na construção e consolidação dessa rede, as equipes da Estratégia de Saúde da Família são *fundamentais* para que sejam identificadas e cuidadas inúmeras famílias que, de outra forma, não teriam como acessar e ser atendidas pelos serviços de saúde.

Isso é especialmente verdadeiro nas situações em que são necessárias delicadeza e complexidade nas ações de cuidado, como é o caso daquelas que envolvem o uso abusivo ou a dependência de álcool e outras drogas. Dessa forma, poderão ser criadas as condições mínimas para que sejam contempladas as direções apontadas pelas políticas em curso, estabelecendo-se, na intersecção entre saúde mental e ESFs, o vínculo necessário ao alcance da integralidade do cuidado às situações de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas.

## Atividades

### REFLEXÃO

Qual a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção em rede dos usuários com abuso ou dependência de drogas?

### TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. Entre os princípios que pautam os desenhos da rede de atenção, qual elemento deve sempre estar presente?**
  - a) A concentração do atendimento deve se dar em um ambiente único.
  - b) A invenção deve fazer parte do método de trabalho.
  - c) Deve-se seguir fórmulas gerais que se aplicam a todas as situações.
  - d) As informações devem estar concentradas em um grupo de profissionais especializados.
- 2. Por que as redes de atenção podem ser entendidas como clínicas ampliadas?**
  - a) Seu objetivo é trabalhar de maneira geral a saúde do paciente, levando em consideração aspectos sociais, familiares e de trabalho.
  - b) Por envolver diversas esferas de atendimento e instituições que se complementam em relação ao atendimento do paciente.
  - c) Por serem organizadas em grandes centros especializados em fornecer esse tipo de atenção em saúde.
  - d) As alternativas a e b estão corretas.

**3. Sobre as redes de atenção, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Na ESF, as redes são organizadas em torno das comunidades.
- b) Reunem e organizam pessoas e instituições de forma democrática, visando à construção de novos compromissos e em torno de interesses comuns.
- c) A rede, uma vez estabelecida, deve permanecer imutável.
- d) Não é formada por um único serviço capaz de resolver todas as necessidades de cuidado em saúde das pessoas de um dado território.

**4. As redes de atenção envolvem uma série de instituições que são previstas nas orientações do Ministério da Saúde. Entre essas instituições estão:**

- a) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- b) Centros ou unidades locais ou regionais como abrigos, albergues, escolas e Organizações Não Governamentais.
- c) Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

## Bibliografia

Arbaizar B, Diersen-Sotos T, Gómez-Acebo I, Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38(1):8-12.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST / AIDS, 2ª edição revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Criação e implantação de rede de assistência em Centros de Atenção Psicossocial para o atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (CAPS-AD). Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 305 - 30 de abril de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS. Brasília, 2005.

Ceccim, RB e Ferla, AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro, R, Mattos, AR, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.*

Cecílio LCO. As necessidades da saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos AR, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

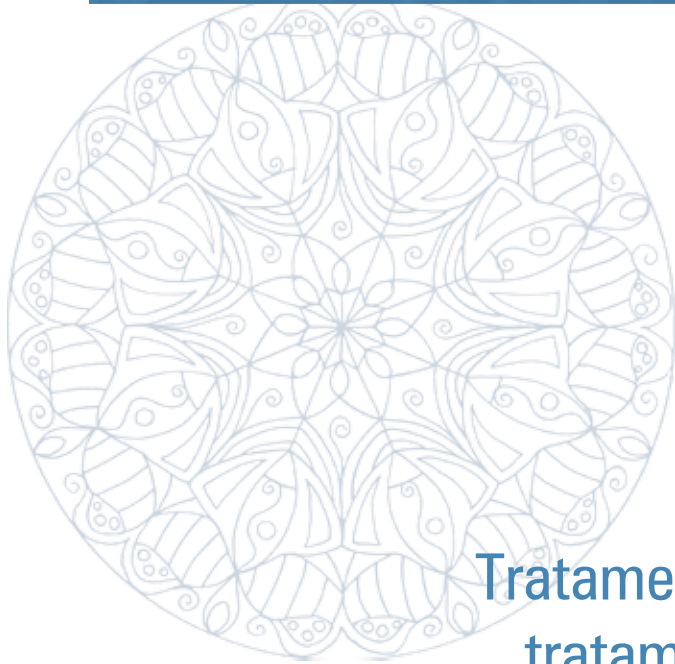
Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(11):1849-57.

Lancetti A. *Saúde e loucura 7: Saúde mental e saúde da família*, 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

Merhy EE, Miranda Jr H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

Ray R. The Oxford connection [na Internet]. 1999. Lynn's Recovery Site. Disponível em: [elite.net/~ecunning/oxfordconnection.html](http://elite.net/~ecunning/oxfordconnection.html).

Wilson B. *Alcoholics Anonymous comes of age: A brief history of A.A.* New York, Alcoholics Anonymous World Services; 1957.



# Capítulo 3

## Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

### TÓPICOS

- ✓ Álcool
- ✓ Nicotina
- ✓ Opioides
- ✓ Cocaína e crack
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

#### **Nota dos organizadores**

*Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.*



Os medicamentos utilizados no tratamento dos problemas com álcool e outras drogas visam tratar a intoxicação, a síndrome de abstinência ou a síndrome de dependência das substâncias psicoativas. Este capítulo abordará o tratamento farmacológico somente para o uso de álcool, nicotina e opioides, porque são substâncias para as quais existe tratamento com medicações específicas, além da cocaína e crack, devido à relevância desse tipo de dependência na atualidade.

## Álcool

O **objetivo** do tratamento da Síndrome de Abstinência ao Álcool (SAA) é prevenir a ocorrência de:

- ✓ Convulsões;
- ✓ *Delirium tremens*;
- ✓ Morte por complicações da SAA.

O tratamento farmacológico da SAA inclui os seguintes medicamentos:

- ✓ **Benzodiazepínicos (tranquilizantes, calmantes):** Os benzodiazepínicos de longa ação (diazepam e clordiazepóxido) são as medicações de escolha para o tratamento da SAA, pois são seguros e efetivos para prevenir e tratar convulsões e delírios. Os benzodiazepínicos **não devem ser utilizados enquanto o paciente estiver intoxicado por álcool**.
- ✓ **Haloperidol:** É uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada para tratar agitação e alucinação. No entanto, pode aumentar o risco de convulsões, por isso deve ser utilizada após a administração de benzodiazepínicos que são anticonvulsivantes.
- ✓ **Tiamina (vitamina B1):** A suplementação de tiamina é importante para a prevenção da Síndrome de Wernicke - Korsakoff, principalmente em pacientes desnutridos. Apesar de muitos não apresentarem deficiência de tiamina, ela deve ser prescrita regularmente para todos os pacientes em SAA, pois não apresenta efeitos adversos ou contra-indicações. A dose utilizada é 300 mg/dia, via oral, sendo que nos primeiros três a cinco dias deve ser utilizada de forma intramuscular.

**ATENÇÃO!**  
Para pacientes idosos e indivíduos com problemas hepáticos, recomenda-se a utilização de benzodiazepínicos de ação mais curta, como o lorazepam, por exemplo. Sua dose varia de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados.

## DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

### ATENÇÃO!

*O paciente sempre deve ser informado sobre as reações provocadas pela medicação (dissulfiram) e deve ser orientado a não consumir álcool em hipótese alguma (para alguns pacientes, vinagre, perfume e desodorante podem ocasionar reações leves).*

- ✓ **Dissulfiram:** Essa medicação foi aprovada para uso no tratamento da dependência de álcool na década de quarenta e, desde então, tem sido muito utilizada, apesar de sua eficácia não estar comprovada. O dissulfiram inibe a metabolização do álcool, causando reações desagradáveis quando o paciente consome álcool. Essas reações vão desde rubor facial, suor, náuseas e palpitações até reações mais intensas, como falta de ar, diminuição da pressão arterial, tontura e convulsões. Reações graves podem ocorrer, como infarto do miocárdio, perda da consciência, insuficiência cardíaca e respiratória e morte. A intensidade das reações irá depender da dose da medicação, da quantidade de álcool consumida e da vulnerabilidade individual. O efeito perdura por até sete dias.  
A dose usual é de 1 a 2 comprimidos de 250 mg, ao dia, e esse medicamento pode ser utilizado regularmente ou apenas em situações de risco, apresentando custo baixo. Sugere-se que seu uso ocorra em um programa de tratamento para dependência de álcool sob supervisão médica.
- ✓ **Naltrexone:** Essa medicação foi aprovada para tratamento da dependência de álcool, em conjunto com intervenções psicossociais (ex: psicoterapia, orientação individual e familiar). Os estudos iniciais mostraram que a medicação diminuía os efeitos prazerosos do álcool e, com isso, também diminuía a vontade de beber. Os resultados dos testes em pacientes alcoolistas mostraram que o naltrexone, quando combinado com intervenções psicossociais, diminuía em 50% a chance de recaída, diminuía a vontade de beber e o número de dias bebendo. A medicação é geralmente bem tolerada e os efeitos adversos mais comuns são náuseas, dor de cabeça, ansiedade e sonolência. Utiliza-se o naltrexone na dose de 50 mg, uma vez ao dia. Entretanto, é uma medicação com custo mensal relativamente alto (em torno de duzentos e quarenta reais por ocasião da redação deste texto).
- ✓ **Acamprosato:** É uma das medicações recentemente aprovadas para tratamento do alcoolismo, sendo efetiva na redução da recaída de pacientes, além de aumentar o número de dias de abstinência de álcool. É vendida em comprimidos de 333 mg e, em adultos com mais

de 60 kg, a dose indicada é de dois comprimidos, 3 vezes ao dia, com um custo mensal de cerca de cento e sessenta reais. Os efeitos adversos mais comuns são diarreia, dor de cabeça, náusea, vômito e azia. Oacamprosato não interage com álcool e pode ser utilizado mesmo que o paciente tenha recaído.

Outros dois medicamentos tem sido utilizados, de modo experimental, principalmente em outros países, no tratamento do alcoolismo:

- ✓ **Topiramato e Baclofeno:** Demonstraram promissores resultados clínicos para o tratamento do alcoolismo, porém ambos podem induzir a tolerância (baclofeno) e perfil de efeitos colaterais (topiramato), o que pode limitar a sua utilização.

O topiramato é um anticonvulsivante que tem demonstrado resultados interessantes no tratamento do alcoolismo. Um estudo refere que seu uso aumenta a chance de um paciente se manter em abstinência por mais tempo, e diminui a quantidade de bebida em caso de lapsos. Parece ter eficácia superior à naltrexona, mas inferior à da bupropiona. É utilizado em doses que variam de 150 a 300 mg por dia. O maior limitador de seu uso é a alta incidência de efeitos colaterais, principalmente parestesias, diminuição do apetite e piora da atenção (Arbaizar, 2010). Da mesma forma, o baclofeno demonstrou alguns resultados clínicos promissores em dois estudos, porém há outro com resultados negativos. Não há consenso em que o seu uso traga benefícios no tratamento do alcoolismo (Garbutt, 2010) e nem que seu uso é seguro, pelo risco de danos ao fígado. É importante enfatizarmos que nenhuma dessas medicações foi aprovada pelo FDA (órgão americano regulador da comercialização de medicações) para uso no alcoolismo.

## Nicotina

O tratamento farmacológico da dependência de nicotina pode ser realizado pela reposição de nicotina ou pelo uso de determinados medicamentos.

### LEMBRE-SE:

*A reposição de nicotina não é indicada para mulheres grávidas, para menores de 18 anos e para pacientes com problemas cardiovasculares graves. Vários medicamentos têm sido estudados com o objetivo de verificar seus efeitos de manter a abstinência de nicotina, no entanto, comprovadamente eficazes foram a bupropiona e vareniclina.*

A reposição de nicotina é feita com **goma de mascar** ou **adesivo de nicotina (patch)**, sendo considerado um método seguro no tratamento da dependência, além de ser popular e econômico.

A terapia de reposição de nicotina alivia os sintomas de abstinência e diminui a chance de recaída, principalmente se estiver associada com medicação, aconselhamento e/ou medicação, exceto vareniclina.

- ✓ **Goma de mascar:** Recomenda-se utilizar uma goma de 2 mg ou de 4 mg por hora, para dependentes mais graves, embora possa ser utilizada também nos intervalos, caso apareçam sintomas de abstinência. O paciente deve ser orientado a mastigá-la devagar e, para evitar intoxicação, suspender o cigarro. É recomendado evitar o uso de café, suco e refrigerante imediatamente antes e depois de utilizar a goma, pois eles diminuem sua absorção.



O tratamento para a dependência da nicotina pode associar diferentes estratégias de tratamento simultaneamente (por exemplo: uso de vareniclina e goma de mascar), dependendo da gravidade da dependência.

- ✓ **Adesivos de nicotina:** Estão disponíveis em formulações de 7, 14 e 21 mg, que devem ser prescritas de acordo com a gravidade da dependência, considerando que cada 1 mg equivale a cerca de 1 cigarro. A dose inicial preconizada é de 14-21 mg/dia para quem fuma até 20 cigarros/dia, de 21-35 mg/dia para fumantes de 20-40 cigarros por dia e de 35-44 mg/dia para quem fuma mais de 40 cigarros/dia. Devem ser aplicados pela manhã, uma vez ao dia, em regiões musculares sem pêlos, variando o local de aplicação, que pode ser repetido a cada 3 ou 4 dias. A redução da dosagem deve ocorrer lentamente, com duração de 6 a 8 semanas de tratamento,

mas podendo durar até um ano em casos mais graves. Em pacientes com problema de insônia, é recomendável retirar o adesivo durante a noite. É importante escolher sempre uma nova área da pele para colocar o novo adesivo. Os mesmos locais da pele não devem ser reutilizados por pelo menos sete dias.

- ✓ **Bupropiona:** É um antidepressivo que se mostrou eficaz em aumentar o tempo de abstinência e reduzir o aumento de peso, devendo ser prescrito cerca de uma a duas semanas antes de o paciente parar completamente com o uso do cigarro. A dose pode ser iniciada com 150 mg, uma vez ao dia, e passar para duas vezes ao dia, após alguns dias. Quando o indivíduo parar completamente o uso do cigarro, a reposição de nicotina pode ser iniciada.
- ✓ **Vareniclina:** Atua no cérebro no local afetado pela nicotina e pode ajudar as pessoas a pararem de fumar, aliviando os sintomas de abstinência e bloqueando os efeitos da nicotina. A vareniclina tem sido testada em vários ensaios clínicos duplo-cegos e os resultados indicam um significativo efeito nas taxas de cessação do tabagismo, além de estar se mostrando eficaz na prevenção de recaída. A dose inicial é de 0,5 mg via oral, uma vez ao dia, por três dias; depois, 0,5 mg via oral, duas vezes ao dia, por quatro dias, e passar para 1 mg via oral, duas vezes ao dia, a partir do oitavo dia de tratamento. Preconiza-se iniciar uma semana antes da data prevista para cessar o uso de tabaco. Pacientes que não tolerarem os efeitos adversos podem necessitar de redução temporária da dose. Se o paciente parar de fumar durante doze semanas de tratamento, pode continuar por outras doze semanas, para ajudar no processo de manutenção da abstinência. Se não parou em doze semanas de tratamento, então a medicação é suspensa e reavaliados os fatores que podem estar contribuindo para a manutenção do hábito.

**ATENÇÃO!**

*A vareniclina necessita de ajuste medicamentoso no caso de insuficiência renal:  
- ClCr < 30 ml/minuto:  
iniciar 0,5 mg por dia e dose máxima de 0,5 mg duas vezes ao dia, e em hemodiálise: dose máxima de 0,5 mg por dia.*

## Opioides

Os opioides apresentam um grande potencial de abuso e dependência, tanto os lícitos (morfina, meperidina, codeína) quanto os ilícitos (heroína). Algumas medicações podem ser utilizadas para tratar a abstinência ou a dependência dessas substâncias.

- ✓ **Metadona:** É um opioide sintético de meia-vida longa, utilizado para eliminar os sintomas de abstinência e como tratamento de manutenção. A dose inicial é de 15 a 30 mg via oral ao dia, podendo ser aumentada conforme os sintomas do paciente. Ela deve ser calculada por equivalência, a partir do opioide que o paciente estava utilizando. Essa substância pode ser utilizada por períodos longos; em conjunto com intervenções psicossociais (ex: psicoterapia, orientação individual e familiar) e deve ser retirada lentamente.

A metadona também causa dependência, mas a desintoxicação é mais fácil, pois causa menos sintomas de abstinência. Estudos mostram que o uso de metadona pouco interfere na vida diária dos pacientes, considerando-se que sua administração é oral, uma vez ao dia, e tem custo baixo. Os resultados obtidos com o uso da metadona para o tratamento da abstinência de opioides mostram redução importante da gravidade dos sintomas de abstinência, principalmente quando usada como parte de um programa de tratamento (apoio psicossocial).

Equivalência de doses entre opiáceos:

- ✓ Metadona: 1 mg;
- ✓ Heroína: 1-2 mg;
- ✓ Morfina: 3-4 mg;
- ✓ Codeína: 30 mg;
- ✓ Meperidina: 20 mg.



- ✓ **Buprenorfina:** Vários trabalhos demonstraram a eficácia desse medicamento no enfrentamento da síndrome de abstinência e na manutenção do tratamento. Alguns estudos sugerem que a buprenorfina pode causar menos sintomas de abstinência do que a metadona, apresentando também menor potencial para abuso.

## Cocaína e crack

Ao contrário das substâncias acima referidas, não existe um tratamento específico para a abstinência ou dependência de cocaína e crack. O tratamento é focado na diminuição dos sintomas de fissura, agitação psicomotora, tratamento de delírios ou alucinações e alterações de humor causados pelo uso dessa substância:

- ✓ **Antipsicóticos e Benzodiazepínicos:** Apesar de não haver estudos consistentes mostrando a eficácia desses medicamentos no uso de cocaína e crack, essas medicações acabam sendo o recurso utilizado para o manejo da agitação psicomotora e em momento de fissura pela substância, por provocarem sedação e diminuição da ansiedade. Os antipsicóticos também podem atuar nos sintomas de delírio e alucinações, que são comuns em quem usa crack ou cocaína. É muito importante cuidar do risco de convulsões quando se administram antipsicóticos para esses pacientes, principalmente em pacientes intoxicados pela substância ou com comorbidades com dependência de álcool.
- ✓ **Dissulfiram:** Essa medicação age inibindo a conversão da dopamina em noradrenalina, aumentando a disponibilidade de dopamina no cérebro, e podendo reduzir o desejo de consumo dessa droga. Além disso, por dificultar o consumo de álcool, acaba reduzindo também as chances de o paciente acabar utilizando cocaína ou crack. A dose preconizada de dissulfiram é de 250 a 500 mg ao dia.
- ✓ **Topiramato:** Alguns estudos mostram a eficácia dessa medicação agindo no sistema de recompensa cerebral e diminuindo o efeito euforizante da droga, reduzindo a magnitude de busca pela substância. Porém esses achados ainda são inconclusivos, sendo necessários mais estudos para comprovar a eficácia do topiramato para esse propósito.

Muitos pacientes usuários de crack ficam muito desnutridos, aumentando o risco para deficiência de tiamina e Síndrome de Wernicke-Korsakoff, mesmo que não sejam alcoolistas. Além disso, a presença de comorbidade do alcoolismo em usuários de crack é bastante alta, sendo recomendável nesses casos o tratamento com tiamina.



## Atividades

### REFLEXÃO

Em que situações deve ser administrada a vitamina B1 (tiamina) em pacientes que realizam tratamento para dependência química?

### TESTE SEU CONHECIMENTO

**1. Podem ser sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA):**

- a) Convulsões.
- b) Tremores.
- c) Aumento da pressão arterial.
- d) Todas as acima.

**2. São drogas recomendadas para o tratamento da Síndrome de Abstinência de Álcool (SAA), da dependência de álcool, da dependência de tabaco e da dependência de opioides, respectivamente:**

- a) Diazepam, naltrexone, topiramato, buprenorfina.
- b) Dissulfiram, acamprosato, topiramato, metadona.
- c) Clordiazepóxido, naltrexone, bupropiona, buprenorfina.
- d) Naltrexone, acamprosato, vareniclina, metadona.

**3. Assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Estudos com topiramato apontam que essa medicação pode ser uma alternativa para o tratamento da dependência de cocaína, apesar de alguns estudos serem inconclusivos.
- b) Não existem medicações que comprovadamente sejam eficazes no tratamento da dependência de crack e cocaína.
- c) Antipsicóticos podem ser usados indiscriminadamente no manejo da abstinência de crack e cocaína.
- d) É importante atentar para a desnutrição em usuários de crack, sendo necessária muitas vezes a reposição de tiamina para prevenir a ocorrência da Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

**4. Qual dos medicamentos abaixo NÃO é indicado para tratamento da abstinência de crack?**

- a) Dissulfiram.
- b) Benzodiazepínicos.
- c) Antipsicóticos.
- d) Meperidina.

## Bibliografia

Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Caputo F, Gasbarrini G. Tolerance to baclofen's sedative effect in alcohol-addicted patients: no dissipation after a period of abstinence. *Psychopharmacology*. 2005;178(2-3):351-2.

Alves HNP, Ribeiro M e Lemos T. Tratamento Medicamentoso. In: Ribeiro M e Laranjeira M. O Tratamento do usuário de crack. Cap 22. *Artmed*, 2ª edição; 2012.

Arbaizar B, Diersen-Sotos T, Gómez-Acebo I, Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(1):8-12.

Baltieri D. Abuso e dependência de opiáceos. In: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes, volume II. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002.

Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside Jr J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2004;69(6):1443-50.

Besheer J, Lepoutre V, Hodge C. GABA(B) receptor agonists reduce operant ethanol self-administration and enhance ethanol sedation in C57BL/6J mice. *Psychopharmacology*. 2004;174(3):358-66.

Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2005;71(3):495-502.

Castro LA, Baltieri DA. The pharmacologic treatment of the alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Suppl 1):S43-S46.

Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(11):1849-57.

Jupp B, Lawrence A. New horizons for therapeutics in drug and alcohol abuse. *Pharmacol Ther*. 2010;125(1):138-68.

Laranjeira R, Nicastrí S, Jeronimo C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(2):62-71.

Le Foll B, George T. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*. 2007;177(11):1373-80.

Lexicomp. Varenicline: Drug information [texto na internet]. In: UpToDate [sítio na internet]. Waltham: UpToDate Inc.; c2010 [citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/varenicline-drug-information?source=search\\_res\\_ult&se arch=Varenicline&selectedTitle=1~20](http://www.uptodate.com/contents/varenicline-drug-information?source=search_res_ult&se arch=Varenicline&selectedTitle=1~20)>.

Malbergier A. Tabagismo. *J Bras Depend Quím.* 2001;2(S1):47-51.

Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MT, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):200-14.

Mason B, Light J, Williams L, Drobos D. Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addict Biol.* 2009;14(1):73-83.

NIDA. National Institute of Drug Abuse [site na Internet]. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/>>.

O'Connor PC. Tratamento farmacológico de pacientes dependentes de opiáceos: mais um ponto de vista. *Neuro Psico News* 2001;33:3-13.

Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Karaiskos D, Malitas P, Liappas I. An open pilot study of tiagabine in alcohol dependence: tolerability and clinical effects. *J Psychopharmacol.* 2010;24(9):1375-80.

Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien CP. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin Psychopharmacol.* 2006;26(3):290-302.

Von Diemen L, Kessler FH, Pechansky F. Drogas: uso, abuso e dependência. In: Duncan B, Schmidt MI, Giuliani E, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p.917-31.

Williams SH. Medications for treating alcohol dependence. *Am Fam Physician.* 2005;72(9):1775-80.





# Capítulo 4

## Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

### TÓPICOS

- ✓ Medicamentos são...
- ✓ Cuidados com os medicamentos
  - ✓ O que é automedicação?
  - ✓ Medicalização da sociedade
- ✓ Uso Racional de Medicamentos (URM)
  - ✓ Propaganda de medicamentos
- ✓ Normas para a propaganda de medicamentos
  - ✓ Atividades
  - ✓ Bibliografia

## Medicamentos são...

Essenciais, quando receitados e usados adequadamente para diagnosticar, prevenir ou curar doenças. **São fórmulas elaboradas em farmácias, hospitais ou empresas farmacêuticas e devem atender às especificações técnicas e legais da legislação brasileira de vigilância sanitária.**

No entanto, quando se fala em **remédio**, considera-se um grupo bem maior de ações, que além dos medicamentos abrange qualquer cuidado e recurso terapêutico com a mesma finalidade, como: um banho quente, massagem, repouso, psicoterapia, acupuntura.

Desde a antiguidade, sabe-se que toda substância pode curar ou tornar-se um veneno; a diferença está na **dose** e nas **condições de uso** da substância.

Em relação à saúde humana, o sucesso do tratamento depende da administração de determinada substância na **hora** certa, na **dosagem** certa e por quem tem **competência** para a prescrição: o **médico** ou o **dentista**.

O **farmacêutico**, nesse caso, exerce a assistência farmacêutica com segurança, técnica e ciência, considerando o seu conhecimento sobre as patologias, os medicamentos e seus mecanismos de ações, interações e efeitos colaterais.

Utilizados de maneira incorreta ou consumidos sem orientação médica os medicamentos podem causar efeitos indesejáveis e oferecer sérios riscos à saúde.

### SAIBA QUE:

*Todo medicamento é remédio, mas nem todo remédio é medicamento.*

Atualmente, esses produtos têm se tornado um problema de saúde pública, devido:

- ✓ Ao **alto custo**, o que dificulta o acesso de boa parte da população;
- ✓ À ocorrência de grande número de **efeitos indesejáveis**, previstos ou não pelo fabricante;
- ✓ Principalmente, aos riscos da prática da **automedicação**.



## Cuidados com os medicamentos

### NA COMPRA

A regulamentação da venda dos medicamentos é necessária devido às características do produto.

No Brasil, alguns medicamentos podem ser comprados sem receita médica: são os medicamentos de **venda isenta de prescrição**. Outros medicamentos só podem ser vendidos com prescrição (receita) médica e possuem na sua embalagem uma **tarja vermelha**.

Há ainda alguns medicamentos com **tarja vermelha** ou **preta**, que têm a sua venda controlada pelo governo, sendo obrigatória a apresentação da receita acompanhada de um formulário azul, amarelo ou branco, que, no momento da compra, fica retido na farmácia ou drogaria. Para adquirir esse tipo de medicamento é **obrigatória** a identificação do comprador – nome completo, número da identidade, endereço e telefone.

A partir de 2011, os medicamentos que possuem antibióticos em sua composição passaram a ser vendidos com retenção da receita médica. Essa medida foi necessária, devido ao aumento dos casos de resistência bacteriana.



Na hora de comprar, o consumidor deve ficar atento à embalagem, que:

- ✓ Deve estar lacrada, com a caixa ou tampa colada;
- ✓ Não deve apresentar partes amassadas, borradas ou rasgadas.



Por determinação do Ministério da Saúde, toda embalagem de medicamento precisa ter:

- ✓ A **data de validade** e o **número do lote de fabricação**, que também devem estar impressos na cartela interna ou no frasco que contém o medicamento;
- ✓ O nome do produto bem impresso e de fácil leitura;
- ✓ Uma área especial que, ao ser raspada com metal, revela o nome do laboratório e a palavra “qualidade”;
- ✓ O nome do farmacêutico responsável pela fabricação e seu número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia (CRF);
- ✓ O número de registro do medicamento no Ministério da Saúde/ ANVISA.

É importante que mesmo os medicamentos sem tarja sejam comprados com a orientação de um farmacêutico. Ele é o profissional de saúde com quem você deve contar para auxiliá-lo no momento da aquisição do medicamento. O farmacêutico é o único responsável por substituir o medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas do profissional prescritor.

**Antes de consumir o medicamento é preciso ler a bula com cuidado.**



## NA CONSERVAÇÃO

Os medicamentos devem ser guardados fora do alcance das crianças, ao abrigo da luz, longe do calor e da umidade. As orientações do fabricante quanto às condições de conservação do medicamento estão descritas na embalagem e devem ser seguidas corretamente. Medicamentos vencidos não podem ser consumidos, especialmente os antibióticos.



### CUIDADO!

Medicamentos que não possuem o registro (obrigatório) no Ministério da Saúde/ANVISA representam grande risco para a saúde. Nunca devem ser consumidos. Quando encontrados, devem ser levados ao conhecimento do serviço local de vigilância sanitária.

**Em caso de dúvida em relação ao medicamento, converse com o farmacêutico.**

## O que é automedicação?

A automedicação é o termo usado para designar a **ação de medicar-se por conta própria**. Lamentavelmente, é uma prática largamente difundida no Brasil e no mundo. As **consequências** desse ato podem ser desastrosas, gerar efeitos indesejados e imprevistos, causando danos:

- ✓ À saúde, por conta do risco presente em qualquer medicamento;
- ✓ Prejuízo financeiro aos usuários, pois, geralmente, são produtos de custo alto e em muitos casos adquiridos sem necessidade.

Várias são as **razões** pelas quais os indivíduos se automedicam. A principal delas pode ser atribuída à **dificuldade de acesso à orientação médica** por grande parte da população ou, ainda, ao hábito de resolver os problemas de saúde, considerados rotineiros, da sua própria maneira, alegando falta de tempo.

A prática da automedicação pode ser influenciada pelas **mensagens publicitárias** veiculadas pelos diversos meios de comunicação. Como boa parte dos medicamentos é vendida sem a necessidade da receita médica (medicamentos de venda isenta de prescrição), comprar medicamento por conta própria, na farmácia mais próxima, tornou-se a mais cômoda e a primeira opção da maioria da população brasileira para tratar os sintomas de doenças comuns.

Os medicamentos devem ser vistos como **coadjuvantes** (auxiliares) e não protagonistas do tratamento, o que significa dizer que eles não são o único recurso terapêutico disponível. Além disso, só terão o efeito desejado se forem tomados corretamente (com indicação médica/orientação do farmacêutico, na hora certa, na dose certa e pelo tempo determinado).

## OS PERIGOS DA AUTOMEDICAÇÃO

Nenhum medicamento é totalmente livre de risco. Em maior ou menor grau, o risco está sempre presente. Os medicamentos não devem ser usados sem a devida orientação de um especialista (médico, dentista ou farmacêutico). Muitas vezes, um tratamento que deu certo com um vizinho, colega ou irmão pode não ser o mais indicado para a sua situação de saúde. No caso de medicamento, o que é bom para uma pessoa pode ser ruim para a outra.

Medicar-se por conta própria ou por sugestão de outra pessoa, que não o profissional habilitado a fazê-lo, pode:

- ✓ Não surtir efeito nenhum ou agravar a doença;
- ✓ Mascaram os sintomas (a dor passa, mas a infecção continua, por exemplo);
- ✓ Tornar mais difícil o diagnóstico correto da enfermidade; ou
- ✓ Causar danos sérios ao organismo, atingindo órgãos que não estão doentes.

Mesmo em doses terapêuticas habituais os medicamentos podem causar, por si só, efeitos nocivos não intencionais e indesejados, que são as chamadas “reações adversas”. As principais reações são intoxicações e alergias.

A automedicação pode causar, também, a interação medicamentosa, ou seja, ao combinarmos dois ou mais produtos, um pode interferir na ação do outro, potencializando seu efeito ou mesmo anulando-o. Algo parecido pode ocorrer com o uso de medicamentos ingeridos com alguns alimentos. Por isso, qualquer medicação deve ser tomada com água e não com suco, leite ou refrigerante, salvo recomendação expressa do prescritor.

**ATENÇÃO!**  
Mesmo os medicamentos que têm a **venda isenta de prescrição médica** podem causar efeitos indesejáveis ao organismo. Por isso, o uso de qualquer medicamento exige a orientação de um médico, dentista ou de um farmacêutico.

O consumo de vitaminas em excesso, um modismo influenciado pela mídia, pode causar doenças, e isso está comprovado por pesquisa científica.

- ✓ A vitamina C, em excesso, pode provocar distúrbios gastrointestinais e cálculo renal;
- ✓ A vitamina A, quando consumida em altas doses e por um longo período de tempo, pode causar distúrbios neurológicos e, se usada por crianças, pode provocar hipertensão craniana, por exemplo.

É por isso que a **avaliação de um profissional** é importante. Ela serve para identificar a doença, indicar o medicamento adequado e a dosagem necessária – quantidade, horário, frequência. Todas essas informações devem constar, claramente, na receita, mas só o especialista, médico, dentista ou farmacêutico poderá orientar o paciente, em caso de dúvida.

No Brasil, é grande o número de **vítimas por intoxicação** de medicamentos. O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou, em 2010, 89.375 casos de intoxicação humana no país, sendo que os medicamentos, com um percentual de 26,91%, lideram a lista dos principais agentes tóxicos causadores dessas intoxicações.

A forma mais comum de intoxicação é acidental (34% dos casos registrados) e a faixa etária mais atingida é a das crianças menores de cinco anos, que representam 30,64% dos casos. De acordo com a Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas (ABRIFARMA), todo ano, cerca de 20 mil pessoas morrem vítimas de automedicação no Brasil.

## Medicalização da sociedade

A vida moderna impõe um cotidiano apressado e desregrado, que interfere no modo de viver das pessoas. O tempo voa e as atividades são muitas. A falta de tempo não deixa espaço para uma alimentação saudável. As brincadeiras de rua e as atividades físicas cederam lugar para a televisão, para o videogame ou para o computador.

Nas últimas décadas, esses **hábitos sedentários** geraram muitos problemas de saúde associados à **má alimentação** e ao **estresse**, como a depressão, o diabetes,

a hipertensão, entre outras doenças. Por sua vez, a indústria farmacêutica segue desenvolvendo novos medicamentos para doenças que poderiam ser evitadas, simplesmente adotando modos de vida mais saudáveis.

## Uso Racional de Medicamentos (URM)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), há Uso Racional de Medicamentos quando “os pacientes recebem medicamentos apropriados para as suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para eles e para a sua comunidade”.

Isso significa dizer que os medicamentos, quando indicados e administrados corretamente, em doses e vias adequadas, respeitando o horário e tempo necessário para o tratamento, têm grande valor para a saúde. Por outro lado, quando utilizados de forma incorreta, podem resultar em reações adversas graves, exigindo a interrupção do tratamento e, em alguns casos, a hospitalização do paciente.

*O uso de medicamentos não deve substituir medidas e hábitos que evitam doenças e contribuem para uma vida saudável, como a reeducação alimentar, a atividade física regular e o lazer, dentre outros.*

## Propaganda de medicamentos

A propaganda desperta desejos, cria novas necessidades e associa bem-estar e felicidade a coisas tangíveis, que podem ser compradas nas lojas, nos supermercados e, até mesmo, em farmácias. As peças publicitárias apresentam mensagens e imagens de alegria, felicidade, divertimento, bom posicionamento social, status, sucesso, entre outras.

Essa mídia, multifacetada e produtora de expectativas, sentidos e valores capazes de serem compreendidos em diferentes contextos socioculturais e geográficos, tem uma imensa capacidade de diversificar-se e infiltrar-se em diferentes segmentos e linguagens.

Todo esse vigor da mídia também desperta o interesse da indústria farmacêutica, que se vale da diversidade dos meios de comunicação e das tecnologias cada vez mais avançadas, permitindo novas e ousadas abordagens em termos de propaganda, para intensificar o mercado de produtos farmacêuticos.

A indústria farmacêutica tornou-se um dos negócios mais rentáveis do mundo. Muito dinheiro é investido pelos grandes laboratórios em pesquisa e na fabricação de novos medicamentos. Mas a maior parte desse dinheiro é destinada à publicidade, em campanhas globais, largamente divulgadas pela mídia.

Os medicamentos têm sido anunciados como qualquer outro objeto de consumo. Suas propagandas estão associadas normalmente à imagem de pessoas saudáveis, felizes, realizadas, como se o estado de espírito pudesse estar contido nas pílulas e nos frascos de medicamentos, que passam a ser vistos como sinônimo de saúde e de realização pessoal.

Muitas peças publicitárias estimulam o uso indiscriminado de medicamentos, exagerando a qualidade desses produtos e omitindo suas contraindicações. Nem sempre as propagandas alertam para os riscos envolvidos no consumo inadequado e nem para o fato de que todo medicamento deve ser consumido com responsabilidade e, sobretudo, mediante prescrição do médico, dentista ou orientação do farmacêutico.



A propaganda estimula, muitas vezes, o uso de **medicamentos inapropriados**, pois nem sempre o produto de maior divulgação é o que apresenta maior eficácia e menores riscos, ou é adequado para aquela pessoa, naquele momento. É frequente acontecer o oposto: produtos com vantagens terapêuticas discutíveis têm campanha publicitária apenas para se manter no mercado. Muitas peças publicitárias **estimulam o uso** indiscriminado de medicamentos e **exageram a qualidade** dos produtos, **omitem os seus riscos**. Um exemplo clássico: beber ou comer em excesso, considerando a existência de um medicamento que declara ser capaz de aliviar os sintomas dessas atitudes inadequadas.

## **QUEM REGULAMENTA A PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS?**

Os laboratórios e a indústria de medicamentos têm lançado mão de técnicas e estratégias promocionais para influenciar as vendas de produtos farmacêuticos. Como não se trata de um bem de consumo comum, impõe-se ao Estado a necessidade de criação de um conjunto de instrumentos de regulação das propagandas de medicamentos. A Constituição Federal define como atribuição do **Sistema Único de Saúde (SUS)** o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

A **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, criada em 1999 e vinculada ao Ministério da Saúde, é uma agência reguladora que estabelece normas, regulamentando produtos e serviços que envolvam riscos à saúde pública. A ANVISA promove a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, e exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Desde 2000, a **ANVISA regulamenta, fiscaliza e monitora a publicidade e propaganda de medicamentos e demais produtos sujeitos à vigilância sanitária**, verificando se estão de acordo com a lei. A legislação é rigorosa com os veículos de comunicação, que podem ser responsabilizados por divulgarem propaganda irregular. Diante do descumprimento das regras, a ANVISA poderá multar e, até mesmo, suspender a peça publicitária.

## **AÇÕES NO CAMPO DE REGULAÇÃO DA PROPAGANDA**

A regulamentação da publicidade foi uma das recomendações do relatório da **Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)** dos Medicamentos, que funcionou de novembro de 1999 a junho de 2000. Além disso, o avanço tecnológico, particularmente aquele relacionado aos meios de comunicação, provocou um desenvolvimento acelerado na área de propaganda, em especial a de medicamentos, o foco de interesse da vigilância sanitária. Esses fatores concorreram fortemente para a criação de uma **legislação específica** para regulamentar a publicidade e a propaganda de medicamentos no Brasil.

A RDC nº 96 de 2008, a **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC nº 96/2008)**, que substituiu a RDC nº 102/2000, atualizou as regras para a prática de propagandas de medicamentos no Brasil, objetivando que essas propagandas não sejam fontes de riscos à saúde da população.

Segundo a RDC, a propaganda:

- ✓ Pode ser **enganosa**, quando emite alguma informação de caráter falso, que induza o consumidor ao erro em relação ao produto, mesmo que por omissão de informação;
- ✓ Pode ser **abusiva**, quando incita discriminação ou violência de qualquer natureza, explora o medo ou superstições, se aproveita da deficiência de julgamento das crianças, despreza valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o usuário a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança. É explicitamente **vedada** a propaganda de medicamentos direcionada às crianças.

A RDC nº 96/2008 estabelece proibições para a propaganda ou publicidade de medicamentos, como as destacadas a seguir. É vedado:

- ✓ Estimular e/ou induzir o uso indiscriminado de medicamentos;
- ✓ Sugerir ou estimular diagnósticos ao público em geral;
- ✓ Incluir imagens de pessoas fazendo uso de medicamentos;
- ✓ Sugerir que o medicamento possui características organolépticas agradáveis, tais como: “saboroso”, “gostoso”, “delicioso” ou expressões equivalentes; bem como a inclusão de imagens ou figuras que remetam à indicação do sabor do medicamento;
- ✓ Empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo de medicamentos, tais como: “tenha”, “tome”, “use”, “experimente”;
- ✓ Usar expressões ou imagens que possam sugerir que a saúde de uma pessoa poderá ser afetada por não usar o medicamento.



## Normas para a propaganda de medicamentos

### VENDA ISENTA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Somente medicamentos de venda isenta de prescrição podem ser anunciados ao público leigo, em meios de comunicação de massa, como por exemplo: rádio; TV; Internet; revistas e jornais que têm circulação em território nacional. As peças publicitárias devem, obrigatoriamente, apresentar:

- ✓ Nome comercial do medicamento;
- ✓ Nome da substância ativa;
- ✓ Número de registro na ANVISA/Ministério da Saúde (com exceção das peças publicitárias veiculadas em rádio, quando a norma dispensa a locução, mas define que as rádios devem ter a informação sobre o número de registro disponível para consulta);
- ✓ Indicações do medicamento;
- ✓ Data de impressão das peças publicitárias;
- ✓ A advertência em relação à substância ativa (frase específica conforme a substância ativa, como por exemplo: Cânfora. “Não use este medicamento em crianças menores de dois anos de idade”);
- ✓ A advertência: “SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO”.

Os medicamentos de venda sob prescrição médica e com retenção de receita somente podem ser anunciados em revistas especializadas, ou por meio de impressos, cartazes, pôsteres e panfletos destinados ao público habilitado a prescrever (médicos ou dentistas) ou dispensar medicamentos (farmacêuticos).

Os investimentos em marketing e em promoção de vendas das empresas farmacêuticas absorvem de **15 a 20% do seu faturamento** e representam o dobro do que é investido em pesquisa para a produção de novos fármacos. Além disso, todos esses custos são embutidos nos preços dos produtos finais ao consumidor.

Portanto, o público não pode confiar somente na propaganda, pois esta favorece

a crença de que os medicamentos são a **única solução**. Muitas peças publicitárias estimulam o uso indiscriminado dos medicamentos. Deve-se levar em conta que a finalidade da propaganda é vender, e não informar. É importante, antes de consumir, definir a real necessidade do produto anunciado.

- ✓ Os medicamentos devem ser vistos como **coadjuvantes** e não protagonistas do tratamento, ou seja, eles terão o efeito desejado se forem tomados com a indicação médica ou orientação do farmacêutico, na hora certa, na dose certa e pelo tempo determinado.
- ✓ Nenhum medicamento é totalmente livre de risco. Portanto, se utilizados de maneira incorreta ou consumidos sem orientação do profissional de saúde, podem causar **efeitos indesejáveis** no organismo.
- ✓ Não comprar medicamento com o lacre violado, tampa descolada, embalagem amassada, borrada ou rasgada.
- ✓ A RDC da ANVISA exige que a propaganda de medicamentos de venda isenta de prescrição para o público em geral apresente, obrigatoriamente, o nome comercial do medicamento, o nome da substância ativa, o número de registro na ANVISA/Ministério da Saúde, as indicações do medicamento, a data de impressão das peças publicitárias, a advertência em relação à substância ativa (frase específica conforme a substância ativa) e a advertência: “SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO”.
- ✓ É **vedada** a propaganda de medicamentos direcionada às crianças.
- ✓ A propaganda de medicamentos de venda sob prescrição médica somente pode ser realizada para os profissionais prescritores ou dispensadores.

**SAIBA MAIS**  
ANVISA: <http://www.anvisa.gov.br>  
SINITOX: <http://www.fiocruz.br/sinitox/>



## Atividades

### REFLEXÃO

Por que é necessário regulamentar e fiscalizar a propaganda de medicamentos?

### TESTE SEU CONHECIMENTO

1. **Carla é uma linda adolescente de 16 anos e, como boa parte da população brasileira, está acima do peso. Para resolver o problema, Carla resolveu tomar um medicamento que sua prima, um pouco mais velha, está usando para o tratamento da obesidade. Analisando essa situação, assinale a alternativa CORRETA:**
  - a) O que Carla pretende fazer é se automedicar. Nenhum medicamento está isento de risco; em maior ou menor grau, este está presente, porém a prática da automedicação não é perigosa, desde que Carla tome o medicamento de acordo com o que diz a bula.
  - b) A atitude de Carla é correta e vem sendo tomada por várias pessoas que estão acima do peso no mundo, pois com o ritmo de vida atual é praticamente impossível que um indivíduo consiga se alimentar adequadamente e se exercitar a fim de evitar o excesso de peso.
  - c) Mesmo utilizando o medicamento de acordo com o que está estipulado na bula, a prática da automedicação torna-se perigosa por causa das chamadas 'reações adversas', cujas principais manifestações são intoxicações, alergias e interações medicamentosas.
  - d) Mediar-se por conta própria ou por sugestão de terceiros pode causar sérios riscos à saúde do indivíduo, como: agravar doença, mascarar sintomas ou causar danos a órgãos saudáveis. Porém, quando se trata das vitaminas e/ou suplementos alimentares não há necessidade de se tomar cuidados, pois fazem muito bem à saúde.

**2. Considere as alternativas abaixo e assinale a única INCORRETA:**

- a) A posologia especifica a quantidade, quantas vezes por dia e por quanto tempo o medicamento deve ser utilizado.
- b) Caso o farmacêutico não esteja presente na farmácia, o balconista não pode orientar o consumidor quanto ao consumo de medicamentos.
- c) A alimentação inadequada é considerada, juntamente com o hábito de fumar e a falta de atividade física, como uma das principais causas de doenças crônicas não-transmissíveis.
- d) Todo remédio é um medicamento.

**3. Marcos sofre com fortes dores de cabeça. Na última vez em que passou mal, procurou a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, próxima à sua residência, e iniciou um tratamento que envolvia: uma alimentação adequada, uma rotina de exercícios físicos e o uso do medicamento “Prador”, a ser utilizado de acordo com a prescrição do médico. Marcos sabe que, na compra do medicamento, é importante verificar alguns itens na sua embalagem. Assinale, nos itens abaixo, o único que NÃO está em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde:**

- a) O nome do produto bem impresso e de fácil leitura.
- b) A data de validade e o número do lote de fabricação, que não são obrigatórios na embalagem interna do produto.
- c) O nome do farmacêutico responsável pela fabricação e seu número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia (CRF).
- d) O lacre da embalagem não estar rompido.

**4. A ANVISA é o órgão responsável pela fiscalização das propagandas de produtos sujeitos à vigilância sanitária, incluindo os medicamentos. A norma a ser aplicada é a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 96 de 2008. A respeito da propaganda de medicamentos no Brasil, é CORRETO afirmar:**

- a) Os medicamentos podem ser anunciados ao público leigo, em meios de comunicação de massa, como por exemplo: rádio; TV; Internet; revistas e jornais de difusão e circulação em território nacional.
- b) É vedado, pela RDC nº 96/2008, o estímulo ou a indução ao uso indiscriminado de medicamentos e a sugestão de diagnósticos ao público. Porém é permitida a imagem de pessoas tomando o medicamento.
- c) Os medicamentos de venda sob prescrição médica e/ou com retenção de receita somente podem ser anunciados em revistas especializadas, ou por meio de impressos, cartazes, fôlderes e panfletos destinados ao público habilitado a prescrever (médicos ou dentistas) ou dispensar medicamentos (farmacêuticos).
- d) A RDC da ANVISA exige que a propaganda de medicamentos de venda isenta de prescrição para o público em geral apresente, obrigatoriamente, o nome comercial do medicamento, o nome da substância ativa, o número de registro na ANVISA/Ministério da Saúde, as indicações do medicamento, a data de impressão das peças publicitárias. Porém, não se exige mais a advertência: “SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO”.

## Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n° 96, de 17 de dezembro 2008. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha: A informação é o melhor remédio. Brasília: ANVISA; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Textos de apoio da campanha: A informação é o melhor remédio. Brasília: ANVISA; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamento. 2ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

Fagundes MJD, Santos MR, Hexsel R. Regulação da propaganda de medicamentos na perspectiva de proteção da saúde pública (baseado em texto original intitulado: Medicamentos e meios de comunicação: Política Nacional de regulação na perspectiva de proteção da saúde pública, produzido para o módulo do Curso para Policiais promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, da Presidência da República, em dezembro de 2006).





# Capítulo 5

## Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas

### TÓPICOS

- ✓ Por que tratar pessoas dependentes de substâncias?
  - ✓ Como definir psicoterapia?
- ✓ Os principais tipos de psicoterapia
  - ✓ Atividades
  - ✓ Bibliografia

#### **Nota dos organizadores**

*Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.*



## Por que tratar pessoas dependentes de substâncias?

Muitos profissionais de saúde pensam que não vale a pena investir na identificação, abordagem e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, acreditando que estes seriam arrogantes, negadores, desafiadores e pouco cooperativos. Na verdade, como em qualquer modalidade de tratamento, há indicações, contraindicações e formas específicas de abordagem que podem favorecer o sucesso ou o fracasso de uma psicoterapia para pacientes usuários de drogas. Um dos objetivos deste capítulo é mostrar que o atendimento a esses pacientes é possível, funciona e pode ter seus resultados avaliados, além de ser satisfatório, quando se utilizam as técnicas adequadas.

Pacientes em uso abusivo ou em dependência de substâncias psicoativas são alvo de preconceito. Entretanto, do ponto de vista clínico, a realização do tratamento em psicoterapia de um dependente de drogas é possível, desde que sejam seguidas determinadas regras. Neste capítulo, discutiremos algumas das características das psicoterapias indicadas para pacientes dependentes de drogas.

Uma boa forma de compreender o tratamento para dependência química é considerar a psicoterapia como uma mistura de psicoterapia de apoio com um foco específico, associada a técnicas cognitivo-comportamentais. Como você verá, a capacidade de usar várias técnicas combinadas e uma boa dose de criatividade é fundamental para o correto atendimento desses pacientes, além de um conhecimento teórico sólido.

“O resultado do tratamento está diretamente relacionado à escolha correta da técnica utilizada.”

## Como definir psicoterapia?

*“Psicoterapia é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas.”*  
Woody (2003)

Qual é a melhor atitude de um psicoterapeuta ao abordar dependentes químicos? “Os psiquiatras que preservaram seu conhecimento médico e se consideram clínicos em primeiro lugar podem ser os terapeutas mais efetivos no campo da dependência química.” Zimberg (1978)

Vale ressaltar que a psicoterapia deve ser realizada por Psiquiatras, Psicólogos ou profissionais com a devida formação em tratamentos psicoterápicos. No entanto, existem técnicas com enfoque cognitivo-comportamental que podem ser utilizadas por profissionais de saúde e que tenham sido devidamente treinados. Por exemplo, a Entrevista Motivacional e Prevenção de Recaída, que possuem alguns componentes comuns a um tratamento psicoterápico, mas são abordagens focadas em questões pontuais.



De uma forma geral, um bom psicoterapeuta para dependência de substâncias psicoativas deve ser capaz de:

- ✓ Lidar com as frustrações próprias ao tratamento de uma doença crônica;
- ✓ Conhecer um pouco de psicofarmacoterapia;
- ✓ Ter uma certa dose de objetividade e persistência; e
- ✓ Ser muito afetivo.

O quadro abaixo enumera alguns elementos que fazem com que os terapeutas tenham mais sucesso com a psicoterapia para dependentes de drogas:

### **Características que auxiliam a estruturar uma psicoterapia de dependência química**

1. Conhecer a farmacologia das drogas abusadas, a subcultura da dependência e programas de autoajuda;
2. Estar aberto para trabalhar com pacientes com características crônicas e aceitar seus problemas. Estabelecer com o paciente uma relação positiva e de apoio;
3. Estabelecer objetivos claros no tratamento e estar constantemente informado sobre o sucesso do paciente com a abstinência e outros aspectos do tratamento. Deixar o paciente saber que o terapeuta reconhece seu progresso na terapia;
4. Considerar outros recursos de tratamento além da psicoterapia, estruturando ao máximo um programa de tratamento. Tomar a responsabilidade de associar o paciente a outros serviços, conforme necessário;
5. Envolver membros importantes da família do paciente no processo de tratamento;
6. Direcionar (ou adaptar) a psicoterapia dos pacientes com mais comprometimento psiquiátrico. É esse subgrupo que pode se beneficiar mais dos recursos adicionais.

## Principais tipos de psicoterapia

### **Quais os principais tipos de psicoterapia aplicáveis à dependência de substâncias psicoativas?**

Existem dezenas de formatos de psicoterapia, muitos deles desenvolvidos para dependentes de substâncias. A seguir serão apresentados os principais modelos, de forma a compará-los entre si, além de compará-los com o primeiro modelo (AA), que não é definido como um modelo de psicoterapia.

### Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

#### ✓ 12 passos (AA, Al-Anon, AlATeen, NA, DQA)

- **Características e pressupostos:** conduzido por pessoal não médico (leigo); grupo de autoajuda; utiliza o conceito de doença irreversível.
- **Vantagens:** custo baixo; muito acessível; apoio grupal por dependentes já recuperados.
- **Desvantagens:** conceito moral; grupo como única modalidade de tratamento.
- **Indicações:** dependentes com baixa autoestima; pacientes que respondem a abordagens sociais e de grupo; pacientes que não questionam o modelo.

#### ✓ Entrevista motivacional

- **Características e pressupostos:** não utiliza o conceito de “doença”; aplicada nas fases iniciais de tratamento; centrada no paciente e na empatia do terapeuta; inclui 3 princípios: colaboração, evocação da motivação e autonomia do paciente.
- **Vantagens:** não gera resistências e, sim, busca contorná-las; é abrangente; aborda ambivalências, proporciona mudança na fala e intenção do paciente.
- **Desvantagens:** há necessidade de treinamento específico por parte do terapeuta.
- **Indicações:** pacientes com grande nível de negação sobre seus problemas e que tenham boa capacidade de verbalização.

#### ✓ Intervenção Breve e técnicas de moderação

- **Características e pressupostos:** abordagem não estigmatizante (por exemplo, não lida com a expressão “alcoolicismo”); a meta é abordar os problemas objetivamente.
- **Vantagens:** custo e tempo reduzidos; centrado em metas parciais; boa adesão; sem estigma.
- **Desvantagens:** necessita alto índice de motivação; não aborda outros componentes emocionais; não é útil para pacientes que não aceitam a proposta de registrar comportamentos.

- **Indicações:** usuários de risco e dependentes em grau leve/moderado (pessoas que desejam beber controladamente); dependentes sem complicações clínicas.

✓ **Prevenção de recaída**

- **Características e pressupostos:** estimula aumento da autoconfiança; característica preventiva; encara a recaída como parte do processo.
- **Vantagens:** custo e tempo reduzidos; objetivos visíveis; boa adesão.
- **Desvantagens:** necessita de alto índice de motivação; não aborda outros componentes emocionais.
- **Indicações:** dependentes em grau moderado; dependentes sem complicações clínicas.

✓ **Terapia de família**

- **Características e pressupostos:** centra o problema e sua resolução no âmbito familiar (“a família é que tem o problema”); pode utilizar o conceito de codependência.
- **Vantagens:** aborda sistematicamente diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares.
- **Desvantagens:** não permite foco individualizado no dependente; pode necessitar mais de um terapeuta.
- **Indicações:** famílias gravemente disfuncionais; famílias com mais de um dependente; famílias com prejuízos importantes causados pelo uso de substâncias e com impacto nos filhos.

✓ **Psicoterapia dinâmica**

- **Características e pressupostos:** centrada no estilo de relacionamento interpessoal do dependente através da utilização de drogas; busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas.
- **Vantagens:** profunda; permite grande autoconhecimento por parte do paciente.

- **Desvantagens:** necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados; pode necessitar de outros tratamentos auxiliares; necessita grande treinamento por parte do terapeuta.
- **Indicações:** pacientes em abstinência; contraindicada para dependentes graves, com muita dificuldade de controlar consumo; pacientes com condições de compreensão psicológica (capacidade de *insight*).

Nas fases iniciais do tratamento de dependentes químicos, devemos usar as seguintes modalidades terapêuticas: terapia de apoio e psicofármacos no período de desintoxicação e abordagens cognitivo-comportamentais (como a Entrevista Motivacional e a Prevenção da Recaída) assim que o paciente estiver desintoxicado, bem como a psicoterapia de grupo e a terapia de família. Estudos demonstram que a psicoterapia dinâmica está indicada somente após dois anos de abstinência da droga, em pacientes que tenham capacidade de *insight*.

### **ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)**

A EM é uma abordagem que visa motivar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar a decisão de mudar seu comportamento.

Tem como objetivo ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas, portanto, pode ser utilizada em qualquer fase do tratamento (com pacientes que buscaram e com os que não buscaram ajuda).

É particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência em mudar ou estão ambivalentes quanto à mudança.

#### **Estilo do terapeuta na EM:**

O estilo pessoal do terapeuta pode ter efeitos dramáticos ou estimulantes na motivação para a mudança dos clientes. A EM requer um estilo clínico habilidoso, que tem como objetivo evocar as motivações internas do paciente para promover

mudanças comportamentais para a melhoria de sua saúde. É indicado que o terapeuta seja:

- ✓ Diretivo, mas não confrontativo;
- ✓ Empático e centrado no cliente;
- ✓ Flexível e com alta tolerância à frustração;
- ✓ Colaborativo;
- ✓ Evocativo (evocar do cliente suas próprias razões e argumentos para a mudança);
- ✓ Respeitoso (informar, aconselhar, advertir, mas o cliente é quem decidirá o que, como e quando fazer).

#### **Cinco princípios da EM:**

1. Expressar empatia;
2. Desenvolver a discrepância;
3. Evitar a argumentação;
4. Acompanhar a resistência;
5. Promover a autoeficácia.



### **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO MODALIDADE PARA O TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido indicada como uma ferramenta importante no tratamento de dependentes químicos, ajudando na manutenção da abstinência, bem como na reestruturação de toda a vida do indivíduo. Ela tem raízes tanto na terapia cognitiva como na terapia comportamental, mas não é simplesmente uma combinação entre ambas.

A TCC parte do pressuposto de que as cognições, ou seja, os conteúdos dos pensamentos e os processos envolvidos no ato de pensar, estão entre os fatores precipitadores e/ou mantenedores do comportamento de usar a substância psicoativa, levando ao uso abusivo e à dependência da droga.

Portanto, uma das premissas básicas da terapia cognitiva é que a cognição tem primazia sobre a emoção e o comportamento, ou seja, mais importante do que a situação que o indivíduo está vivendo em um determinado momento da sua vida são as cognições e interpretações associadas a ela, que irão determinar o tipo de emoção e comportamento a serem sentidos e realizados conseqüentemente.

Assim, na TCC, um sentimento é mediado anteriormente por um pensamento, bem como as reações ao evento e o comportamento resultante. Desse modo, uma determinada situação pode ser interpretada de diversas formas, pois dependerá das idiosincrasias de cada indivíduo. Cada um atribui o seu significado para aquilo que está vivendo.

A TCC é uma abordagem de tratamento psicoterápico personalizada, não-confrontativa, em que cada paciente é considerado único, ou seja, com fatores de risco e habilidades de enfrentamento diferentes. O paciente aprende que há diversos caminhos para a mudança do comportamento e que o terapeuta poderá ajudá-lo a encontrar esses caminhos por intermédio de um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas bem definidas, de forma colaborativa entre o próprio paciente e seu terapeuta.

Aaron Beck, psiquiatra americano, foi o primeiro a desenvolver teorias e métodos aplicados a intervenções cognitivas e comportamentais nos transtornos emocionais. Ele defendeu a inclusão de técnicas comportamentais desde o início de seus estudos, pois reconhecia que essas ferramentas eram eficazes para reduzir sintomas, contextualizando um estreito relacionamento entre pensamento e comportamento.

Segundo Beck, pessoas com transtornos emocionais tendem a ter “um estilo de pensar” que interpreta ou antecipa os eventos de forma negativa. Uma mudança no pensamento e sistema de crenças do paciente se dá através do tratamento com TCC e visa promover uma mudança emocional e comportamental duradoura.

### **Modelo Cognitivo de Beck na Dependência Química**

Em 1977, Beck desenvolveu um manual para explicar o abuso de substâncias; no entanto, seu modelo mais completo surgiu em 1993. Ele ratifica o modelo

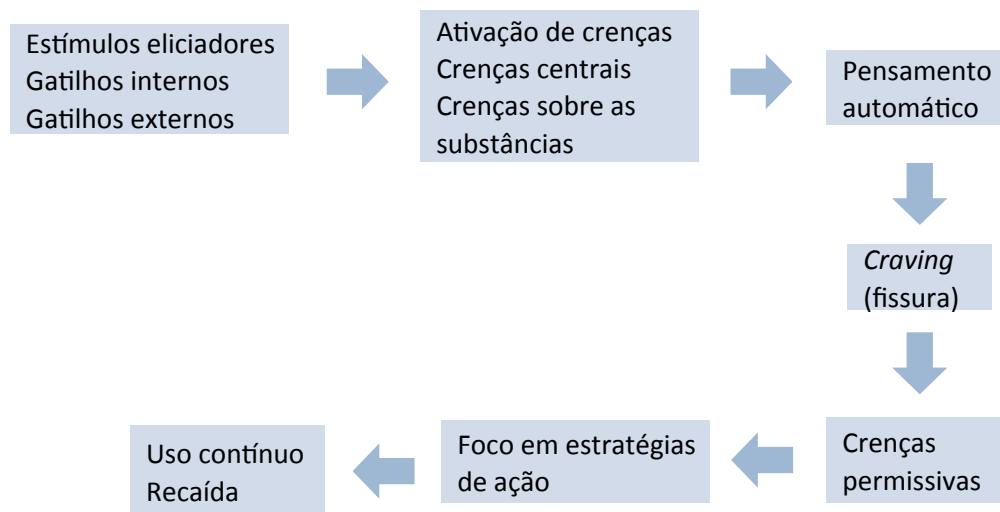


elaborado por Marlatt e Gordon, agregando àquele modelo conceitos da terapia cognitiva.

No modelo de Beck para o uso de substâncias psicoativas é enfatizado o papel das crenças no desenvolvimento, na manutenção e no tratamento do abuso e dependência de substâncias. No seu conceito central, o uso da substância (inicial ou recaída) envolve um processo ativo de tomada de decisão, sobre o qual o indivíduo exerce uma forma de controle.

O modelo explica o uso de qualquer substância e analisa indivíduos em vários dos estágios de tratamento ou gravidade de dependência. Segundo Beck, existem três tipos de crenças envolvidas no abuso de substâncias: crenças centrais/esquemas, crenças relativas às drogas e pensamentos automáticos. Estes dois últimos são moldados e influenciados conforme a personalidade do indivíduo.

As crenças são cruciais para o tratamento e a recuperação. De acordo com Beck, o indivíduo está mais propenso a usar substâncias quando diante de certos gatilhos (fatores desencadeantes), os quais podem estar relacionados a estados emocionais internos (raiva, depressão ou angústia), estados físicos negativos (sintomas de abstinência, dor) ou circunstâncias externas (lugares, situações ou pessoas associadas com o uso de drogas). Esses gatilhos ativam crenças que se transformam em armadilhas para o uso de drogas.



**FIGURA 1:**  
O Modelo Cognitivo de Beck (Beck e colaboradores; 1993)

Exemplos de crenças mantenedoras do uso de substâncias que devem ser avaliadas durante o tratamento com TCC:

1. A droga é necessária para eu manter meu equilíbrio emocional;
2. Não posso continuar me sentindo desse jeito (ansioso ou deprimido), preciso usar!
3. Eu não serei/sou feliz, a menos que eu use;
4. Eu posso controlar o meu uso, paro quando quero;
5. Os sintomas da falta da droga serão tão intensos que não poderei suportar ficar sem usar;
6. A droga melhora meu funcionamento social e/ou intelectual;
7. A droga me dá prazer e excitação, ficar sem a droga fará com que eu fique para baixo;
8. Sem o uso da droga, não vou suportar a fissura. Precisarei usar!

### **Prevenção da recaída de Marlatt e Gordon**

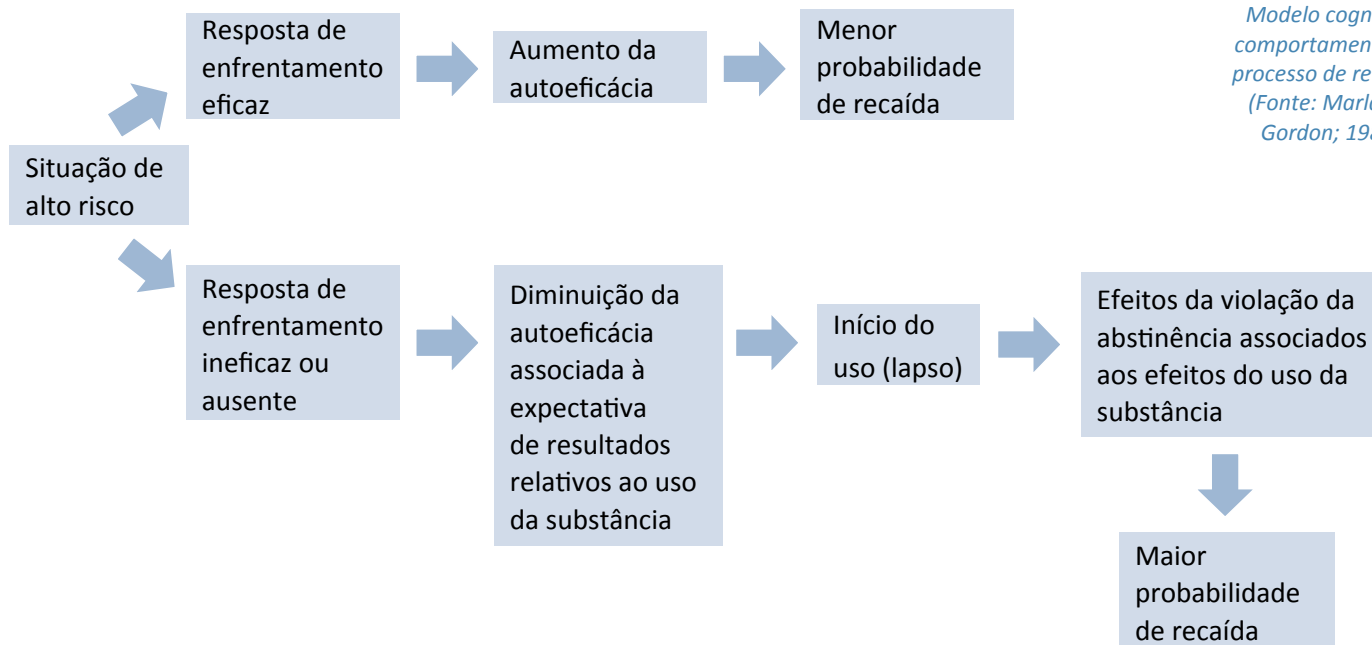
Em 1985, Marlatt e Gordon propõem um modelo integrativo de Prevenção de Recaída (PR), considerando implicações de vários aspectos que contribuiriam para o processo de recaída, não focando apenas na recaída em si. Os autores entendem que a meta principal do tratamento deve ser: tratar o problema de recair (a recaída) através do desenvolvimento, junto ao paciente, de técnicas eficazes para o seu manejo. Essas técnicas são desenvolvidas a partir de um referencial cognitivo-comportamental, isto é, a partir da identificação das situações de risco, o paciente treina estratégias de enfrentamento com o objetivo de aumentar a autoeficácia para lidar com situações similares no futuro e aprende a evitar uma recaída.

Os objetivos principais do tratamento de Prevenção da Recaída são: a) auxiliar o paciente a recuperar-se de um lapso e retomar a abstinência e outras metas estabelecidas durante o tratamento e b) desenvolver habilidades para o manejo do lapso, objetivando a Prevenção da Recaída propriamente dita. A abordagem do tratamento de PR foca fundamentalmente em: conscientização do problema; treinamento de habilidades e enfrentamento e modificação do estilo de vida.

A aplicabilidade eficaz do modelo de Prevenção da Recaída prevê que o paciente faça uma reestruturação cognitiva de suas crenças a respeito do uso de substâncias,

bem como a respeito de si próprio, permitindo o desenvolvimento da autoeficácia, visando manter a mudança de comportamento (abstinência).

Estudos têm mostrado que a TCC é um método eficaz no tratamento da



**FIGURA 2:**  
Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída.  
(Fonte: Marlatt e Gordon; 1985)

dependência de várias substâncias psicoativas, principalmente do álcool, tabaco e cocaína. O seu objetivo é a reestruturação das crenças disfuncionais e, conseqüentemente, dos comportamentos mal-adaptativos diante de situações reais vividas pelo dependente químico. A TCC fornece instrumentos e técnicas para melhorar e manter a motivação para a abstinência, o enfrentamento da fissura, a resolução de problemas e o manejo dos pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como melhorar o estilo de vida, tornando o paciente equilibrado.

A TCC para abuso de substâncias é focada em crenças negativas sobre o EU e crenças facilitadoras ou permissivas em relação ao uso da substância. Na dependência química, a TCC se distingue, pois não necessariamente existia uma estrutura cognitiva disfuncional anterior ao desenvolvimento da dependência da substância psicoativa. Geralmente, os pensamentos automáticos ativadores permissivos para o uso se tornam frequentes após a instalação da síndrome de dependência e devem ser trabalhados em terapia, a fim de alcançar a abstinência.

*Não desista na primeira tentativa. Dependentes químicos são extremamente mal-compreendidos em suas necessidades. O processo de ouvi-los com atenção seguramente lhes trará bem-estar e conforto no seu processo de recuperação, e você terá contribuído um pouco para que o quadro de dependência se modifique.*

A TCC tem se mostrado promissora no tratamento de dependentes de cocaína e outros estimulantes, especialmente se combinada à farmacoterapia. Não existem estudos específicos com usuários de crack, mas estudos realizados na Inglaterra mostraram que a TCC é a mais usada entre os serviços dedicados exclusivamente a dependentes de crack. Muitos desses pacientes apresentam algum grau de comprometimento cognitivo relacionado ao uso crônico da cocaína, o que pode aumentar a refratariedade aos efeitos da TCC e maior risco de abandono do tratamento.

O Projeto MATCH testou o rendimento da TCC em uma amostra de 1.726 usuários de álcool nos Estados Unidos, comprovando a eficácia dessa abordagem como tratamento psicoterápico para dependentes de álcool.

A TCC foi considerada eficaz para tratar pacientes dependentes de maconha, quando comparada ao grupo-controle que não recebeu tratamento, em uma metanálise que examinou 53 ensaios clínicos controlados, com pacientes dependentes do álcool ou de drogas ilícitas.

Outra metanálise examinou 2.340 pacientes em 34 ensaios clínicos (5 para usuários de maconha, 9 para dependentes de cocaína, 7 para usuários de opioides e 13 para poliusuários) e concluiu que dependentes de maconha e de cocaína tendem a se beneficiar da TCC. Entre os poliusuários a eficácia foi menor, talvez por eles apresentarem maiores taxas de comorbidades psiquiátricas, o que acaba interferindo na motivação para fazer o tratamento.

Segundo Penberthy e colaboradores, usuários de cocaína se beneficiam de TCC e tratamento farmacológico associados, já que a TCC aumentou a habilidade de enfrentamento desses pacientes.

## Atividades

### REFLEXÃO

Em relação à terapia de Prevenção de Recaída, explique como o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento auxilia na manutenção da mudança do comportamento.

### TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. No que se refere às fases iniciais do tratamento de dependentes químicos, a combinação de várias abordagens pode ser útil, EXCETO:**
  - a) Grupo de AA.
  - b) Psicofarmacoterapia.
  - c) Terapia de Prevenção de Recaída.
  - d) Psicanálise.
- 2. O estilo pessoal do terapeuta é importante na mudança do paciente. É preciso que ele tenha as seguintes características, EXCETO ser:**
  - a) Colaborativo.
  - b) Confrontativo.
  - c) Empático.
  - d) Afetivo.
- 3. O objetivo da terapia de Prevenção de Recaída é:**
  - a) A reestruturação cognitiva.
  - b) Evitar uma recaída.
  - c) Saber como enfrentar um lapso, para que não se transforme em uma recaída.
  - d) Todas estão corretas.

**4. Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) com relação ao tratamento de dependência química:**

- ( ) A combinação de TCC e psicofarmacoterapia é importante no tratamento do dependente químico.
- ( ) A Entrevista Motivacional somente é usada em pacientes que já estão motivados para o tratamento.
- ( ) A terapia de Prevenção de Recaída acredita que o foco do tratamento está em aprender estratégias cognitivas e comportamentais para desenvolver autoeficácia para evitar uma recaída.
- ( ) A terapia dos 12 Passos tem um foco moral e espiritual na sua abordagem.
- ( ) Sempre que possível, a terapia de família deve ser realizada.

A alternativa CORRETA é:

- a) V;F;V;V;V
- b) V;F;V;F;F
- c) F;V;F;F;V
- d) V;F;F;V;V

## Bibliografia

Apodaca T, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*. 2009;104(5):705-15.

Arbaizar B, Dierssen-Sotos T, Gomez-Acebo I, J Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(1):8-12.

Beck AT, Wright FD, Newman FC, Liese BS. Cognitive Therapy for substance abuse. *NIDA Res Monogr*. 1993;137:123-46.

Beck JS. *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto alegre: Artes Médicas; 1997.

Bowen S, Marlatt A. Suffering the urge: brief mindfulness-based intervention for college students smokers. *Psychol Assict Behav*. 2009;23(4):666-71.

Carroll KM. A cognitive-behavioral approach: treating cocaine-addiction. Manual 1, Baltimore: National Institute of Drug Abuse; 1998.

Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Shi J, et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(3):264-72.

Duarte, PCVA (Org.); Souza-Formigoni, MLO (Org.). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 4 ed. v7. Brasília; 2011.

Formigoni MLOS, Duarte PCVA. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009.

Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and Safety of Baclofen for Alcohol Dependence: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010, 34(11): 1849–1857. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01273.x.

Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*. 1985 Nov;142(11):1259-64.

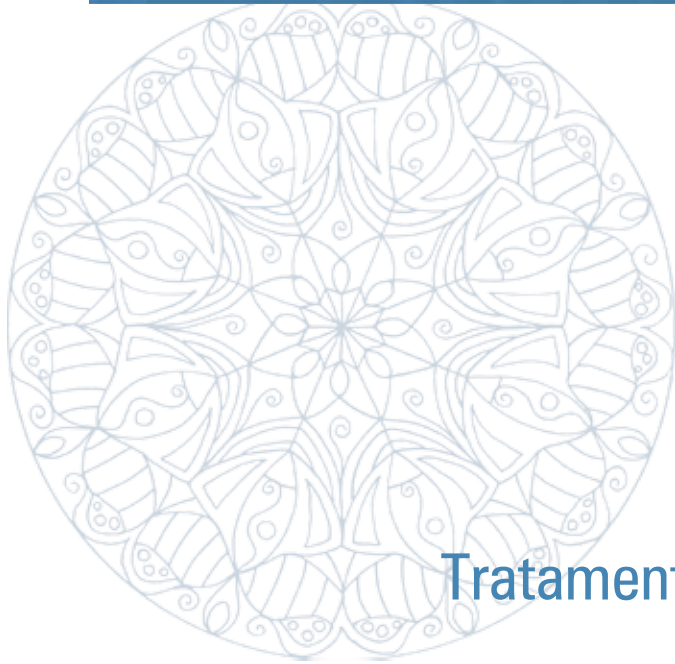
Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003023.

Kouimtsidis C, Reynolds M, Crummond C, Davis P, Tarrier N. *Cognitive-Behavioural Therapy in the treatment planner for clinicians*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2007.

- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(6):602-11.
- Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 1985.
- Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: Marlatt G.A, Donovan D.M. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford; 2005. p. 1-44.
- Martins R, McNeil D. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(4):283-93.
- Miller W, Rollnick S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2001.
- Murphy SL, Khanzian EJ. Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton AD, editor. *Psychotherapy and substance abuse*. Nova York: Guilford Press; 1995. p. 161-75.
- Penberthy JK, Ait-Daoud N, Vaughan M, Fanning T. Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev*. 2010;3(1):49-62.
- Rangé BP, Marlatt AG. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;30 Supl.2:88-95.
- Silva CJ, Serra AM. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(1):33-9.
- Simmons J, Griffiths R. *CBT for beginners: a practical guide for beginners*. London: Sage; 2009.
- Woody GE. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *Am J Addict*. 2003;12:S19-S26.
- Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Res Monogr*. 1993;137:123-46.
- Wright JH, Basco M, Thase ME. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Zanelatto N. Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada à dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R et al. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: ARTMED; 2011. p.252-66.
- Zimberg S. Principles of alcoholism psychotherapy. In Zimberg S, Wallace J, Blume SB, editors. *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press; 1978. p. 3-18.







# Capítulo

# 6

## Tratamento de comorbidades associadas à dependência de drogas

### TÓPICOS

- ✓ Comorbidade
- ✓ Epidemiologia
- ✓ Uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais
  - ✓ Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
  - ✓ Diagnóstico
  - ✓ Tratamento
  - ✓ Atividades
  - ✓ Bibliografia

#### **Nota dos organizadores**

*Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.*

## Comorbidade

Comorbidade pode ser definida como a co-ocorrência de duas ou mais enfermidades ou transtornos, em uma mesma pessoa, num determinado período de tempo (ou por tempo indeterminado).

A manifestação de transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de drogas e de outros transtornos psiquiátricos, vem sendo bastante estudada desde os anos oitenta. Pode-se dizer que o abuso de substâncias psicoativas é o transtorno coexistente mais frequente entre os portadores de transtornos mentais, sendo fundamental o correto diagnóstico das doenças envolvidas.

Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão e bipolaridade, os transtornos de ansiedade, os transtornos de conduta, o déficit de atenção e hiperatividade e a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos da personalidade também estão relacionados com o abuso de substâncias psicoativas.

Muitas vezes, a comorbidade é subestimada e subdiagnosticada, fazendo com que os sintomas referentes a um outro transtorno mental sejam atribuídos ao uso agudo ou à síndrome de abstinência de uma determinada substância. O contrário também é observado: sintomas de intoxicação ou abstinência são tomados como sintomas de outras patologias psiquiátricas.

## Epidemiologia

Muitos pacientes apresentam múltiplos transtornos psiquiátricos, usam mais de uma substância psicoativa e apresentam doenças clínicas associadas.

Estudos epidemiológicos brasileiros e internacionais têm mostrado que usuários de substâncias psicoativas têm uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos como comorbidade. Cerca de 30 a 60% dos usuários de cocaína sofrem de um transtorno psiquiátrico, além do abuso da substância psicoativa. É consenso geral que o diagnóstico de comorbidade psiquiátrica em dependentes químicos está associado com um curso mais grave de transtornos do eixo I pelo DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria), o que dificulta mais ainda o tratamento da dependência química.

Um estudo que utilizou a Escala de Entrevista Diagnóstica do DSM-IV em 313 usuários de crack que não estavam em tratamento detectou que 37,7% também tinham um diagnóstico de dependência do álcool, 24% também tinham diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial, 17,8% de depressão, 12,1% de dependência de maconha e 11,8% também tinham o diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, concomitantemente à dependência do crack. A taxa de abstinência após seis meses de *follow-up* nesses pacientes foi de 19,9%.

Um estudo brasileiro encontrou uma alta prevalência de sintomas psiquiátricos em usuários de cocaína, com taxas que oscilaram entre 27,4% a 53,4%. Esses achados sugerem que sintomas psiquiátricos devem ser devidamente avaliados para que o tratamento desses pacientes possa ser melhor planejado.

Pesquisas do *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) mostraram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com abuso ou dependência de álcool ou outras drogas apresenta também algum diagnóstico psiquiátrico: 26% apresentam transtornos do humor, 28%, transtorno de ansiedade, 18%, transtorno de personalidade antissocial e 7%, esquizofrenia. A presença de depressão maior entre dependentes químicos varia de 30% a 50%.

## Uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais

### ANSIEDADE

Em pacientes ansiosos, os ataques de pânico e as fobias costumam estar associados ao aumento da gravidade do alcoolismo. O abuso e dependência de álcool são mais frequentes em homens com pânico e agorafobia, que usam o álcool para controlar os sintomas de ansiedade. Em estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool. O álcool é a substância mais utilizada para diminuir sintomas de ansiedade.

Existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos usem o álcool como uma forma de automedicação, o que acaba por agravar ainda mais o transtorno ansioso, uma vez que tanto pelo julgamento pobre quanto pela impulsividade associados com

o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ocorre um maior risco de dependência.

Portanto, transtornos ansiosos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias psicoativas, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação crônica por essas substâncias.

A prevalência do tabagismo em transtornos ansiosos é de 47%. O cigarro também acaba sendo usado para aliviar a ansiedade provocada por sintomas de abstinência da própria nicotina.

Indivíduos ansiosos utilizam a maconha para produzir relaxamento, podendo causar consequente síndrome de dependência dessa substância, além de desencadear crises de pânico em indivíduos com maior vulnerabilidade.

## Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

A ocorrência de comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e transtorno de conduta, que apresenta elevada incidência entre adolescentes dependentes químicos, é maior entre adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino. Adultos com TDAH têm maiores chances de apresentarem transtornos do uso de substâncias psicoativas: aproximadamente 33% dos adultos com TDAH apresentam antecedentes de abuso ou dependência de álcool, e 20% deles têm história de abuso ou dependência de outras substâncias psicoativas. O uso de álcool é o mais frequente entre adultos com TDAH, seguido pela maconha, estimulantes e cocaína.

### TRANSTORNO DEPRESSIVO

Diversos trabalhos demonstram que a presença de depressão entre usuários de álcool e outras drogas é mais comum em mulheres do que em homens. Entre as mulheres com abuso de álcool e outras drogas, 19% tiveram depressão em algum momento na vida, enquanto que na população geral de mulheres essa prevalência é de 7%. Nos homens com uso de álcool e outras drogas, 78% apresentaram

primeiro o abuso do uso de álcool e outras drogas e depois depressão; entre as mulheres com abuso do uso de álcool e outras drogas, 66% apresentaram primeiro a depressão.

Em um estudo com 298 abusadores de cocaína que buscaram tratamento, 30,5% tiveram pelo menos um episódio de depressão maior na vida. Outro estudo americano com 430 usuários de crack, que não estavam em tratamento psiquiátrico, observou que 80% deles apresentavam algum grau de depressão e 55% tinham diagnóstico de depressão maior, moderada ou grave. Segundo esse estudo, a associação entre o consumo de crack e a presença de problemas médicos, legais, familiares/sociais ou relacionados ao consumo de álcool aumenta a vulnerabilidade para depressão. O risco de desenvolvimento da depressão está diretamente relacionado à intensidade do consumo do crack. Um aumento do risco de ideação suicida ou tentativa de suicídio também foi observado em usuários de crack. Praticamente todos os usuários de crack que consomem álcool e estão infectados pelo HIV desenvolvem depressão.

Indivíduos com transtorno depressivo maior associado com dependência de álcool e drogas têm um risco maior de suicídio.

Estudos têm mostrado uma importante relação entre tabagismo e depressão; talvez ambos tenham um fator comum com provável determinação genética. Estudos demonstram que indivíduos portadores de depressão moderada fazem mais uso de tabaco do que indivíduos com depressão grave. Sintomas depressivos também são comuns durante episódios de abstinência do tabaco, principalmente em pacientes com história prévia de depressão.

## **TRANSTORNO BIPOLAR**

Pacientes com transtorno bipolar têm altos índices de uso de substâncias, com uma prevalência durante a vida de cerca de 50% a 60%. Um estudo com 112 pessoas que apresentaram pela primeira vez um episódio de mania ou de quadro misto de bipolaridade comparou resultados entre pacientes com dependência de maconha. Os que eram dependentes de maconha passavam mais tempo em mania e, os dependentes de álcool, mais tempo em depressão do que os pacientes que não eram dependentes de substâncias.

Hendrick e cols. (2000) também encontraram diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas, em amostra

clínica composta por 131 bipolares (63 mulheres e 68 homens). Nesse estudo retrospectivo, os autores descreveram que homens com transtorno bipolar apresentavam comorbidade com abuso/dependência de substâncias psicoativas mais frequentemente do que mulheres com transtorno bipolar, sendo que estas, por sua vez, apresentavam problemas relacionados ao uso de álcool e de substâncias psicoativas com maior frequência do que as mulheres da comunidade em geral (com frequências 4 e 7 vezes maiores, respectivamente).

Em um estudo com 298 abusadores de cocaína que buscaram tratamento, 11,1% tiveram pelo menos um episódio de mania ou hipomania na vida.

## **TRANSTORNO DE CONDUTA**

Uma revisão de estudos comunitários sobre o uso de álcool e outras drogas e comorbidade psiquiátrica revelou que 60% dos jovens usuários de álcool e outras drogas tinham uma comorbidade, sendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição os mais comuns, seguidos pela depressão.

## **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE**

Estudos indicam que grande parte dos indivíduos que apresentam dependência de álcool também possuem algum transtorno da personalidade. Abusos de uma ou mais substâncias psicoativas foram relatados por 76% dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e por 95% dos pacientes com Transtorno da Personalidade Antissocial (TPAS) em adultos jovens internados em um serviço psiquiátrico em Hospital Geral.

Os Transtornos de Personalidade Antissocial e Borderline estão entre os mais frequentemente associados ao consumo de crack (50% a 90%), seguidos pelos transtornos afetivos (depressão, transtorno bipolar e distímia, 20% a 60%) e pelos transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtorno delirante e transtornos esquizofreniformes, 20%). De 10% a 50% dos dependentes de crack apresentam mais de um transtorno mental simultâneo, além da dependência e do uso nocivo de substâncias psicoativas. Quanto maior a gravidade do transtorno de personalidade em dependentes de crack, piores são o prognóstico e a adesão ao tratamento.

Estudos têm mostrado que dependentes de crack apresentam maior envolvimento em atividades ilegais, provavelmente devido ao seu estilo de vida ou devido ao consumo do crack em si, ou talvez pelo uso concomitante de múltiplas substâncias psicoativas ou pela maior prevalência de comorbidades psiquiátricas associadas.

Um estudo brasileiro com 350 pacientes que estavam internados para tratamento do uso de drogas mostrou que usuários de crack apresentavam altos níveis de violência e envolvimento com tráfico de drogas. O mesmo estudo mostrou uma alta frequência de envolvimento criminal (prisões) na história pregressa desses pacientes. Outros estudos também investigaram a relação existente entre usuários de crack e envolvimento criminal, e evidências sugerem uma associação entre história pregressa de envolvimento legal com altos níveis de ansiedade, depressão e *craving* (*fissura*).

## ESQUIZOFRENIA

O consumo de substâncias psicoativas é a comorbidade mais comum em pacientes que sofrem de esquizofrenia, o que implica em internações mais frequentes e por períodos mais longos, maiores taxas de recaída e de baixa adesão ao tratamento, maiores riscos de violência, desemprego, infecção por HIV e suicídio.

O tabaco é a substância lícita mais utilizada por pacientes portadores de esquizofrenia. Estima-se que 80% dessa população faça uso de cigarro, o que representa um índice três vezes maior do que o da população geral. Muitos desses pacientes acabam morrendo de consequências clínicas decorrentes da dependência do tabaco, como enfisema pulmonar, câncer de pulmão ou problemas cardiovasculares.

A maconha é a droga ilícita mais utilizada por essa população, além de também estar relacionada ao desenvolvimento da própria esquizofrenia em usuários sadios. As chances de usuários de maconha virem a ter esquizofrenia são 2,8 vezes maior, especialmente naqueles com maiores vulnerabilidades. Estudos relatam que 42% dos esquizofrênicos fizeram uso de maconha na vida e que cerca de 23% fazem uso atual.

Recentemente, um estudo de coorte conduzido por pesquisadores da área da saúde demonstrou um aumento da chance de os indivíduos desenvolverem esquizofrenia após o uso crônico de maconha, por exemplo.



## TRANSTORNO ALIMENTAR

Em estudos de prevalência, com amostras clínicas de mulheres portadoras de algum tipo de transtorno alimentar, a associação com abuso ou dependência de álcool, presente ou passado, variou de 12% a 39%, com uma média de 26%. A associação entre bulimia e comportamentos bulímicos e quadros de dependência é mais forte do que em relação à anorexia. A porcentagem de bulímicas que relataram abuso ou dependência de álcool variou de 2,9% a 48,6%, com uma média de 22,9%. Em um estudo realizado na Universidade de São Paulo, por Negrão e Cordás (1996), 37,5% das pacientes que procuravam o ambulatório de transtornos alimentares faziam abuso de anfetaminas.

Em 2005, um estudo mostrou que no Brasil cerca de 33% dos pacientes usuários de substâncias psicoativas apresentaram transtorno alimentar clínico e, 21%, subclínico. A compulsão alimentar periódica, também conhecida como comer compulsivo (*binge eating*) foi o transtorno alimentar mais prevalente, sendo que 63% das pacientes eram dependentes de álcool e 36%, de outras drogas.

## ALCOOLISMO E TABAGISMO

Pesquisas demonstram que a maioria dos pacientes alcoolistas e tabagistas (consumidores de ambas as substâncias) morre de causas relacionadas ao tabagismo, o que revela a importância do tratamento dessa comorbidade. Inúmeros estudos comprovam a associação de depressão maior com tabagismo, com taxas de prevalência entre 35% e 41%.

## RELEVÂNCIA CLÍNICA

A existência de dois transtornos mentais concomitantes acarreta outros prejuízos, como:

- ✓ Piora dos sintomas psiquiátricos, dos déficits na cognição e nas funções interpessoais, afetivas e biológicas, dificultando o tratamento de cada um deles;
- ✓ Habituais usos de serviços de emergência, aumento da vulnerabilidade a explorações sociais e abusos (físicos e sexuais), menor adesão à medicação, aumento dos custos do tratamento, agressividade e risco maior de suicídio;

- ✓ Piora dos indicadores sociais, como trabalho e vida em família;
- ✓ Maior contato com o sistema criminal.

A incidência de comorbidade com transtornos mentais graves parece estar aumentando. Tal fenômeno tem sido atribuído a uma maior disponibilidade de álcool e outras drogas na população em geral. Alguns autores sugerem que é importante diferenciar pacientes com transtornos mentais graves, que abusam de drogas psicoativas, daqueles que apresentam quadros de dependência dessas drogas, uma vez que parece ser bastante diferente a evolução desses indivíduos. Parece haver uma tendência maior ao abandono do uso de álcool e outras drogas entre os pacientes que somente abusam delas do que naqueles que apresentam quadros de dependência. Isso é observado, mesmo apesar das evidências de que a prevalência de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas não é muito variável em uma população geral de pacientes.

## Diagnóstico

### RELEVÂNCIA CLÍNICA

Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode aumentar ou mascarar o outro, intoxicação por abuso de álcool ou estimulantes, por exemplo, pode produzir sintomas de mania ou hipomania, enquanto abstinência de substâncias, com frequência, manifesta-se com sintomas de disforia e depressão. 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. Aspectos envolvendo gênero, etnia e status socioeconômico também não devem ser esquecidos.

Muitos autores concordam que tais fatores podem levar “a pistas” de situações ambientais traumáticas ou dificuldades variadas que influenciam o desenvolvimento e/ou o agravamento, tanto das questões relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas quanto das relacionadas à comorbidade psiquiátrica. Em razão do elevado índice de comorbidade com o uso de álcool e outras drogas entre mulheres que apresentam diagnóstico psiquiátrico, em relação aos homens, uma atenção especial deve ser dada para o acesso ao uso de álcool e outras drogas para o sexo feminino.

Médicos, psiquiatras e profissionais da saúde tendem a não detectar o abuso de substâncias psicoativas em pacientes com doença psiquiátrica grave, como esquizofrenia e depressão. Além disso, no sentido oposto, em programas de tratamento para abuso de substâncias foi encontrado que metade dos pacientes que apresentavam comorbidade psiquiátrica nunca havia recebido tratamento para esse problema. O tempo necessário de abstinência de álcool ou outras drogas para se firmar o diagnóstico do transtorno primário ainda não foi definido na literatura médica, podendo variar de semanas a meses.

O correto diagnóstico por meio das entrevistas iniciais ou da observação da evolução clínica pode facilitar a abordagem terapêutica e as estratégias de Prevenção de Recaída.

### **O QUE INVESTIGAR?**

- ✓ História dos sintomas psiquiátricos;
- ✓ Tratamentos anteriores (hospitalizações, terapias, medicações);
- ✓ Ideações suicidas ou atos de violência;
- ✓ História do uso de álcool e outras drogas (tabaco);
- ✓ Avaliação com a família.



Elementos do Diagnóstico Diferencial:

- ✓ Identificar as queixas isoladas e as síndromes incompletas;
- ✓ Observar a seqüência do aparecimento dos transtornos;

- ✓ Valorizar a história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico;
- ✓ Avaliar a ocorrência dos sintomas psiquiátricos durante períodos de remissão do transtorno de uso de substâncias psicoativas;
- ✓ A melhora rápida pós-desintoxicação sugere que o transtorno tenha sido causado por AOD;
- ✓ Utilizar questionários padronizados (Instrumentos de Pesquisa);
- ✓ Revisão de prontuário;
- ✓ Exame físico;
- ✓ Realizar exames laboratoriais, de urina e etilômetro.

## Tratamento

Tratamento integrado e organização de serviço: Vários sintomas atribuídos a uma comorbidade são muitas vezes sintomas associados ao período de intoxicação ou de abstinência de uma ou mais substâncias psicoativas.

Osher & Kofoed (1989) propuseram abordagem integrada para pacientes comórbidos, que inclui os seguintes fatores:

- ✓ Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento;
- ✓ Convicção acerca da relação entre abuso de substâncias psicoativas e transtorno psiquiátrico;
- ✓ Tratamento concomitante dos dois distúrbios para aliviar qualquer conflito entre as duas modalidades de tratamento.

Outros autores também sugerem que o tratamento integrado de pacientes com comorbidade psiquiátrica tem melhor resultado do que o tratamento sequencial ou o paralelo, com uma abordagem abrangente, incluindo maneiras para “lidar” com a crise aguda, por equipe multidisciplinar e por terapeuta individual, aguardando a desintoxicação com abstinência por, no mínimo, duas semanas.

A pior evolução dos pacientes dependentes de drogas que apresentam comorbidade psiquiátrica pode ser atribuída, em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência em um serviço e o transtorno psiquiátrico associado em outro.

Serviços voltados ao atendimento de pacientes dependentes têm pouca segurança e experiência em trabalhar com pacientes psicóticos, pacientes bipolares ou com graves transtornos de personalidade, e acreditam que seu tratamento está além de suas possibilidades.

Por essa razão, existem propostas para programas específicos, que permitam às equipes de saúde mental desenvolver formas efetivas de lidar com tais pacientes, visando conscientizá-los da necessidade de se tornarem abstinente, melhorar sua adesão ao tratamento e reorganizar suas redes sociais. Alguns autores enfatizam a necessidade de incluir também no tratamento, além dos itens aqui citados, programas psicoeducacionais (exemplo: orientação ou aconselhamento) para atendimento familiar.

Pacientes com dependência química necessitam de maiores esforços, por parte do terapeuta, para estabelecer uma aliança capaz de promover mudanças em seu comportamento e aumentar as possibilidades de aderência à terapia proposta. As psicoterapias têm se mostrado atualmente consistentes, quando avaliadas em pesquisas clínicas para o uso de álcool e outras drogas e transtornos de ansiedade e do humor, tanto depressivo quanto bipolar, além de fortalecer a aliança terapêutica nos portadores de demais transtornos.

Essa aliança tem importância especial para os portadores de transtorno da personalidade, que apresentam dificuldades para mudanças de estágio motivacional, redução da adesão e altas taxas de abandono de tratamento.

Vários tipos de intervenção são propostos, entre eles tem sido dada preferência à terapia cognitivo-comportamental (TCC) e outras modalidades relacionadas, na forma de Prevenção de Recaída, tanto individual como em grupo.

Em relação ao tratamento farmacológico, a regra geral é aguardar o período de desintoxicação para iniciar o tratamento da comorbidade. Considerações específicas na escolha do agente farmacológico para o uso em pacientes com dependência de substâncias incluem: segurança, toxicidade e potencial de abuso.

Obviamente, se um paciente está em crise psicótica, agressivo ou suicida, a intervenção imediata específica deve ser realizada, ainda que se considere o transtorno afetivo relacionado à dependência química (ou seja, farmacoterapia, proteção ambiental, orientação familiar, psicoterapia de apoio).

Os seguintes itens devem ser considerados, centrados em estratégias de manejo biopsicossocial:

- ✓ Considerar a combinação específica da comorbidade e o estágio de motivação, ao escolher o melhor método de tratamento;
- ✓ Considerar o uso de farmacoterapia para o tratamento do transtorno psiquiátrico, desintoxicação e fase inicial de recuperação e Prevenção de Recaída;
- ✓ Usar técnicas psicossociais para aumentar a motivação, auxiliar na resolução de problemas ambientais e em maneiras de lidar com situações difíceis;
- ✓ Fornecer apoio familiar e informação sobre tratamento adicional de apoio, como grupos baseados nos 12 passos de Alcoólicos Anônimos e outros grupos de autoajuda;
- ✓ Apoio psiquiátrico para o controle de sintomas psicóticos, maníacos e depressivos, com ou sem risco de suicídio.

## Atividades

### REFLEXÃO

Por que é importante investigarmos a existência de comorbidades psiquiátricas em dependentes de substâncias psicoativas?

### TESTE SEU CONHECIMENTO

**1. Em se tratando de comorbidades entre dependência química e outra doença psiquiátrica, é CORRETO dizer que:**

- a) Profissionais da área da saúde tendem a detectar o abuso de substâncias psicoativas em pacientes com doença mental grave.
- b) Como são duas doenças diferentes, é fácil tratar cada uma delas.
- c) O diagnóstico diferencial é difícil, pois há uma superposição de sintomas.
- d) O tratamento paralelo de cada uma das doenças tem um melhor resultado.

**2. Com relação ao consumo de crack, pode-se dizer que:**

- a) O uso concomitante de álcool, por ser uma substância depressora do Sistema Nervoso Central, acalma os dependentes de crack e não causa problemas mais graves.
- b) O crack, por se tratar de uma substância estimulante do Sistema Nervoso Central, não costuma causar depressão.
- c) Usuários de crack com certa frequência são pessoas com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial e Borderline.
- d) O uso do crack não pode desencadear episódios de mania ou hipomania em pacientes bipolares, somente o uso de cocaína.

**3. A presença de comorbidades em usuários de substâncias psicoativas pode ocasionar vários problemas sociais e de saúde, como:**

- a) Aumento do uso de serviços de saúde.
- b) Piora da adesão ao tratamento.
- c) Mais problemas profissionais e familiares.
- d) Todas estão corretas.

**4. Escreva verdadeiro (V) ou falso (F):**

- ( ) A dependência química mais prevalente em pacientes portadores de esquizofrenia é o tabagismo.
- ( ) Os Transtornos de Personalidade Antissocial e Borderline são os mais frequentes em dependentes de crack.
- ( ) Nos transtornos alimentares, é comum o abuso ou dependência de álcool e anfetaminas.
- ( ) Pacientes portadores de transtorno bipolar não costumam fazer uso de substâncias psicoativas.

A alternativa CORRETA é:

- a) F;F;V;F
- b) V;F;V;V
- c) V;V;V;F
- d) F;F;V;V



## Bibliografia

Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO; 1992.

Baethge C, Baldesserini RJ, Khalsa HK et al. Substance abuse in first-episode bipolar disorder I: indications for early interventions. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):1008-10.

Brasiliano S. Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

Buckley PF, Meyer JM. Substance abuse in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):383-402.

Bukstein O. Substance abuse in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medscape J Med*. 2008;10(1):24.

Crawford V, Crome IB, Clancy C. Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): a literature review. *Drugs Education Prev Policy*. 2003;10(1):1-74.

Department of Health (UK). Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide [Internet]. London: DH; 2002 [acesso em 28 set. 2008]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk>.

Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(Supl 1):541-5.

Dieker LC, Avenevoli S, Stolar M, Merikangas KR. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):947-53.

European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Co-morbidade. Lisboa: EMCCDA; 2004.

Falck RS, Wang J, Carlson RG, Eddy Mm Siegal HA. The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. *J Psychoactive Drugs*. 2002;34(3):281-8.

Falck RS, Wang J, Carlson RG, Siegal HA. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jul;192(7):503-7.

Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthoj B, Gattaz WF, Möller HJ. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para tratamento biológico da esquizofrenia, parte 1: tratamento agudo. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(Supl 1):7-64.

Flynn P, Brown B. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 34(1):36-47.

Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C. Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(5):393-6; quiz 397.

Hersh DF, Modesto-Lowe V. Drug abuse and mood disorders. In: Henry BK, Bruce J, Rounsaville MD, editors. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders.* New York: Marcel Dekker; 1998. p. 177-201.

Hitzemann R. Animal models of psychiatric disorders and their relevance to alcoholism. *Alcohol Res Health.* 2000;24(3):49-158.

Kessler F, Terra M, Faller S, Stolf A, Peuker AC, et al. Crack users shows high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict.* 2012 Jul-Aug;21(4):370-80. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x. Epub 2012 May 16.

Kessler F, Woody G, De Boni R, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. *Public Health.* 2008 Dec;122(12):1349-55. doi: 10.1016/j.puhe.2008.05.018.

Kranzler HR, Mason B, Modesto-Lowe V. Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler HR, Rounsaville B, editors. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders.* New York: Marcel Dekker; 1998. p. 107-36.

Lotufo-Neto F, Gentil, V. Alcoholism and phobic anxiety--a clinical-demographic comparison. *Addiction.* 1994;89(4):447-53.

Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005; 32(5):276-82.

Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention.* New York: Guilford Press; 1985.

Negrão AB, Cordás TA. Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Res.* 1996;62(1):17-21

Osher FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40(10):1025-30.

Quello S, Brady K, Sonne S. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Pract Perspect*. 2005;3(1):13-21.

Ratto L, Cordeiro D. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca; 2010. p.199 – 217.

Schuckit MA, Monteiro MG. Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Addict*. 1988 Dec;83(12):1373-80.

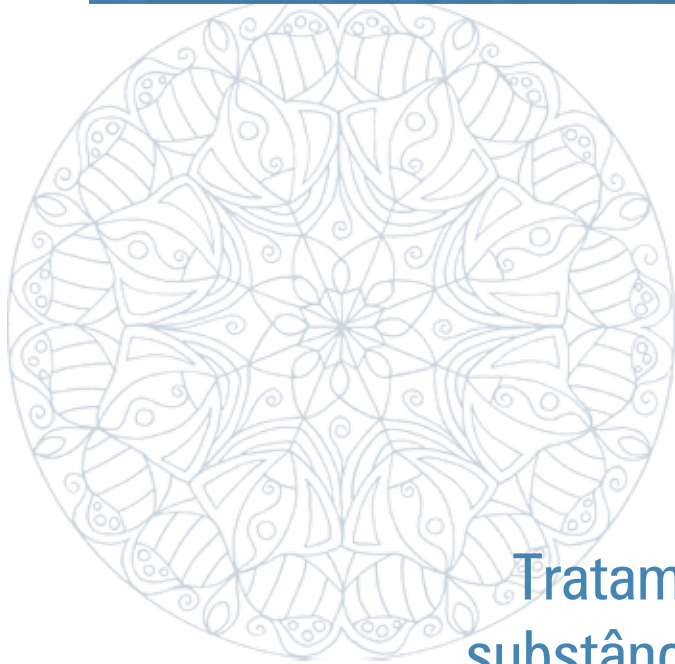
Vogenthaler NS, Hadley C, Rodriguez AE, Valverde EE, Del Rio C, Metsch LR. Depressive symptoms and food insufficiency among HIV-infected crack users in Atlanta and Miami. *AIDS Behav*. 2011 Oct;15(7):1520-6. doi: 10.1007/s10461-010-9668-1.

Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Issues and problems with dual diagnosis. In: *Dual diagnosis: an integrated approach to treatment*. Thousand Oak: Sage Publications; 2001. p. 11-24.

Wüsthoff LE, Waal H, Ruud T, Grawe RW. A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community mental Health Centers. *BMC Psychiatry*. 2011 May 23;11:93. doi: 10.1186/1471-244X-11-93.

Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):142-8.

Zubaran C, Foresti K, Thorell MR, Franceschini P, Homero W. Depressive symptoms in crack and inhalant users in southern Brazil. *J Ethn Subst Abuse*. 2010;9(3):221-36.

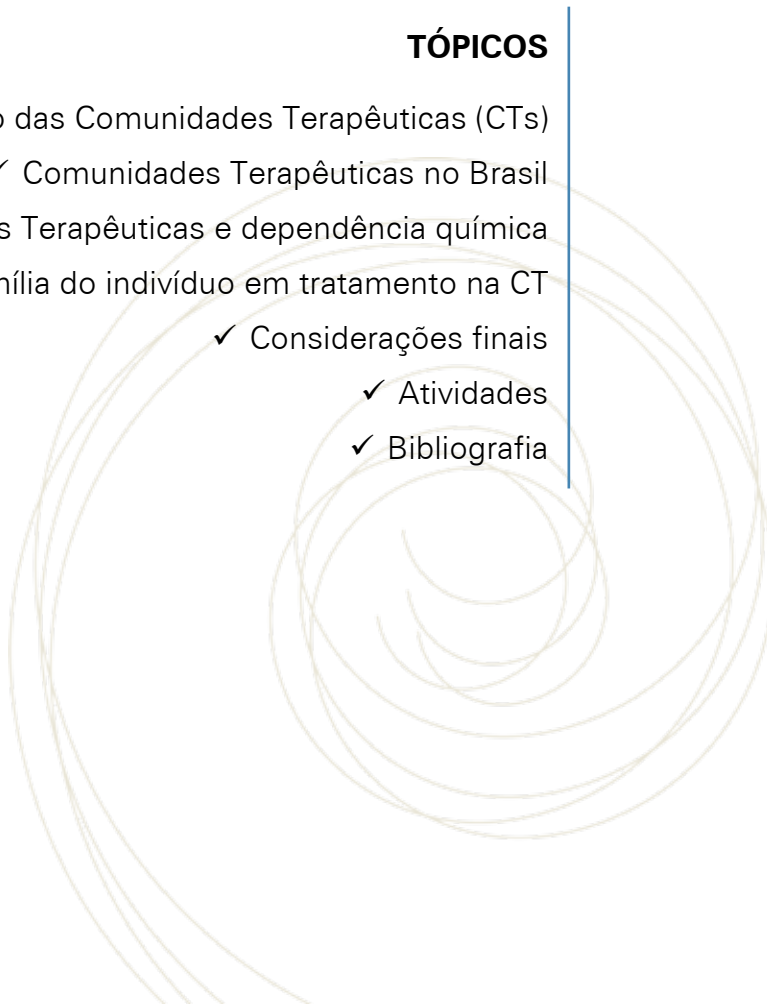


# Capítulo 7

## Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas

### TÓPICOS

- ✓ Movimento das Comunidades Terapêuticas (CTs)
  - ✓ Comunidades Terapêuticas no Brasil
- ✓ Comunidades Terapêuticas e dependência química
  - ✓ A família do indivíduo em tratamento na CT
  - ✓ Considerações finais
    - ✓ Atividades
    - ✓ Bibliografia



## Movimento das Comunidades Terapêuticas (CTs)

### UM POUCO DE HISTÓRIA...

Na segunda década do século XX foi fundada uma organização religiosa, grupo Oxford (por vezes chamado de “movimento”), por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. Em seu primeiro nome, First Century Christian Fellowship, transmitia sua mensagem essencial – um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã. A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. Os transtornos mentais e o alcoolismo, embora não fossem o foco principal, eram contemplados pelas preocupações do movimento por serem sinais de destruição espiritual.

Parte das ideias e práticas incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, a reparação e o trabalho conjunto (Ray, 1999; Wilson, 1957).

No final de 1934, Ebby T., um dos convertidos pelo grupo Oxford, tentou ajudar Bill W., um antigo amigo que bebia, falando de religião e das ideias do grupo Oxford. Mas, Bill W. só passou por um verdadeiro despertar espiritual para manter a sobriedade após uma hospitalização por desidratação, ao que parece influenciado pelo livro de Williams James, “as Variedades da Experiência Religiosa”.

Numa posterior viagem de negócios a Akron (Ohio - USA), Bill W. sentiu um forte desejo de beber, e Henrietta Sieberling, associada ao grupo Oxford, indicou a Bill W. o nome de Bob S., outro dependente de álcool. A conversa entre os dois homens marca a fundação da irmandade AA, pois a troca de suas experiências desencadeou a própria missão de ajudar outros dependentes de álcool. Em 1935, em Akron, Ohio, foi fundada a irmandade Alcoólicos Anônimos (AA) por dois dependentes de álcool em recuperação, Bill Wilson, corretor de Nova York, e o médico Bob Smith.

Entre os princípios de AA, diretamente provenientes do grupo Oxford, estão: a noção de confessar-se aos outros, de reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença do grupo. Porém, na irmandade

AA, o membro individual pode envolver-se privadamente com seu próprio conceito de poder superior, ao passo que o membro do Oxford se relaciona especificamente com o Deus cristão. Mas há, nas duas orientações, a ênfase num poder superior ao eu, como a fonte espiritual de mudança pessoal.

No campo psiquiátrico acontecia uma outra revolução – a experiência da comunidade terapêutico-democrática para distúrbios mentais.

O modelo da CT psiquiátrica foi primeiramente desenvolvido na unidade de reabilitação social do Belmont Hospital (mais tarde chamado de Henderson), na Inglaterra, na metade da década de 1940. Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros. Maxwell Jones e seus colegas (Rapaport, 1960; Salasnick e Amini, 1971) estudaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica. Abaixo, breve resumo dessas características (adaptado por Kennard, 2003):

- ✓ Considerava-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico;
- ✓ A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento;
- ✓ Um elemento central é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição;
- ✓ Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos;
- ✓ A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos;
- ✓ Atribui-se um alto valor à comunicação;
- ✓ O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade;
- ✓ Usam-se técnicas educativas e a pressão para propósitos construtivos;
- ✓ A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.

A natureza terapêutica do ambiente total (motivação geral das CTs de Maxwell Jones) é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento de substâncias psicoativas que surgiria mais tarde.

Em agosto de 1959, em Santa Monica, na Califórnia, a força fundadora da Synanon (primeira Comunidade Terapêutica) foi Charles (Chuck) Dederich, um dependente de álcool em recuperação que uniu suas experiências de AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas a fim de lançar e desenvolver o programa da Synanon.

As influências de AA sobre a Synanon foram fundamentais: as duas organizações seguiam a premissa da recuperação por meio da autoajuda, a crença de que a capacidade de mudança e recuperação está no indivíduo, e de que a sobriedade ocorre, primordialmente, por meio de relacionamentos terapêuticos com outros indivíduos em situações similares (Anglin, Nugent e NG, 1976).

As diferenças vitais na CT Synanon, que tanto a distinguem da irmandade AA, são os aspectos relativos ao ambiente residencial do programa (incluindo-se todas as atividades da vida cotidiana, do trabalho, dos relacionamentos e da recreação, além de grupos terapêuticos e reuniões comunitárias), a sua estrutura organizacional (organização hierárquica de alto grau de estruturação), o perfil dos participantes (mudança do atendimento exclusivo aos dependentes de álcool para a inclusão de dependentes de opiáceos e de usuários abusivos de todos os tipos de substâncias), bem como suas metas (mudança psicológica e de estilo de vida), sua filosofia e orientação psicológica (o poder da mudança reside essencialmente na pessoa, sendo estimulado por sua plena participação na comunidade dos pares). Os grupos semanais de “livre associação” refletiam parte das influências psicanalíticas a que estiveram sujeitos Dederich e os primeiros participantes da Comunidade Terapêutica.

O objetivo do processo grupal era ajudar a pessoa a descobrir e alterar atitudes e comportamentos característicos associados à dependência de substâncias psicoativas. A interação grupal era utilizada para aumentar a autoconsciência individual desses aspectos negativos da personalidade por meio de seu impacto nas outras pessoas, sendo a persuasão grupal um recurso destinado a levar à total honestidade pessoal, à completa autoexposição e ao compromisso absoluto com a mudança de si mesmo.

A CT Synanon herdou elementos morais e espirituais do grupo Oxford e AA (parte dos 12 Passos e 12 Tradições). Integrou a esses elementos outras influências

sociais, psicológicas e filosóficas da época (por exemplo, o existencialismo e a psicanálise), tudo com o objetivo não só de manter a sobriedade, como também de mudar a personalidade e os estilos de vida. Num ambiente residencial de 24 horas, os indivíduos ficavam afastados dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais da comunidade mais ampla, que poderiam influenciar seu uso de substâncias.

Esse tipo de alternativa terapêutica se firmou e deu origem a outras CTs que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon.

A CT DAYTOP VILLAGE é o exemplo mais significativo desse tipo de abordagem. Foi fundada em 1963 pelo monsenhor William O'Brien e por David Deitch, tornando-se um programa terapêutico muito integrado.

Com a multiplicação das iniciativas desse modelo de abordagem terapêutica na América do Norte, a experiência atravessou o Oceano Atlântico e deu início a programas terapêuticos no norte da Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha.

No início de 1979, a experiência chegou à Itália, onde foi fundada uma Escola de Formação para Educadores de CTs. Esses educadores deram um novo impulso ao processo na Espanha, América Latina, Ásia e África.

A maioria dos programas que seguiram a Synanon foi desenvolvida com a ajuda e participação de líderes cívicos, de membros do clero, de políticos e profissionais de saúde e assistência social.

Embora os dependentes de álcool e outras drogas tenham sido os pioneiros no tratamento da dependência de substâncias psicoativas em CTs, a evolução recente dessa abordagem apresenta significativa influência da educação, medicina, direito, religião e ciências sociais. Os programas exibem diferenças de linguagem (por exemplo, termos psicológicos), de serviços especiais (por exemplo, grupos familiares) e de variedade de temas terapêuticos e sociais abordados (por exemplo, questões de violência doméstica, abuso sexual, de gênero e de cunho cultural).

As gerações subsequentes de CTs conservaram muito dos elementos do protótipo da Synanon, porém várias influências intervenientes levaram a algumas alterações que se evidenciaram de imediato, e outras foram evoluções mais graduais.



## Comunidades Terapêuticas no Brasil

No Brasil, o marco que deu início à expansão das Comunidades Terapêuticas nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Rio Grande do Sul, entre outros, foi a fundação da Fazenda do Senhor Jesus, por Pe. Haroldo J. Rahm, em 1978, na cidade de Campinas (SP). Algum tempo depois, percebendo que o comprometimento de alguns dependentes ultrapassava a compreensão e a força terapêutica proveniente dos recursos das Comunidades Terapêuticas, o mesmo padre introduziu abordagens psicossociais no quadro de sua equipe de profissionais.

A partir desse momento, o número de comunidades pelo Brasil cresceu rapidamente, porém, sem o conhecimento e o treinamento necessários desse modelo, gerando uma série de movimentos e metodologias regionais tanto para a utilização das técnicas quanto para o desenvolvimento dos programas. Segundo Rahm (2001): “Há organizações que, denominando-se Comunidades Terapêuticas, na verdade são simples centros de acolhimento”, apontando tal indistinção como uma das causas do baixo índice de recuperação demonstrado por alguns estudos, além do uso indevido da abordagem, o que dificultava o reconhecimento das Comunidades Terapêuticas.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no 101/01 – que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), conforme modelo psicossocial.

INSTITUIÇÃO  
PADRE HAROLDO



Conheça este regulamento em: [http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/exigencias\\_minimas\\_para\\_funcionamento\\_servicos\\_de\\_atenc.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/exigencias_minimas_para_funcionamento_servicos_de_atenc.pdf)



### **O regulamento oferecia a seguinte conceituação sobre Comunidade Terapêutica:**

São serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial; são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e esteticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Na perspectiva da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACKT), Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas (FETEB), Cruz Azul do Brasil e Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), os elementos essenciais que compõem o tratamento residencial, voltado para a abstinência e praticado nas Comunidades Terapêuticas são os seguintes:

- ✓ Prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas;
- ✓ Internação e permanência voluntárias, entendidas como um episódio que objetive auxiliar o dependente de Substâncias Psicoativas (SPA) a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade, assumindo suas funções como cidadão, membro de uma família e trabalhador e/ou estudante;
- ✓ Ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais (temporariamente, neste último caso);

- ✓ Convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da Comunidade Terapêutica;
- ✓ Critérios de admissão, permanência e alta definidos com o conhecimento antecipado por parte do dependente de SPA candidato e de seus familiares/responsável;
- ✓ Aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica, tanto pelos dependentes de SPA como pelos familiares/responsável;
- ✓ Utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na Comunidade Terapêutica e na recuperação do dependente de SPA;
- ✓ Acompanhamento Pós-Tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação.

Em 2011, a ANVISA revogou a RDC nº 101/01 e criou a RDC nº 29/11, com o intuito de se aproximar do Modelo de Comunidade Terapêutica proposto pela FEBRACT. Assim, as comunidades deixaram de se adequar às normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital ou centro de tratamento, em favor de seu caráter residencial e de convívio familiar

**VEJA EM:**  
<http://www.slideshare.net/oficinamkt/paulina-duarte-apresentao-comunidades-teraputicas>  
*uma apresentação da SENAD sobre como as comunidades terapêuticas se inserem na Política sobre drogas*

### Quadro 1: Pontos-chave do novo Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA)

#### 1. Da organização do serviço

- a. **Condições organizacionais:** Licença sanitária segundo a legislação local, descrição das atividades, responsável técnico com nível superior e ficha individual de cada residente, atualizada periodicamente de acordo com os critérios estabelecidos pela RDC nº 29/11.
- b. **Gestão de pessoal:** Recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas; capacitação profissional.
- c. **Gestão de infraestrutura:** Instalações regularizadas junto ao Poder Público local, em boas condições de conservação, segurança e higiene. Os ambientes considerados obrigatórios, tais como o alojamento, os espaços de recuperação e convivência, o setor administrativo e o de apoio logístico, encontram-se descritos nessa seção.

#### 2. Do processo assistencial

- a. **Admissão:** Avaliação diagnóstica prévia e problemas clínicos que requeiram prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição são critérios de exclusão à internação; apenas internações voluntárias e consentidas.
- b. **Permanência:** Garantia ao bem-estar físico e psíquico, ambiente livre de substâncias psicoativas, proibição de castigos físicos.
- c. **Normas de conduta claras para as seguintes situações:** Alta terapêutica, desistência (alta a pedido), desligamento (alta administrativa), desligamento em caso de mandado judicial e evasão (fuga).

Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 101, de 31 de maio de 2001.

## **DESAFIOS POSTERIORES À REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS**

Nos últimos dez anos, as Comunidades Terapêuticas têm recebido regulamentações dos órgãos sanitários brasileiros, cujo marco regulatório foi a publicação das normas mínimas de funcionamento para esse ambiente de tratamento. O I Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007 – cadastrou 9.503 serviços de tratamento para dependência química e enviou questionários a uma amostra representativa de abrangência nacional, conseguindo um índice de resposta de 82% (n=1256). Nessa amostra, 38% dos serviços governamentais e não-governamentais pesquisados, ou 65% dos serviços não-governamentais, eram compostos por Comunidades Terapêuticas (n=596), as quais responderam por 75% das internações realizadas no período do levantamento.

No entanto, ainda existe um desconhecimento no modelo preconizado pelas comunidades terapêuticas, mesmo diante do fato delas estarem contempladas no eixo tratamento da Política Nacional sobre Drogas da Secretaria Nacional sobre Drogas, revisada e construída coletivamente através de cinco fóruns regionais, em 2005.

Esse desconhecimento deve-se ao fato de grande parte das Comunidades Terapêuticas, até agora, não estarem adequadas às normas mínimas de funcionamento, nem ter acesso a recursos financeiros, capacitação e informações sobre o tratamento das dependências, deixando a desejar quanto aos resultados possíveis e esperados. Também é importante ressaltar que muitos centros de recuperação e clínicas utilizam algumas técnicas e características de Comunidades Terapêuticas e se intitulam comunidades, porém não têm os elementos essenciais nem as características necessárias para serem reconhecidos como tal.

### **Conceituação**

As Comunidades Terapêuticas são ambientes de internação especializados, presentes em mais de sessenta países, que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando o alcance e manutenção da abstinência, inicialmente em ambiente protegido, com encaminhamento posterior para internação parcial e/ou para o ambulatório, conforme as necessidades do paciente.

*“Numa comunidade terapêutica aprende-se a abordar as pequenas crises surgidas em toda a vida de grupo, não como empecilhos que se devem desprezar ou sumariamente resolver, mas antes como situações de aprendizagem ao vivo – um termo predileto de Maxwell Jones – que muito nos pode ensinar sobre a dinâmica, das interações pessoais, tanto benéficas quanto prejudiciais.  
(Jones, M.)*

Esse modelo, fundamentado desde os primeiros tempos como uma **abordagem de autoajuda**, que acontece por intermédio da convivência entre os pares, provocando e promovendo mudanças e desenvolvimento de hábitos e valores importantes para uma vida saudável, manteve sua característica essencial e diversificou-se, englobando e combinando com eficácia outros modelos psicossociais, tais como a Prevenção da Recaída e técnicas motivacionais, além de inúmeros serviços adicionais relacionados à família, à educação ou trabalho e à saúde física e mental. Dessa forma, ampliou seu leque de possibilidades e tornou-se um ambiente mais eficaz para o tratamento de usuários com comorbidades.

## Comunidades Terapêuticas e dependência química

### FILOSOFIA DO TRATAMENTO

A Comunidade Terapêutica considera o uso de drogas um sintoma do comprometimento daquele que faz uso nocivo ou é dependente. O seu modo de ser e agir geram prejuízos em todas as dimensões de sua vida, incapaz de manter-se abstinente, seriamente disfuncional dos pontos de vista social e interpessoal, tomando atitudes prejudiciais a si e aos que estão ao seu redor. As Comunidades Terapêuticas utilizam a comunidade como agente-chave do processo de mudança – eis o seu método e diferencial maior em relação às demais modalidades de tratamento. Nesse contexto, a cultura da recuperação, baseada na filosofia e na linguagem da comunidade, na transmissão do patrimônio, nas celebrações, regras, atividades e rituais desenvolvidos no cronograma da comunidade, promove

a aprendizagem e a recuperação. Os indivíduos recebem ajuda ajudando os demais, responsabilizando-se tanto pela própria recuperação quanto, ao menos em parte, pela recuperação de seus companheiros. As mensagens de mudança, de recuperação, de bem-viver e de transformação são reiteradas e ampliadas por meio da intensidade e da intimidade da vida comunitária.

Os 12 Passos e as 12 Tradições dos Alcoólicos Anônimos (AA) são a base dos programas de recuperação oferecidos pelas Comunidades Terapêuticas em grande parte do mundo e na maioria das comunidades no Brasil. Programas com referencial na espiritualidade e/ou na religião também podem compor as abordagens nesse ambiente de tratamento, em graus variados de combinação entre si e com outros modelos. Alguns modelos igualmente baseados na filosofia dos 12 passos, como o Modelo de Minnesota, são aplicados pelas comunidades, com o intuito de provocar não só a interrupção do consumo, mas uma mudança mais profunda no estilo de vida e no modo de o indivíduo se relacionar com seus pares. Neste último caso, a combinação de técnicos, corpo clínico, medicação e períodos mais curtos de internação – para auxiliar no processo de construção da consciência e adesão ao programa e à recuperação – são os grandes diferenciais da Comunidade Terapêutica Clássica.

## **OBJETIVOS**

O objetivo específico das Comunidades Terapêuticas é tratar o transtorno do indivíduo como um todo, objetivando em sua recuperação transformar positivamente o estilo de vida e sua identidade pessoal. Para isso, uma série de programas e metas é oferecida aos pacientes em recuperação (Quadro 2).

### Quadro 2: Objetivos e metas do tratamento oferecido pelas Comunidades Terapêuticas

1. Manutenção da abstinência de substâncias psicoativas em um ambiente terapêutico controlado ou semicontrolado;
2. Vida comunitária com outros usuários em recuperação;
3. Ênfase na divisão de responsabilidades com companheiros de recuperação e conselheiros;
4. Aconselhamento de suporte baseado em Prevenção da Recaída;
5. Apoio individual, promoção da educação, treinamento e experiências vocacionais;
6. Preocupação com as condições de moradia e o processo de reabilitação psicossocial do paciente;
7. Apoio e cuidados pós-alta.

Fonte: De Leon G. A Comunidade Terapêutica. São Paulo: Loyola; 2003.

## DIMENSÕES COMPORTAMENTAIS

Há quatro dimensões comportamentais visadas para que o indivíduo opere a ressocialização terapêuticamente objetivada:

- ✓ O **desenvolvimento individual**, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras, melhor habilidade para lidar com a emoção e construção da identidade;
- ✓ A **mudança de aspectos subjetivos do comportamento**, relacionada às experiências e percepções do indivíduo quanto às circunstâncias externas que fomentem o consumo de drogas, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica da mudança obtida ao longo do processo;



- ✓ **A incorporação de princípios comportamentais e sociais**, tais como a autoeficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e
- ✓ **A integração social**, possível apenas se pautada por cooperação, conformidade e comprometimento.

As quatro dimensões podem ser avaliadas qualitativamente por observação dos funcionários e residentes, membros da CT, e quantitativamente através de avaliações de evolução ao longo de uma escala de indicadores em seu plano de tratamento individualizado. Esses indicadores reportam aos comportamentos e atitudes dos residentes observados pelos membros da CT na vida cotidiana da comunidade.

No processo de mudança, essas quatro dimensões estão inter-relacionadas e alguns indicadores comportamentais são comuns a todos, já que estão diretamente relacionados à vivência da cultura no dia-a-dia da comunidade.

Para facilitar a compreensão e avaliação das quatro dimensões, serão apresentados separadamente o conceito de indicadores e exemplos do cotidiano da CT.

## DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

Refere-se à evolução do indivíduo em relação ao crescimento pessoal e pode ser descrito por dois domínios relacionados:

- 1a. Maturidade:** processo de crescimento ao longo dos estágios de tratamento.

### Indicadores típicos:

- ✓ Lidar com desejos e impulsos com bom-senso e moderação;
- ✓ Deixar para trás comportamentos infantis e reduzir a conduta de agir por impulso;
- ✓ Lidar com autoridade e críticas de maneira assertiva;
- ✓ Deixar de lado atitudes de rebeldia e utilizar conduta socialmente aceitável como forma de afirmar a individualidade, a identidade e de obter satisfação das próprias necessidades;

- ✓ Definir metas realistas de curto, médio ou longo prazo, tendo paciência para executar cada passo necessário, compreendendo o tempo, o esforço e as habilidades necessárias;
- ✓ Demonstrar maior tolerância em relação a todos os tipos de desconforto (frustração, irritação, demora para a gratificação, etc.);
- ✓ Demonstrar autocontrole emocional (conseguir administrar impulsos e sentimentos que poderiam atrapalhar os passos planejados).

**1b. Responsabilidade:** consciência e responsabilidade perante os outros com relação a obrigações e relações interpessoais.

**Indicadores típicos:**

- ✓ Atender às necessidades de saúde e autoestima;
- ✓ Conservar o quarto limpo, usar roupas adequadas;
- ✓ Admitir erros, minimizar a culpa atribuída a outros ou a circunstâncias externas e procurar corrigir os erros pessoais;
- ✓ Abandonar padrões de manipulação;
- ✓ Manter esforços em tarefas apesar dos reveses, interrupções e distrações;
- ✓ Oferecer avaliações honestas de como desempenhar suas obrigações;
- ✓ Monitorar comportamentos e atitudes de outros e da comunidade.

**2. Mudança de aspectos subjetivos do comportamento:** avaliação do indivíduo de acordo com suas funções mentais e emocionais, constituída por três domínios, a saber:

**2a. Habilidades cognitivas:** padrões característicos de pensamento em termos de conscientização, solução de problemas, tomada de decisões, pensar de forma realista e uso de bom-senso.

**Indicadores típicos:**Tem consciência do:

- ✓ Impacto do comportamento de outras pessoas sobre si;
- ✓ Impacto de seu próprio comportamento e atitudes sobre os outros;
- ✓ Seu ambiente físico que o cerca.

Discernimento:

- ✓ Identificar estímulos externos que desencadeiam pensamentos negativos, ações impulsivas e uso de drogas;
- ✓ Identificar estímulos internos desencadeantes de pensamentos e sentimentos negativos, ações impulsivas e uso de drogas;
- ✓ Compreender os sentimentos, comportamentos e pensamentos atuais em relação às condições, eventos e relacionamentos passados.

Defesas:

- ✓ Reduzir o uso de justificativas e defesas típicas de negação, racionalização, projeção, externalização e somatização;
- ✓ Abandonar imagens, máscaras.

Realidade:

- ✓ Ver eventos, pessoas e a si mesmo como realmente são e mostrar-se disposto a confrontar em vez de evitar ou fugir deles;
- ✓ Demonstrar contato com a realidade ao relacionar-se com outros para distinguir entre: sentimentos e fatos; pensamentos e fatos; desejos, vontades e necessidades; ilusão, desilusão e decepção;
- ✓ Demonstrar autoavaliação precisa em termos de recursos e aspirações;
- ✓ Expressar pensamentos particulares em palavras.

**2b. Habilidades emocionais:** características comuns de comunicação e administração de estados de sentimentos. É o aprendizado de como identificar, administrar estados afetivos e comunicar as emoções com transparência e assertividade (inclui tolerância, admissão de estados emocionais sem agir de forma autodestrutiva e controle, contenção ou interrupção de expressões emocionais impulsivas).

**Indicadores típicos:**

Exposição e entendimentos emocionais:

- ✓ Revelar uma variedade de estados emocionais;
- ✓ Mudar de níveis de baixa exposição – por exemplo, indiferença, negação, retraimento – para níveis de intensidade mais alta, como catarse, manifestação de emoções;
- ✓ Identificar adequadamente os seus próprios sentimentos, experiências, e os dos outros;
- ✓ Exibir expressões comportamentais de emoções, que são aceitáveis, efetivas e produzem alívio (por exemplo: compartilhar, confrontar);
- ✓ Poder identificar estimuladores ou determinantes de experiências afetivas, conseguindo encontrar as relações situacionais e cognitivo-emocionais.

Comunicação:

- ✓ Renunciar à violência – “colocar-se em palavras e não em atos”;
- ✓ Demonstrar expressão afetiva – usar palavras emocionais e gestos não verbais, refletindo experiências sinceramente sentidas;
- ✓ Trabalhar com as culpas: expor, confessar e tentar corrigir os erros;
- ✓ Receber abertamente as expressões afetivas dos outros.

**2c. Saúde mental e emocional:** os residentes sentem-se perturbados quando entram em tratamento, e isso se evidencia numa variedade de sintomas físicos, emocionais e mentais cuja ausência indica melhora na saúde mental.

**Indicadores típicos:**

- ✓ Disforia;
- ✓ Anedonia;
- ✓ Ansiedade;
- ✓ Depressão;
- ✓ Hostilidade, irritação;
- ✓ Dores somáticas.

**3. Incorporação de princípios comportamentais e sociais:** refere-se à evolução do indivíduo como um membro pró-social da sociedade mais ampla. Pode ser descrito por três domínios:

**3a. Desvio social:** como inicialmente o indivíduo está orientado para atitudes voltados ao confronto em sua conduta, valores e relações sociais mudanças nestes aspectos são sinal de progresso.

**Indicadores típicos:**

- ✓ Modificar as formas de comportamento antissocial, em particular violência e intimidação;
- ✓ Renunciar a atitudes de rebeldia, cinismo;
- ✓ Modificar pensamentos antissociais e modos desviantes de lidar com a vida (exploração, manipulação, mentira, “passar por cima”, etc.);
- ✓ Abandonar “imagens sociais” negativas (agressividade, máscara de bandido), que transmitem invulnerabilidade ou indiferença;
- ✓ Demonstrar respeito pela autoridade, pelas pessoas e propriedades;
- ✓ Apresentar distanciamento do estilo de vida, amigos, vizinhanças, linguagem e atitudes indicadoras de envolvimento com drogas.

**3b. Capacitação:** desenvolvimento do indivíduo no que se refere às habilidades educacionais e profissionais e ser socialmente efetivo em relação à conduta social e às habilidades interpessoais.

**Indicadores típicos:**Desempenho social

- ✓ Demonstrar hábitos positivos de trabalho e estudo (pontualidade, frequência, modo de se vestir);
- ✓ Reverter atitudes ruins em relação a tarefas (negativismo, cinismo), a autoridades (atitudes de rebeldia, não-aceitação de críticas) ou a subordinados (falta de cooperação);
- ✓ Demonstrar padrões eficazes de trabalho, estudo (diligência, cem por cento de esforço, busca de excelência);
- ✓ Demonstrar prontidão e habilidades de trabalho, estudo.

Efetividade Social

- ✓ Demonstrar boas maneiras (polidez, discurso e tom de voz respeitosos em todas as situações sociais) ao jantar, cumprimentar companheiros, funcionários e visitantes, atender o telefone e falar durante seminários; não gritar na sala de estar; ouvir música em volume agradável.

**3c. Valores:** compreender, aceitar e praticar os ensinamentos do bem-viver da CT.

**Indicadores típicos:**

- ✓ Honestidade;
- ✓ Autoconfiança;
- ✓ Atenção responsável;
- ✓ Responsabilidade em relação à comunidade;
- ✓ Ética no trabalho.

**4. Integração social:** evolução do indivíduo como membro da Comunidade Terapêutica, podendo ser descrita por dois domínios, a saber:

**4a. Agregação:** vínculo do indivíduo com a comunidade de companheiros.

**Indicadores típicos:**Compreende a comunidade como método:

- ✓ Conhece a filosofia e a perspectiva da CT;
- ✓ Sabe como usar o ambiente;
- ✓ Usa as ferramentas;
- ✓ Segue as regras;
- ✓ Conhece a linguagem e os conceitos da CT;
- ✓ Segue o código de vestuário da CT (sem objetos de valor, roupas simples, limpeza pessoal).

Expressa pertencimento

- ✓ Mantém a limpeza e o cuidado com objetos, móveis e a imagem do programa, tanto interiormente quanto externamente;
- ✓ Oferece-se como voluntário para falar, conduzir visitas de apresentação.

**4b. Modelo de atuação:** o membro individual é um exemplo de alguém que atende às expectativas comportamentais da comunidade.

Indicadores típicos:

- ✓ Dá “advertência” a indivíduos e à comunidade;
- ✓ Usa o “agir como se” como um modo de aprendizagem;
- ✓ Demonstra status pessoal adquirido;
- ✓ Oferece atenção responsável;
- ✓ Oferece feedback positivo aos companheiros;
- ✓ Inicia por conta própria novas tarefas e áreas de responsabilidade;
- ✓ Demonstra consciência de comportamento, atitudes que deveria mudar e define uma estratégia pessoal para lidar com essas mudanças;
- ✓ Mostra-se responsável com os companheiros;
- ✓ Relaciona-se com os outros em ambientes formais e informais;
- ✓ Demonstra um alto nível de energia em atividades comunitárias.

### Conclusão

As dimensões, os domínios e os indicadores são inter-relacionados (associados a mudanças em outras dimensões) e interativos de diversas maneiras (facilitam ou aceleram diretamente a mudança nos domínios de outras dimensões).

É importante compreender as diferenças individuais porque os residentes não começam no mesmo lugar numa dimensão e nem progridem de maneira uniforme. Uma visão dimensional da mudança evidencia diferenças entre indivíduos, e essas diferenças enfatizam a necessidade de flexibilidade no programa para tornar as mensagens de recuperação relevantes para indivíduos que se encontram em diferentes pontos do processo de mudança.

Mudar a “pessoa inteira”, porém, inclui a forma como os indivíduos percebem e experimentam o programa, o tratamento e a si mesmos no processo.

## MUDANÇA INDIVIDUAL: EXPERIÊNCIAS ESSENCIAIS

Uma mudança duradoura no indivíduo só é possível se ele trabalhar ativamente nos comportamentos a serem mudados, sentir os sentimentos associados a esse trabalho e compreender o significado ou valor da mudança, a fim de ver a si mesmo, aos outros e ao mundo de um modo diferente.

### Experiências essenciais no processo da CT:

- 1. Autoconhecimento emocional:** refere-se à moderação de dores físicas, psicológicas e sociais que os residentes experimentam em sua vida, direta ou indiretamente relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, a saber:
  - **Nutrição-amparo:** assegurar a provisão das necessidades básicas da manutenção cotidiana: refeições, moradia, roupas, acessórios de higiene e perfumaria, além de serviços médicos, dentários, sociais e jurídicos;



- **Segurança física:** manter a segurança do ambiente social é essencial para preservar a segurança psicológica no processo de mudança. O código da CT é a segurança coletiva, administrada pela própria CT;
  - **Segurança psicológica:** as experiências de fé incondicional (atender às exigências do programa sem questionar), confiança (conseguir se revelar completamente aos outros), compreensão e aceitação pelos outros (residentes definem, com frequência, a experiência em CT como a primeira vez em que outros os compreendem e se importam com eles pelo que realmente são e não os rejeitam pelo que foram ou fizeram no passado) aliviam temores intrapessoais e interpessoais velados.
- 2. Relacionamento social e atenção:** as experiências de relacionamento social essenciais para a recuperação incluem:
- **Identificação:** percepção de similaridades entre si próprios e outros comportamentos, sentimentos, experiências e eventos de vida. Cabe dizer que a identificação é limitada por diferenças individuais de idade, sexo, classe social e raça-etnia ou características culturais;
  - **Empatia e compaixão:** essas experiências indicam que o indivíduo é emocionalmente tocado pelos sentimentos dos outros, superando as características de autocentrismo, evitação de desconforto, busca de gratificação, impulsividade geral e pouca tolerância para com emoções em geral e culpas em particular;
  - **Vínculo:** as histórias de vínculos de usuários abusivos e dependentes de SPA em CTs são variadas e constituem um aspecto especial de seus problemas com relacionamentos em geral, a saber: dissolução de defesas e imagens; vulnerabilidade emocional; riscos mútuos.
- 3. Aprendizagem subjetiva:** experiências associadas a várias consequências positivas e negativas durante o processo de aprendizagem social. Estas estão centradas no tema da autoeficácia e da autoestima.

### Indicações

Em relação às demais modalidades e ambientes de tratamento, a Comunidade Terapêutica é apropriada e eficaz para qualquer perfil que possua condições clínicas estáveis e não apresentam quadros psiquiátricos agudos de usuário com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas. Apesar disso, o perfil do paciente que escolhe essa modalidade de atendimento habitualmente tem maior envolvimento com o consumo de álcool e drogas, fracassos consecutivos em alcançar um padrão estável de abstinência ambulatorialmente e mais problemas sociais, educacionais, vocacionais, comunitários e familiares relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. Para esses indivíduos, a abordagem das Comunidades Terapêuticas possui especificidades capazes de auxiliar seu processo de recuperação (Quadro 3).

#### **Quadro 3: Indicações para internação em Comunidades Terapêuticas**

1. Fracasso em atingir e manter um padrão estável de abstinência ambulatorialmente;
2. Desejo expresso e voluntário de chegar à abstinência a partir de programas de reabilitação;
3. Dependência grave, de difícil manejo ambulatorial e incompatível com a abstinência;
4. Necessidade de programas de apoio e reabilitação social que requerem programas residenciais;
5. Vida em ambientes desfavoráveis, como privação social, moradias instáveis e caóticas, que representam uma constante ameaça à motivação para a mudança ou para a manutenção da abstinência;
6. Envolvimento com ambientes e pessoas que representem uma ameaça constante de recaída.

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse.

A admissão nas Comunidades Terapêuticas é voluntária. Alguns serviços têm a abstinência como um critério de entrada, mas para outros a prontidão para o tratamento é suficiente, ficando a desintoxicação integrada à proposta de recuperação. Casos de intoxicação que requeiram acompanhamento médico são encaminhados para atendimentos de desintoxicação especializada, e posteriormente iniciam o processo dentro das Comunidades Terapêuticas.

## **EQUIPE DE ATENDIMENTO**

As Comunidades Terapêuticas possuem um corpo de funcionários diversificado, que combina profissionais tradicionais e não-tradicionais. Pode ser composto por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e educadores, dependendo do tamanho e da complexidade da organização. Por vezes, médicos integram o corpo clínico ou se associam à organização como prestadores de serviço ou voluntários.

A figura diferencial, porém, é a do ex-usuário, que ao longo de seu processo de recuperação assume papéis cada vez mais complexos na administração e nos cuidados da comunidade, até tornar-se um funcionário da comunidade. Isso lhe confere um papel *sui generis*, com impacto norteador para os residentes em recuperação: todos estão igualmente envolvidos no processo de recuperação, mas diferentemente nele posicionados. Partindo dessa realidade, que combina experiência, empatia e responsabilidade pelo conquistado, o funcionário recuperado exerce diversas funções, dedicando-se ao tratamento como educador, conselheiro e supervisor comunitário (Quadro 4).

Em algumas Comunidades Terapêuticas há investimento educacional em relação a esses funcionários, estimulando-os a voltar aos estudos, e muitos deles chegam a concluir o curso superior, tornando-se psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, etc. Aliar o conceito técnico à história de vida tem feito desses funcionários, profissionais com grande diferencial de atuação nas CTs.

#### Quadro 4: Papéis do funcionário de Comunidade Terapêutica

- ✓ **Educadores:** Assistem e auxiliam os residentes em seus processos individuais de recuperação, especialmente na aquisição de novas habilidades e modos assertivos de lidar com conflitos oriundos de sua interação com a vida comunitária;
- ✓ **Conselheiros:** Acompanham o processo de recuperação dos residentes, de modo individual ou grupal – estimulam conversas, são referência para todos os momentos;
- ✓ **Supervisores:** Acompanham todas as atividades das instalações da Comunidade Terapêutica, cuidam das questões operacionais, administrativas e logísticas, além de supervisionar os programas clínicos.

Fonte: DE LEON, op. cit., 2003.

#### ALGUNS EXEMPLOS REAIS DA “CT SAUDÁVEL” E “CT DOENTE”:

- ✓ **CT saudável**
  - Ao propor uma experiência educativa, a equipe considera o indivíduo que praticou o ato e procura, pela experiência, fazer com que ele reflita sobre seu comportamento. Exemplo: um residente que atrasa para acordar poderá, por uma semana, ser o “despertador” de toda a CT;
  - Sempre que possível, as experiências educativas devem ser individualizadas;
  - A equipe, quando comete erros ou injustiças, pratica os 12 Passos de Alcoólicos Anônimos e oferece exemplo de humildade concreta aos residentes. Na prática, essa postura faz com que o residente respeite ainda mais o trabalho da equipe. Diferentemente do que pensam algumas equipes, na forma de: não podemos porque senão perdemos o respeito de todos;

- Postura da equipe com autoridade e não-autoritarismo;
- Exemplo: Uma residente que não sabia nem fritar um ovo, ao ser escalada para trabalhar na cozinha e receber o apoio da equipe para uma aprendizagem social, não só aprendeu a fazer muito bem o seu trabalho na cozinha como deixou para outras pessoas, como ela, um livro especial de receitas: com todas as dicas que não são encontradas nos livros;
- Quando algum familiar insiste, por gratidão, em dar um presente, é orientado a presentear a CT, e não alguém da equipe em especial;
- A equipe trata os residentes de maneira igualitária, sem distinção de raça, credo religioso, condição social, econômica e cultural;
- A equipe fala a mesma linguagem e demonstra postura em harmonia com os princípios da CT. Princípios acima das personalidades;
- A equipe tem uma carga horária compatível (40h), assim como folgas;

#### ✓ CT doente

- Diante de um comportamento inadequado, o residente fica o dia todo na enxada. Muitas vezes, há residentes que se escondem no trabalho, e deixá-los o dia todo na enxada só reforça esse mecanismo;
- Por “preguiça” da equipe em observar quem está com comportamento inadequado, a experiência educativa é coletiva. Ex: perda de atividades de lazer e até de direitos básicos, como a “carne” da refeição;
- Cobrar valor extra para trabalhar a sexualidade dos residentes. Como? Levando-os a casas de prostituição;
- Residente não tem direito a questionamentos, pois a palavra-chave é aceitação. Algumas equipes produzem situações para testar a aceitação do residente. “Animal a gente adentra, ser humano a gente educa” (Paulo Freire). A equipe jamais comete erros (sinal de onipotência!);

- Posturas autoritárias da equipe, por medo de perder o controle;
- Um residente tem uma determinada habilidade e a equipe explora isso, prejudicando o tratamento como um todo;
- O residente é utilizado para trabalhos particulares para a equipe (infração ao Código de Ética da Federação Brasileira de CTs);
- A equipe faz distinção entre os residentes, principalmente na questão econômica. Se a família do residente paga um valor alto, ele terá direitos especiais (outra infração);
- Equipe recebe presentes dos residentes e de familiares e, muitas vezes, privilegia esses residentes (outra infração ao Código de Ética);
- Equipe com pessoas inseguras que, para demonstrar poder, desautorizam orientações dadas por outros, deixando os residentes confusos;
- Equipe trabalha 21 dias e folga 7. Isso prejudica a saúde mental da equipe e a relação com os residentes;

## **DURAÇÃO**

As Comunidades Terapêuticas possuem programas estruturados de tratamento, organizados em períodos de três a nove meses, podendo haver variações para mais ou para menos. Independentemente da duração, nas fases iniciais do tratamento o paciente busca aceitação e esperança. Mais tarde, vem o aprendizado com as ações interpessoais e o autoconhecimento.

Desse modo, períodos são divididos em duas etapas ou dois momentos principais: a etapa do acolhimento, da desintoxicação e da conscientização, e a etapa da reinserção social, quando os indivíduos iniciam seus primeiros contatos com a sociedade e os agentes sociais, para que, através de visitas e saídas, possam iniciar o processo de reintegração junto às suas famílias, trabalho/escola, grupos sociais, lazer, etc.

Quanto mais a Comunidade Terapêutica proporcionar momentos para que o indivíduo possa experienciar o retorno à sociedade gradativamente, com

autonomia conquistada progressivamente, e cuidados através da mudança de hábitos e valores para uma vida saudável, de grupos de Prevenção de Recaída e de um projeto de vida que também contemple a construção de ambientes, pessoas e situações protetoras, mais eficaz será o resultado do programa e do processo de recuperação.

## A família do indivíduo em tratamento na CT

A participação da família no tratamento está diretamente relacionada ao grau de necessidade de mudança por parte do usuário, de manutenção da abstinência e da continuidade do processo de recuperação. Uma família com funcionamento saudável tem mais chance de sucesso no processo de reorganização e manutenção da recuperação do indivíduo do que aquelas que não aderem ao programa ou que não se incluem nos problemas dos indivíduos que apresentam dependência. Nesse sentido, deve haver participação em Grupos de ajuda mútua para familiares, como Alanon, Nar-Anon e Amor Exigente, Pastoral da Sobriedade, entre outros, com nomenclaturas diferentes, porém o mesmo objetivo, que dão suporte e preparam a família para lidar com as adversidades e crises que virão ao longo da caminhada do indivíduo no processo de recuperação.

Algumas Comunidades Terapêuticas incluíram a terapia familiar sistêmica no atendimento às famílias. Receber a família no estágio inicial da internação; ajudá-la a reelaborar sua história; seguir com a família; sair da conversa da “droga” e poder estar junto para entender o que se passa; significar a experiência de cada um e tentar construir uma maneira mais produtiva de seguir a vida têm sido o desafio dos terapeutas familiares, que têm o papel de agir como facilitadores, tradutores, mediadores. Devem estar preparados para acolher, ouvir, sintonizar, significar, traduzir, e não desafiar, não confrontar, não julgar, mas sim cooperar e não querer controlar a vida do outro.

## Considerações finais

As Comunidades Terapêuticas oferecem abordagens eficazes para o tratamento da dependência química, especialmente para pacientes graves, com dependência severa, refratários a abordagens ambulatoriais e a comprometimentos psicossociais.

As Comunidades Terapêuticas contemporâneas vêm paulatinamente associando sua experiência de recuperação, baseada na espiritualidade e na filosofia dos 12 Passos, com modelos psicológicos de orientação cognitivo-comportamental, como a Prevenção de Recaída ou a psicodinâmica. Profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais vêm sendo absorvidos pelo modelo.

Novas técnicas, tais como o aprendizado social e o treinamento de habilidades, foram instituídas em alguns lugares. Houve, igualmente, uma maior investigação científica acerca de sua eficácia, dos pacientes mais indicados para esse ambiente de tratamento, do papel dos profissionais envolvidos, entre outras coisas. Na verdade, tornou-se um modelo, diversificado, eficaz e livre de estereótipos para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Não omita e não seja cúmplice de trabalhos realizados inadequadamente. Procure ter muita habilidade para propor mudanças e acredite que elas são possíveis. Vamos finalizar com a história do beija-flor:

**LEMBRE-SE:**

Ao indicar uma COMUNIDADE TERAPÊUTICA, certifique-se de que a CT é filiada à FEBRACT e cumpre as exigências de funcionamento da RDC nº 29/11.



“Uma floresta estava em chamas e todos os animais correndo do fogo, quando um beija-flor foi visto jogando uma gotinha de água no incêndio. O elefante, vendo aquilo, ficou perplexo e disse”:

— Beija flor, porque você que pode voar não vai para bem longe deste fogo, ao invés de tentar apagá-lo com essas gotinhas insignificantes?

O beija-flor respondeu:

— Se todos os animais, ao invés de correrem, comessem a me ajudar, principalmente você, elefante, com essa tromba, talvez pudéssemos salvar a floresta, salvar a nossa casa.



Isso nos lembra que as Comunidades Terapêuticas precisam de muitos beija-flores que fiscalizem o trabalho das próprias Comunidades Terapêuticas, assim como dos serviços que se propõem a tratar pessoas com dependência de drogas, para que propostas de trabalho sérias sejam valorizadas e que iniciativas inadequadas sejam coibidas.

## Atividades

### REFLEXÃO

Indique como poderia ser um serviço de uma Comunidade Terapêutica, considerando a concepção da pessoa como um ser social e psicológico, a concepção do transtorno e a concepção da recuperação adotadas pelas CTs.

### TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. Com relação às principais características das primeiras Comunidades Terapêuticas (CTs), marque a alternativa INCORRETA:**
  - a) A comunicação e os relacionamentos são importantes fatores terapêuticos.
  - b) Os pacientes têm pequena participação nas discussões que envolvem a instituição.
  - c) Além da função administrativa, a organização da CT é importante para melhores resultados do tratamento.
  - d) Tem a intenção de ressocializar os pacientes, através do trabalho produtivo.
  
- 2. Assinale a alternativa que se refere ao ponto comum entre a primeira Comunidade Terapêutica (*Synanon*) e a irmandade Alcoólicos Anônimos:**
  - a) Tratamento em ambiente residencial.
  - b) Objetivo de mudar a personalidade e o estilo de vida dos participantes.
  - c) Perfil dos participantes acolhidos.
  - d) O relacionamento com outros dependentes é terapêutico.

**3. NÃO É característica importante para o bom funcionamento das CTs contemporâneas:**

- a) Atuar proporcionando ao paciente uma rotina distante e diferente da realidade exterior, para que aprenda uma nova forma de viver em comunidade.
- b) Utilizar dos exemplos dos pares para a noção de consequências sociais dos próprios atos.
- c) O tratamento residencial tem uma duração e um plano de tratamento estruturados.
- d) Oferecer reuniões em grupo para que o residente explique sobre o seu problema a seus pares.

**4. Para que a equipe da CT seja eficaz, é necessário que:**

- a) Os cargos sejam bem definidos, não havendo troca de papéis e/ou responsabilidades entre os profissionais.
- b) Haja uma distância clara entre os profissionais e residentes.
- c) Ela favoreça a interação e a reflexão de valores, por parte dos residentes.
- d) Ela desenvolva um modelo de tratamento não estruturado, que será construído a partir das demandas existentes naquele grupo específico de residentes.

## Bibliografia

Anglin, S. W., Nugent, J. NG, L. K. Y. In: De Leon, G, org. A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola; 2003. p.18

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Brasília; 2011.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial para o licenciamento sanitário. Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Brasília; 2001.

Broekaert E, Vandeveldel S, Soyez V, et al. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. Eur Addict Res. 2006;12(1):1-11.

Broekaert E. What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe [editorial]. Addiction. 2006;101:1677-8.

Brunt GC, Muehlbach B, Moed CO. The Therapeutic Community: an international perspective. Subst Abus. 2008;29(3):81-7.

De Leon G. The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Therapeutic Communities: advances.

De Leon G, Melnick G, Cleland CM. Matching to Sufficient Treatment: Some Characteristics of Undertreated (Mismatched) Clients. J Addict Dis. 2010 Jan;29(1):59-67. doi: 10.1080/10550880903436051.

De Leon G. A Comunidade Terapêutica. São Paulo: Loyola; 2003.

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, FETEB – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas Evangélicas, FENNOCT – Federação Norte-Nordeste de Comunidades Terapêuticas e Cruz Azul no Brasil. I Encontro das Federações de Comunidades Terapêuticas. Teresina: FEBRACT; 2011.

Friedemann ML. Effects of ALANON attendance on family perception of inner-city indigents. Am J Drug Alcohol Abuse. 1996;22(1):123-34.

Frye RV. Therapeutic communities: a therapeutic bridge. J Psychoactive Drugs. 2004;36(2):265-71.

Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat.* 2003;25(3):125-34.

Jones M. *A Comunidade Terapêutica.* Petrópolis: Vozes; 1972.

Kennard B. Comunidade terapêutica. In: De Leon G, org. *A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.* São Paulo: Loyola; 2003. p.15.

Laffaye C, McKellar JD, Ilgen MA, Moos RH. Predictors of 4-year outcome of community residential treatment for patients with substance use disorders. *Addiction.* 2008 Apr;103(4):671-80.

Lees J, Manning N, Rawlings B. A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatr Q.* 2004;75(3):279-94.

Lennox RD, Scott-Lennox JA, Holder HD. Substance abuse and family illness: evidence from health care utilization and cost-offset research. *J Ment Health Adm.* 1992;19(1):83-95.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Research Report Series – Therapeutic Community: who receives treatment in a therapeutic community? Rockville: NIDA; 2002. [acesso em: 2010 Set 19].

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002.

Rahm HJ. *O caminho da sobriedade – a Fazenda do Senhor Jesus e o Amor Exigente.* São Paulo: Loyola; 2001.

Rahm HJ. *Esse terrível jesuíta.* São Paulo: Loyola; 2004.

Ray, R. The Oxford connection. Lynn's Recovery Site.

Rapaport D, Salasnek S, Amini F. In: De Leon, G, org. *A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.* São Paulo: Loyola; 2003. p.15.

Sacks S, Banks S, Mckendrick K, Sacks JY. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies. *J Subst Abuse Treat.* 2008;34(1):112-22.

SENAD – Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007. Brasília: SENAD; 2007.

SENAD – Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2005. Brasília: SENAD; 2007.

Tims FM, Jainchill N, De Leon G. Therapeutic Communities and Treatment Research. In: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Therapeutic Communities: advances in research and application [monografia]. Rockville: NIDA; 1994.

Ward K. Is substance abuse treatment providing services to the right population? *Subst Use Misuse*. 2005;40(3):369-73.

Watson J. Maintenance of therapeutic community principles in an age of biopharmacology and economic restraints. *Arch Psychiatr Nurs*. 1992;6(3):183-8.

Whiteley S. The evolution of the therapeutic community. *Psychiatr Q*. 2004;75(3):233-48.

Wilson B. Alcoholics Anonymous comes of age: A brief history of A.A. New York, Alcoholics Anonymous World Services;



## ○ VIVAVOZ agora se chama Ligue 132!

O Ligue 132 é um serviço gratuito, anônimo e confidencial. O atendimento funciona 24 horas por dia e fornece orientações e informações sobre drogas por telefone, atendendo todas as regiões do Brasil.

Além de orientar e informar sobre drogas, o serviço também presta aconselhamento aos familiares que possuem parentes em sofrimento em decorrência do uso ou do abuso de drogas, além de prestar assistência à saúde via telefone, fazer acompanhamento de casos e informar locais de tratamento conforme a conveniência da pessoa que procura o serviço. Uma das estratégias para a condução do atendimento é o método da Intervenção Breve Motivacional (IBM), por isso cada atendimento é personalizado, e cada ligação é um caso diferente.

Os consultores do serviço são profissionais de saúde, educação e assistência social. A diversidade das áreas de atuação é importante pelo fato de o tema drogas envolver diferentes aspectos da vida dos dependentes e dos seus familiares. Profissionais com nível de mestrado e de doutorado em temas relacionados às drogas são responsáveis por supervisionar e monitorar as ligações e podem auxiliar em qualquer dúvida mais específica que possa surgir.

### **OBJETIVOS:**

- ✓ Prestar informações sobre drogas com base em dados científicos e estudos epidemiológicos atualizados.
- ✓ Oferecer aconselhamento telefônico personalizado (IBM) a usuários de drogas e familiares.
- ✓ Prestar assistência à saúde a distância (acesso fácil, gratuito).
- ✓ Informar locais de tratamento, conforme conveniência do indivíduo que liga para o call center.
- ✓ Viabilizar recursos humanos, preparando-os para prestar informações e orientações sobre drogas.
- ✓ Produzir pesquisa científica e aperfeiçoar métodos de intervenção apropriados à realidade brasileira.