

O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE **CRACK**

AVALIAÇÃO CLÍNICA, PSICOSSOCIAL, NEUROPSICOLÓGICA E DE RISCO
TERAPIAS PSICOLÓGICAS, FARMACOLOGIA E REABILITAÇÃO
AMBIENTES DE TRATAMENTO

ORGANIZADORES
MARCELO RIBEIRO
RONALDO LARANJEIRA



SECRETARIA
DA SAÚDE



O Tratamento do usuário de

Crack

Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco

Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação

Ambientes de tratamento

Marcelo Ribeiro

Ronaldo Laranjeira

organizadores

Editora Casa Leitura Médica

São Paulo

2010

Agradecimentos

A elaboração desse livro foi possível graças ao apoio de algumas instituições e pessoas, as quais gostaríamos de agradecer publicamente.

Ao Instituto Bairral de Psiquiatria, cujo XVIII Simpósio Anual – “*Crack*, o tratamento com qualidade é possível”, serviu de base para a elaboração desse livro. O evento contou com dezesseis temas, agrupados em quatro blocos temáticos: “Avaliação”, “Tratamento”, “Reabilitação” e “*Setting*”. Essa estrutura foi mantida para a organização dos capítulos do livro. O simpósio contou a presença de mais de novecentas pessoas e foi organizado e sediado no Auditório do Instituto Bairral, em Itapira – SP, no dia 12 de junho de 2010.

À Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo pelo apoio na organização do simpósio e pelas parcerias estratégicas para o desenvolvimento de modelos de tratamento de qualidade para os usuários de *crack*; ao Secretário da Saúde, Dr. Nilson Ferraz Paschoa pela abertura do XVIII Simpósio.

Ao Laboratório Farmacêutico Cristália pelo patrocínio da assessoria editorial contratada para auxiliar o desenvolvimento desse livro.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas (INPAD), tornando possível, desse modo, o desenvolvimento de linhas de pesquisa para o tratamento de usuários de *crack* e a elaboração de publicações com essa.

À Professora Aurora Fornoni Bernardini pela preciosa revisão ortográfica desse livro.

Aos amigos e colegas que participaram como autores e colaboradores dos capítulos desse livro.

Ronaldo Laranjeira

Marcelo Ribeiro

Prefácio

A criação do CNPq, em 1951, representa o início do apoio institucional à ciência e à tecnologia no Brasil. Graças a esse apoio, para o qual contribuíram várias agências de fomento federais e estaduais, o País venceu desafios importantes, como o da prospecção de petróleo em águas profundas e o da produtividade na agricultura tropical, conquistando merecido reconhecimento internacional e trazendo benefícios econômicos para sua população.

A formação de recursos humanos de alto nível foi crucial para essas e outras conquistas. E formação de qualidade só é possível para quem tem acesso a educação e saúde. Em particular, saúde mental é indispensável e sua preservação deve utilizar todo o arsenal científico-tecnológico disponível, bem com da busca por novos conhecimentos e novas técnicas de tratamento.

É esse o espírito da obra organizada por Marcelo Ribeiro e Ronaldo Laranjeira. Ela aborda uma ameaça global à saúde, ao bem-estar e ao futuro, especialmente dos jovens: a dependência química do *crack*. E o faz em vários de seus aspectos, como neurociência e clínica, diagnóstico e avaliação, tratamento e reabilitação. É uma importante contribuição para a sociedade, sobretudo para orientar a busca por políticas públicas consistentes e efetivas.

O enorme esforço materializado no livro representa parte das atividades do Instituto Nacional de Políticas Públicas de Álcool e Drogas (INPAD), um dos 122 Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT). Eles integram o Programa dos INCT, coordenado pelo CNPq, em articulação com o Ministério da Ciência e Tecnologia e vários outros ministérios e agências federais e estaduais. O Programa visa ao avanço do conhecimento, à transferência de tecnologias e à sua difusão para a sociedade.

“O tratamento do usuário do *crack*” certamente será obra de referência no assunto. É um exemplo claro de contribuição da ciência, da tecnologia e da

inovação para a busca de soluções para problemas atuais de impacto global. É com grande esperança que apresento e recomendo este livro. Aproveito para agradecer a todos os que contribuíram para ele. Estou certo que a sociedade brasileira saberá reconhecer o valor dessa contribuição para o presente e para o futuro de nosso País.

Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2010

Carlos Aragão

Presidente do CNPq

Organizadores

Marcelo Ribeiro

Médico Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP, Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Professor & Coordenador do Curso de Especialização em Dependência Química da UNIAD/UNIFESP, Pesquisador da UNIAD/UNIFESP.

Ronaldo Laranjeira

Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Londres. Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Coordenador Geral da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP, Pesquisador Coordenador e Diretor Científico do Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas – INPAD.

Colaboradores

Ana Cecilia Petta Roselli Marques

Médica Psiquiatra. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP.

Cláudia Regina Serapicos Salgado

Pedagoga. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP. Coordenadora de Reabilitação Cognitiva e Acompanhamento Psicopedagógico da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química, Assessora de Projetos de Sexualidade e Prevenção ao Uso Indevido de Álcool e outras Drogas, Especialista e mediadora do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI I e PEI II).

Cláudio Jerônimo da Silva

Médico Psiquiatra pela Universidade Estadual de São Paulo – UNESP / Botucatu; Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP, Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Diretor de Ensino da UNIAD/UNIFESP, Pesquisador da UNIAD/UNIFESP.

Débora Paro Guimarães Silva

Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Pós-Graduada do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP. Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamental da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química.

Elaine Martin Donato

Médica Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, Pós-Graduada do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP.

Elton Pereira Rezende

Médico Psiquiatra pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, Pós-Graduando do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP. Psiquiatra da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química.

Hamer Nastasy Palhares Alves

Médico Psiquiatra, Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP, Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Professor do Curso de Especialização em Dependência Química, Modalidade Virtual, UNIAD/UNIFESP, Pesquisador da UNIAD/UNIFESP.

Helena Miyaco Takeyama Sakiyama

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP, Mestranda em Ciências pela UNIFESP. Psicoterapeuta da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química.

João Paulo Granato

Médico. Oficiante em Psicanálise pelo Núcleo de estudos em Psicanálise e Educação – NEPE em Poços de Caldas – MG, Pós-Graduando do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP. Coordenador médico da Associação Chácara Santa Clara, Poços de Caldas – MG.

Júlio Nieto Soares

Acompanhante terapêutico com Curso de Acompanhamento Terapêutico na Clínica das Dependências da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP. Graduando em Filosofia pelas Faculdades Claretianas – São Paulo – SP.

Karine Koller

Médica, com formação em Clínica Médica e Medicina de Urgência. Pós-Graduanda do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP. Coordenadora do Ambulatório de Dependência Química da Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes – SP.

Laura Fracasso

Psicóloga. Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas UNIAD / UNIFESP. Diretora do Setor de Tratamento da Instituição Padre Haroldo, Campinas – SP.

Ligia Bonacim Duailibi

Terapeuta ocupacional. Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP, Mestre e Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Coordenadora do Curso de Acompanhamento Terapêutico da UNIAD / INPAD, Coordenadora do Núcleo de Acompanhantes Terapêuticos da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química.

Lilian Ribeiro Caldas Ratto

Médica Psiquiatra. Mestre em Medicina Preventiva e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP. Médica Assistente e Professora Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Luciane Ogata Perrenoud

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista – UNESP; Especialista em Psicologia Clínica Psicanalítica pela Universidade Estadual de Londrina – UEL/PR; Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP; Mestranda em Ciência pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Psicóloga-Responsável pelo Ambulatório de Infectologia da Prefeitura Municipal de Taubaté – SP.

Márcia Fonsi Elbreder

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria – Departamento de Enfermagem / UNIFESP, Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas UNIAD / UNIFESP, Especialista em Administração Hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas – FGV. Mestre em Ciências – UNIFESP, doutoranda pelo Departamento de Psiquiatria – UNIFESP. Enfermeira da UNIAD/ UNIFESP, gerente da Moradia Assistida da UNIAD / UNIFESP.

Marcos Viera Pequeno

Acompanhante terapêutico com Curso de Acompanhamento Terapêutico na Clínica das Dependências da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP. Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Nove de Julho – UNINOVE.

Maria Aparecida Ranieri

Enfermeira. Especializanda em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - UNIAD/ UNIFESP. Coach in Health SBC. Mestranda em Ciência pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Gerente de Programa de Atenção Básica à Saúde da Família pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM / UNIFESP.

Maria de Fátima Rato Padin

Psicóloga e psicoterapeuta cognitivo-comportamental. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Diretora Clínica e Supervisora da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química, Pesquisadora da UNIAD/UNIFESP, Supervisora do Projeto de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas de Rede de Ensino particular de São Paulo.

Maria de Fátima Alves Monteiro

Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia, Especialista em Psicologia do Deficiente Físico – UNIFESP, Mestranda em Neurociências pelo Departamento de Psicobiologia – UNIFESP. Neuropsicóloga do Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química; Pesquisadora do Reabilitação Neuropsicológica de Adultos com Lesão Adquirida – REAB do Centro Paulista de Neuropsicologia/AFIP, Colaboradora Científica da OSCIP SER EM CENA – Reabilitação e Inclusão de Pessoas com Distúrbio de Linguagem.

Pedro Thadeu Galvão Vianna Filho

Médico pela Faculdade de Medicina de Teresópolis - UNIFESO. Pós-graduando do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - UNIAD/UNIFESP. Médico generalista na Estratégia Saúde da Família-Rua “Nossa Senhora do Bom Parto”(BOMPAR) / Prefeitura Municipal de São Paulo – SP.

Sérgio Marsiglia Duailibi

Médico. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Consultor, professor e pesquisador de políticas públicas do álcool e outras drogas do Instituto de Políticas do Álcool e outras Drogas – INPAD / CNPQ – UNIFESP .

Sílvia Leite Pacheco

Psicóloga. Pós-Graduanda do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP, Conselheira em Dependência Química pela UNIAD / UNIFESP. Psicoterapeuta Cognitivo-comportamental da Clínica Alamedas Tratamento e Reabilitação da Dependência Química, Professora da rede particular de Ensino de Prevenção ao Uso indevido de Drogas.

Thábata da Silva Cardoso Luiz

Médica pela Universidade Federal Fluminense – UFF e Psiquiatra pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Pós-Graduanda do Curso de Especialização em Dependência Química Presencial da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP.

Sumário

Agradecimentos

Prefácio

Organizadores & colaboradores

Introdução

1. Tratamento da dependência do *crack* – as bases e os mitos

Ronaldo Laranjeira

2. O plano de tratamento

Marcelo Ribeiro & Ronaldo Laranjeira

Neurociência & clínica da dependência do *crack*

3. Histórico do consumo de *crack* no Brasil e no mundo

Luciane Ogata Perrenoud & Marcelo Ribeiro

4. Farmacologia e neurobiologia do consumo de *crack*

Elaine Martin Donato, Elton Pereira Rezende, Marcelo Ribeiro e Cláudio Jerônimo da Silva

5. Perfil e história natural do consumo de *crack*

Marcelo Ribeiro, Lígia Duailibi & Luciane Ogata Perrenoud

6. Complicações clínicas do consumo de *crack*

Karine Koller, Thábata da Silva Cardoso Luiz, Pedro Thadeu Filho, João Paulo Granato, Cláudio Jerônimo da Silva & Marcelo Ribeiro

Avaliação

7. Diagnóstico clínico e motivacional

Marcelo Ribeiro & Ana Cecília Petta Roseli Marques

8. Avaliação dos fatores de proteção e de risco

Marcelo Ribeiro & Lígia Duailibi

9. Avaliação psiquiátrica e comorbidades

Marcelo Ribeiro

10. Avaliação neuropsicológica

Maria de Fátima Monteiro & Marcelo Ribeiro

Técnicas de tratamento

11. Terapia cognitivo-comportamental

Maria de Fátima Rato Padin & Marcelo Ribeiro

12. Prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais

Helena Sakyama, Maria de Fátima Rato Padin & Marcelo Ribeiro

13. Entrevista motivacional

Débora Paro Guimarães Silva, Sílvia Leite Pacheco, Fátima Rato Padin & Marcelo Ribeiro

14. Tratamento medicamentoso

Hamer Palhares & Marcelo Ribeiro

Reabilitação

15. Reabilitação psicossocial & gerenciamento de caso

Ligia Duailibi & Marcelo Ribeiro

16. Reabilitação neuropsicológica

Cláudia Salgado & Marcelo Ribeiro

17. Grupos de Autoajuda

Ligia Bonacim Duailibi, Maria de Fátima Rato Padin, Marcos Vieira Pequeno, Júlio Nieto Soares & Marcelo Ribeiro

Ambientes de tratamento

18. Comunidade terapêutica

Laura Fracasso & Marcelo Ribeiro

19. Moradia assistida

Ronaldo Laranjeira, Márcia Fonsi & Marcelo Ribeiro

20. Ambulatório especializado

PARTE I: Estrutura, funcionamento e indicações

Marcelo Ribeiro & Luciane Ogata Perrenoud

PARTE II: Centro de Apoio Psicossocial-Álcool e drogas (CAPS-AD) – Novas Tecnologias para a

“Cracolândia” (São Paulo/SP): um Modelo Terapêutico de Transição.

Ana Cecilia Petta Roselli Marques, Maria Aparecida Ranieri & Ronaldo Laranjeira

21. Hospital-dia

Lilian Ribeiro Caldas Ratto, Luciane Ogata Perrenoud & Marcelo Ribeiro

22. Enfermaria especializada

Sérgio Duailibi & Marcelo Ribeiro

CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK

Introdução

Tratamento da dependência do crack – as bases e os mitos

Ronaldo Laranjeira

Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Londres. Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Coordenador Geral da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD / UNIFESP, Pesquisador Coordenador e Diretor Científico do Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas – INPAD.

Introdução

Dependência química é uma doença crônica e recidivante do cérebro, na qual o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento desse órgão (Kalivas & Volkow, 2005). Tais alterações originam ou exacerbam comportamentos de natureza impulsiva que anteriormente pouco ou nada interferiam na vida do paciente e seus grupos de convívio. A interface sutil entre o biológico e o psicossocial confunde familiares e profissionais da saúde que abordam o assunto de maneira demasiadamente focalizada, levando-os a adotar condutas parciais – por vezes equivocadas – que comprometem a boa evolução dos casos (Schuckit, 2006). Desse modo, assim como qualquer entidade nosológica, a dependência química deve ser considerada uma doença complexa, que necessita de estratégias e modelos de atenção específicos para que se possa atingir um bom prognóstico.

A ação das drogas sobre o sistema de recompensa do cérebro

O núcleo do prazer no cérebro é denominado sistema mesolímbico-mesocortical ou sistema de recompensa. O mesmo é composto pela área tegmental-ventral (ATV), nucleus accumbens, amígdala e córtex pré-frontal. A função primordial desse é promover e estimular comportamentos que favoreçam a manutenção da vida e da espécie. Desse modo, comportamentos relacionados à alimentação, acolhimento, proteção e sexo dentre outros ativam o sistema de recompensa, que responde com sensações de prazer e satisfação (WHO, 2004) (Figura 1).

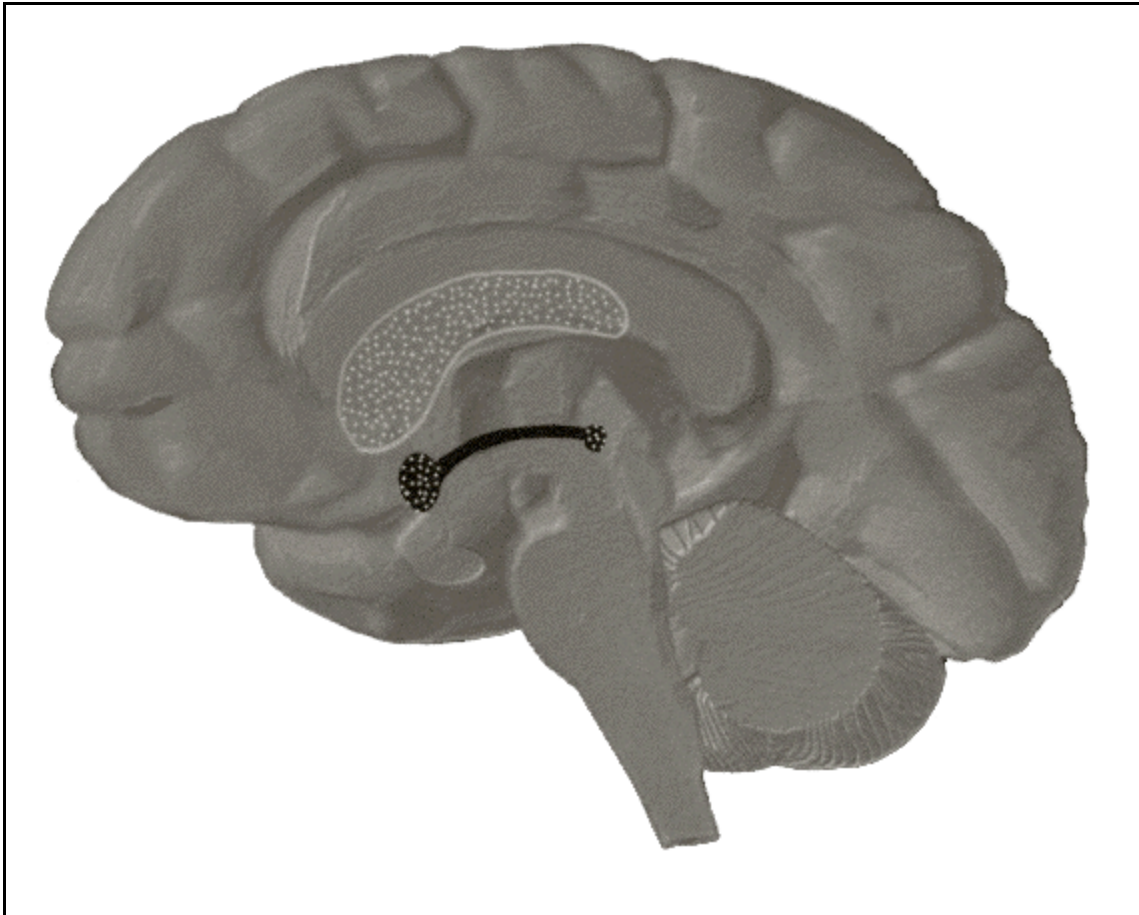


Figura 1: O sistema mesolímbico-mesocortical ou sistema de recompensa do cérebro e os sítios de ação da cocaína – além de atuar sobre quase todas as áreas do cérebro, a cocaína age sobre regiões específicas, como o a área tegmental ventral e o *nucleus accumbens* - parte mais escura da ilustração – e sobre o núcleo caudado – área em destaque na ilustração –, estrutura anatômica envolvida nos movimentos estereotipados e repetitivos observados entre os usuários (NIDA, s.d.).

Para produzir seus efeitos agradáveis, todas as drogas agem diretamente nessa região do cérebro. No entanto, diferentemente das situações anteriores, nas quais o prazer foi resultado de processos complexos de planejamento, elaboração, negociação, disciplina, execução e algumas vezes de resignação e frustração, o mesmo é gerado artificialmente, de forma intensa e imediata. Nesse sentido, as drogas corrompem os mecanismos fisiológicos do cérebro visando à produção de um prazer químico, em detrimento de aprendizados fundamentais para o amadurecimento pessoal dentro do contexto social (Esch & Stefano, 2004) (Figura 2).

A.

Motivação → Circuitos neuronais do cérebro → Recompensa
carreira profissional,
comida, sexo, etc.

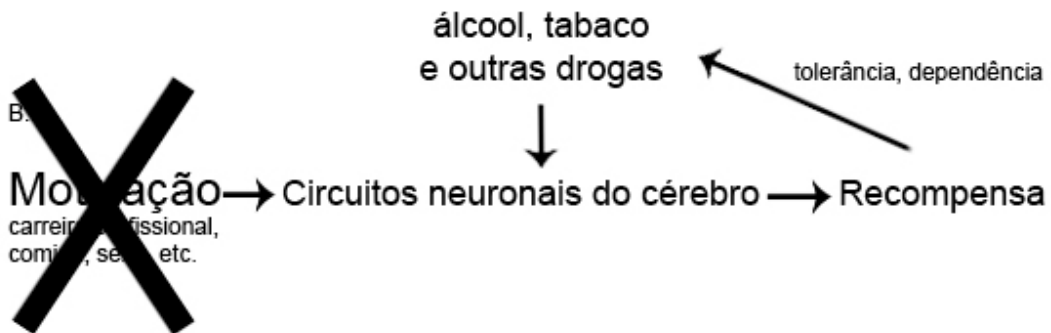


Figura 2: (A) Cada indivíduo tem motivações pessoais para alcançar aquilo que possibilita sua sobrevivência e de sua espécie. Tal motivação é mediada por circuitos neuronais – como o sistema de recompensa. Ao atingir seus objetivos, o indivíduo se sente bem (prazer, recompensa). Além disso, as estratégias e planejamentos que utilizou para alcançá-los amadurecem-no e passam a fazer parte de seu ‘patrimônio neurobiológico’. (B) o estímulo motivacional normal é perdido, uma vez que o mesmo resultado pode ser obtido pelo uso de substâncias psicoativas, capazes de agir sobre o circuitos neuronais de modo muito mais intenso. Esse novo circuito corrompe o anterior e vai se consolidando operacionalmente no sistema nervoso central (SNC) – quanto mais perdurar, menos reversível será. Figura adaptada de Esch & Stefano (2004).

Além do sistema de recompensa, as drogas também desregulam outros circuitos de neurônios e provocam danos cerebrais por toxicidade direta ou indireta – um exemplo do último caso é a redução do aporte de oxigênio no cérebro durante o consumo de cocaína (Du *et al.*, 2009) , especialmente na região frontal (Luo *et al.*, 2007), responsável pelas funções psíquicas superiores, como pensamento, raciocínio, abstração, planejamento e controle dos impulsos.

As alterações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas são em grande parte reversíveis, apesar de o processo de reparação ser lento e prolongado (Esch & Stefano, 2004). Como esse processo natural de reestruturação é frequentemente ameaçado por recaídas e retornos aos comportamentos de consumo previamente consolidados, os modelos de tratamento atuais recomendam o *gerenciamento de caso* como uma maneira eficaz de auxiliar o usuário a viver sem a droga (Corsi *et al.*, 2010). Esse tema será desenvolvido posteriormente.

A partir do exposto nos parágrafos anteriores, é possível concluir que o consumo de substâncias psicoativas altera o funcionamento cerebral, causando danos psicológicos e sociais de intensidade variável (Kalivas & Volkow, 2005). Esses, por sua vez, contribuem para o isolamento e comprometem o processo de recuperação dos pacientes (Majewska, 1996). Sendo assim, o tratamento do usuário de qualquer substância psicoativa deve considerar tais alterações, auxiliando os usuários a gerenciar e superar os déficits cognitivos, emocionais e sociais em curso. Tais abordagens atuam sobre o paciente de duas formas: oferecem acolhimento, pois respeitam suas limitações momentâneas, ao mesmo tempo que o responsabilizam a participar das decisões e das etapas de sua recuperação. Além disso, é consensual que as abordagens biológicas são capazes de melhorar o funcionamento psicológico e o desempenho social do paciente, assim como as abordagens psicossociais – psicoterapias, terapia ocupacional e vocacional – possuem impacto significativo sobre a arquitetura e a fisiologia do cérebro (Gabbard, 2000).

Paralelamente, é necessária uma atuação direta junto à família do paciente. Primeiramente, avaliando e identificando o quanto a dependência do paciente atuou negativamente sobre essa, causando-lhe sofrimento e transformando-a numa estrutura ora ausente e negligente, ora meramente punitiva. Em segundo, o quanto essa ainda é capaz de apoiar e sustentar o processo de tratamento e recuperação do paciente. Por fim, ajudando os seus membros – aqui inclusos também amigos, vizinhos e colegas de trabalho – a entender a complexidade do problema e as maneiras mais adequadas para lidar com o paciente durante o processo de desintoxicação e manutenção da abstinência.

Os treze princípios do tratamento efetivo

A partir de pesquisas clínicas e consensos profissionais, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) estabeleceu os princípios para se coordenar o tratamento da dependência química (NIDA, 2009) (Quadro 1).

Quadro 1: Princípios do tratamento efetivo – National Institute on Drug Abuse (NIDA)

1. Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes.
2. O tratamento necessita ser facilmente disponível.
3. O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas.
4. O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente.
5. Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade.
6. Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento.
7. Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia.
8. A comorbidade deveria ser tratada de uma forma integrada.
9. Desintoxicação é só o começo do tratamento.
10. O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo.
11. A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada.
12. Avaliação sobre HIV, hepatites B e C e aconselhamento para evitar esses riscos.
13. Recuperação é um processo longo e muitas vezes necessita vários episódios de tratamento

Fonte: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment – a research-based guide. Second Edition. Baltimore: NIDA/NIH; 2009.

Essencialmente deve-se considerar que *não há um único modelo ou solução*, ou seja, ao invés de competição e desmerecimento entre as propostas terapêuticas vigentes, o melhor caminho é combinar modelos, tendo como ponto de partida as necessidades do paciente. Logisticamente, *o tratamento necessita ser facilmente disponível*, pois as barreiras e os empecilhos promovem o adiamento da busca por ajuda e reforçam a dificuldade de adesão ao tratamento por parte do paciente. *O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas*, pois o dependente costuma sofrer perdas importantes durante o período de consumo, que posteriormente atuam como fatores estressores e comprometedores de sua recuperação. *A estratégia do tratamento necessita ser continuamente avaliada e modificada de acordo com as necessidades do paciente*,

pois suas demandas se modificam com rapidez. Apesar de a dependência ser uma doença crônica, seu tratamento é composto por diversas etapas, algumas delas de curta duração – por exemplo, a desintoxicação inicial de duas semanas. Desse modo, é necessário que o paciente *permaneça em tratamento por período adequado, visando a melhor efetividade do mesmo.*

Quanto às técnicas terapêuticas e à equipe profissional, o *aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento.* Nesse contexto, os *medicamentos são importantes e devem ser utilizados quando indicados, principalmente se combinados com terapia* – vale ressaltar que o biológico melhora o psicológico que melhora o biológico e assim por diante. *A comorbidade acomete a imensa maioria daqueles que procuram tratamento e deveria ser tratada de uma forma integrada.* Conforme afirmado acima, o tratamento da dependência é longo e dividido em etapas. Entre essas, deve-se considerar a *Desintoxicação como apenas o começo do tratamento.* Nos Estados Unidos, pesquisas que comparam a eficácia do tratamento voluntário com o involuntário mostram que ambas são praticamente iguais. Desse modo, *o tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo.* Independentemente da fase ou do ambiente de tratamento, *a possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada,* visando a produção de dados objetivos e à estruturação do desejo de abstinência entre os usuários. Todos os paciente que entram em tratamento devem ser *avaliados e aconselhados constantemente sobre HIV e hepatites B e C.* Por fim, devido à natureza crônica e recidivante da dependência, *o processo de recuperação é longo e muitas vezes necessita vários episódios de tratamento.*

O modelo proposto pelo NIDA considera que o tratamento ideal deve ter vários tipos de abordagem, com plano de tratamento, psicoterapia, monitoramento do consumo de drogas, equipe multidisciplinar e estruturas de apoio para os problemas de ordem psicossocial. No entanto, um centro de tratamento capaz de atender adequadamente a todas as demandas do paciente e seus familiares nas diferentes fases do tratamento seria inexecutável. Desse modo, cada serviço deve saber qual o seu o seu campo de atuação e como está situado na rede de atendimento ao paciente – pois não existe um único tratamento efetivo.

Discussão

Há necessidade de modelos de atenção capazes de reduzir o custo social das drogas e que considerem sua natureza biológica e psicossocial. Todos os modos de atendimento que privilegiaram um em detrimento do outro mostraram-se ineficazes (Miller & Hester, 2003). Nesse sentido, centros especializados para tratamento ambulatorial ou internação, ambos com equipe multidisciplinar, são tão importantes quanto moradias assistidas, centros para reabilitação vocacional e grupos de auto-ajuda. A relevância de cada um dos modelos, ou do tipo de combinação destes, varia durante as fases do tratamento dos dependentes (Gossop, 2003) – para um recém-chegado, a desintoxicação em ambiente internado talvez seja o mais importante; quinze dias depois, o ambulatório especializado e o grupo de auto-ajuda podem passar a ocupar a maior parte do seu tempo de tratamento; já após seis meses, uma moradia-assistida que continue a estruturá-lo na abstinência enquanto procura um emprego ou se atualiza profissionalmente, pode se tornar o equipamento de saúde diferencial para sua recuperação.

O *crack* é uma droga poderosa, capaz de mudar o comportamento do indivíduo, deixando-o pouco disponível para o tratamento (Ribeiro *et al.*, 2007). Além disso, apresenta alta taxa de mortalidade, especialmente durante os primeiros anos de consumo (Dias *et al.*, 2008). O *crack* sobrecarregou um sistema que se encontrava absolutamente combalido, desprovido de ambientes de tratamento específicos e de redes de atendimento integradas. Nenhum serviço ou equipamento de saúde isolado conseguirá responder às demandas do usuário de *crack*. Não há tratamento único, por melhor que este seja. Do mesmo modo, estratégias de tratamento baseadas na redução de danos para usuários de *crack* apresentam incongruências. Como propor abordagens tolerantes para usuários de uma substância que danifica o cérebro e que têm a compulsão incoercível como uma de suas principais características? Como se encontra a capacidade de tomar decisões entre esses usuários? Os estudos apontam que o uso crônico de *crack*

deteriora o indivíduo cognitivamente, com um índice de funcionamento mental muito baixo, contribuindo para o seu isolamento e abandono por parte da família. Além disso, os primeiros anos de uso do *crack* são os mais conturbados e de maior risco de morte. Paradoxalmente esse é o período em que o usuário menos procura ajuda. Nesse contexto, o que deve ser feito? Esperar esse paciente aderir ou adotar uma postura mais proativa e protetora? Eis o que será discutido nos capítulos que virão: as melhores estratégias para aumentar a chance de recuperação para o usuário de *crack*.

Referências bibliográficas

Corsi KF, Rinehart DJ, Kwiatkowski CF, Booth RE. Case management outcomes for women who use *crack*. J Evid Based Soc Work. 2010;7(1):30-40.

Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of *crack* cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. Subst Abus. 2008;29(3):71-9.

Du C, Tully M, Volkow ND, Schiffer WK, Yu M, Luo Z, Koretsky AP, Benveniste H. Differential effects of anesthetics on cocaine's pharmacokinetic and pharmacodynamic effects in brain. Eur J Neurosci 2009; 30(8):1565-75.

Esch T & Stefano GB. The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. Neuroendocrinology Letters 2004; 25(4):235-51.

Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. Br J Psychiatry 2000;177:117-22.

Kalivas PW & Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry 2005; 162: 1403-13.

Luo F, Schmidt KF, Fox GB, Ferris CF. Differential responses in CBF and CBV to cocaine as measured by fMRI: implications for pharmacological MRI signals derived oxygen metabolism assessment. *J Psychiatr Res* 2009; 43(12):1018-24.

Majewska MD. Cocaine addiction as a neurological disorder: implications for treatment. *NIDA Res Monogr* 1996; 163:1-26.

Miller WR & Hester RK. Treatment for alcohol problems – toward informed eclecticism. In: Hester RK & Miller WR (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. Boston: Allyn & Bacon, 2003.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment – a research-based guide. Second Edition. Baltimore: NIDA/NIH; 2009.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. The neurobiology of drug addiction - teaching packet II, for health practitioners, teachers, and neuroscientists [online]. National Institute on Drug Abuse [website]. Consult. 12 Out 2010. Disponível em URL: <http://www.nida.nih.gov/pubs/teaching/Teaching2/Teaching.html> .

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. *Crack* cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addict Res*. 2007;13(1):11-9.

Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 2006; 101 (suppl.1): 76-88.

WHO – World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve: WHO; 2004. Disponível online in URL: <HTTP://www.who.int> .

O plano de tratamento

Marcelo Ribeiro & Ronaldo Laranjeira

Introdução

O tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento social (**Quadro 1**) (Cunningham, 2000). Para que possa trazer benefícios aos pacientes, os mesmos devem permanecer em tratamento por um período de tempo suficiente – o tempo de permanência é um critério de sucesso e fator de proteção para o período pós-alta (Simpson *et al.*, 1997). Esse fenômeno também já foi observado em estudos com usuários de *crack* (Goldstein *et al.*, 2000). O tratamento deve possuir metas específicas, mensuráveis, estabelecidas em comum acordo entre a equipe e o paciente, realistas e limitadas no tempo (NHS, 2006A).

Quadro 1: Elementos fundamentais para a boa prática do tratamento da dependência química

1. As demandas dos pacientes devem ser avaliadas considerando quatro eixos: (1) consumo de substâncias psicoativas, (2) saúde física e mental, (3) funcionamento social e (4) envolvimento criminal.
2. Avaliar a situação de risco dos filhos de pais dependentes químicos que procuram ajuda.
3. Todo paciente necessita de um plano de tratamento estruturado e constantemente revisado.
4. O tratamento da dependência envolve em série de intervenções e não apenas prescrição de medicamentos e internação.
5. Um profissional responsável – entre todos os envolvidos – deve gerenciar os cuidados e o planejamento das ações.
6. O teste de drogas pode ser uma ferramenta útil para avaliar qualitativamente a adesão e o prognóstico do tratamento.

Fonte: DH – Department of Health (England) and the devolved administration.. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive; 2007.

O tratamento da dependência de *crack* é um tema recente. Ainda não existem modelos de atenção especificamente elaborados para esses pacientes, mas algumas experiências em diferentes ambientes de tratamento já foram publicadas (NHS, 2007). Em geral, as propostas tendem a ser mais intensivas, centradas na resolução de problemas cotidianos dos usuários e compostas por abordagens multidisciplinares, incluindo farmacoterapia, terapias psicológicas e intervenções psicossociais, a maioria voltada para a abstinência (NHS, 2007).

Os usuários de *crack* são os que menos buscam ajuda entre os que utilizam drogas ilícitas (Carlson *et al.*, 2010), postergando ao máximo a busca por tratamento (Metsh *et al.*, 1999) e restringindo-o às situações agudas, na vigência das quais preferem abordagens em ambientes de internação, com baixa adesão ambulatorial posterior (Ribeiro *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2008). Fatores que predisõem a busca por tratamento: aumento da severidade da dependência (ASI), problemas legais e presença de tratamentos anteriores (Carlson *et al.*, 2010). As dificuldades financeiras dos pacientes associadas podem funcionar como barreiras à chegada dos pacientes (Wechsberg *et al.*, 2007). Além disso, usuários de *crack* costumam ter mais comorbidades e risco de suicídio complicando seu tratamento (Falck *et al.*, 2004; Cottler *et al.*, 2005).

Ainda assim, uma parte considerável dos usuários de *crack* procura algum tipo de tratamento formal ao longo do período de consumo, independentemente da gravidade de sua dependência (Falck *et al.*, 2007). Estudos de seguimento têm observado não apenas melhora no padrão de consumo e aumento dos índices de abstinência entre usuários de *crack* após tratamento, como também boa durabilidade dos ganhos obtidos (Siegal *et al.*, 2002; Gossop *et al.*, 2004).

Dessa forma, nota-se que a chegada desses indivíduos para o tratamento está envolta tanto por fatores de bom quanto de mau prognóstico. O tratamento é eficaz, mas adesão desses usuários ao mesmo é plena de imprevisibilidade, com índices de abandono elevados. Isso implica na necessidade de modelos estruturados, que possibilitem oferecer o máximo de tratamento, com a melhor assertividade e no menor espaço de tempo possível. O objetivo desse capítulo é

apresentar ao leitor um plano de atendimento capaz de suprir as principais necessidades dos usuários *crack*, considerando as abordagens e os ambientes de tratamento mais conhecidos. O mesmo também será um roteiro para os demais capítulos do livro, nos quais os conteúdos serão detalhados.

Etapas do tratamento

O tratamento da dependência química, de modo geral e independentemente da substância, pode ser didaticamente dividido em quatro etapas (NHS, 2006A). A primeira etapa se refere à chegada e recepção ao tratamento, habitualmente realizado pelas secretárias do equipamento de saúde ou dos órgãos públicos de encaminhamento. A segunda, se refere à triagem ou avaliação mais detalhada, de acordo o grau de especialização do local procurado pelo paciente. A terceira, é caracterizada pela construção e execução do plano de tratamento. Mesmo considerando a natureza crônica e recidivante da dependência química, todo o modelo ou proposta de tratamento deve ter um fim, possibilitando a percepção dos ganhos obtidos – com fortalecimento da abstinência – e dos desdobramentos seguintes. Dessa forma, a quarta etapa é composta pela alta e seus encaminhamentos.

Também é possível dividir o tratamento de acordo com os seus principais objetivos (NHS, 2006B). Inicialmente, a preocupação com a adesão à proposta terapêutica influenciam as principais condutas profissionais. A manutenção do paciente em tratamento e a oferta das intervenções médicas e psicossociais caracterizam a segunda etapa. Não há, no entanto, uma divisão clara entre ambas, considerando que a ambivalência é um aspecto recorrente do comportamento dos usuários de substâncias psicoativas, haverá ao longo do processo momentos de maior e menor engajamento, requerendo abordagens motivacionais freqüentes por parte de toda a equipe envolvida. A reintegração e reabilitação do paciente em sua comunidade é a principal finalidade do tratamento. A conclusão ou alta traz consigo não a idéia de ganho e amadurecimento, mas implica igualmente em encaminhamentos para novas jornadas terapêuticas.

Abandono pré-tratamento

O abandono pré-tratamento, ou seja, não comparecer a primeira consulta depois de tê-la agendado, é elevado, tanto entre usuários de cocaína (Festinger *et al.*, 1995), quanto entre usuários de *crack* (Kleinman *et al.*, 1992). Em um estudo com usuários de Nova Jersey (EUA) (n=250) que procuraram tratamento para dependência de cocaína, 83% compareceram às consultas marcadas no mesmo dia. O mesmo índice caiu para 57% vinte e quatro horas depois e para menos de 35% quando o intervalo entre a marcação e a consulta era de sete dias (Figura 2) (Festinger *et al.*, 1995).

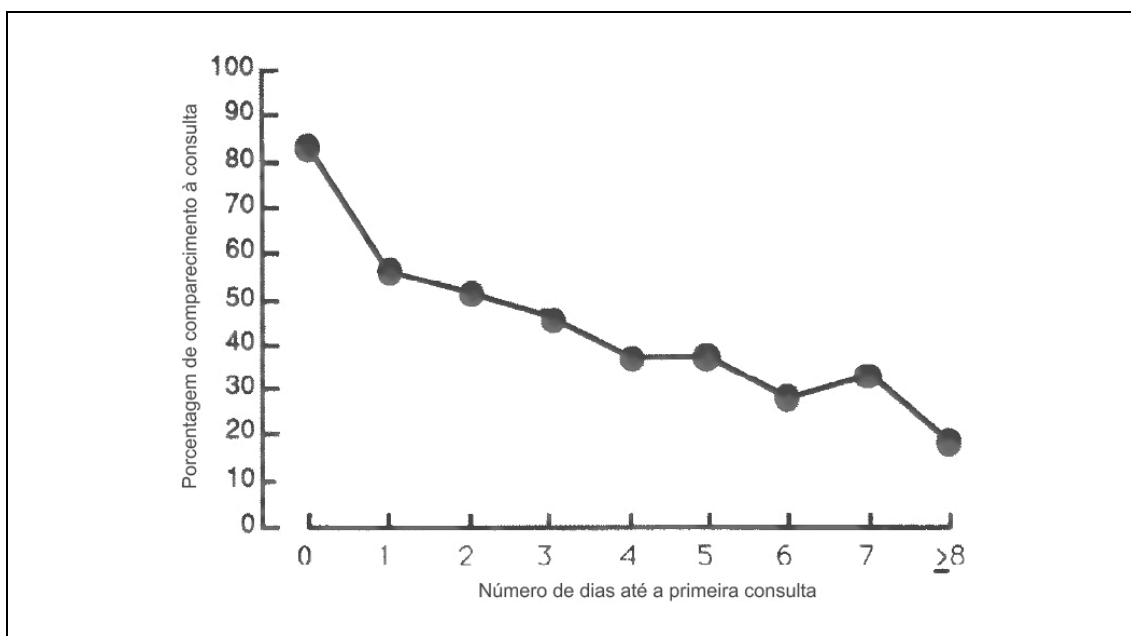


Figura 2: O risco de abandono pré-tratamento está diretamente relacionado ao tempo de espera pela primeira consulta. Na figura acima, dos usuários de cocaína (n=250) que telefonaram e agendaram uma entrevista, 83% compareceram quando essa aconteceu no mesmo dia, caindo para 57% vinte e quatro horas e 35% sete dias depois. **Imagem extraída de** Festinger *et al.*, 1995 [tradução dos autores].

Entre os membros de grupo de usuários de *crack* (n=148) que procuraram tratamento em um serviço ambulatorial de Nova Iorque (EUA) (1987 - 1988), 42% (n=62) participaram da seleção para a pesquisa, mas não compareceram para o início da terapia. Nota-se dessa forma que o agendamento imediato é a melhor maneira de melhorar o abandono pré-tratamento.

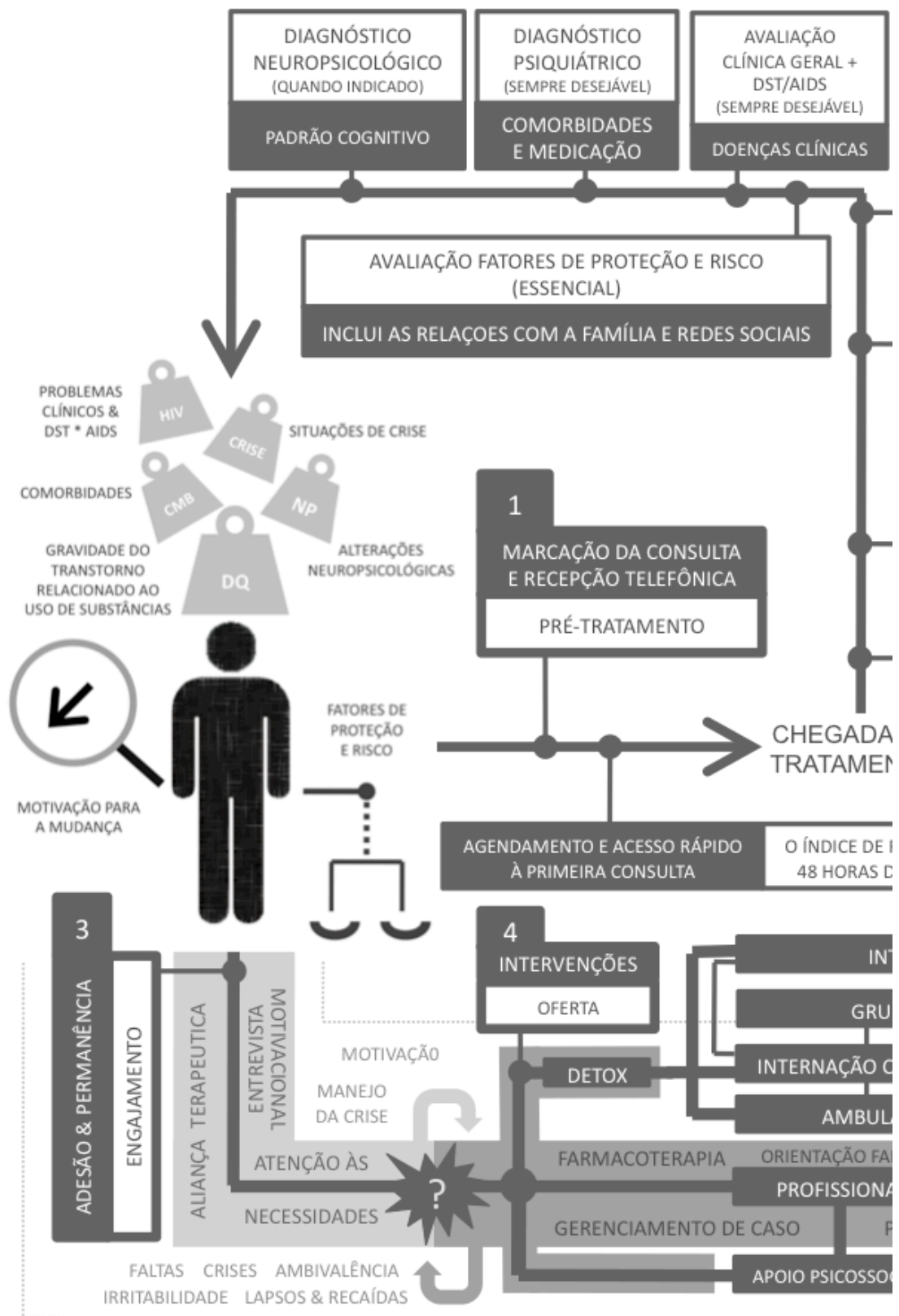
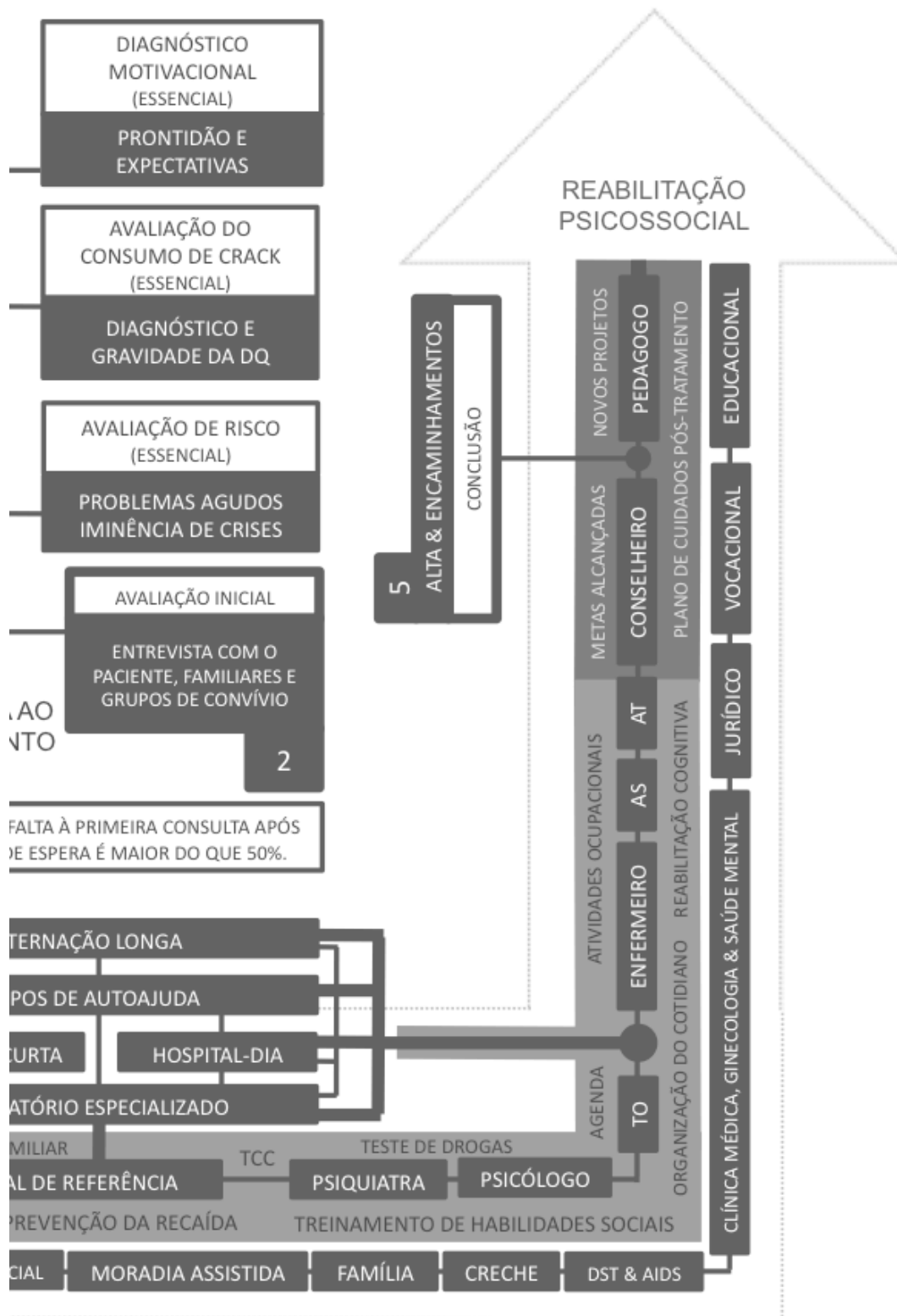


Figura 1: O tratamento da dependência química e suas etapas. Imagem construída a partir das ilustrações



e publicações do *The National Treatment Agency for Substance Misuse* (NTA) (NHS, 2006A; NHS, 2006B.)

Estratégias auxiliares de adesão parecem compensar nada ou muito pouco a demora para o primeiro atendimento: um estudo com usuários de álcool de Nova Iorque (n=128) marcou a primeira consulta em menos de 48 horas para metade dos pacientes e após 48 horas para outra metade, confirmando-a por telefone ou por meio de cartões de consulta e e-mail – 72 % dos pacientes com consulta imediata compareceram, contra 50% dos demais. Nenhuma estratégia de adesão – telefonema ou carta/e-mail – aumentou o índice de comparecimento (Stasiewicz & Stalker, 1999). Outro estudo observou que a confirmação telefônica pode aumentar o comparecimento a primeira consulta, desde essa tenha sido marcada em menos de uma semana (Gariti *et al.*, 1995).

Avaliação inicial

O processo de avaliação do usuário de *crack* é fundamental para a elaboração do plano de cuidados. É também o momento mais adequado para uma intervenção breve motivacional, visando melhorar a adesão do paciente ao tratamento. O grau de complexidade da avaliação depende do nível de especialização do profissional ou do serviço (Quadro 2) (NHS, 2006B). Esse livro é dirigido aos profissionais da área da saúde que atuam em ambientes de tratamento especializado. O processo de avaliação, desse modo, será descrito da forma mais completa possível, podendo ser adaptado posteriormente para ambientes de atenção primária, escolas, empresas, além de outros.

Quadro 2: Níveis de atenção, avaliação e competências para o tratamento da dependência química

Nível	Tipo de avaliação	Competência	Ambientes
1	Identificação simples da presença do uso de substâncias psicoativas	Encaminhamento para serviços especializados	Centros médicos de outras especialidades – unidade de doenças do fígado, UTI, centro cardiológico, ... Escolas, empresas, prisões, albergues
2	Triagem inicial	Encaminhamento para serviços especializados Intervenções motivacionais breves	Unidade primária de saúde Centros psicológicos em empresas, escolas, prisões e albergues
3	Avaliação clínica, motivacional, psiquiátrica e neuropsicológica	Elaboração do plano de cuidados Gerenciamento de caso por profissional de referência Intervenções psicossociais estruturadas	Unidades de atendimento ambulatorial especializadas – CAPS-AD Hospital-dia / Hospital-noite
4	Avaliação clínica, motivacional, psiquiátrica e neuropsicológica Intervenções em ambiente fechado	Internações para desintoxicação Internações estruturadas de longa duração Programas de apoio à moradia	Unidades hospitalares para desintoxicação Comunidades terapêuticas Clínicas de tratamento Moradias assistidas

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of adult drug misusers – update 2006 London: DH; 2006.

O processo de avaliação dura algumas sessões, aborda diversas áreas da vida do paciente e aspectos da sua saúde mental e física, podendo ser realizado por mais de um profissional, em ambiente multidisciplinar (Quadro 3). Tanto o paciente, quanto familiares e pessoas relevantes do seu grupo de convívio devem ser envolvidos nessa etapa. Inicialmente, deve-se privilegiar a avaliação de risco, visando a resolução dos problemas prementes, que favoreçam o equilíbrio mental do paciente e sua motivação para a abstinência e retenção ao tratamento.

Quadro 3: Principais áreas de avaliação

Avaliação clínica do consumo de *crack* e dos critérios de gravidade

Avalia se há presença de pelo menos três dos sete critérios para dependência ou de outros transtornos, como uso nocivo.

A gravidade de cada critério diagnóstico detectado deve ser mensurada, a fim de se estabelecer a gravidade da dependência.

Avaliação motivacional

Avalia o estágio de motivacional do paciente para a mudança e suas expectativas em relação ao tratamento, visando à escolha da melhor abordagem, que respeite a prontidão do paciente para entrar, aderir e mudar a partir da proposta terapêutica.

Avaliação dos fatores de proteção e risco

Avalia as vulnerabilidades e os recursos pessoais e sociais que o paciente possui, visando à elaboração da melhor rede de apoio possível.

Avaliação de risco

Avalia a existência de problemas agudos relacionados ao uso de substâncias. Principais riscos (NHS, 2006B):

- (1) risco de autoagressão – suicídio, automutilações, manejo da parafernália de uso
- (2) risco associado ao uso de drogas – overdose, ambientes de consumo violentos
- (3) risco de causar danos a terceiros – ameaça à equipe, crianças, violência doméstica, condução de veículos
- (4) risco de autonegligenciamento – problemas físicos decorrentes do uso, troca de sexo por *crack*

Avaliação psiquiátricas

Avalia a presença de transtornos mentais associados e a necessidade de medicação específica para dependência química.

Avaliação neuropsicológica

Avalia a presença de alterações cognitivas. Não é uma avaliação obrigatória, mas todo profissional deve considerar a presença de alterações cognitivas entre usuários de *crack*.

Observação: Todas as avaliações acima serão objeto da segunda parte do livro, intitulada "Avaliação", dos capítulos 7 – 10.

Todo o profissional da saúde especializado em dependência química, independentemente de sua formação, é capaz fazer o diagnóstico de qualquer transtorno relacionado ao consumo de *crack*, bem como de avaliar o sua gravidade. O mesmo ainda, consegue avaliar a motivação do paciente e suas expectativas em relação ao tratamento. As situações de risco agudas e crônicas – além dos fatores de proteção – são fontes de informação importantes para o planejamento das ações imediatas e de longo prazo. A avaliação psiquiátrica e

neuropsicológica são restritas aos profissionais dessas áreas, o que impede sua realização sistemática em todos os serviços. No entanto, a primeira deve ser realizada sempre que possível e a segunda quando indicada, uma vez que a grande maioria dos pacientes que procura atendimento tem transtornos psiquiátricos e alterações cognitivas associadas. O processo de avaliação permite a construção de um perfil do usuário de *crack*, que orientará a elaboração do plano de tratamento (Figura 3).

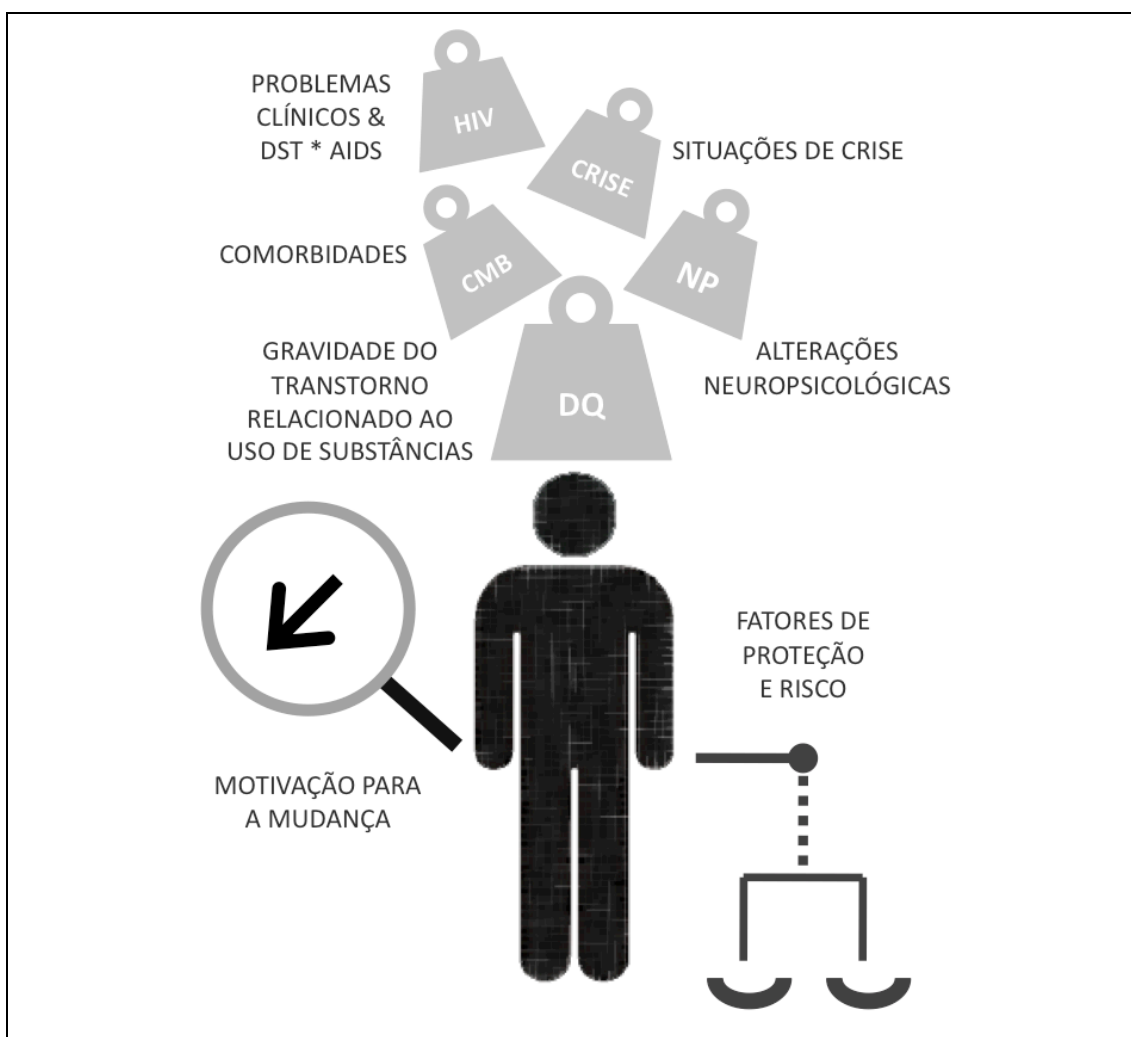


Figura 3: Um indivíduo que consome *crack* com uma determinada gravidade, com certo grau de motivação para a mudança e para o tratamento, procura ajuda influenciado por fatores de proteção e risco, entre esses seu suporte familiar e de redes sociais. Complicadores agudos, doenças psiquiátricas e alterações cognitivas podem agravar ainda mais o quadro. Ao investigar tais características do paciente, a avaliação inicial oferece aos profissionais envolvidos no tratamento da dependência química os subsídios para o planejamento da melhor estratégia baseada nas necessidades do paciente.

Avaliação inicial e manejo de crises durante o tratamento

Os usuários de *crack* tem problemas sérios em suas vidas, tanto anteriores, quanto decorrentes do consumo da droga. Quanto maior o tempo de uso, maior a tendência de possuírem déficits pessoais, tais como baixa escolaridade e falta de habilidade para a resolução de conflitos sociais e afetivos. Desse modo, a abstinência torna-se apenas o início de um longo processo, onde a ocorrência de crises é extremamente comum. O equilíbrio proporcionado pelo tratamento é bastante instável, principalmente nos períodos iniciais, onde as chances de recaída são quase uma regra. Ainda que haja um período prolongado de grandes progressos, um simples lapso pode recrudescer gravemente conflitos familiares ou profissionais, fazendo com que avanços importantes sejam colocados em xeque ou mesmo perdidos. Os pacientes nessa situação frequentemente não pedem ajuda ao profissional, só retornando quando boa parte do trabalho já está perdido. Além disso, detectam mal a presença de problemas estressantes em suas vidas, que cronicamente reconduzem-no mais um vez ao consumo. O terapeuta, assim, deve adotar uma postura ativa, antecipando tais situações ou resolvendo-as prontamente, a fim de evitar a reinstalação do consumo (Quadro 4) (Ribeiro *et al.*, 2005).

Quadro 4: Sinais de alerta quanto a iminência ou presença de recaídas

Sessões em atraso ou perdidas

Atrasos habituais que tomam boa parte da consulta ou faltas sem justificativa podem significar um sinal de recaída ou um processo em curso. O terapeuta deve agir rapidamente nesses casos, entrando em contato com o mesmo por telefone no espaço da sessão, enviando-lhe cartas ou contando seus familiares. Tal atitude é capaz de aumentar a adesão à próxima consulta em até 50%, melhorando, assim, as chances de engajamento do paciente.

Mudanças no humor e no comportamento

Pacientes que evoluíam bem começam a apresentar mudanças repentinas, tais como irritabilidade, aumento do questionamento sobre a atuação do profissional, atitudesusatórias, piora da articulação cognitiva, labilidade afetiva, além de sinais de intoxicação aguda. Nesse momento, o terapeuta não deve partir para a argumentação, muito menos para o confronto. Ao interpretar tais manifestações como parte do processo de recaída, o profissional abre ao paciente a possibilidade de tocar no assunto, para juntos pensarem na melhor forma de superar a crise iminente ou vigente.

Relatos de 'quase-recaída'

Os pacientes têm dificuldade em relatar suas recaída, mas estão mais propensos a discutir situações próximas. Desse modo, quando o paciente relata uma situação de alto risco durante uma sessão é bastante provável que a mesma volte a acontecer na semana seguinte. Mais do que isso, é provável que a recaída já tenha ocorrido e volte a se repetir nos dias seguintes. Assim, quando esse assunto aparece deve se tornar o alvo maior da consulta. Muitos não relatam espontaneamente e por isso cabe sempre ao profissional perguntar se durante uma sessão e outra tais situações aconteceram.

Fonte: Newman CF, Wright FD: Abuso de Substâncias Químicas. In: Dattilio FM, Freeman A: Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1995. **Retirado de** Ribeiro M, Laranjeira R, Messas GP. Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas. In: Lopes AC [editor]. Tratado de Clínica Médica. São Paulo; Roca; 2005 Páginas 2491 - 2501

Além das situações sugestivas de retorno ao consumo, o profissional deve estar atento para situações de crise concretas, que ameaçam diretamente o curso e o sucesso do tratamento (Quadro 5). Para isso, deve agir imediatamente a ocorrência das mesmas. Qualquer adiamento pode significar o fracasso do esforço terapêutico empreendido até então (Ribeiro *et al.*, 2005).

Quadro 5: Situações de crise.

Overdose

A overdose, com ou sem intenção de suicídio, é uma causa de morte encontrada com alguma frequência entre os usuários de cocaína. Geralmente, o profissional é notificado por terceiros após a ocorrência da mesma. Algumas vezes, porém, o próprio paciente entra em contato, assustado com a sensação de morte iminente ou para lhe comunicar seu planejamento suicida em curso. Muitas vezes, na tentativa de se interromper o processo, o paciente utiliza os medicamentos de recebu de forma inadequada, piorando ainda mais o quadro. Desse modo, é importante que o médico tenha sempre consigo o telefone de seus pacientes, parentes mais próximos e responsáveis, a relação de medicamentos prescritos por ele ao paciente, bem como o telefone do resgate.

Perda ou desaparecimento domiciliar

Pacientes usuários com alguma frequência vêm-se sem moradia, por motivo de despejo ou expulsão por parte da família. Nesse momento, cabe ao profissional ajudá-lo na busca de abrigo (moradia assistida, internação) e na resolução do conflito de origem ou a perda da moradia (conflito familiar). Quando o paciente desaparece de casa, o profissional deve investigar com a família todas as possibilidades de locais onde o paciente possa ser encontrado. Sempre é mais seguro deixar essa empreitada nas mãos das autoridades competentes (resgate médico, polícia). Após o reaparecimento, o profissional deve agir prontamente, atendendo o paciente naquele momento ou nas próximas horas.

Perda do emprego

A perda do emprego requer ação imediata e prioritária por parte do terapeuta. Deve-se discutir junto com o paciente a possibilidade de adquirir novas fontes legais de renda (empréstimo familiar, seguro-desemprego, reverter a demissão para afastamento por motivo de saúde) e maneiras de procurar uma nova ocupação.

Ruptura ou perda de relacionamentos

A perda de relacionamentos, por morte ou separação, é sempre uma fonte potencial de estresse e recaída. O profissional deve agir buscando fontes de apoio adicionais ao paciente (por exemplo, um amigo ou parente próximo, que possa lhe fazer companhia por alguns dias). O risco da recaída e a responsabilidade do paciente na sua evitação devem ser sempre lembrados empaticamente pelo profissional.

Crises legais

A obtenção de dinheiro para o consumo de drogas ou as brigas durante a intoxicação fazem com que estes indivíduos passem frequentemente por crises legais. Na ausência de suporte social, o terapeuta deve pesquisar alternativas para resolver a situação ilegal (encaminha-lo para departamentos de auxílio jurídico, estimula-lo a buscar o entendimento com a parte lesada,...). Sem tomar qualquer atitude moralista, o terapeuta pode ajudar o paciente a avaliar os prós e os contras dos comportamentos ilegais, assim como as vantagens e desvantagens dos métodos legais para se atingir o objetivo.

Fonte: Newman CF, Wright FD: Abuso de Substâncias Químicas. In: Dattilio FM, Freeman A: Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1995. **Retirado de** Ribeiro M, Laranjeira R, Messas GP. Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas. In: Lopes AC [editor]. Tratado de Clínica Médica. São Paulo; Roca; 2005 Páginas 2491 - 2501

Avaliação clínica geral

O usuário de *crack*, além de se expor a uma série de complicações físicas secundárias ao consumo, tais como doenças pulmonares e cardiovasculares, tem um estilo de vida e modo de consumo relacionados a piora expressiva do estado geral. Não é incomum esses pacientes chegarem para tratamento desnutridos, anêmicos, com focos infecciosos, contusões decorrentes de quedas, brigas e vitimizações, além de outras complicações. A preferência pelo consumo, em detrimento das ações de autocuidado afasta esses indivíduos das rotinas preventivas e de manutenção do bem-estar, tais como as visitas regulares ao dentista ou ao ginecologista. Para alguns usuários, inclusive, procura inicial por tratamento é motivada mais pelas complicações clínicas que o afligem, do que pelo consumo da droga. De qualquer forma, a chegada o usuário de *crack* para tratamento é uma ocasião igualmente propícia à investigação de seu estado clínico geral. Não há espaço nesse livro para a construção de diretrizes aprofundadas acerca do tema. No entanto, encaminhamentos para serviços de saúde da família para uma avaliação inicial ou para unidades de atendimento especializadas na vigência de sintomas específicos são sempre recomendáveis (DH, 2007).

Avaliação inicial e manejo dos comportamentos de risco contaminação pelas doenças sexualmente transmissíveis - DST & AIDS.

O consumo de *crack* tem sido diretamente associado à infecção pelo HIV (Nappo *et al.*, 2004; Malbergier, 1998). Os comportamentos de risco mais frequentemente observados nessa população são o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por *crack* ou por dinheiro para comprar a substância (Nappo *et al.*, 2004; Brasiliano *et al.*, 2002; Pechansky *et al.*, 2002) (Quadro 6).

Quadro 6: Avaliação dos comportamentos de risco

Comportamento sexual

Avaliação do comportamento sexual ao longo da vida e nos últimos seis meses, incluindo frequências das relações sexuais, número de parceiros, orientação sexual, cuidados quanto ao risco de contaminação.

Troca de sexo por dinheiro ou drogas

Várias pesquisas têm mostrado que o uso de *crack* está associado ao risco elevado de se contrair o HIV. O comportamento que explica esse risco elevado é que alguns usuários se prostituem a fim de conseguir o dinheiro para comprar a droga, muitas vezes deixando de usar preservativos.

Sexo com prostitutas

Pacientes que tiveram relações sexuais com prostitutas e sobre o uso ou não de preservativos.

Prisão

A última parte do instrumento é sobre comportamento de risco durante períodos na cadeia. Prisões são lugares onde as pessoas com comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV estão concentradas. Alguns prisioneiros que injetavam drogas antes de serem presos continuam fazendo isso no presídio, onde as seringas são escassas, aumentando o risco de haver compartilhamento. Outro comportamento de risco de infecção pelo HIV nesse ambiente é a atividade sexual entre os prisioneiros.

Fonte: Dunn J, Laranjeira R. Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22(1): 11-6.

Entre as profissionais do sexo ou pacientes que realizam troca de sexo por *crack* as preocupações com o risco de infecção por DST & AIDS são ainda maiores (Von Diemen *et al.*, 2010), adquirindo papel central no período de avaliação inicial, que deve ser mais ampla e abrangente (Figura 4). A troca de sexo por *crack* é um comportamento especialmente problemático, devido ao grande número de parceiros e relações sexuais e a ausência do uso de preservativos na maior parte das vezes (Nappo *et al.*, 2004). Apesar da prática da troca de sexo por drogas ser mais freqüente em mulheres, tal comportamento também ocorre em homens, independentemente da orientação sexual (Souza, 2001; Weiser *et al.*, 2006). Desse

modo, os comportamentos sexuais de risco fazem parte da avaliação inicial desses usuários, tanto do sexo feminino, quanto do sexo masculino (Quadro 6).

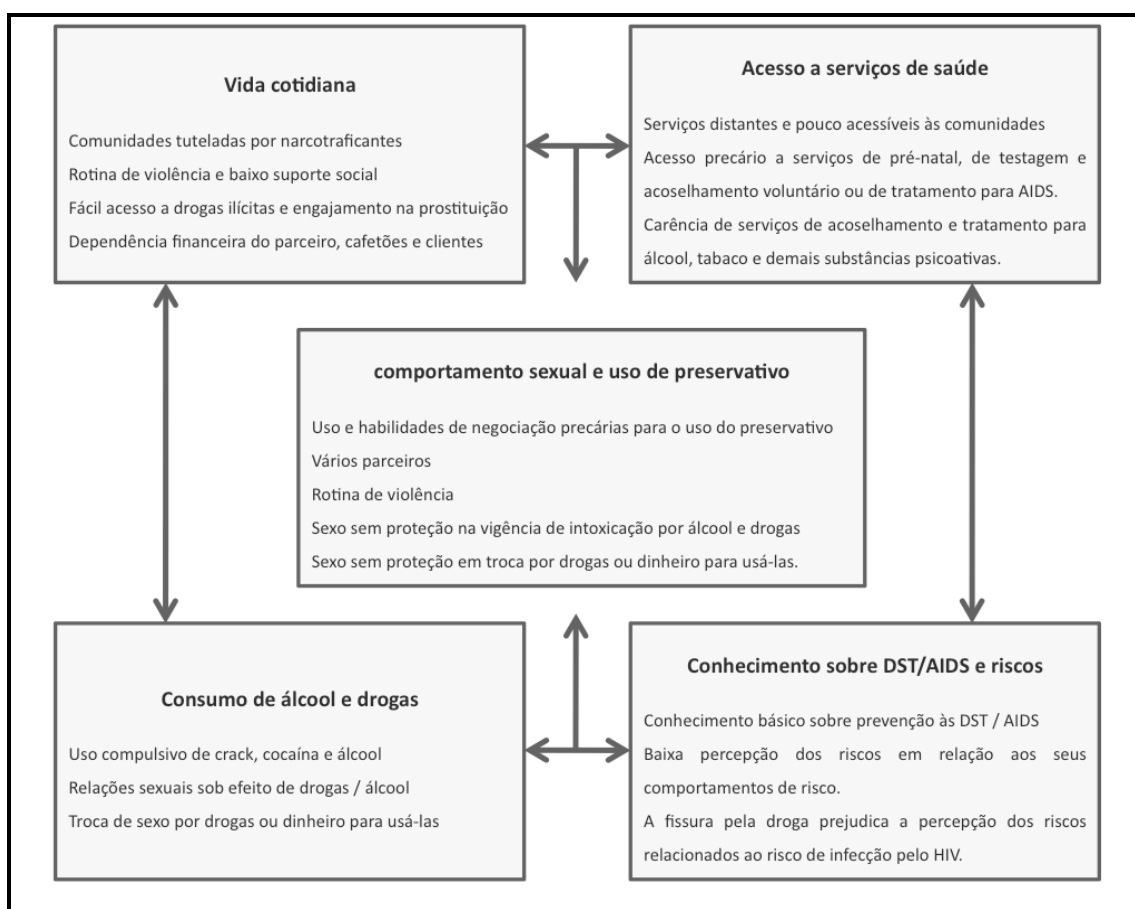


Figura 4: Os cinco domínios das situações de risco relacionadas ao risco de infecção pelo HIV/AIDS entre profissionais do sexo, sugerindo que as medidas terapêuticas em relação a essa população devem incluir abordagens sócio-educativas, de mudança de atitude em relação às medidas de proteção, melhora do apoio social – incluindo cuidados para os seus filhos e resolução de problemas cotidianos – e ações específicas quanto ao consumo de substâncias psicoativas e troca de sexo por droga. Figura extraída de Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A, Zulm GC, Bastos FI, Singer M, Strathdee SA. HIV/AIDS risk among female sex workers who use *crack* in Southern Brazil. Rev Saúde Pública 2008;42(5):830-7.

Pacientes com comportamentos sexuais de alto risco melhoram quando expostos ambientes e modelos de tratamentos específicos (Sangani *et al.*, 2004; Pechansky *et al.*, 2007; Johnson *et al.*, 2008), que incluem também medidas de caráter assistencial junto ao paciente e sua rede de apoio (Weeks *et al.*, 2009). Desse modo, nota-se que há necessidade de abordagens específicas para esses usuários de *crack*, que devido a sua complexidade não serão objeto de estudo desse livro. No entanto, a detecção de comportamentos sexuais de risco e o encaminhamento desses indivíduos para serviços ou equipamentos de apoio especializados deve ser

regra na prática clínica de qualquer profissional da saúde envolvido no tratamento da dependência de *crack*.

Plano de tratamento

O plano de tratamento é um conjunto de metas e intervenções baseado nas necessidades do paciente (NHS, 2006A). O objetivo-maior do plano é a melhora do funcionamento psicossocial do paciente a partir da abstinência e da implementação dos programas de tratamento e reabilitação.

Retenção ao tratamento

O tratamento da dependência de cocaína contribui para a redução do consumo, da gravidade da dependência e das comorbidades, além de possuir efeitos duráveis, especialmente quando o paciente permanece abstinente durante o período em tratamento (Carroll *et al.*, 1994; Gottheil *et al.*, 1998). Apesar da melhora ser quase uma regra para os que permanecem, os usuários de cocaína estão entre os pacientes com os mais altos índices de abandono (Dutra *et al.*, 2008). Um serviço ambulatorial nova-iorquino acompanhou 60 usuários de cocaína e observou que 55% (n=33) desses abandonaram o tratamento na primeiras quatro semanas. Os homens de minoria étnica, que utilizavam cocaína a menos tempo e sem depressão foram os que mais abandonaram (Agosti, 1996). Os índices de abandono do tratamento são ainda maiores entre os usuários de *crack* (Rowan-Szal *et al.*; 2000; NHS, 2007). Em outro estudo com usuários de *crack* (n=148) de um serviço ambulatorial nova-iorquino, apenas 24,5% (n=36) permaneceram em tratamento por seis sessões ou mais (Kleinman *et al.*, 1992). O nível educacional parece ser um fator protetor para o abandono entre os usuários de *crack* (Agosti, 1996).

Aparentemente, não existem fatores pré-tratamento preditores a retenção que se apliquem a todos os modelos, sugerindo que há situações que se encaixam a determinados ambientes e abordagens (Roberts & Nishimoto, 1996). O terapeuta não parece ser um fator de adesão ou abandono inicial no tratamento de usuários de

cocaína (Sterling *et al.*, 1998). No entanto, a aliança terapêutica está diretamente relacionada com a retenção ao tratamento. Profissionais da saúde e conselheiros mais experientes aumentam a adesão ao tratamento. A avaliação do terapeuta em relação à aliança terapêutica e ao prognóstico do paciente prediz o abandono, já a avaliação do paciente sobre suas chances de sucesso no tratamento, não (Méier *et al.*, 2006).

Modalidades de tratamento psicossociais (Foote *et al.*, 1994; Hoffman *et al.*, 1994) e vocacionais (McCaul *et al.*, 2001) adicionadas à estratégia básica parecem melhorar a retenção e a eficácia do tratamento. O monitoramento por telefone com abordagens motivacionais breves melhorou a eficácia a adesão apenas em pacientes em abstinência estável e bem vinculados ao tratamento presencial (McKay *et al.*, 2005). Tais modalidades de tratamento e monitoramento parecem ter um impacto menor em usuários com ambas, dependência química e comorbidade altamente severas (Cleary *et al.*, 2008).

De qualquer maneira, a adesão ao tratamento deve ser uma preocupação formal, tanto no início do tratamento, quanto ao longo do processo terapêutico, pois a ambivalência é um componente perene do comportamento dos usuários. Desse modo, abordagens motivacionais breves, informações relevantes para o paciente sobre o tratamento ou sobre o uso de drogas, bem como o envolvimento de outros membros de sua família são sugeridas, especialmente para os que chegam menos motivados (NHS, 2007).

Oferta de tratamento

Conforme o engajamento do paciente vai se intensificando, as atividades, intervenções e rotinas do tratamento vão sendo implementadas. Cada serviço possui uma determinada quantidade de abordagens que podem combinadas com projetos de outros locais, visando à melhora do paciente. A duração de período de tratamento é variável, podendo ir de semanas, como é o caso das unidades de desintoxicação até anos, como ocorre nos ambulatórios e grupos de autoajuda (NHS, 2006A).

Intensidade do tratamento

A intensidade do tratamento guarda relação com o gravidade da dependência, com a presença de comorbidade, de prejuízos cognitivos e com a disponibilidade e a qualidade da rede de apoio social do indivíduo. Para a maioria dos usuários, a intensidade do tratamento visa primeiramente a compensar a falta de recursos individuais e sociais, visando a criação de um ambiente mais estável e menos propício a gatilhos e recaídas.

O usuário de *crack*, assim como o de cocaína, é tradicionalmente associado a abordagens mais intensivas. Vários motivos embasas essa concepção, entra elas o grau de desestruturação ocasionado pelo consumo, fazendo com que o paciente necessite de mais apoios terapêuticos e psicossociais, além dos tradicionais; a chegada ao tratamento se dá muitas vezes por impulso e não pela intenção consciente de resolver seus problemas, ficando muito tempo livre para a ambivalência entre as consultas (Gottheil, 1998); muitas vezes o paciente está satisfeito com o tratamento oferecido, mas sua percepção acerca da melhora dos problemas que o trouxeram é parcial ou inexistente, fazendo-o desistir com mais rapidez e forçando a equipe a buscar métodos capazes de oferecer mais em menos tempo (Pulford *et al.*, 2006); por fim, estudos demonstram que tratamentos de baixa intensidade são geralmente insuficientes para reterem esses pacientes, especialmente os mais comprometidos (Agosti, 1996).

Tratamentos ambulatoriais com frequência semanal não se mostram eficazes para usuários de cocaína (Kang *et al.*, 1991). A exposição ao tratamento e a retenção parecem aumentar em pacientes que receberam tratamento ambulatorial intensivo e individualizado (Hoffman *et al.*, 1994; Roberts & Nishimoto, 1996), mas há estudos que não encontraram diferença entre abordagens tradicionais e intensivas (Gottheil *et al.*, 1998; McLellan *et al.*, 1997). Vale ressaltar que os estudos de comparação entre ambas as abordagens observaram que os usuários em tratamento intensivo tinham dependências mais graves, comorbidade com álcool e mais problemas sociais (McLellan *et al.*, 1997). Ainda assim o usuário de cocaína *crack* tem as taxas de adesão mais baixas em relação a pacientes de outras substâncias (Veach *et al.*, 2000). Há ainda, estudo que não encontram relação entre o

consumo de uma substância específica e o grau de retenção em tratamento, sugerindo que as necessidades culturais, de gênero e vocacionais do pacientes são fatores de retenção mais influentes (McCaul *et al.*, 2001).

O profissional de referência

O tratamento estruturado tem dois componentes fundamentais (NHS, 2006^A; NHS, 2006^B): (1) intervenções médicas e psicossociais organizadas a partir de um plano de tratamento constantemente atualizado e adaptado às necessidades do paciente e (2) um profissional de referência, encarregado da oferta e da integração das atividades, serviços e dos demais profissionais envolvidos. Cabe também a esse profissional facilitar a integração social do paciente, mapeando sua rede social, identificando carências, propondo e implementando soluções. Reuniões e encontros com familiares também podem ser realizados por ele (DH, 2007).

A função de profissional de referência pode ser exercida por qualquer profissional capacitado para o manejo de pacientes com transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, podendo esse ser médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social. Na prática, o profissional de referência é aquele que possui o maior contato com o paciente (NHS, 2006^A). O exercício de suas funções inclui reuniões regulares com o paciente, visando ao seguimento e atualização do plano de tratamento, bem como os demais profissionais e serviços para coordenar o cuidado (NHS, 2006^B).

O profissional de referência têm competências-chave durante todo o processo de tratamento (Quadro 7) (NHS, 2006^B), sendo importante para garantir que o paciente tenha a motivação necessária para permanecer em tratamento e participar das atividades a fim de atingir as metas planejadas. Muitas vezes, o imediatismo, a impulsividade e o desconforto decorrente das perdas anteriores contribuem para a falta de crítica e de percepção acerca dos progressos e da evolução do tratamento, tornando-se motivo de desistência e abandono pelos usuários. Situações e problemas como esses devem ser constantemente considerados pelo

profissional de referência, fazendo *feedbacks* sobre dos progressos e dos rumos favoráveis do tratamento com o paciente.

Quadro 7: Ações do profissional de referência ao longo do tratamento.

Fase de adesão ao tratamento

- * Intervenções de natureza motivacional voltadas ao engajamento do indivíduo nas atividades.
- * Construção do vínculo terapêutico.
- * Identificar os riscos de abandono precoce e procurar se antecipar a esses, especialmente os de natureza social – por exemplo, falta ou perda de moradia, problemas legais etcétera.
- * Elaborar um plano inicial baseado nas primeiras avaliações e nas situações de risco agudos (se existirem).
- * Elaborar e desenvolver conjuntamente com o paciente e equipe o plano de tratamento definitivo.
- * Implementação inicial do plano de tratamento.

Fase de oferta do tratamento

- * Continuar o desenvolvimento do vínculo terapêutico.
- * Foco em mudanças ativas e melhora do estilo de vida.
- * Revisão constante do plano de tratamento.
- * Promover a integração e a aliança entre os membros da equipe responsável.
- * Detectar e se antecipar permanentemente aos riscos de abandono.
- * Garantir a permanência em tratamentos de longo prazo, quando esses forem necessários.
- * Reavaliar permanentemente mudanças nas necessidades psicossociais do paciente.

Fase de conclusão e alta do tratamento

- * Organizar o fechamento das atividades.
- * Avaliar e realizar os encaminhamentos para outros tratamentos e suportes sociais necessários

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of adult drug misusers – update 2006 London: DH; 2006.

Intervenções psicossociais

Diversas intervenções psicossociais podem ser integradas ao plano de tratamento (Quadro 8). Nenhuma abordagem psicossocial é eficaz isoladamente (Knapp *et al.*, 2007). Apesar da multiplicidade de modelos e modos de combinar ações terapêuticas, no campo da dependência química, quase todas partem de abordagens motivacionais ou cognitivo-comportamentais e podem ser oferecidas individualmente ou em grupo. Atividades ocupacionais e vocacionais também podem ser utilizadas nessa fase. Todos os profissionais treinados podem participar das atividades propostas, mas há competências específicas e graus de especialização que devem ser respeitados, principalmente nas

intervenções de alta complexidade, que dependem não apenas da formação em dependência química, mas principalmente da formação profissional (NHS, 2006B).

Quadro 8: Intervenções psicossociais

- * Terapia cognitivo-comportamental
- * Treinamento de habilidades sociais
- * Prevenção da recaída
- * Abordagens de reforço comunitário
- * Abordagens voltadas para a família
- * Organização do cotidiano e atividades ocupacionais
- * Abordagens vocacionais

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of adult drug misusers – update 2006 London: DH; 2006.

A maior parte das intervenções psicossociais pode ser realizada pelo profissional de referência, mas na prática também há envolvimento de profissionais da mesma equipe ou de outros serviços. Tais intervenções são focadas na resolução dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Desse modo, diferem das terapias psicológicas – cognitivo-comportamental, analítica e psicodinâmica, interpessoal etcétera – que são da competência de psicoterapeutas especificamente formados para exercer esse método. Essas podem ser indicadas para pacientes com comorbidades, tais como os transtornos de personalidade. Por outro lado, intervenções psicossociais são mais complexas do que aconselhar, dar informação, fazer abordagens educativas ou apoios estruturados. Tais abordagens estão voltadas para a solução de questões prementes, monitoramento cotidiano e apoio logístico, requerendo por isso menor grau de capacitação de seus profissionais (NHS, 2006B).

Avaliação médica e prescrição de medicamentos

A avaliação médica tem dois propósitos fundamentais. Em primeiro, observar as alterações decorrentes do consumo ou da síndrome de abstinência de cocaína ou *crack*, sua gravidade e a possibilidade de resposta a alguma intervenção

medicamentosa (Kampman, 2010). Em segundo, diagnosticar a presença de comorbidades psiquiátricas, sua etiologia – primária ou secundária – e a necessidade de tratamento medicamentoso ou de observação dos sintomas após um período de abstinência na comunidade ou em ambiente protegido (Kenna *et al.*, 2007).

A farmacoterapia melhora o prognóstico de pacientes com transtornos relacionados ao uso de cocaína e *crack* (Preti, 2007). Apesar de não demonstrar eficácia quando utilizada isoladamente, pode aprimorar o funcionamento cognitivo e emocional do paciente, aumentando assim os índices de retenção, participação e aproveitamento das abordagens psicossociais oferecidas (Kampman, 2010). Ainda não há medicamentos específicos para a diminuição da fissura e do comportamento de busca entre usuários de cocaína e *crack* (Preti, 2007). Os medicamentos disponíveis serão discutidos no capítulo “Tratamento medicamentoso”.

Ambientes de tratamento

Há uma possibilidade ilimitada de modelos de tratamento, cada qual com vantagens e desvantagens na prestação de auxílio ao dependente de *crack* (SAMSHA; 1999; CICAD-OMS, 2000). Não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço (Miller & Hester, 2003). A compreensão e o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxiliam o processo adequação de um serviço às necessidades da comunidade a qual presta assistência (Edwards *et al.*, 2005).

O momento do tratamento também influencia a escolha do serviço (SAMSHA; 1999). Usuários de cocaína com sintomas agudos de abstinência podem requerer um ambiente ambulatorial não-intensivo, intensivo, hospital-dia ou até uma internação para desintoxicação. Três semanas depois, porém, os sintomas de abstinência já não são mais o problema preponderante e abordagens menos intensivas e comunitárias poderão ser instituídas. Por isso é preciso reconhecer

o serviço mais indicado para aquele momento e saber combiná-lo a outros ambientes onde a seqüência do tratamento se dará (CICD-OMS, 2000).

Em muitos países, os diversos ambientes de atendimento para dependência química encontram-se divididos em modalidades, distribuídas ao longo de um *continuum* de cuidados (Ribeiro, 2004). O Brasil, ainda não estruturou seus equipamentos de saúde em níveis de atendimento, tampouco normatizou o papel de cada profissional da saúde no tratamento da dependência química, apesar de problemas acerca do tema já terem sido identificados por diversos estudos nacionais (Laranjeira, 1996). Tal carência dificulta o encaminhamento racional daqueles que procuram auxílio especializado, sobrecarregando setores que deveriam se responsabilizar por apenas uma parte do tratamento (Laranjeira, 1996).

Ainda assim, faz parte da organização de um serviço determinar, mesmo que grosseiramente, qual o seu ponto de inserção dentro da rede de tratamento disponível em uma determinada região (Figura 4). Muitas vezes, por competição entre linhas e modelos terapêuticos ou por ingenuidade ou por arrogância, alguns serviços se acham plenamente capazes de responder a todas as necessidades de seus pacientes, apenas utilizando suas técnicas terapêuticas (Miller & Hester, 2003). Perde-se, assim, um importante referencial: algumas técnicas e serviços são mais ou menos efetivos de acordo com o estágio motivacional e a gravidade da dependência.

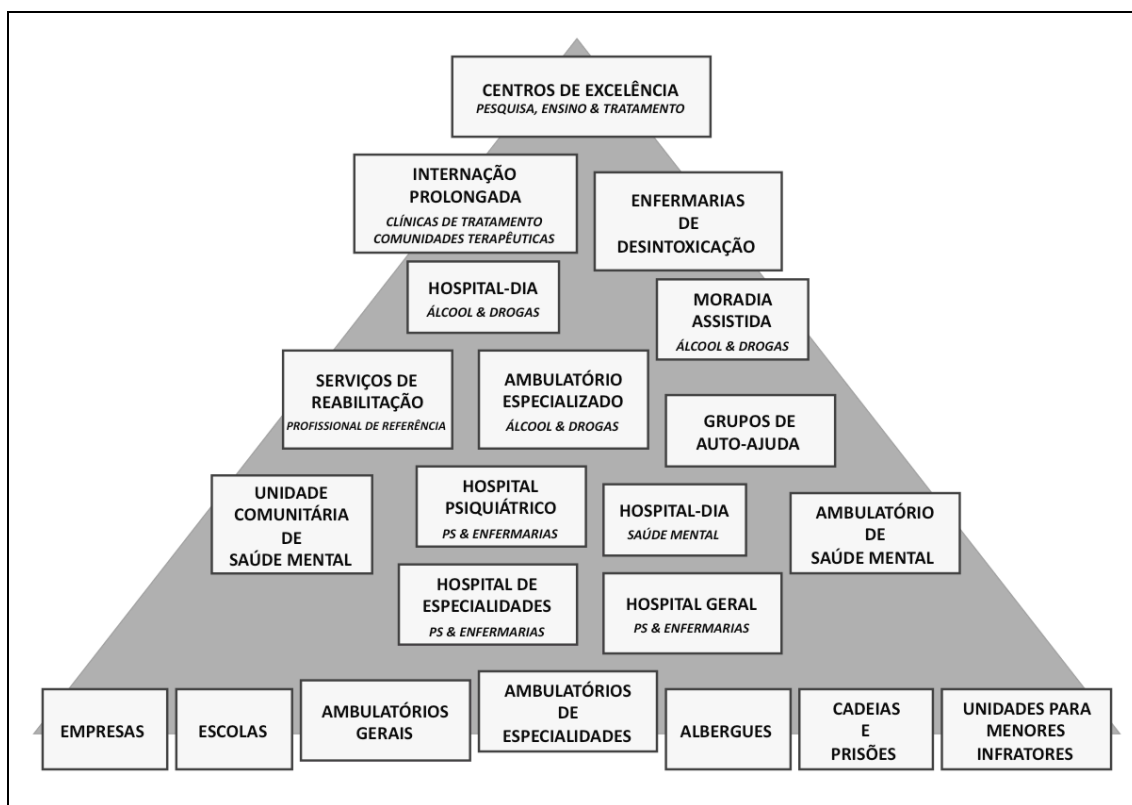


Figura 5: Rede de equipamentos de saúde para o tratamento da dependência química.

Todo o serviço deve procurar o seu lugar para apoiar com mais eficácia o paciente que o procura. Isso vai além da determinação do papel e do posicionamento do serviço: é necessário também se conectar aos demais serviços disponíveis, para formar *redes de apoio mútuo*. Isso reforça e amplia as estratégias de tratamento do serviço e possibilita o encaminhamento daqueles que já concluíram o tratamento proposto, mas ainda necessitam de outras abordagens.

O teste de drogas como método de manejo do estresse, monitoramento e motivação

O consumo de substâncias psicoativas pode trazer grandes prejuízos à aos relacionamentos familiares e profissionais do paciente (Ribeiro *et al.*, 2005). A saliência do uso em detrimento dos demais campo da vida do usuário e os comportamentos mal adaptados que paciente utiliza para conciliar consumo e relacionamentos afetivos e sociais, tais como uso de justificativas e desculpas de veracidade improvável e a número incontável de promessas de abstinência futura, acabam por minar sua credibilidade. Por outro lado, mesmo reconhecendo a gravidade de seu uso de drogas e a necessidade de ajuda

premente, muitos pacientes exigem dos profissionais e familiares um “voto de confiança”, liberando-o de alguns controles tradicionalmente propostos no início do tratamento – por exemplo, não sair de casa nas primeiras semanas. Situações de estresse como essas, em grande parte das vezes, acaba no retorno ao consumo. O teste de drogas pode ser utilizado para o manejo dessas situações, visando à resolução de desconfianças, que geram atrito e ressentimento mútuo.

Todo o tratamento efetivo necessita de alguma forma de monitoramento (NIDA, 2009), tanto para a equipe de saúde, quanto para o paciente e seus familiares. O teste de drogas pode funcionar com esse propósito. Além de confirmar a boa evolução do tratamento proposto, as repetidas amostras negativas podem motivar ainda mais a manutenção das condutas do paciente dentro e fora do tratamento, especialmente quando há associação com manejo de contingência (Stitzer *et al.*, 2007).

Desse forma, o teste de drogas, que numa primeira aproximação poderia aparecer como um método de vigia ostensiva e controle autoritário e coersivo – e nada impede que esse possa ser utilizado erroneamente dessa forma – tem indicações terapêuticas altamente estruturantes para o paciente. Em primeiro lugar, oferece a esses uma justificativa concreta para não consumir drogas, quando todas as outras cognições de enfrentamento se foram – assim como o obeso tem a subida semanal à balança, combinada previamente e de comum acordo entre ele e os que decidiram ajudá-lo na perda de peso. Em segundo, elimina importantes fontes de estresse dentro de casa e no ambiente de trabalho – alguns médicos anestesistas em tratamento para dependência de opiáceos realizam o teste de drogas ao entrar e ao sair do centro cirúrgico, garantindo assim o direito desse profissional ao trabalho num ambiente de confiança mútua. Em terceiro, auxilia o monitoramento do plano de cuidados, aumentando o moral do paciente para ações cada vez mais autônomas.

Ao discutir os preceitos éticos do teste de drogas na vida dos pacientes, Arthur Caplan (2006), do Departamento de Bioética da Universidade da Pensilvânia, argumentou o seguinte: (1) não se justifica o uso do teste com intuito de

comprovar a abstinência para terceiros – juízes, patrões, familiares – ou mesmo como uma garantia de segurança para o grupo de convívio do usuário – especialmente quando há crianças envolvidas – por mais nobres e moralmente corretas que possam ser tais justificativas; (2) por outro, o usuário problemático de substâncias psicoativas tem grande dificuldade de se autodeterminar pela abstinência – por mais que a deseje – e conquistar sua autonomia, pois sua dependência domina o seu comportamento; (3) isso posto, o emprego temporário de métodos compulsórios de controle e monitoramento, tais como o teste de drogas e o uso de medicamentos aversivos como o dissulfiram, têm como objetivo romper o comportamento da dependência para retificar, restaurar e aprimorar a capacidade de autonomia nesses indivíduos. Nas palavras do autor: “forçar o tratamento em nome da autonomia”.

Teste de urina. A dosagem de cocaína na urina é indicada para a detecção do uso recente de cocaína e *crack*. A presença da substância e seus metabólitos pode ser detectada até cinco dias após o último consumo (Moller *et al.*, 2010). Desse modo, é indicada para o manejo de situações de alto risco, que demandam monitoramento constante por curtos períodos – a testagem constante costuma perder eficácia e gerar atritos com o paciente quando se prolonga demasiadamente (Moller *et al.*, 2010). Pode haver detecção de cocaína na urina após o consumo de chá de mate de coca (Moller *et al.*, 2008).

Teste do cabelo. Método indicado para a investigação do consumo pregresso de cocaína (Klein *et al.*, 2000), detectando com maior sensibilidade o consumo durante os cento e vinte dias pregressos, com exceção dos últimos trinta (Moller *et al.*, 2010). Desse modo, mostra-se adequado para o monitoramento da abstinência prolongada. A cocaína presente no sangue é incorporada ao cabelo e pêlos quando a circulação atinge os folículos capilares, dentro dos quais fica protegida da degradação e é incorporada aos fios, deixando a região irrigada apenas após o crescimento mensal dos mesmos – eis o motivo do teste não ser capaz de detectar o último mês de consumo (Moller *et al.*, 2010). O teste de cabelo é específico para cocaína e cocaetileno - seu principal metabólito, benzoilecgonina, pode gerar casos falso positivos e por isso não participa do método (Spiehler, 2000).

Há alguns cuidados na análise dos teste de cabelo (Garcia-Bournissen *et al.*, 2009): (1) a cocaína e pode ser encontrada até três meses após a abstinência, como foi observado em alguns estudos que detectaram a presença da substância no cabelo de usuários que apresentavam testes negativos e consecutivos de cocaína na urina até noventa dias; (2) o cabelo não cresce uniformemente em todo o couro cabeludo – a maior parte, cresce em ciclos ininterruptos de 0,9 – 1,4cm ao mês, mas cerca de um quinto dos fios não aumenta após dois a seis anos de atividade; desse modo, caso fosse o único fio investigado, daria a falsa impressão de consumo no último mês. (3) há possibilidade de contaminação externa do fio – por exemplo pelo contato com suor de terceiros ou diminuição – ou de desaparecimento da substância a partir do uso de produtos para tratamento capilar, mas ambas as possibilidades são extremamente remotas.

A via de administração pode interferir no tempo de eliminação, mas de maneira discreta – por exemplo a meia-vida da cocaína na saliva é de aproximadamente três horas. Variações da meia-vida salivar de acordo com a via de administração utilizada: sangue (0.4–7.2 horas), intranasal (0.6–4.2 horas), pulmonar (0.2–5.9 horas), sendo o uso oral associado ao menor tempo de eliminação (1–2 horas) (Scheidweiler *et al.*, 2010). Outras líquidos corporais, como sangue e saliva podem ser utilizados, mas devido à rápida eliminação da cocaína dos mesmos, são pouco indicados para o monitoramento cotidiano (Moller *et al.*, 2010).

Término, alta e encaminhamentos

O prognóstico dos pacientes usuários de álcool e outras drogas depende múltiplos fatores, relacionados à substância, ao indivíduo e ao ambiente que o cerca. Todos esses contribuem para a gravidade da dependência e favorecem a manutenção do comportamento de busca e consumo (Ribeiro *et al.*, 2005). Desse modo, há casos que respondem bem a poucas sessões de terapia breve e outros que serão acompanhados durante muitos anos. O término de um tratamento é geralmente discutido e amadurecido entre o paciente e os profissionais que o assistem. O cumprimento das metas estabelecidas, a satisfação do paciente com

a melhora alcançada e o grau de estruturação social do mesmo são habitualmente tomadas como pontos de referência, tanto pelo paciente e sua família, quanto pela equipe responsável. Nesse momento, é essencial abordar e avaliar as necessidades pós-tratamento, tais como moradia, emprego e a presença de redes de apoio sociais. Grupos de autoajuda são uma opção para todas as fases do tratamento, inclusive nessa. Os canais de acesso para que o paciente possa retornar em situações de dúvida ou crise devem estar claros e prontos para a vigência de qualquer eventualidade.

Discussão

O consumo de substâncias psicoativas é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo (WHO, 2003; UNODC, 2010). Tal preocupação fez com que novos conceitos acerca do tema fossem desenvolvidos nas últimas décadas, visando à melhor compreensão e tratamento do problema (Berridge & Mars, 2004). Anteriormente, o consumo de substâncias psicoativas era visto de modo dicotômico, fazendo com que apenas o usuário pesado e dependente da substância chegasse à atenção do médico. Atualmente o consumo de substâncias psicoativas é considerado não apenas a partir da sua intensidade, mas também das complicações físicas e psicossociais que suscita, variando ao longo de um continuum de gravidade (Edwards *et al.*, 2003).

O tratamento do usuário de *crack* tem mostrado resultados encorajadores. No entanto, muitas lacunas ainda permanecem e comprometem o sucesso do tratamento destes indivíduos. Programas de tratamento baseados na motivação para a mudança e na aplicação de técnicas de prevenção da recaída têm sido capazes de estimular a abstinência entre, tanto em ambiente ambulatorial, quanto internado (Gossop *et al.*, 2002; Siegal *et al.*, 2002). No entanto, tal abstinência não demonstra estabilidade: as recaídas com retorno aos padrões de consumo pré-tratamento chegam a atingir mais da metade dos usuários ao longo de um ano, reduzindo o sucesso do tratamento para apenas 25 a 30% dos usuários (Siegal *et al.*, 2002). Por outro lado, a permanência em tratamento por tempo adequado aumenta as chances de o paciente atingir um padrão estável

abstinência (Gossop *et al.*, 2002; Simpson *et al.*, 2002). Alguns fatores de boa evolução foram identificados, entre eles a prontidão para o tratamento e para a abstinência completa também prediz bons resultados, atingindo cerca de 80% dos usuários (Hser *et al.*, 1999; Siegal *et al.*, 2002). Por sua vez, a gravidade da dependência compromete o sucesso terapêutico (Alterman *et al.*, 2000).

Os usuários de *crack* são bastante heterogêneos, dotados padrões de desenvolvimento, nível sócio-econômico, formação educacional e cultural distintos (Dunn *et al.*, 2001). Com maior frequência envolvem-se em contravenções (Dias *et al.*, 2008; Carvalho & Seibel, 2009) e apresentam complicações psiquiátricas (Haasen *et al.*, 2005). Tudo isso dificulta e complica a elaboração de um plano universalmente eficaz de tratamento. Apesar das propostas terapêuticas existentes deixarem muitas perguntas sem resposta, a maioria dos pacientes em tratamento melhora seu desempenho no trabalho e nas relações familiares, se afasta da criminalidade e apresenta menos complicações psiquiátricas (Alterman *et al.*, 2000). Além disso, apesar da falta de estabilidade, probabilidade de abstinência aumenta no decorrer dos anos (Ribeiro *et al.*, 2007). Um processo crônico, capaz de produzir resultados benéficos.

Referências bibliográficas

Agosti V, Nunes E, Ocepeck-Welikson K. Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1996 Feb;22(1):29-39.

Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS, Tourian KA, Rutherford MJ, Merikle EP. Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug Alcohol Depend*. 2000; 59(3):215-21.

Berridge V, Mars S. History of addictions. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(9):747-50.

Brasiliano S, Hochgraf PB, Torres RS. Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(supl.2): 05-25.

Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. J Subst Abuse Treat. 2006;31(2):117-20.

Carlson RG, Sexton R, Wang J, Falck R, Leukefeld CG, Booth BM. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. Subst Abus. 2010;31(1):1-7.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. Arch Gen Psychiatry. 1994 Mar;51(3):177-87.

Carvalho HB, Seibel SD. *Crack* cocaine use and its relationship with violence and HIV. Clinics (Sao Paulo). 2009;64(9):857-66.

CICAD / OMS – Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) / Organização Pan-Americana de Saúde (OMS). El modelo ideal de atención – normas minimas. In: OPAS & CICAD. La dependencia de las drogas y su tratamiento – guia y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD; 2000.

Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD001088.

Cottler LB, Campbell W, Krishna VA, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. J Nerv Ment Dis. 2005;193(7):431-7.

Cunningham JA. Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug Alcohol Depend.* 2000 Jun 1;59(3):211-3.

DH - Department of Health (England) and the devolved administration.. *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management.* London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive; 2007. disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of *crack* cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst Abuse* 2008; 29(3):71-79.

Dunn J, Laranjeira R. Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(1): 11-6.

Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend.* 2001; 63(1):79-85.

Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2008;165(2):179-87.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *The treatment of drinking problems - a guide for the helping professions.* New York: Cambridge University Press; 2003.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Ambientes de tratamento, papéis profissionais e organização de serviços de tratamento. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo.* Porto Alegre: ARTMED; 2005.

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

Falck RS, Wang J, Carlson RG. *Crack* cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction* 2007; 102(9):1421-31.

Festinger DS, Lamb RJ, Kountz MR, Kirby KC, Marlowe D. Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addict Behav.* 1995 Jan-Feb;20(1):111-5.

Foote J, Seligman M, Magura S, Handelsman L, Rosenblum A, Lovejoy M, Arrington K, Stimmel B. An enhanced positive reinforcement model for the severely impaired cocaine abuser. *J Subst Abuse Treat.* 1994;11(6):525-39.

Garcia-Bournissen F, Moller M, Nesterenko M, Karaskov T, Koren G. Pharmacokinetics of disappearance of cocaine from hair after discontinuation of drug use. *Forensic Sci Int.* 2009 Aug 10;189(1-3):24-7. Epub 2009 May 30.

Gariti P, Alterman AI, Holub-Beyer E, Volpicelli JR, Prentice N, O'Brien CP. Effects of an appointment reminder call on patient show rates. *J Subst Abuse Treat.* 1995 May-Jun;12(3):207-12.

Goldstein MF, Deren S, Magura S, Kayman DJ, Beardsley M, Tortu S. Cessation of drug use: impact of time in treatment. *J Psychoactive Drugs.* 2000 Jul-Sep;32(3):305-10

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. Changes in use of *crack* cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend.* 2002;66(1):21-8.

Gottheil E. Tratamento intensivo em ambulatório: métodos e resultados. *J Addict Dis [edição portuguesa]* 1998; 2(2): 15-9.

Gottheil E, Weinstein SP, Sterling RC, Lundy A, Serota RD. A randomized controlled study of the effectiveness of intensive outpatient treatment for cocaine dependence. *Psychiatr Serv.* 1998; 49(6):782-7.

Haasen C, Prinzleve M, Gossop M, Fischer G, Casas M, The Cocaineu-Team. Relationship Between Cocaine Use And Mental Health Problems In A Sample Of European Cocaine Powder Or *Crack* Users. *World Psychiatry* 2005; 4(3): 173-6.

Hoffman JA, Caudill BD, Koman JJ 3rd, Luckey JW, Flynn PM, Hubbard RL. Comparative cocaine abuse treatment strategies: enhancing client retention and treatment exposure. *J Addict Dis.* 1994;13(4):115-28..

Hser YI, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B. Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health.* 1999 May;89(5):666-71.

Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, Malow R, McClellan WM. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jul 16;(3):CD001230.

Kampman KM. What's new in the treatment of cocaine addiction? *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Oct;12(5):441-7.

Kang SY, Kleinman PH, Woody GE, Millman RB, Todd TC, Kemp J, Lipton DS. Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. *Am J Psychiatry.* 1991;148(5):630-5.

Kenna GA, Nielsen DM, Mello P, Schiesl A, Swift RM. Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence. *CNS Drugs.* 2007;21(3):213-37.

Klein J, Karaskov T, Koren G. Clinical applications of hair testing for drugs of abuse--the Canadian experience. *Forensic Sci Int.* 2000 Jan 10;107(1-3):281-8.

Kleinman PH, Kang SY, Lipton DS, Woody GE, Kemp J, Millman RB. Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1992;18(1):29-43.

Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD003023.

Laranjeira R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45(4): 191-99.

Malbergier A. Transtornos psiquiátricos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV. *J Bras Psiq* 1998; 48(6): 253-62.

Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A, Zulm GC, Bastos FI, Singer M, Strathdee SA. HIV/AIDS risk among female sex workers who use *crack* in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):830-7.

McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 62(1):9-17

McLellan AT, Hagan TA, Meyers K, Randall M, Durell J. "Intensive" outpatient substance abuse treatment: comparisons with "traditional" outpatient treatment. *J Addict Dis.* 1997;16(2):57-84.

Meier PS, Donmall MC, McElduff P, Barrowclough C, Heller RF. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug Alcohol Depend.* 2006 Jun 9;83(1):57-64.

Metsch LR, McCoy HV, McCoy CB, Miles CC, Edlin BR, Pereyra M. Use of health care services by women who use *crack* cocaine. *Women Health* 1999;30(1):35-51.

Miller WR, Hester RK. Treating alcohol problems: toward informed eclecticism. In: Hester RK, Miller WR. *Handbook of alcoholism treatment approaches – effective alternatives*. Boston: Allyn & Bacon; 2003.

Moeller KE, Lee KC, Kissack JC. Urine drug screening: practical guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2008 Jan;83(1):66-76.

Moller M, Gareri J, Koren G. A review of substance abuse monitoring in a social services context: a primer for child protection workers. *Can J Clin Pharmacol*. 2010 Winter;17(1):e177-93.

Nappo AS, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Júnior J, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de *Crack* em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID; 2004.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Care planning practice guide. London: DH; 2006. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk> .

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of adult drug misusers – update 2006 London: DH; 2006. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk> .

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. National evaluation of *crack* cocaine treatment and outcome study (NECTOS) – A multi-centre evaluation of dedicated *crack* treatment services. London: DH; 2007 Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk> .

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment – a research-based guide. Second Edition. Baltimore: NIDA/NIH; 2009.

Pechansky FI, von Diemen LI, Kessler FI, Hirakata VI, Metzger DII, Woody G. Incidência de infecção por HIV entre abusadores de cocaína em Porto Alegre. Rev. Bras. Psiquiatr 2002; 24(supl.2): 5-25.

Pechansky F, Bassani DG, Diemen L, Kessler F, Leukefeld CG, Surratt HL, Inciardi JA, Martin SS. Using thought mapping and structured stories to decrease HIV risk behaviors among cocaine injectors and *crack* smokers in the South of Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2007 Sep;29(3):233-40.

Preti A. New developments in the pharmacotherapy of cocaine abuse. Addict Biol. 2007 Jun;12(2):133-51.

Pulford J, Adams P, Sheridan J. Unilateral treatment exit: a failure of retention or a failure of treatment fit? Subst Use Misuse. 2006;41(14):1901-20

Ribeiro M. Services organization for the treatment of alcohol dependence. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26 (Suppl 1):S59-62.

Ribeiro M, Laranjeira R, Messas GP. Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas. In: Lopes AC [editor]. Tratado de Clínica Médica. São Paulo; Roca; 2005 Páginas 2491 – 2501.

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. *Crack* cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. Eur Addict Res. 2007;13(1):11-9.

Roberts AC, Nishimoto RH. Predicting treatment retention of women dependent on cocaine. Am J Drug Alcohol Abuse. 1996 Aug;22(3):313-33.

Rowan-Szal GA, Joe GW, Dwayne D. Treatment retention of *crack* and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction Res* 2000; 8(1):51-64.

SAMHSA – Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental. Programas especializados en el tratamiento del abuso de sustancias. In: Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primaria de la salud. Rockville: NIH; 1999.

Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD001220.

Scheidweiler KB, Spargo EA, Kelly TL, Cone EJ, Barnes AJ, Huestis MA. Pharmacokinetics of cocaine and metabolites in human oral fluid and correlation with plasma concentrations after controlled administration. *Ther Drug Monit*. 2010; 32(5):628-37.

Siegal HA, Li L, Rapp RC. Abstinence trajectories among treated *crack* cocaine users. *Addict Behav*. 2002 May-Jun;27(3):437-49.

Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA. Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 1997 Sep 25;47(3):227-35.

Simpson DD, Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Jun;59(6):538-44.

Souza CTV. Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do Projeto Rio [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001

Spiehler V. Hair analysis by immunological methods from the beginning to 2000. *Forensic Sci Int.* 2000 Jan 10;107(1-3):249-59.

Stasiewicz PR, Stalker R. A comparison of three "interventions" on pretreatment dropout rates in an outpatient substance abuse clinic. *Addict Behav.* 1999; 24(4):579-82.

Sterling RC, Gottheil E, Weinstein SP, Serota R. Therapist/patient race and sex matching: treatment retention and 9-month follow-up outcome. *Addiction.* 1998;93(7):1043-50.

Stitzer ML, Petry N, Peirce J, Kirby K, Killeen T, Roll J, Hamilton J, Stabile PQ, Sterling R, Brown C, Kolodner K, Li R. Effectiveness of abstinence-based incentives: interaction with intake stimulant test results. *J Consult Clin Psychol.* 2007 Oct;75(5):805-11.

Veach LJ, Remley TP Jr, Kippers SM, Sorg JD. Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2000 Aug;26(3):417-28.

von Diemen L, De Boni R, Kessler F, Benzano D, Pechansky F. Risk behaviors for HCV- and HIV-seroprevalence among female *crack* users in Porto Alegre, Brazil. *Arch Womens Ment Health.* 2010 Jun;13(3):185-91. Epub 2009 Sep 16.

Wechsberg WM, Zule WA, Riehman KS, Luseno WK, Lam WK. African-American *crack* abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2007;2:10.

Weeks MR, Convey M, Dickson-Gomez J, Li J, Radda K, Martinez M, Robles E. Changing drug users' risk environments: peer health advocates as multi-level community change agents. *Am J Community Psychol.* 2009 Jun;43(3-4):330-44.

Weiser SD, Dilworth SE, Neilands TB, Cohen J, Bangsberg DR, Riley ED. Gender-specific correlates of sex trade among homeless and marginally housed individuals in San Francisco. *J Urban Health* 2006; 83(4):736-40.

WHO – World Health Organization. *Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy*. New York: Oxford University Press; 2003.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. *Global illicit drug trends*. Vienna: UNODC; 2010.

CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK

Neurociência & clínica da dependência do crack

Histórico do consumo de *crack* no Brasil

Luciane Ogata & Marcelo Ribeiro

Introdução

A pasta básica e o freebasing

O consumo de cocaína pela via pulmonar era praticamente desconhecido na América do Sul antes dos anos 70 (Negrete, 1992). Nessa época, o hábito de fumar a pasta de folhas de coca, começou a ganhar popularidade, com aumento progressivo ao longo década, tanto nos países produtores, quanto nos Estados Unidos (Maass *et al.*, 1990; Wallace, 1991; Morgan *et al.*, 1997). A pasta de folha de coca ou pasta básica (sulfato de cocaína) é obtida por meio da maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio (Maass *et al.*, 1990; Escobedo, 1996). A droga é chamada nos países andinos de *basuco*, evocando a natureza da mistura (alcalina) e a potência de seus efeitos psicotrópicos (*bazuca*) (Negrete, 1992).

Na transição para os anos oitenta surgiu nos Estados Unidos *cocaína na forma de base livre* ou *freebasing*, sintetizada a partir da adição de éter sulfúrico à cocaína refinada em meio aquoso altamente aquecido (Castaño, 2000). Devido aos riscos de explosão, o *freebasing* foi fabricado apenas em escala doméstica e acabou caindo em desuso (Siegel, 1984). Juntamente com o consumo da pasta básica, o *freebasing*, é considerado um precursor do consumo de *crack* nos Estados Unidos (Hamid, 1991A; Reinarman, 1997).

Os primeiros tempos do crack

O *crack* surgiu entre 1984 e 1985 nos bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami (Reinarman, 1997). A droga era obtida de a partir de um processo caseiro (Ellenhorn *et al.*, 1997) e era utilizada em grupos, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (*crack houses*) (Geter, 1994).

Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, característica que lhes conferiu o nome (Ellenhorn *et al.*, 1997). A utilização dessa substância produzia uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de intensa fissura e desejo de repetir a dose (OSAP, 1991).

O *crack* era utilizado eminentemente por jovens, em sua maioria (Hamid, 1991^A) usuários de cocaína refinada atraídos inicialmente pelo baixo preço da substância, usuários de maconha e poliusuários, que adicionaram o *crack* ao seu padrão de consumo, e ainda, aqueles que adotaram o *crack* como sua primeira substância. Juntaram-se a essa população, usuários endovenosos de cocaína, geralmente mais velhos, que após o advento da AIDS, optaram pelo *crack* em busca de vias de administração mais seguras, sem prejuízo na intensidade dos efeitos (Dunn & Laranjeira, 1999). O baixo preço da substância também atraiu novos consumidores, de estratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida (Blumstein *et al.*, 2000). O crescimento do consumo de cocaína e seus derivados nos Estados Unidos se alastrou, fazendo do país o maior mercado consumidor por décadas.

A chegada do crack ao Brasil: os primeiros dez anos

Há poucos relatos sobre como o *crack* chegou ao país. As poucas informações são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. As apreensões de *crack* realizadas pela Polícia Federal se iniciaram a partir dos anos 90, aumentando 166 vezes no período de 1993-1997 (Procópio, 1999), enquanto que a apreensão da pasta básica, no mesmo período na região sudeste aumentou 5,2 vezes (Procópio, 1999). Algumas evidências apontam para o surgimento da substância em bairros da Zona Leste (São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista), para em seguida alcançar a região da Estação da Luz (conhecida como “Cracolândia”) no centro da cidade (Uchôa, 1996). A partir daí, espalhou-se para vários pontos da cidade, estimulado pelo ambiente de exclusão social (Uchôa, 1996) e pela repressão policial no centro da cidade (Dimenstein, 1999).

Levantamentos epidemiológicos não detectavam a presença do *crack* antes de 1989 – tomando os meninos em situação de rua como exemplo, não havia relato de consumo até o referido ano. Em 1993, no entanto, o uso em vida atingiu 36% e em 1997, 46% (Noto *et al.*, 1998). Os serviços ambulatoriais especializados começaram a sentir o impacto do crescimento do consumo a partir do início dos anos 90, quando em alguns a proporção de usuários de *crack* pulou de 17% (1990) para 64% (1994), entre os dependentes de cocaína que buscavam tratamento (Dunn *et al.*, 1996), atingindo níveis superiores a 70%.

Inicialmente, o consumo da substância atingiu uma faixa de usuários atraídos pelo preço reduzido em relação à cocaína, outros em busca de efeitos mais intensos para a mesma e por fim uma parte dos adeptos do uso injetável de cocaína abandonaram essa via de administração com receio da contaminação pelo HIV, escolhendo o *crack* como alternativa (Dunn & Laranjeira, 1999). A primeira investigação sobre o consumo de *crack* no Brasil foi um estudo etnográfico realizado no município de São Paulo, com 25 usuários vivendo na comunidade (Nappo *et al.*, 1994). Os autores relataram que o aparecimento da substância e a popularização do consumo tiveram início a partir de 1989. Perfil dos pesquisados: homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas. Estudos com usuários de diversos serviços da capital paulista retrataram um perfil semelhante (Dunn & Laranjeira, 1999).

A mortalidade atingiu uma porção considerável desses usuários: 18% de uma amostra de 131 pacientes internados para desintoxicação na cidade de São Paulo morreram nos cinco anos que sucederam à alta, sendo os homicídios a causa mais freqüente (Ribeiro *et al.*, 2006; Ribeiro *et al.*, 2007). Um amplo levantamento epidemiológico em Belo Horizonte (MG) chegou a mesma conclusão: uma relação intrínseca entre homicídios e o *crack*, tendo o tráfico de drogas como o motivador das mortes (CEPES, 2010). A relação entre a tráfico de drogas e o aumento das taxas de homicídio também foi documentada por estudos em outras capitais brasileiras, como Rio de Janeiro (Souza *et al.*, 1997) e Porto Alegre (Santos *et al.*, 2001).

Dez anos depois

No início dos anos 2000, instituições ligadas à infância e a imprensa anunciaram uma provável redução do consumo em São Paulo, bem como da procura por atendimento na rede pública municipal (Dimenstein, 2000). Parecia que o problema do *crack* se reduziria, como se notava em países que investem em pesquisa e políticas públicas como os Estados Unidos e a Inglaterra. O oposto aconteceu. Os dois levantamentos domiciliares (2001 e 2005) realizados pelo Centro de Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) mostraram que o consumo de *crack* quase dobrou (CEBRID, 2006). Os dados também revelam índices crescentes do consumo de *crack* por região do país, comparativamente de 2001 para o levantamento de 2005 a região sul pulou de 0,5% para 1,1% para *uso na vida*, ficando em primeiro lugar seguido da região sudeste com 0,8%. Não houve relatos de uso de *crack* no Norte, no entanto foi a região com o maior uso na vida de merla (1,0%), uma forma de cocaína que também é fumada (CEBRID, 2006).

Os motivos dos usuários para o consumo também se alteraram: em meados dos anos noventa “a busca por sensação de prazer” era a justificativa da maioria. No final da mesma década, porém, o consumo era estimulado pela compulsão, dependência ou como uma forma de lidar com problemas familiares e frustrações – o pensamento do usuário se reduzia ao consumo do *crack*, em detrimento do sono, comida, afeto e senso de responsabilidade (Nappo *et al.*, 2001). Além disso, atingia usuários de todas as classes sociais, que consideravam os serviços de atendimento públicos insuficientes e inadequados para suas necessidades (Nappo *et al.*, 2001) – dado coletado há mais de dez anos

Políticas públicas específicas para a substância e seus usuários nunca existiram, apesar de a demanda por tratamento ser a que mais aumentou entre as drogas ilícitas nos últimos anos. Desse modo, enquanto os agentes de saúde esperavam pelo desaparecimento espontâneo e milagroso desse grupo, novas facetas desse modo de consumo foram se mostrando: a associação entre o uso de *crack* e a infecção pelo HIV (Malta *et al.*, 2008) e a violência contra e entre os usuários são apenas duas delas (Carvalho & Seibel, 2009). Os usuários de *crack* têm diferenças

marcantes em relação aos de cocaína inalada, sendo mais comum entre os primeiros o consumo de outras drogas, bem como o envolvimento em contravenções (Guindalini *et al.*, 2006). Quanto ao tempo de uso, ao contrário do que se supunha anteriormente, há um grupo de usuários que utiliza a *crack* há mais dez anos de forma ininterrupta, apontando para uma provável adaptação do usuário à cultura do uso (Dias *et al.*, 2008; Abeid-Ribeiro, 2010).

Atualidades

Nos últimos anos, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) (UNODCCP, 2010), a demanda por cocaína tem declinado nos mercados tradicionais, como os Estados Unidos, e ganhado espaço em outros, especialmente na Europa e em países emergentes – na primeira, esse número dobrou de 2.0 milhões em 1998, para 4.1 milhões de usuários em 2008. Entre os europeus, Espanha, Reino Unido e Itália tiveram os crescimentos mais significativos (EMCDDA, 2007). Entre os emergentes, Venezuela, Equador, Brasil, Argentina e Uruguai, bem como nos países da América Central (Guatemala e Honduras) e do Caribe (Jamaica e Haiti). O Brasil constitui o maior mercado na América do Sul em números absolutos: mais de 900.000 usuários de cocaína no Brasil (UNODCCP, 2010).

Discussão

O histórico do uso de *crack* no Brasil passou por consideráveis mudanças nos últimos vinte anos e se tornou uma realidade grave e perene que necessita de soluções específicas e com durabilidade semelhante. O perfil de seus consumidores, jovem, desempregado, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco (Duailibi *et al.*, 2008; Oliveira & Nappo; 2008), dificulta adesão dos mesmos ao tratamento, com necessidade de abordagens mais intensivas e diversificadas. Outras dificuldades encontradas pelo usuário de cocaína e *crack* para a busca e adesão ao tratamento é o não reconhecimento do consumo como um problema, passando pelo status ilegal e a criminalidade relacionada a estas drogas, pela estigmatização e preconceitos,

pela falta de acesso ou não aceitação dos tipos de serviços existentes (Duailibi *et al.*, 2008).

O uso de *crack* vêm se iniciando em idades cada vez mais precoces (Galduróz *et al.*, 2005), alastrando-se pelo país (Noto *et al.*, 2003) e por todas as classes sociais (Nappo *et al.*, 2001; Oliveira *et al.*, 2008), com facilidade de acesso (CEBRID, 2006; Oliveira *et al.*, 2008) e quase sempre antecedido do consumo de álcool e/ou tabaco (Nappo *et al.*, 2001; Guindalini *et al.*, 2006; Duailibi *et al.*, 2008; Oliveira *et al.*, 2008). Desse modo, as políticas públicas brasileiras deveriam prevenir o consumo nessas populações, visando primeiramente programas efetivos de prevenção de consumo de drogas lícitas e se atentar a geopolítica das drogas.

Desse modo, há necessidade de modelos de atenção capazes de reduzir o custo social das drogas e que considerem sua natureza biológica e psicossocial. Todos os modos de atendimento que privilegiaram um em detrimento do outro mostraram-se ineficazes (Miller & Hester, 2003). É preciso diversificar as opções de atendimento, por meio da criação de equipamentos intermediários ao ambulatório e à internação, tais como moradias-assistidas e hospitais-dia (e noite). Além disso, é preciso integrar melhor a rede existente, incluindo um melhor entrosamento entre a rede pública e os grupos de auto-ajuda e as comunidades terapêuticas que souberam se modernizar e se adaptar às normas mínimas da ANVISA. Ações aparentemente simples, baratas e comprovadamente eficazes que poderão alterar positivamente o panorama de saúde pública relacionado a essa substância nos próximos anos.

Referências Bibliográficas

Abeid-Ribeiro L. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. São Paulo: Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do grau de Mestre em Ciências; 2010.

Blumstein A, Rivara FP, Rosenfeld, R. The rise and decline of homicide – and why. *Annu Rev Public Health* 2000; 21:505-41.

Carvalho HB, Seibel SD. *Crack* cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics* 2009; 64(9):857-66.

Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Addicciones* 2000; 12(4): 541-50.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País – 2005. Brasília: SENAD; 2006. Disponível em URL: <http://www.cebrid.epm.br>

CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC Minas. Os impactos do *crack* na saúde pública e na segurança. Belo Horizonte / PUC Minas; 2010. Disponível em URL: <http://www.pucminas.br>

Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of *crack* cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst Abuse* 2008; 29(3):71-79.

Dimenstein G. Repressão amplia limites da crackolândia. *Folha de São Paulo* 1999; Abr 11. p.3-8.

Dimenstein G. A pedagogia do *crack*. *Folha de São Paulo (São Paulo)* [periódico online] 2000; (Julho 10): [3 telas]. Disponível em URL: <http://www.uol.com.br/folha/dimenstein/gilberto/gd100700.htm> .

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(4):545-57.

Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP. *Crack* cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse* 1996; 31 (4): 519-27.

Dunn J, Laranjeira R. Transitions in the route of cocaine administration - characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999; 94(6): 813-24.

Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. *Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.

Escohotado A. *Historia de las drogas*. 3^a ed. Vol. 3. Madrid: Alianza Editorial; 1996.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States [on line]. Lisbon: EMCDDA, 2007. Available from: URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44748_EN_TDSI07002ENC.pdf

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (2004). São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005. Disponível online em URL: <http://www.cebrid.epm.br>.

Geter RS. Drug user settings: a *crack* house typology. *Int J Addict* 1994; 29(8): 1015-27.

Guindalini C, Vallada H, Breen B, Laranjeira R. Concurrent *crack* and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group? *BMC Pub Health* 2006; 6:10.

Hamid A. *Crack*: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/*crack* economy. *Int J Addict* 1991; 26(8): 825-36.

Hamid A. *Crack*: new directions in drug research. Part 2. Factors determining the current functioning of *crack* economy - a program for ethnographic research. *Int J Addict* 1991; 26(8): 913-22.

Maass VJ, Kirberg BA. La epidemia de cocaína: morbo en el norte de Chile. *Rev Psiquiatria* 1990; 7:639-47.

Malta M, Monteiro S, Lima RM, Bauken S, Marco A, Zuim GC, Bastos FI, Singer M, Strathdee SA. HIV/AIDS risk among female sex workers who use *crack* in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):830-7.

Miller WR & Hester RK. Treatment for alcohol problems – toward informed eclecticism. In: Hester RK & Miller WR (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. Boston: Allyn & Bacon, 2003.

Morgan JP, Zimmer L. Social pharmacology of smokeable cocaine. In: Reinerman C, Levine HG. *Crack in America: demon drugs and social justice*. Berkeley: University of California Press; 1997.

Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso do “*crack*” em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL* 1994; 16 (2): 75-83.

Nappo SA, Galduroz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33(3): 241-53.

Negrete JC. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p. 40-9. [Ciba Foundation Symposium 166]

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, Carlini EA. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.

Noto AR, Nappo SA, Galduróz JC, Mattei R, Carlini EA. IV levantamento sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras 1997. São Paulo (Brasil): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) Universidade Federal de São Paulo; 1998.

OSAP – Office for Substance Abuse Prevention. *Crack* cocaine: a challenge for prevention. Monograph-9. Rockville: Department of Health and Humans Services; 1991.

Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the *crack* cocaine in the city of the São Paulo : a controlled pattern of use. Rev Saude Publica 2008 ; 42(4) :664-71.

Procópio A. O Brasil no mundo das drogas. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.

Reinarman C, Levine HG. The *crack* attack: politics and media in the *crack* scare. In: Reinarman C, Levine HG. *Crack* in America: demons drugs and social justice. Berkeley: University of California Press; 1997.

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among *crack* cocaine users. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28(3):196-202.

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima M, Laranjeira R. *Crack* cocaine: a Five year follow-up study of treated patients. Eur Addict Res. 2007;13(1):11-9.

Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saude Publica*. 2001;17(5):1141-51.

Siegel RK. Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences, and treatment. *NIDA Res Monogr*. 1984;50:92-110.

Souza ER, Assis SG, Silva CM. Violência no Município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendência da mortalidade entre adolescentes de 10-19 anos. *Rev Panam Salud Publica*. 1997;1(5):389-98.

Uchôa MA. *Crack: o caminho das pedras*. São Paulo: Editora Ática; 1996.

UNODCP – United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2010 [online]. Vienna: UNODCCP, 2010. Available from: URL: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.

Wallace BC. *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*. New York: Brunner/Mazel; 1991.

Farmacologia e neurobiologia do consumo de *crack*

Elaine Martin Donato, Elton Pereira Rezende, Marcelo Ribeiro e Cláudio Jerônimo da Silva

Introdução

O *crack* é uma apresentação da cocaína para ser fumada ou inalada, com objetivo de produzir efeitos mais rápidos e intensos (Ellenhorn, 1997). Seu modo de comercialização barato e sua rápida expansão entre grupos socialmente excluídos e /ou minorias étnicas chamou a atenção das autoridades sanitárias de diversos países desde o princípio (Hamid, 1991). A relação entre a via de administração pulmonar e modos mais graves de consumo, dependência e complicações sociais tornou-se igualmente relevante em pouco tempo (Hatsukami & Fischman, 1996). Desde então, as particularidades farmacológicas do consumo de *crack* vem sendo pesquisadas e publicadas, e serão descritas sucintamente ao longo deste capítulo.

A origem vegetal e modo de obtenção da cocaína

A planta da coca é um arbusto originário da América do Sul, cultivado tanto nas encostas dos altiplanos andinos (*Erythroxylon coca*), quanto nas terras baixas da região amazônica (*Erythroxylon novagranatense*), principalmente na Colômbia, Peru e Bolívia (Gay *et al.*, 1975; Rivera *et al.*, 2005). As folhas de coca possuem de 0,5 – 2% do alcalóide cocaína (Negrete, 1992), cuja extração ocorre em duas fases (Quadro 1). Na primeira fase, por meio da maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio, há obtenção da pasta básica de cocaína, que contém 90% de **sulfato de cocaína** (Negrete, 1992; Castaño, 2000). Devido a sua natureza alcalina, a pasta básica pode ser fumada (Ellenhorn, 1997). Na segunda fase, o sulfato de cocaína recebe ácido clorídrico, éter e acetona. Após essa mistura ser filtrada e secada, obtem-se o **cloridrato de cocaína**: um sal branco e cristalino, facilmente solúvel em água e estável quando aquecido, podendo ser administrado por via endovenosa ou intranasal (aspirado). Com o intuito de aumentar os lucros, a esta substância costuma-se acrescentar açúcares, talcos, pó de mármore, anfetaminas

ou outros produtos mais baratos e acessíveis nas regiões onde será consumida, variando seu grau de pureza entre 15% a 90% (Negrete, 1992; Castaño, 2000).

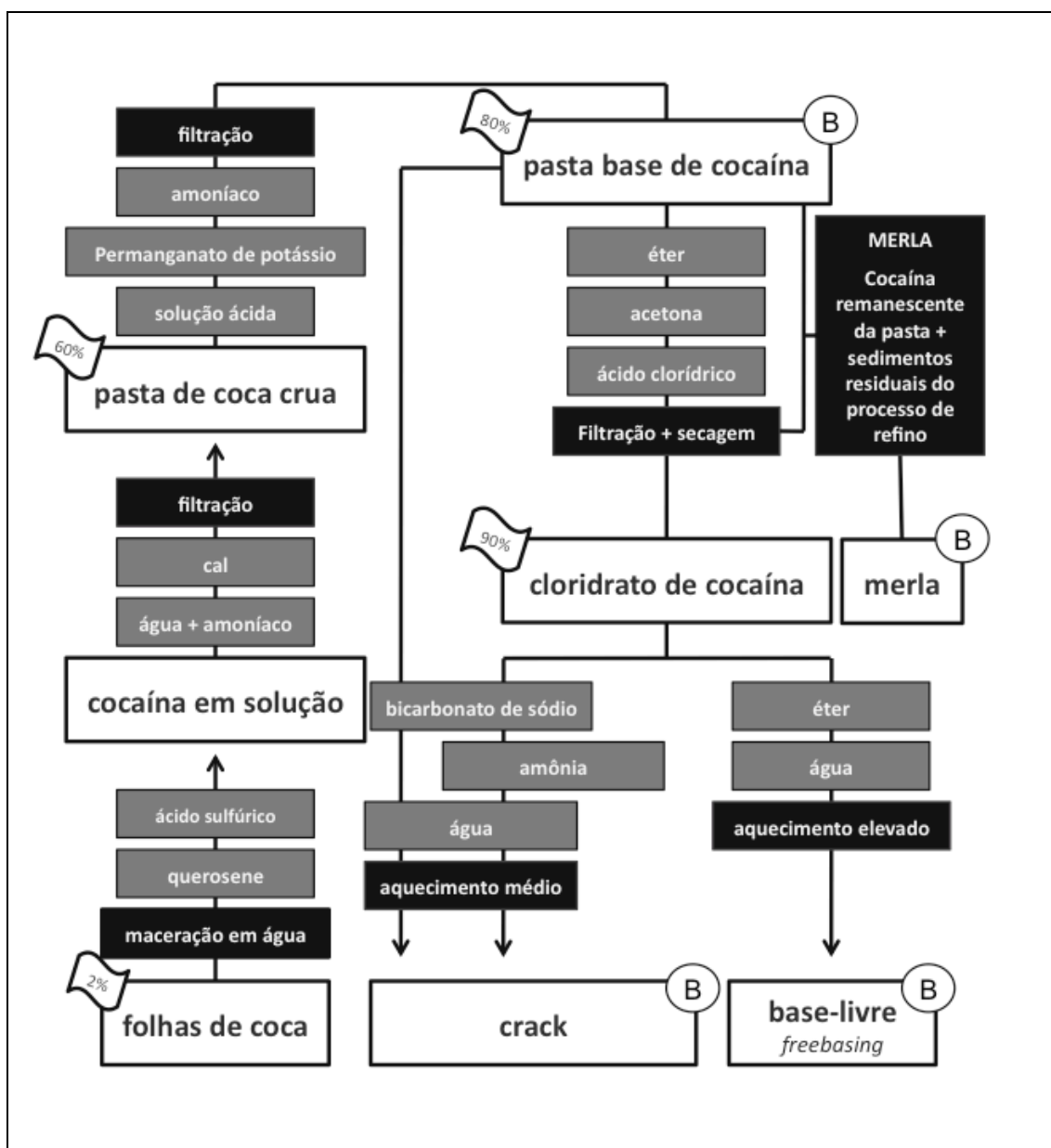


Figura 1: Etapas do processo de produção dos derivados de cocaína. Nas bandeiras estão a concentração média de cocaína nas principais etapas do refino. Em meio alcalino ou básico (B) cocaína se desprende de sua forma salina e precipita na forma de cristais, cujo o ponto de sublimação torna possível seu consumo pela via pulmonar. Adaptada de Negrete (1992), Castaño (2000) e Medeiros *et al.* (2009).

O surgimento das apresentações de cocaína que podem ser fumadas

O **crack** apareceu nos Estados Unidos na primeira metade dos anos oitenta (Hamid, 1991), chegou ao Brasil no início dos anos noventa (Duailibi *et al.*, 2008) e à

Europa ao longo da mesma década, atingindo seus países em diferentes momentos – atualmente Inglaterra e Espanha são os detentores dos maiores índices europeus de prevalência de consumo (EMCDDA, 2007). Outros modos de consumo de cocaína pela via pulmonar apareceram cerca de uma década antes do surgimento do *crack*. A mais anterior é a ***pasta básica de cocaína*** ou ***basuco*** (sulfato de cocaína), produto intermediário do refino da cocaína, cujo o consumo atingiu níveis epidêmicos nos países andinos produtores de folha de coca, especialmente Peru e Colômbia (Negrete, 1992). Não houve expansão do consumo para além dessas fronteiras. Uma segunda apresentação apareceu na transição para os anos oitenta e é considerado o precursor do *crack*: a ***cocaína na forma de base livre*** ou ***freebasing***. O consumo dessa apresentação, no entanto, caiu em desuso rapidamente, pois era obtida a partir da adição de éter sulfúrico à cocaína refinada (cloridrato de cocaína) em meio aquoso altamente aquecido. A natureza inflamável do éter aliada ao método de produção clandestino e artesanal, expunha o usuário-fabricante a acidentes por explosão (Castaño, 2000). Desse modo, o *freebasing* era fabricado em pequena escala, geralmente para uso próprio. Ainda assim, o padrão compulsivo de uso foi relatado desde os primeiros tempos da droga (Siegel, 1984).

Do *freebasing* ao *crack*, bastou a substituição do éter pelo bicarbonato de sódio, amônia e água com calor moderado (Castaño, 2000) (Quadro 1). Nessas condições, a cocaína se desprende de sua combinação salina, que se precipita, convertendo-se em cristais de cocaína quase puros, após a evaporação do solvente. O *crack* pode ser obtido tanto por meio da cocaína refinada (cloridrato de cocaína), quanto da pasta básica (EMCDDA, 2001). No primeiro caso, há adição de água quente e amônia ou bicarbonato de sódio, com remoção da camada de diluentes ao final do processo, originando um produto mais limpo. No segundo, a pasta básica é aquecida diretamente com bicarbonato de sódio sem a remoção final dos diluentes, resultando em uma droga menos concentrada e mais suja (EMCDDA, 2001). O popularização do nome “*crack*” é proveniente do ruído de crepitação que os cristais produzem quando aquecidos (Hatsukami & Fishman, 1996; Ellenhorn, 1997).

Uma outra apresentação para via pulmonar é a ***merla***. As informações sobre a droga são praticamente inexistentes na literatura científica. A merla é uma cocaína fumada na forma de pasta (Lopes, 2009). Ela é composta pela cocaína

remanescente na pasta básica, juntamente com sedimentos residuais do processo de refino, tais como carbonato, bicarbonato, pó-de-mármore, ácido bórico, solução de bateria, anestésicos e outras substâncias (Medeiros *et al.*, 2009). Há uma grande variação na concentração de cocaína na droga, sendo algumas vezes sequer encontrada na composição química (Medeiros *et al.*, 2009). No Brasil, as apresentações para o uso fumado sofrem importantes variações regionais, sendo o *crack* mais prevalente na região Sul e Sudeste e a merla, na região Norte (CEBRID, 2006).

O *crack* e as demais apresentações passíveis de consumo pela via pulmonar são a cocaína em sua forma base-livre. Devido a sua natureza alcalina, são voláteis, se liquefazem a temperaturas relativamente baixas (98°C) e sublimam a temperaturas um pouco mais elevadas (Negrete, 1992). Tal característica permite que sejam fumadas diretamente em cachimbos ou misturados com tabaco ou maconha (mesclado, pitilho) (Castaño, 2000). Já o cloridrato de cocaína tem o ponto de sublimação maior do que o de degradação. Dessa forma, a apresentação salina não pode ser fumada, pois se decompõe antes de sublimar e atingir os pulmões (Hatsukami & Fishman, 1996).

Farmacocinética: o percurso do *crack* pelo organismo

Vias de administração

A cocaína pode ser consumida por qualquer via de administração. Pela via oral (folhas mascadas), é absorvida pelas vilosidades intestinais; pela intranasal (cheirada), absorvida pela mucosa nasal e orofaríngea; pela endovenosa (injetável) é disponibilizada diretamente na circulação sanguínea; pela via inalatória ou pulmonar (fumada), atinge rapidamente a circulação através do capilares pulmonares (Ellenhorn, 1997).

Evidências científicas apontam para um maior potencial de abuso e dependência quando a cocaína é fumada ou injetada em comparação ao uso intranasal. As principais características da via de administração relacionadas ao risco de uso nocivo e dependência são (1) a rapidez de início dos efeitos desejados, (2) a intensidade e (3) a duração desses efeitos, todos esses capazes de influenciar frequência e a quantidade de cocaína consumida (Figura 2). Quanto mais

instantâneos, intensos e efêmeros os efeitos, maior a probabilidade de a droga ser consumida novamente (Hatsukami & Fishman, 1996). A via de administração, portanto, interfere diretamente no reforço positivo do uso compulsivo, aumentando a probabilidade de abuso e dependência.

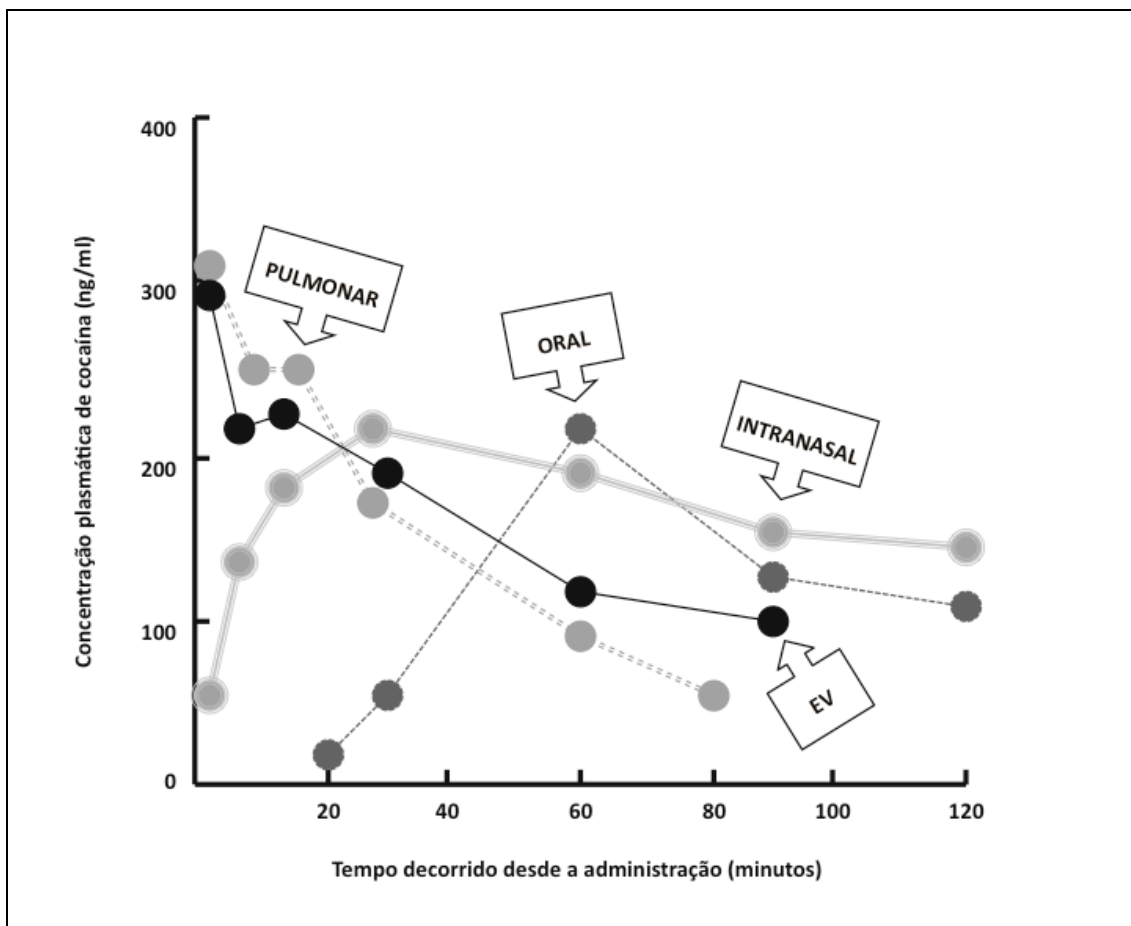


Figura 2: Comportamento da cocaína no organismo considerando as vias de administração. As vias pulmonar e injetável têm efeito quase instantâneo, de maior intensidade, mas de curta duração devido a dois fatores: (1) a imediata disponibilização da cocaína na circulação e (2) aos mecanismos de tolerância. Tais propriedades estão relacionadas à maior vulnerabilidade para o uso compulsivo e à dependência da substância. Por outro lado, as vias intranasal e oral têm o início de seus efeitos centrais adiados pelos mecanismos de absorção da mucosa nasal e gastrointestinal, que promove uma absorção lenta, mas progressiva, provocando um fluxo de entrada constante. Isso provoca um efeito menos intenso e mais duradouro. Adaptado de Fishman, 1988.

Biodisponibilidade

Há sempre uma diferença entre a dose administrada de uma substância e a quantidade da mesma que alcança a circulação sanguínea. A razão entre a dose administrada e a porção absorvida é denominada ***biodisponibilidade***. Independentemente da via de administração utilizada, a cocaína tem

biodisponibilidade alta e se distribui rápida e amplamente por todo o organismo. O volume de distribuição varia entre 57% pela via oral e aproximadamente 70% pela via inalatória (Lizasoain *et al.*, 2002). No que se refere ao *crack*, a via inalada (fumada) é uma das formas mais efetivas de tornar a cocaína biodisponível, pois sua fumaça é composta por vapores e partículas de cocaína com tamanho médio de 2,3 ug, permitindo com que toda a extensa área de trocas gasosas dos alvéolos pulmonares seja atingida pela cocaína e imediatamente absorvida pela circulação pulmonar (Ellenhorn, 1997). Em seguida, difunde-se muito rapidamente dos pulmões até o cérebro, passando pela circulação pulmonar e ventrículo esquerdo (Jones, 1998). Os efeitos são imediatos (5 segundos), muito intensos (diz-se que até 10 vezes superiores ao da cocaína intravenosa ou aspirada) e muito fugazes (cerca de 4 minutos) (Lizasoain *et al.*, 2002) (Figura 2). Diferentemente da via pulmonar, a cocaína intranasal tem uma biodisponibilidade baixa e variável: entre 10 a 20%, sendo o índice menor o mais comum (Ellenhorn, 1997). A absorção pela mucosa nasal e pelo trato digestivo é muito mais lenta com pico plasmático em torno de 15 – 60 minutos após o consumo (Jones *et al.*, 1998) (Figura 2). O Quadro 1 ilustra o perfil da substância de acordo com as diferentes formas de consumo, chamando a atenção para o potencial de abuso e dependência da via inalatória, analisando-se todas as variáveis apresentadas.

Quadro 1: Perfil farmacocinético da cocaína considerando as vias de administração.

Tipo de substância	Concentração de cocaína	Via de administração	% disponível no plasma	Velocidade de início dos efeitos	[] máx no plasma	Duração dos efeitos	Potencial abuso/dependência
Folhas de coca (infusão)	0.5 - 1.5%	mascado ou infusão oral	20 - 30%	lenta	60 min.	30 - 60 min.	baixo
Cloridrato de cocaína	12 - 75%	tópica ou intranasal	20 - 30%	relativamente rápida	5 - 10 min.	30 - 60 min.	sim, médio / longo prazo
		endovenosa	100%	rápida	30 - 45 seg.	10 - 20 min.	sim, curto prazo
Sulfato de cocaína	40 - 85%	inalatória	70 - 80%	muito rápida	8 - 10 seg.	5 - 10 min.	sim, curto prazo
crístais de cocaína	30 - 80%	inalatória	70 - 80%	muito rápida	8 - 10 seg.	5 - 10 min.	sim, curto prazo

Metabolização e excreção

Após atingir seu pico máximo de absorção – cerca de uma hora após o consumo – as concentrações de cocaína diminuem rapidamente e a substância geralmente não são mais encontrada após vinte e quatro horas, sendo possível detectar sua presença apenas indiretamente, investigando seus metabólitos (Cone *et al.*, 1998).

A cocaína é rapidamente metabolizada. A maior parte dessa sofre quebra enzimática (hidrólise) imediatamente ao atingir o plasma sanguíneo, tendo como primeiro metabólito a ***ecgonina-metil-ester*** e ***benzoilecgonina (BE)***, esse último o principal metabólito urinário. Quando a substância é fumada, o éster ***metil-anidroecgonina (EMA)*** é produzido como o principal metabólito (Jones *et al.*, 1998). Outros metabólitos, com graus distintos de atividade farmacológica também são produzidos em menor escala (Cone *et al.*, 1998). Entre 1 a 5% da substância permanece inalterada e juntamente com todos os metabólitos, é excretada na urina (Jones *et al.*, 1998; Lizasoain *et al.*, 2002).

Testes para verificar o uso da cocaína podem ser realizados por análise da presença de benzoilecgonina (BE) na urina, saliva, suor, sangue e cabelo (Jones *et al.*, 1998). O metabólito pode ser detectado entre 1 a 4 horas e 3 a 4 dias após exposição à droga (Huestis *et al.*, 2007). A eliminação da cocaína é muito rápida, variando entre 20 a 30mg/min/kg. A meia vida plasmática da cocaína varia em torno de 1 a 1,5h, do metabólito BE em torno de 6 às 8h e do metabólito EMA, em torno de 3 a 8h (Jones *et al.*, 1998; Lizasoain *et al.*, 2002).

Álcool, cocaína e cocaetileno

O consumo de álcool por parte dos dependentes de cocaína é muito freqüente. Estudos *in vitro* demonstraram que o álcool inibe a atividade da metilesterase, diminuindo a hidrólise da benzoilecgonina (BE) (Laizure *et al.*, 2003). Na presença do etanol, a cocaína é transesterificada por esterases hepáticas em etilcocaína ou ***cocaetileno*** (Pennings *et al.*, 2002). A combinação é capaz de aumentar o tempo de atividade da cocaína (Harris *et al.*, 2003). Além disso, o cocaetileno possui

toxicidade superior em relação ao álcool e à cocaína isoladamente, principalmente para o fígado e coração (Lizasoain *et al.*, 2002)

Farmacodinâmica: a ação do crack no organismo

As substâncias psicoativas capazes de causar dependência atuam sobre o sistema de recompensa, também denominado sistema mesolímbico-mesocortical, de natureza dopaminérgica e composto pelas seguintes estruturas: área tegmentar ventral (ATV), nucleus accumbens (NAcc), amígdala e o córtex pré-frontal (WHO, 2004) (Figura 3).

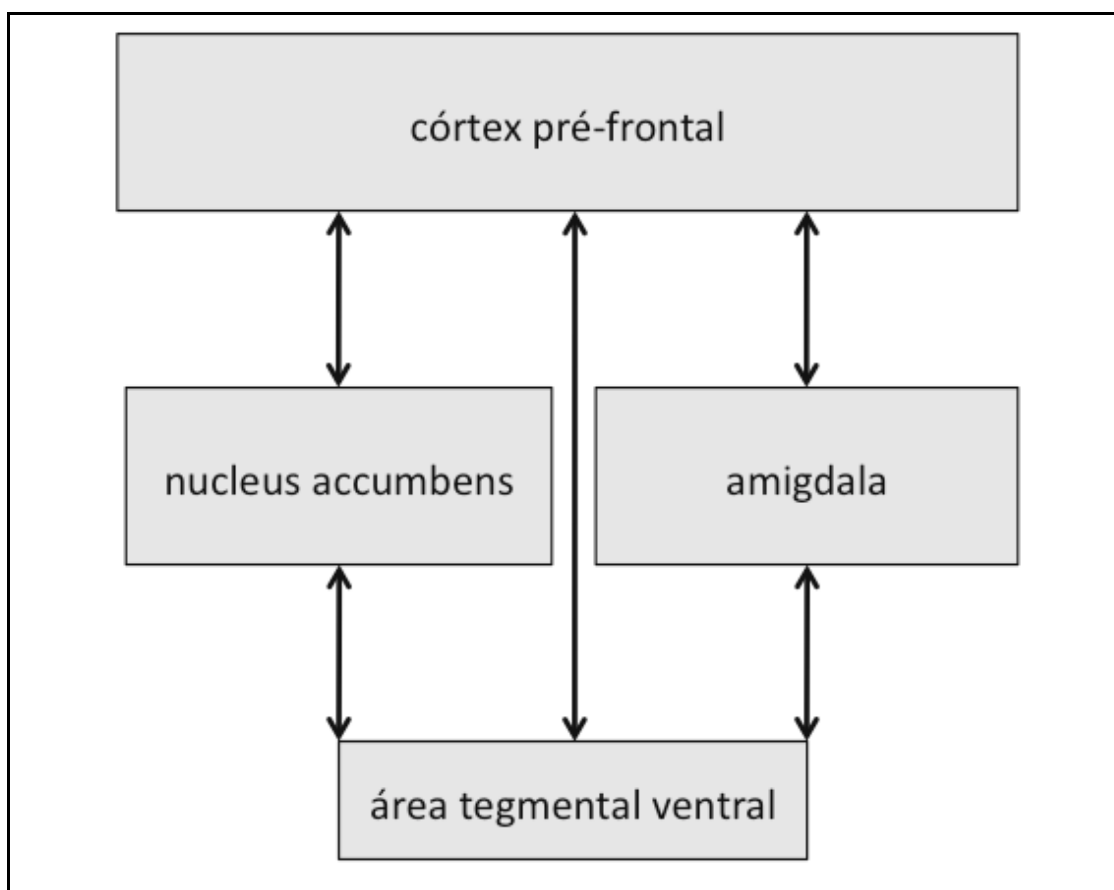


FIGURA 3: O sistema de recompensa. A função da área tegmentar ventral é salientar objetos, estímulos e situações relacionadas ao comportamento de consumo – nesse caso, a busca por substâncias psicoativas. Caberá ao nucleus accumbens e à amígdala conferirem valoração à saliência, promovendo reforços positivos e negativos e modulando a motivação do indivíduo para a busca da substância. Por fim, caberá ao córtex pré-frontal inibir os estímulos de busca provenientes das demais estruturas ou planejar o modo mais eficaz de satisfazê-los.

A cocaína atua sobre esse sistema aumentando a atividade da dopamina (agonista direto), pois ocupa a proteína transportadora de dopamina e bloqueia a recaptação desse neurotransmissor, aumentando sua concentração e tempo de ação na fenda sináptica – camundongos sem o transportador devido à manipulação genética não apresentavam aumento da concentração de dopamina após a administração de cocaína (Giros *et al.*, 1996). *O aumento da concentração da dopamina na fenda sináptica é responsável pelos seus efeitos euforizantes da cocaína.* A manutenção do bloqueio da recaptação da dopamina resultará também em um aumento dos transportadores, resultando no aparecimento da fissura e outros sinais e sintomas da abstinência da cocaína (Ellenhorn, 1997).

A cocaína também inibe a recaptação da noradrenalina e da serotonina. O aumento de noradrenalina também é responsável pelos efeitos euforizantes e pelos efeitos adversos do consumo, tais como fotofobia (dilatação da pupila), aumento da pressão arterial, sudorese, inquietação psicomotora etcétera (WHO, 2004). O aumento da noradrenalina induzida pela cocaína está relacionada ao comportamento de “fugir ou lutar” (“fight-or-flight behavior”), deixando os usuários alertas. Desse modo, ficam mais vulneráveis a atitudes impulsivas e à interpretações precipitadas, muitas vezes hostis (Morton, 1999). A ação serotoninérgica tem um fator importante reforçador no uso da cocaína, produzindo efeitos estimulantes e euforizantes (WHO, 2004).

Neuroadaptações: tolerância, sensitização e kindling

Da mesma forma como em outras drogas, os fenômenos da neuroadaptação também estão presentes na cocaína. Um dos fenômenos é desenvolvimento da ***tolerância***, a necessidade do uso de uma dose maior para obter os efeitos euforizantes desejados, levando o usuário a aumentar a dose de *crack* consumida (Hatsukami & Fishman, 1996). O uso crônico de cocaína também causa ***sensitização*** ou ***tolerância reversa***. A sensitização é o aumento exacerbado da atividade motora e dos comportamentos estereotipados, bem como de reações comportamentais agudas de natureza auto-referente ou paranóide frente à administração de doses cada vez menores de cocaína (Narendran & Martinez, 2008). A psicose é mais comum nos usuários de *crack* do que os usuários de cocaína de outras vias (Morton, 1999). O processo de neuroadaptação também pode levar ao

aparecimento de crises convulsivas e alucinações, resultantes de um fenômeno chamado *kindling*, disparos elétricos neuronais mais intensos após a exposição intermitente a cocaína, mesmo em baixas doses. Acredita-se que a propriedade anestésica da cocaína é responsável pelo desenvolvimento de *kindling* e parece que este fenômeno também está relacionado com o aparecimento de sintomas psiquiátricos paranóides (Brady *et al.*, 1991).

Binge e síndrome de abstinência

Uma parcela considerável dos usuários de cocaína, independentemente da via de administração, tem um padrão de consumo caracterizado por períodos prolongados de uso, intercalado por outros de abstinência. Isso pode ser explicado por dois motivos (Rounsaville, 2004): (1) os efeitos euforizantes acontecem apenas durante o aumento dos níveis da substância na corrente sanguínea; (2) por outro lado, a cocaína sofre rápida metabolização, fazendo com que os níveis da substância comecem a cair prontamente. Dessa forma, mesmo o usuário iniciante ou eventual sente nessa fase sintomas de desconforto, inquietação e fissura. Na ausência de um novo consumo, advém um período denominado crash, marcado por desânimo, aumento da necessidade de sono, lentificação, disforia e piora da atenção e da concentração, melhorando após 3 – 4 dias.

O desejo intenso de consumir e a lembrança dos efeitos desejados da substância em meio ao desconforto da falta da droga é denominado “fissura” ou “craving”. Estes sintomas são decorrentes do bloqueio prolongado da recaptação da dopamina, causado pelo uso crônico, acarretando a diminuição dos níveis de dopamina, tendo como consequência uma sensibilização de receptores dopaminérgicos e hipofunção dopaminérgica, levando a comportamentos de fissura e busca constante da droga (WHO, 2004). Nos usuários de *crack* esta “fissura” é mais elevada, fazendo com que os sintomas sejam mais proeminentes e a busca da droga mais freqüente (Hatsukami & Fishman, 1996).

Discussão

Há diversas características do consumo do *crack* relacionadas a sua via de administração que determinam um padrão compulsivo de uso e um aumento do

risco de uso nocivo e dependência muito maior do que o uso intranasal e mais pronunciado que o endovenoso (Hatsukami & Fishman, 1996). Pelos mesmos motivos, os efeitos euforizantes são mais intensos pela via respiratória, mesmo quando as concentrações de cocaína no sangue são equivalentes para as duas vias de administração. Isto ocorre devido ao fato de a cocaína na forma de *crack* ser liberada amplamente na circulação pulmonar, propiciando a absorção de base livre pronta para penetrar o sistema nervoso central, sendo assim as concentrações que atingem o cérebro são maiores e rapidamente atingem o local de ação (Carvalho, 2006).

A duração dos efeitos do *crack* é muito rápida, durando em média uns cinco minutos, enquanto após injetar ou usar por via intranasal dura em torno de 20 e 45 minutos respectivamente (Jones, 1990). Essa pouca duração faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias, utilizando muitas vezes a droga por horas ou dias até à exaustão física e psíquica. Existe uma relação entre a frequência de uso, o montante da droga consumido e a sensibilidade aos efeitos da mesma e o risco de desenvolvimento de dependência (Chen & Kandel, 2002). Dessa forma, o usuário fica mais vulnerável à (rápida) progressão para a dependência especialmente se comparado ao usuário de cocaína intranasal. O usuário de *crack*, independentemente do ambiente estudado – comunidade, em tratamento, prisões – consome mais cocaína e com maior regularidade do que o usuário de cocaína inalada, sugerindo que a rapidez do desenvolvimento da dependência depende mais da via de administração utilizada do que da apresentação da cocaína usada (Hatsukami & Fishman, 1996).

As propriedades farmacológicas do *crack* o diferenciam de outras apresentações e modos de consumo da cocaína, são capazes de interferir na evolução dos pacientes que procuram atendimento e por isso as idiosincrasias de seu modo de ação devem ser sempre consideradas pelos profissionais que trabalham com esses indivíduos.

Referências

Brady K, Lydiard RB, Malcom R. Cocaine-induced psychosis. J Clin Psychiatry 1991; 52:509-512.

Carvalho VM. Pesquisa dos indicadores do uso de *crack* em amostras de urina de indivíduos submetidos a exame médico-legal [Mestrado]. Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo. São Paulo : USP, 2006.

Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Addicciones* 2000; 12(4): 541-50.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005. São Paulo: CEBRID / SENAD; 2006.

Cone EJ, Tsadik A, Oyler J, Darwin WD. Cocaine metabolism and urinary excretion after different routes of administration. *Ther Drug Monit.* 1998 Oct;20(5):556-60.

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. *Cad Saude Publica* 2008;24 (Suppl 4):s545-57.

Ellenhorn, MJ. *Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning*. 2nd ed. Baltimore : Willians & Wilkins, 1997.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cocaine and 'base/*crack*' cocaine. Lisbon; 2001. Disponível online em URL: <http://www.emcdda.europa.eu> .

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cocaine and *crack* cocaine: a growing public health issue. Lisbon; 2007. Disponível online em URL: <http://www.emcdda.europa.eu> .

Fishman MW. Behavioral pharmacology of cocaine. *J Clin Psychiatry* 1988; 49(suppl 2): 7-10.

Gay GR, Inaba DS, Sheppard CW, Newmeyer JA. Cocaine: history, epidemiology, human pharmacology, and treatment. a perspective on a new debut for an old girl. *Clin Toxicol.* 1975;8(2):149-78.

Giros B, Jaber M, Jones SR, Wightman RM, Caron MG. Hyperlocomotion and indifference to cocaine and amphetamine in mice lacking the dopamine transporter. *Nature.* 1996;379(6566):606-12.

Hamid A. *Crack*: new directions in drug research. Part 2. Factors determining the current functioning of *crack* economy - a program for ethnographic research. *Int J Addict* 1991; 26(8): 913-22.

Harris DS, Everhart ET, Mendelson J, Jones RT. The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. *Drug Alcohol Depend.* 2003 Nov 24;72(2):169-82.

Hatsukami DK, Fischman MW. *Crack* cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA.* 1996; 276(19):1580-8.

Huestis MA, Darwin WD, Shimomura E, Lalani SA, Trinidad DV, Jenkins AJ, Cone EJ, Jacobs AJ, Smith ML, Paul BD. Cocaine and metabolites urinary excretion after controlled smoked administration. *J Anal Toxicol.* 2007 Oct;31(8):462-8.

Jones, R T. Pharmacokinetics of cocaine: Considerations When Assessing Cocaine Use by Urinalyses. *NIDA Res Monogr* 1998; 175: 221-34.

Laizure SC, Mandrell T, Gades NM, Parker RB. Cocaethylene metabolism and interaction with cocaine and ethanol: role of carboxylesterases. *Drug Metab Dispos.* 2003 Jan;31(1):16-20.

Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo PA. Cocaína: aspectos farmacológicos. 2002 *Adicciones*; 14: 57 - 64.

Lopes CLR. Investigação epidemiológica e molecular da infecção pelo vírus da hepatite C em usuários de drogas ilícitas no Brasil central. Tese submetida ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – Universidade Federal de Goiás (UFG) como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Medicina Tropical. Goiânia; 2009.

Narendran R, Martinez D. Cocaine abuse and sensitization of striatal dopamine transmission: a critical review of the preclinical and clinical imaging literature. *Synapse.* 2008;62(11):851-69.

Medeiros RI, Antoniosi-Filho NR, Leles MIGA. Development of forensic analytical chemistry method for examination of Merla by thermal analysis and high resolution gas chromatography.

Morton WA. Cocaine and psychiatric symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1(4):109-113.

Negrete JC. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: Ciba Foundation. *Cocaine: scientific and social dimensions.* Chichester: John Wiley & Sons; 1992. pp. 40-56.

Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction.* 2002;97(7):773-83.

Rivera MA, Aufderheide AC, Cartmell LW, Torres CM, Langsjoen O. Antiquity of coca-leaf chewing in the south central Andes: a 3,000 year archaeological record of coca-leaf chewing from northern Chile. *J Psychoactive Drugs*. 2005;37(4):455-8.

Rounsaville BJ. Treatment of cocaine dependence and depression. *Biol Psychiatry*. 2004 Nov 15;56(10):803-9.

Siegel RK. Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences, and treatment. *NIDA Res Monogr*. 1984;50:92-110.

WHO – World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: WHO; 2004. Disponible online in URL: [HTTP://www.who.int](http://www.who.int).

Perfil do usuário e história natural do consumo

Marcelo Ribeiro, Lígia Duailibi & Luciane Ogata Perrenoud

Introdução

O consumo de *crack* é um fenômeno recente, surgido há cerca de vinte e cinco anos nos Estados Unidos (Blumstein, 2000) e há vinte anos no Brasil (Nappo *et al.*, 1996). Em alguns países europeus, tal problema tornou-se relevante em termos de saúde pública há pouco mais de cinco anos (EMCDDA, 2007). Estudos relacionados ao tema começaram a ser publicados no início dos anos noventa – geralmente levantamentos qualitativos ou seguimentos de poucos meses com esses usuários (Nappo *et al.*, 1996). No entanto, estudos de seguimento mais estruturados só foram concluídos e divulgados a partir da segunda metade dos anos 2000 (Ribeiro *et al.*, 2007; Hser *et al.*, 2008). Desse modo, há inúmeras perguntas sem resposta acerca da história natural do consumo de *crack*. O objetivo desse capítulo é o de reunir toda informação disponível acerca deste assunto.

Perfil do usuário

O perfil mais recorrente entre os usuários de *crack* é composto por indivíduos do sexo masculino, jovens e adultos jovens, com baixa escolaridade, desempregados, provenientes de famílias desestruturadas e de baixa renda. Em relação aos usuários de cocaína intranasal, possuem um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco dos efeitos adversos da substância e possuíam maior chance de morar ou ter morado na rua. Esse perfil continua a ser o mais observado (Oliveira & Nappo, 2008). Outro perfil detectado, foi o do usuário de cocaína inalada, também poliusuário, que migra para o *crack* em busca de efeitos mais potentes da droga (Smart, 1991).

Quando se combinam as variáveis uso exclusivo de cocaína, uso exclusivo de *crack*, uso de ambas as apresentações e sua ordem de início – cocaína para o *crack* ou *crack* para a cocaína – uma série de particularidades podem ser observadas (Shaw *et al.*, 1999) (Quadro 1). O usuário de cocaína tem em geral um

prognóstico mais favorável em relação ao usuário de *crack*. Os primeiros, porém, tendem a fazer uso nocivo de álcool com maior regularidade em relação aos últimos. O uso de concomitante de cocaína e *crack* tem pior o prognóstico em relação ao uso isolado de ambas as substâncias (Shaw *et al.*, 1999). Entre os usuários das duas apresentações, ter iniciado do consumo pelo *crack* está mais relacionado a comportamentos de risco e quantidade de consumo de *crack* do que o início pela cocaína intranasal (Shaw *et al.*, 1999) (Quadro 1).

Quadro 1: Comparação entre as características relacionadas à seqüência de consumo de cocaína e *crack* entre um grupo de presidiários (n=2034) de Los Angeles (EUA) (1992 – 1994).

	<i>crack</i> – cocaína	<i>crack</i>	cocaína - <i>crack</i>	cocaína
cocaína	[AMBOS OS GRUPOS] Tem o mesmo padrão de poliuso, mas os [CRACK-COCAÍNA] gastam três vezes mais tempo envolvidos com o uso; utilizam vias mais perigosas e têm índices elevados de uso corrente e de dependência.	[CRACK] Há mais negros e mulheres. Trabalham menos, dependem mais da previdência. Maior risco de dependência. Passam mais tempo envolvidos com a droga e usam mais. [COCAÍNA] iniciaram o uso antes e o poliuso entre esses é mais recorrente e intenso.	[[AMBOS OS GRUPOS] Tem o mesmo padrão de poliuso. Após o início IN, 60% também passaram a utilizar o <i>crack</i> . [COCAÍNA-CRACK] Iniciaram o uso de cocaína dois anos antes que os somente cocaína; usam mais, taxas mais elevadas de dependência; trabalham menos, cometem mais contravenções.	Forma de consumo mais comum entre os homens do que entre as mulheres presas; 50% dos usuários conseguem sustentar tanto o seu uso de cocaína, quanto suas necessidades pessoais, uso de vias mais seguras, maior índice de abstinência e presença de uso eventual.
cocaína-crack	[AMBOS OS GRUPOS] Tem o mesmo padrão de poliuso, mas os [CRACK COCAÍNA] utilizam mais <i>crack</i> e cocaína; tem maiores taxas de dependência; maior envolvimento no crime e prostituição; levam 3 anos para usar a cocaína IN, ao passo que os [COCAÍNA-CRACK] levam 7 anos para usar o <i>crack</i> .	[COCAÍNA-CRACK] os parâmetros do uso de <i>crack</i> pioram, com o dobro de tempo gasto com o uso e maior poliuso; 20% são UDI; as taxas de dependência mais elevadas; cometem mais contravenções e troca de sexo por <i>crack</i> .	Maioria da amostra. A média de idade mais alta, os que iniciaram a cocaína IN mais cedo e o <i>crack</i> , mais tarde. 20% são UDI. O poliabuso é comum. Prostituição e crimes aquisitivos.	
<i>crack</i>	[CRACK-COCAÍNA] são mais jovens, tem mais problemas com seu suporte social; gastam mais com o uso e se envolvem mais em crimes; iniciam o consumo mais cedo; têm maiores taxas de dependência.	Predominam negros. Maior prevalência de mulheres. Poliabuso. Maior índice de dependentes de assistência social. Baixo envolvimento em prostituição.		
<i>crack</i> -cocaína	O menor grupo e o mais jovem. Início com o <i>crack</i> e associação com cocaína IN 3 anos depois. Os mais altos índices de consumo de cocaína IN, <i>crack</i> e dependência. Piores índices sociais e maior envolvimento com prostituição e crimes aquisitivos.			

Fonte: Shaw VN, Hser YI, Anglin MD, Boyle K. Sequences of powder cocaine and *crack* use among arrestees in Los Angeles County. Am J Drug Alcohol Abuse. 1999 Feb;25(1):47-66.

Início e progressão do consumo

O risco para o primeiro episódio de consumo de cocaína ocorre entre 18–22 anos. Entre os iniciantes, cerca de 5% desenvolvem dependência após um ano de uso, independentemente do gênero. O risco, então, desacelera a partir desse período, sendo maior entre as mulheres (Wagner & Anthony, 2007).

Consumo anterior de outras substâncias psicoativas

Normalmente, o usuário de *crack* inicia o consumo de substâncias psicoativas pelas drogas lícitas (como o tabaco e o álcool), sendo a maconha a droga mais comum da segunda fase de experimentação (van der Meer Sanchez & Nappo, 2007). Quanto mais precoce e mais pesado o consumo de uma droga, maiores as chances de progressão (van der Meer Sanchez & Nappo, 2007) e alcance de padrões mais graves de dependência (Hser *et al.*, 2008). Um estudo qualitativo com dezoito usuáries de *crack* observou que todas iniciaram o consumo de álcool e cigarro precocemente, fizeram uso pesado e chegaram ao *crack* em curto espaço de tempo (Daniulaityte *et al.*, 2007). O aumento da idade do paciente é um preditor de melhora (Booth *et al.*, 2010). Dessa forma, nota-se que o *crack* não costuma ser a primeira droga utilizada pela maior parte dos usuários (Dias *et al.*, 2008).

O consumo de cocaína intranasal e a evolução para o consumo de crack

Em geral, a primeira experiência com a cocaína acontece pela via intranasal, progredindo posteriormente para o *crack* (Guindalini *et al.*, 2006). O usuário de *crack*, independentemente do ambiente estudado – comunidade, em tratamento, prisões – consome mais cocaína e com maior regularidade do que o usuário de cocaína inalada (Hatsukami & Fishman, 1996). A progressão da cocaína inalada para o *crack* pode ser explicada pela disponibilidade, pela tolerância, pela procura do usuário por efeitos mais intensos e pelo custo (Shaw *et al.*, 1999). A transição do consumo intranasal o *crack* aumenta o risco de dependência, pois essa última forma de uso permite a realização e rápida progressão de binges – algo menos provável tanto na forma inalada, por sua ação menos potente, quanto na forma injetável, cujo o manejo da parafernália limita o número de repetições (Hatsukami & Fishman, 1996).

Consumo de *crack* e poliuso de substâncias psicoativas

Além dos antecedentes pessoais de consumo de outras substâncias anteriormente ao *crack*, seus usuários também fazem uso concomitante de outras substâncias psicoativas (poliuso) (Nappo *et al.*, 1996; Ferri 1999; Ribeiro 2005; Duailibi *et al.*, 2008; Oliveira *et al.*, 2008). Um estudo com usuários de *crack* de Montreal (Canadá) (n=203) observou que ser jovem e poliusuário era o principal fator de risco para o início do consumo dessa droga (Paquette *et al.*, 2010). Usuários de cocaína/*crack* e de outras substâncias, iniciam ainda mais precocemente o uso de álcool (13,8 e 15,2 anos; $p < .0001$) e maconha (14,3 e 15,2 anos; $p = 0.01$) em relação aos usuários exclusivos de cocaína/*crack* (Booth *et al.*, 2006).

Entre usuários de *crack* (n=294) de 15 serviços ambulatoriais e internação na cidade de São Paulo, o uso na vida de maconha atingiu quase a totalidade dos pacientes (96%), seguida pelo álcool (88%) e tabaco (87%). Metade dos usuários havia ao menos experimentado inalantes e benzodiazepínicos; um quarto consumiu anfetaminas. Quanto ao uso no último mês, o consumo de maconha era 38% e o de álcool e tabaco, praticamente os mesmo que na vida (Dunn & Laranjeira, 1999^B). O poliuso foi a norma entre esses indivíduos, que consumiam em média 5 substâncias concomitantemente. Já o consumo de álcool entre usuários de *crack* é menor do que o observado em usuário de cocaína intranasal (Gossop *et al.*, 2006^A). A combinação de *crack* e álcool cria ciclos de consumo de ambas as substâncias, nos quais uma estimula o consumo da outra e vice-versa (Oliveira & Nappo, 2008).

Os motivos do poliuso não são claros. Relatos de usuários justificam-nos como uma forma de manipular a intensidade ou a duração dos efeitos do *crack*, tanto como um paliativo dos efeitos negativos, quanto um potencializador dos positivos (Oliveira & Nappo, 2008).

Padrão de consumo do usuário de *crack*

Usuários de cocaína, independentemente da via de administração, costumam utilizar a droga regularmente e em quantidades substanciais – na forma de

binges prolongados – mas não diariamente (Gossop *et al.*, 1994). Quanto aos usuários de *crack*, segundo boa parte dos estudos, seu o padrão de consumo consiste na utilização do *crack* pelo menos três vezes por semana, enquanto uma menor parte utilizava-o semanalmente ou menos. Apesar de associado aos usuários pesados, o padrão de binge é comum ao longo da carreira de uso de qualquer usuário de *crack*, atingindo cerca de 60-70% desses (Dunn & Laranjeira, 1999^B; Marzke *et al.*, 2008). Entre os usuários de *crack*, o padrão compulsivo de consumo é o mais recorrente, com duração de vários dias e múltiplos episódios intercalos muitas vezes por crimes aquisitivos pela falta de dinheiro para comprar mais droga e interrupção condicionada à exaustão física e psicológica (Oliveira & Nappo, 2008).

Ferri (1999) constatou que os usuários de *crack* têm mais episódios de fissura e perda do controle sobre o uso de droga do que os usuários de cocaína intranasal, levando-os a consumir grandes quantidades por diversas horas e dias consecutivos. Entre os membros de um usuários de cocaína e *crack* (n=294), em tratamento em diferentes serviços da cidade de São Paulo (n=15), a maioria relatou que a fase mais intensa de consumo em suas carreiras aconteceu enquanto utilizavam o *crack* (Dunn & Laranjeira, 1999^B) – a frequência do consumo tende a aumentar da via de administração intranasal para a injetável e desta para a fumada (*crack*). Isto poderia estar relacionado ao efeito de duração mais curto e de maior magnitude do *crack*, o que aumenta a probabilidade da droga ser utilizada novamente e levar a quadros mais graves de dependência e em menor tempo de evolução.

Evolução do padrão de consumo de crack: (1) tendência à abstinência

Quanto a evolução do consumo de *crack*, um estudo de seguimento de dois anos com usuários de *crack* vivendo na comunidade e fora de tratamento (n=439), observou uma tendência à redução do padrão de consumo e mesmo de abstinência ao longo do estudo, mas não encontrou padrões estáveis no período – inclusive de abstinência (Figura 1). Em outro estudo, que entrevistou dois, cinco e doze anos depois uma amostra estudo com usuários de *crack* internada em uma clínica de desintoxicação, observou-se um padrão crescente e cada vez mais

estável de abstinência entre esses usuários (Ribeiro *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2008). Por outro lado, o mesmo estudo identificou que estar abstinente não significou estar isento de riscos futuros, tais como recaídas com retorno ao consumo, prisão e morte. A impressão final sugere a inexistência de uma condição individual estável, tanto para os indivíduos usuários, quanto para os abstinentes, apesar de haver um fluxo favorável em direção aos últimos.

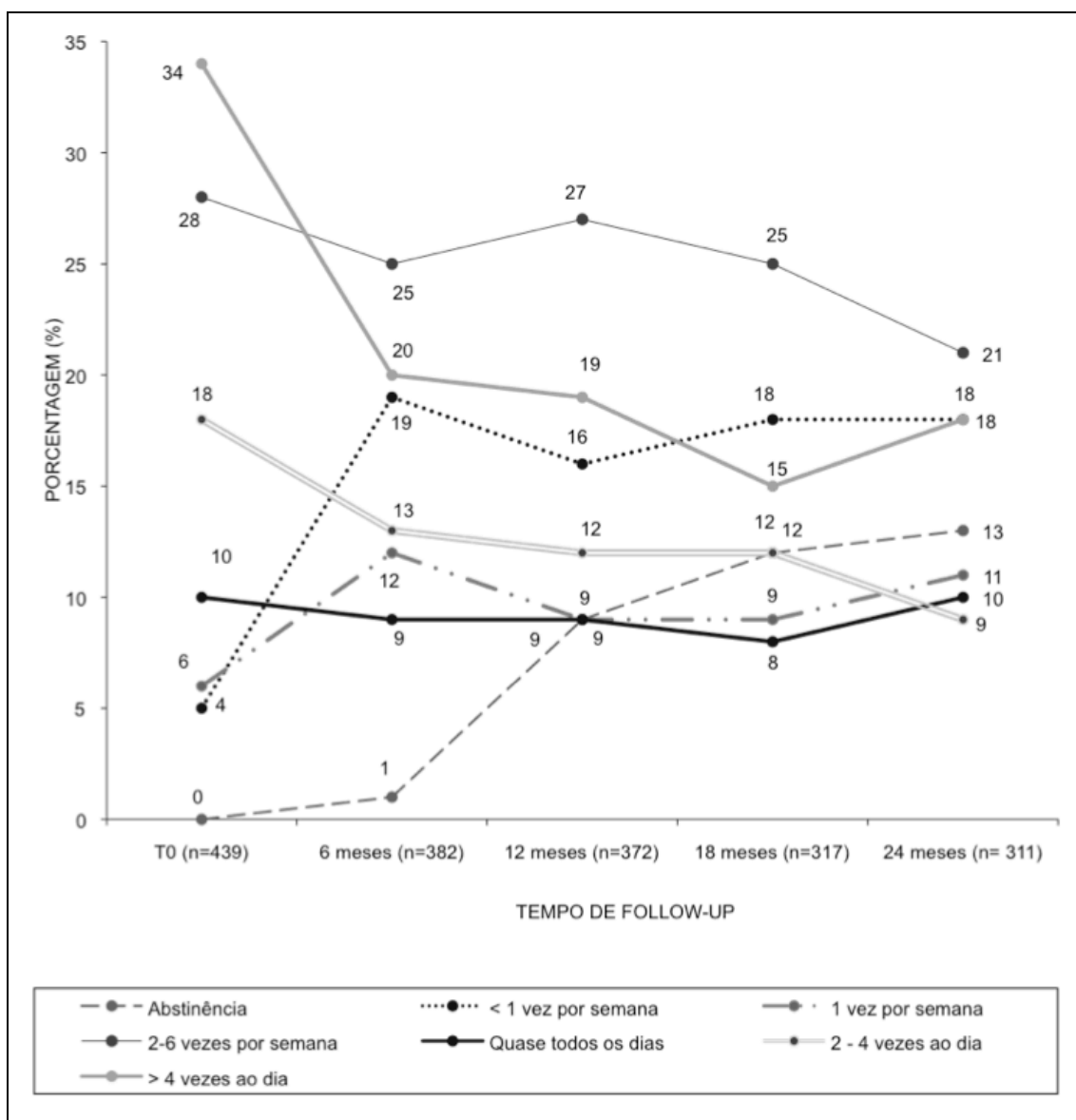


Figura 1: Seguimento de usuários de crack (n=439) por dois anos. Houve grande oscilação dos padrões de consumo, com alguma tendência a modos mais brandos de consumo e aumento da abstinência. No entanto, o estudo não encontrou padrões (incluindo a abstinência) notadamente estáveis ao longo do seguimento (Falck *et al.*, 2000).

Quando se considera a progressão do consumo de *crack* em direção à abstinência, um estudo acompanhou um grupo de usuários de *crack* (n=401) estadunidenses e ao final de oito anos de seguimento os dividiu em três grupos (Figura 2): o primeiro, no qual estava a maioria dos usuários havia um padrão de uso praticamente imutável, com chances remotas de se atingir a abstinência (5%); no segundo, houve grande oscilação entre consumo e abstinência; enquanto que no terceiro, houve mudança expressiva no padrão de consumo, com grande probabilidade de abstinência ao final de oito anos (90%) (Falck *et al.*, 2007).

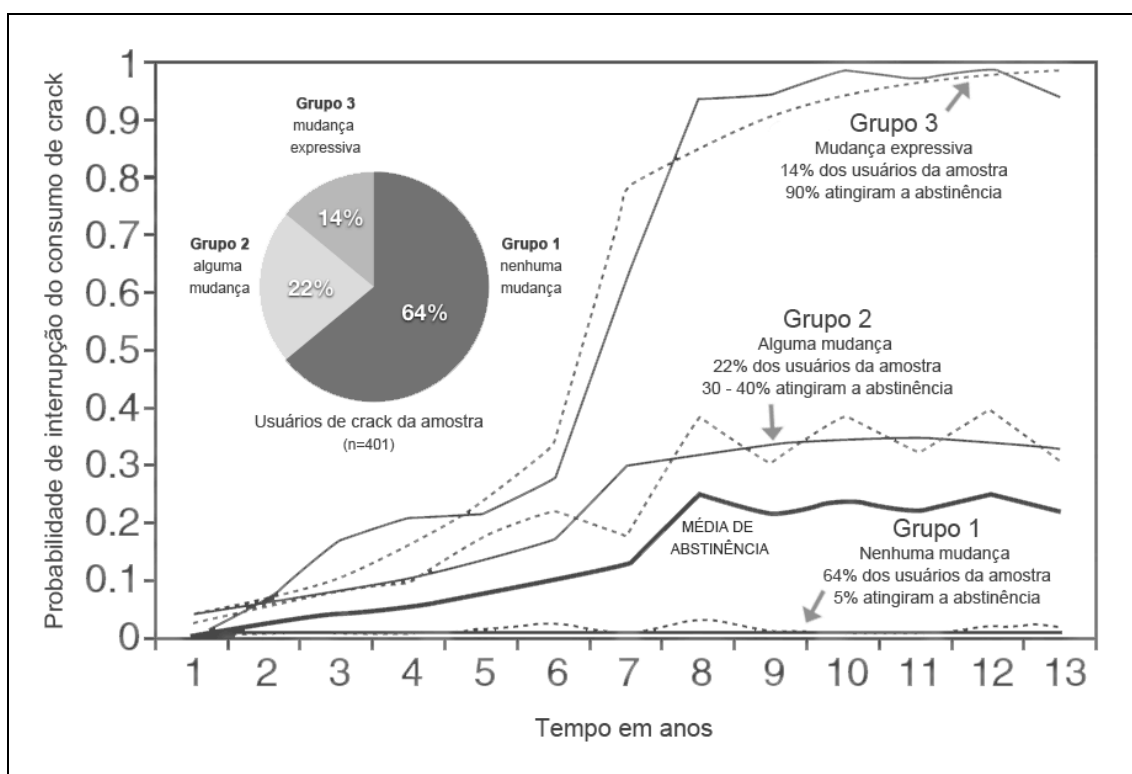


Figura 2: Padrão evolutivo de um grupo de usuários de *crack* dos Estados Unidos ao longo de treze anos. O uso crônico foi a regra: quase 90% dos usuários mantiveram algum tipo de contato com a droga durante o estudo.

Desse modo, nota-se que apesar de quase metade dos usuários evoluir para padrões mais brandos ou à abstinência, mais uma vez não se encontrou modos de evolução marcados pela previsibilidade. Assim como o estudo anterior, Siegal *et al.* (2002) investigaram as trajetórias de abstinência de um grupo de usuários de *crack* (n=229) e encontraram três padrões ao longo do seguimento de 6, 12 e 18 meses: (1) abstinência mantida e estável desde o início, (2) consumo constante desde o início e (3) os inconstantemente abstinentes a cada

seguimento. Houve uma relação direta entre abstinência constante e participação em atividades pós-tratamento. Rede de amigos protege indivíduos mesmo em contextos socialmente precários (Wu *et al.*, 2008).

Evolução do padrão de consumo de crack: (1) tendência ao uso crônico

Outra tendência já constatada por estudos nacionais (Dias *et al.*, 2008; Abeid-Ribeiro, 2010) e estrangeiros (Falck *et al.*, 2007; Hser *et al.*, 2008): a presença de usuários que utilizam *crack* constantemente por longos períodos ($t \geq 10$ anos). Enquanto alguns conseguem conquistar a abstinência, outros prosseguem no uso, e à medida que o consumo progride, novos e inusitados tipos de usuários aparecem a cada dia. Até 1994 verificou-se através de um estudo na cidade de São Paulo (Nappo *et al.*, 2001) que as razões para o uso do *crack* eram atribuídas frequentemente à busca de sensações de prazer. Em 1999, as razões mudaram drasticamente, o uso tinha a intenção de tentar vencer a compulsão ou era uma forma de suportar a frustração e conflitos familiares. Os dados também revelaram que já em 1999, os usuários de *crack* vinham praticamente de todas as classes sociais de São Paulo, e o uso de álcool e maconha para diminuir a ansiedade e os efeitos excitatórios produzidos pela substância aumentou de 1994 para 1999. Reiterado em estudos recentes (Oliveira *et al.*, 2008), o uso múltiplos de droga tem adicionado multi-dependências e comorbidades, dificultando ainda

Dependência

A maioria dos usuários de *crack* apresenta critérios para dependência ao longo de sua carreira de consumo (Falck *et al.*, 2008). Gorelick (1992) acompanhou um grupo de usuários de cocaína ($n=45$) e observou que o intervalo entre o início do consumo de *crack* e a ocorrência de problemas relacionados era mais curto entre os usuários de *crack* (3,4 anos) do que entre os usuários de cocaína intranasal (5,3 anos). Ainda em relação à cocaína intranasal, o usuário de *crack* se expõe mais ao risco de dependência porque utiliza a droga com mais frequência, em maior quantidade e tem mais sensibilidade aos efeitos da substância (Chen & Kandel, 2002). A associação com dependência de álcool e maconha, bem como de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno de personalidade antissocial aumenta o risco de dependência entre os usuários (Falck *et al.*, 2008).

Usuários de *crack* iniciantes tiveram um risco duas vezes maior de dependência do que usuários de cocaína inalada, independentemente de gênero, etnia, associação com álcool ou tempo de consumo (Chen & Anthony, 2004). Sobre o aparecimento de problemas nos primeiros dois anos de consumo, tais como redução de atividades importantes, tolerância, uso além do programado e incapacidade para interromper o uso, foram relatados por cerca de 10% dos usuários de cocaína inalada, os mesmos problemas acometeram de 25 – 35% dos usuários de *crack* (Chen & Anthony, 2004). O risco de dependência declina a cada ano, sugerindo um padrão com início “explosivo” da dependência logo depois do início do uso da cocaína, em comparação ao início mais insidioso visto para a dependência de maconha e álcool (Wagner & Anthony, 2002).

Em relação ao sexo masculino, as adolescentes tem maior probabilidade de fechar critérios para dependência, mas tal diferença desaparece na idade adulta. Preditores de dependência de *crack* entre mulheres estadunidenses: baixo nível educacional, troca de sexo por *crack*/dinheiro, sintomas depressivos, contravenção e prisão (Warner *et al.*, 2004). As taxas mais elevadas da dependência observadas entre mulheres parecem estar associadas com o uso mais freqüente e as quantidades mais elevadas da substância (Chen & Kandel, 2002).

Há uma associação entre consumo de *crack* e graus elevados de severidade e dependência (Nappo *et al.*, 1996; Dunn *et al.*, 1999a; Ferri, 1999). A dependência do *crack* é a causa mais prevalente de internação por uso de cocaína (Duailibi *et al.*, 2008). Entre os usuários de cocaína, a chegada ao tratamento dá-se por volta do 6º e 7º ano de uso (Dunn *et al.*, 1999a; Ferri, 1999) enquanto que parece ser mais precoce entre os consumidores de *crack* (Ferri, 1999; Duailibi *et al.*, 2008). Os usuários dessa substância possuem maiores índices de abandono e quando internados apresentam piores índices sociais se comparados aos consumidores de cocaína em pó (Duailibi *et al.*, 2008; Ferri, 1999).

DST * AIDS

O comportamento de troca de sexo por *crack* / dinheiro foi documentado desde os primeiros tempos do surgimento da droga (Carlson & Siegal, 1991). A taxa de infecção pelo HIV entre usuários de *crack* é até três vezes menor em relação aos usuários de cocaína injetável, mas supera o dobro da população geral (McCoy *et al.*, 2004;). Além disso, o consumo de *crack* é um fator de risco para infecção pelo HIV mesmo em usuários de drogas injetáveis (Azevedo *et al.*, 2007; DeBeck *et al.*, 2009).

O consumo de *crack* está negativamente associado à procura por tratamento para AIDS (Brewer *et al.*, 2007^B) e à adesão ao tratamento antiretroviral (Baum *et al.*, 2009). Além disso, boa parte dos usuários de *crack* nunca procurou tratamento para AIDS (Bell *et al.*, 2010). No Brasil muitos usuários de drogas injetáveis (UDIs) por medo de contrair a AIDS ao compartilhar seringas, migraram para o uso de *crack*, diminuindo, assim, os UDIs em prol do aumento de outra categoria de consumidores (Inciardi *et al.*, 2006).

Os comportamentos de risco mais observados entre os consumidores de *crack* são: elevado número de parceiros, sexo sem proteção e a troca de sexo por droga ou por dinheiro (Nappo *et al.*, 2004). Um estudo realizado pelo CEBRID (Nappo *et al.*, 2004) caracterizou a usuária de *crack* levando em conta aspectos do uso de sexo para obtenção da droga, a pesquisa revelou que o usuário identificado no início do consumo de *crack* em São Paulo como sendo homem e jovem, sofreu modificações com a entrada das mulheres que também passaram a eleger o *crack* como droga preferencial. Estas criaram uma cultura diferenciada, praticando a prostituição como meio de obtenção da droga. Em outro estudo (Silva, 2000) com prostitutas da região da Cracolândia (centro de São Paulo-SP) observou-se comportamento semelhante.

Mulheres profissionais do sexo que usam *crack* têm baixa percepção dos riscos de infecção pelo HIV, trabalham em contextos violentos, o que dificulta a negociação pelo uso da camisinha e boa parte vive em favelas, sem acesso a programas de saúde (Malta *et al.*, 2008). Além disso, trabalham na prostituição por mais tempo, utilizam mais drogas injetáveis, realizam mais abortos e possuem

maior risco para infecção pelo vírus da hepatite C (Ward *et al.*, 2000). A imersão das mulheres na subcultura do *crack* contribui significativamente para o seu envolvimento posterior na troca de sexo pela droga.

Há uma relação direta entre gravidade da dependência e a prevalência de hepatite B e C (Vivancos *et al.*, 2006).

Violência

O *crack* parece ter uma relação estreita com a violência. Desde seu aparecimento no Brasil, a violência tem aumentado em consonância com a expansão do consumo, trazendo graves conseqüências sociais devido ao tráfico e as mortes associadas (Ribeiro, 2005; Ribeiro *et al.*, 2006; Dias *et al.*, 2008; Carvalho & Seibel, 2009; CEPES, 2010). Esse ambiente de violência e criminalidade pronunciado pode ser explicado por alguns fatores verificados em estudos internacionais. O novo comércio ilícito do *crack* fomentou competitividade entre os grupos (Hamid, 1991a, Blumstein *et al.*, 2000); era comandado por adolescentes marginalizados e excluídos do mercado de trabalho, sem outra perspectiva econômica (Morgan *et al.*, 1997; Blumstein *et al.*, 2000), naturalmente mais imaturos e impulsivos e muitas vezes dependentes da substância (Hamid, 1991b, Blumstein *et al.*, 2000). O comércio do *crack* causou deterioração e desestabilização econômica de bairros, onde as vendas se concentravam associadas à falta da presença do Estado como provedor de políticas sociais e de segurança, atuando exclusivamente como agente repressor e estigmatizador do tráfico e seus usuários (Hatsukami, 1996). O fácil acesso a armas de fogo cada vez mais poderosas (Hatsukami, 1996), fez dessas o principal meio para os membros das gangues garantirem autoproteção, resolverem as disputas de mercado e defenderem os produtos e ativos ilegais, além de lhes conferirem *status* e poder na comunidade onde atuavam (Blumstein *et al.*, 2000).

O usuário de *crack* é freqüentemente vítima de agressões físicas. Um estudo com usuários fora de tratamento (n=440), 63% relataram agressões na vida e 36% último ano (Siegal *et al.*, 2000). Entre os indivíduos desse último grupo, um terço nunca havia sofrido agressões. No grupo total, um terço referiu portar arma

branca ou de fogo, o que torna o episódio ainda mais perigoso. Os episódios quase sempre necessitaram de cuidados médicos e sua ocorrência esteve diretamente relacionada ao tempo de consumo.

Mortalidade

Uma pesquisa que acompanhou um grupo de 131 usuários de *crack* com intuito de observar os padrões de mortalidade, bem como as *causas mortis* entre eles, identificou que após cinco anos de seguimento 23 pacientes haviam morrido, sendo homicídio a principal *causa mortis* (n=13), quase um terço dos pesquisados morreu devido à infecção pelo vírus HIV, o estudo sugere que os usuários de *crack* têm um maior risco de morte do que a população geral, superando em mais de sete vezes a mortalidade geral do município de São Paulo no mesmo período (Ribeiro *et al.*, 2006; Ribeiro *et al.*, 2007). Esse mesmo estudo continuou acompanhando os usuários por mais sete anos, e ao final dos 12 anos foram somados mais 04 mortes, número bastante inferior ao obtido nos primeiros cinco anos do estudo (Dias *et al.*, 2008), sugerindo que talvez os piores prognósticos acontecem nos primeiros tempos do consumo.

Discussão

O histórico do uso de *crack* no Brasil passou por consideráveis mudanças nos últimos vinte anos, apesar do uso compulsivo ser majoritário e o perfil sociodemográfico praticamente ser o mesmo das primeiras descrições, o crescente aumento e as novas formas de sustento do consumo tem agravado os riscos associados e a marginalização, dificultando a adesão aos tratamentos (Oliveira *et al.*, 2008).

Associado a isso as pesquisas retratam que o uso de *crack* vêm se iniciando em idades cada vez mais precoces (Galduróz *et al.*, 2005), alastrando-se pelo país (Noto *et al.*, 2003) e por todas as classes sociais (Nappo *et al.*, 2001; Oliveira *et al.*, 2008), com facilidade de acesso (Carlini *et al.*, 2006; Oliveira *et al.*, 2008) e quase sempre antecedido do consumo de álcool e/ou tabaco (Ferri, 1999; Nappo *et al.*, 2001;; Guindalini *et al.*, 2006; Sanchez *et al.*, 2007; Duailibi *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2008; Oliveira *et al.*, 2008). Desse modo, as

políticas públicas brasileiras deveriam prevenir o consumo nessas populações, visando primeiramente programas efetivos de prevenção de consumo de drogas lícitas e se atentar a geopolítica das drogas.

Referências Bibliográficas

Abeid-Ribeiro L. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. São Paulo: Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do grau de Mestre em Ciências; 2010.

Azevedo RC, Botega NJ, Guimarães LA. *Crack* users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(1):26-30.

Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. *Crack*-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;50(1):93-9.

Bell C, Metsch LR, Vogenthaler N, Cardenas G, Rodriguez A, Locascio V, Kuper T, Scharf E, Marquez A, Yohannan M, del Rio C. Never in care: characteristics of HIV-infected *crack* cocaine users in 2 US cities who have never been to outpatient HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010 Aug 1;54(4):376-80.

Booth BM, Leukefeld C, Falck R, Wang J, Carlson R. Correlates of rural methamphetamine and cocaine users: results from a multistate community study. *J Stud Alcohol.* 2006; 67(4):493-501.

Booth BM, Curran G, Han X, Wright P, Frith S, Leukefeld C, Falck R, Carlson RG. Longitudinal relationship between psychological distress and multiple substance use: results from a three-year multisite natural-history study of rural stimulant users. *J Stud Alcohol Drugs.* 2010 Mar;71(2):258-67.

Brecht ML, Huang D, Evans E, Hser YI. Polydrug use and implications for longitudinal research: ten-year trajectories for heroin, cocaine, and methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend* 2008; 96(3):193-201.

Brewer TH, Zhao W, Metsch LR, Coltes A, Zenilman J. High-risk behaviors in women who use *crack*: knowledge of HIV serostatus and risk behavior. *Ann Epidemiol*. 2007;17(7):533-9.

Brewer TH, Zhao W, Pereyra M, Del Rio C, Loughlin A, Anderson-Mahoney P, Gardner L, Metsch LR; ARTAS Study Group. Initiating HIV care: attitudes and perceptions of HIV positive *crack* cocaine users. *AIDS Behav*. 2007 Nov;11(6):897-904.

Buchanan AS, Latkin CA. Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. *Drug Alcohol Depend*. 2008;96(3):286-9.

Carlson RG, Siegal HA. The *crack* life: an ethnographic overview of *crack* use and sexual behavior among African-Americans in a midwest metropolitan city. *J Psychoactive Drugs*. 1991 Jan-Mar;23(1):11-20.

Carlson RG, Sexton R, Wang J, Falck R, Leukefeld CG, Booth BM. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Subst Abus*. 2010;31(1):1-7.

Carvalho HB, Seibel SD. *Crack* cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(9):857-66.

CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC Minas. Os impactos do *crack* na saúde pública e na segurança. Belo Horizonte / PUC Minas; 2010. Disponível em URL: [http:// www.pucminas.br](http://www.pucminas.br)

Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus *crack* cocaine. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004 Feb;172(1):78-86.

Chen K, Kandel D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 68(1):65-85.

Chen CY, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav*. 2009 Mar;34(3):319-22.

Cottler LB, Campbell W, Krishna VA, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(7):431-7.

Daniulaityte R, Carlson RG, Siegal HA. "Heavy users," "controlled users," and "quitters": understanding patterns of *crack* use among women in a midwestern city. *Subst Use Misuse*. 2007;42(1):129-52.

Davey MA, Latkin CA, Hua W, Tobin KE, Strathdee S. Individual and social network factors that predict entry to drug treatment. *Am J Addict*. 2007; 16(1):38-45.

DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J, Wood E. Smoking of *crack* cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*. 2009;181(9):585-9.

Deren S, Beardsley M, Tortu S, Goldstein MF. Predictors of change in frequency of *crack* cocaine use in a street-recruited sample. *Am J Addict*. 1999 Spring;8(2):94-100.

Des Jarlais DC, Arasteh K, Perlis T, Hagan H, Heckathorn DD, Mcknight C, Bramson H, Friedman SR. The transition from injection to non-injection drug

use: long-term outcomes among heroin and cocaine users in New York City. *Addiction* 2007; 102(5):778-85.

Draus PJ, Carlson RG. Change in the scenery: an ethnographic exploration of *crack* cocaine use in rural Ohio. *J Ethn Subst Abuse*. 2007;6(1):81-107.

Dunn J, Laranjeira RR, Da Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. *Crack* cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse*. 1996 Mar;31(4):519-27.

Dunn J, Laranjeira R. Cocaine--profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Subst Use Misuse*. 1999 Sep;34(11):1527-48.

Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration--characteristics, direction and associated variables. *Addiction*. 1999 Jun;94(6):813-24.

Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey with not-in-treatment *crack*-cocaine users. *Med Care*. 2000;38(9):902-10.

Falck RS, Wang J, Carlson RG, Siegal HA. The epidemiology of physical attack and rape among *crack*-using women. *Violence Vict*. 2001 Feb;16(1):79-89.

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

Falck RS, Wang J, Carlson RG. *Crack* cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction* 2007; 102(9):1421-31.

Falck RS, Wang J, Carlson RG. Among long-term *crack* smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend* 2008;98(1-2):24-9.

Ferri CP, Gossop M, Laranjeira RR. High dose cocaine use in São Paulo: a comparison of treatment and community samples. *Subst Use Misuse*. 2001 Feb;36(3):237-55.

Ferri CP, Dunn J, Gossop M, Laranjeira R. Factors associated with adverse reactions to cocaine among a sample of long-term, high-dose users in São Paulo, Brazil. *Addict Behav*. 2004 Feb;29(2):365-74.

Fullilove RE, Fullilove MT, Bowser B, Gross S. *Crack* users: the new AIDS risk group? *Cancer Detect Prev*. 1990;14(3):363-8.

Fullilove M. T. Perceptions and misperceptions of race and drug use. *JAMA* 1993; 269: 1034.

Gawin FH. The scientific exegesis of desire: neuroimaging *crack* craving. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Apr;58(4):342-4.

Goldstein MF, Deren S, Magura S, Kayman DJ, Beardsley M, Tortu S. Cessation of drug use: impact of time in treatment. *J Psychoactive Drugs*. 2000 Jul-Sep;32(3):305-10.

Gorelick DA. Progression of dependence in male cocaine addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1992;18(1):13-9.

Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *Br J Psychiatry*. 1994;164(5):660-4.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. Changes in use of *crack* cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend*. 2002;66(1):21-8.

Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 79(3):295-302.

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of *crack* cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol.* 2006 Mar-Apr;41(2):121-5.

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of *crack* cocaine and cocaine powder. *Addiction.* 2006 Sep;101(9):1292-8.

Harzke AJ, Williams ML, Bowen AM. Binge use of *crack* cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users. *AIDS Behav* 2009; (6):1106-18.

Hatsukami DK, Fischman MW. *Crack* cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA.* 1996; 276(19):1580-8.

Hser YI, Huang D, Brecht ML, Li L, Evans E. Contrasting trajectories of heroin, cocaine, and methamphetamine use. *J Addict Dis.* 2008;27(3):13-21.

Hoffman JA, Klein H, Eber M, Crosby H. Frequency and intensity of *crack* use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 2000;58(3):227-36.

Holloway KR, Bennett TH, Farrington DP. The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: a meta-analysis. *Psicothema.* 2006 Aug;18(3):620-9.

Hubbard RL, Craddock SG, Rynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-Year Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997; 11(4): 261-278.

Inciardi JA. *Crack, crack house sex, and HIV risk*. Arch Sex Behav. 1995 Jun;24(3):249-69.

Kandel DB, Davies M. High school students who use *crack* and other drugs. Arch Gen Psychiatry. 1996 Jan;53(1):71-80.

Kandel D, Chen K, Warner LA, Kessler RC, Grant B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. Drug Alcohol Depend. 1997;44(1):11-29.

Kim A, Galanter M, Castaneda R, Lifshutz H, Franco H. *Crack* cocaine use and sexual behavior among psychiatric inpatients. Am J Drug Alcohol Abuse. 1992;18(3):235-46.

Laranjeira R, Rassi R, Dunn J, Fernandes M, Mitsuhiro S. *Crack* cocaine--a two-year follow-up of treated patients. J Addict Dis. 2001;20(1):43-8.

Leshner AI. Introduction to the Special Issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychol Addict Behav 1997; 11(4):211-5.

Lillie-Blanton M, Anthony JC, Schuster CR. Probing the meaning of racial/ethnic group comparisons in *crack* cocaine smoking. JAMA. 1993 Feb 24;269(8):993-7.

Hubbard RL, Craddock G, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-Year Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychol Addict Behav 1997; 11(4):261-78.

Lo CC, Kim YS, Church WT 2nd. The effects of victimization on drug use: a multilevel analysis. Subst Use Misuse. 2008;43(10):1340-61.

Lynskey MT, Day C, Hall W. Alcohol and other drug use disorders among older-aged people. *Drug Alcohol Rev.* 2003;22(2):125-33.

Magura S, Laudet A, Kang SY, Whitney SA. Effectiveness of comprehensive services for *crack*-dependent mothers with newborns and young children. *J Psychoactive Drugs* 1999;31(4):321-38.

Malchy L, Bungay V, Johnson J. Documenting practices and perceptions of 'safer' *crack* use: a Canadian pilot study. *Int J Drug Policy.* 2008 Aug;19(4):339-41.

Malta M, Monteiro S, Lima RM, Bauken S, Marco A, Zuim GC, Bastos FI, Singer M, Strathdee SA. HIV/AIDS risk among female sex workers who use *crack* in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):830-7.

McCoy CB, Lai S, Metsch LR, Messiah SE, Zhao W. Injection drug use and *crack* cocaine smoking: independent and dual risk behaviors for HIV infection. *Ann Epidemiol.* 2004 Sep;14(8):535-42.

McKay JR, Foltz C, Stephens RC, Leahy PJ, Crowley EM, Kissin W: Predictors of alcohol and *crack* cocaine use outcomes over a 3- year follow-up in treatment seekers. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(suppl 1):S73-S82.

Metsch LR, McCoy HV, McCoy CB, Miles CC, Edlin BR, Pereyra M. Use of health care services by women who use *crack* cocaine. *Women Health* 1999;30(1):35-51.

Miller NS, Gold MS. Criminal activity and *crack* addiction. *Int J Addict.* 1994; 29(8):1069-78.

Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. *Crack* use in São Paulo. *Subst Use Misuse.* 1996;31(5):565-79.

Nappo SA, Galduróz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2001;33(3):241-53.

O'Brien MS, Anthony JC. Risk of becoming cocaine dependent: epidemiological estimates for the United States, 2000-2001. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30(5):1006-18.

Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the *crack* cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):664-71.

Pottieger AE, Tressell PA, Inciardi JA, Rosales TA. Cocaine use patterns and overdose. *J Psychoactive Drugs*. 1992;24(4):399-410.

Pottieger AE, Tressell PA, Surratt HL, Inciardi JA, Chitwood DD. Drug use patterns of adult *crack* users in street versus residential treatment samples. *J Psychoactive Drugs*. 1995;27(1):27-38.

Prinzleve M, Haasen C, Zurhold H, Matali JL, Bruguera E, Gerevich J, Bácskai E, Ryder N, Butler S, Manning V, Gossop M, Pezous AM, Verster A, Camposeragna A, Andersson P, Olsson B, Primorac A, Fischer G, Güttinger F, Rehm J, Krausz M. Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups. *Eur Addict Res* 2004; 10(4):147-55.

Reboussin BA, Anthony JC. Is there epidemiological evidence to support the idea that a cocaine dependence syndrome emerges soon after onset of cocaine use? *Neuropsychopharmacology*. 2006 Sep;31(9):2055-64.

Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young *crack* cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2004;99(9):1133-5.

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among *crack* cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):196-202.

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. *Crack* cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addict Res.* 2007;13(1):11-9.

Schwartz RH, Luxenberg MG, Hoffmann NG. "*Crack*" use by American middle-class adolescent polydrug abusers. *J Pediatr.* 1991 Jan;118(1):150-5.

Shaw VN, Hser YI, Anglin MD, Boyle K. Sequences of powder cocaine and *crack* use among arrestees in Los Angeles County. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1999 Feb;25(1):47-66.

Siegal HA, Falck RS, Wang J, Carlson RG. *Crack*-cocaine users as victims of physical attack. *J Natl Med Assoc.* 2000 Feb;92(2):76-82.

Siegal HA, Li L, Rapp RC: Abstinence trajectories among treated *crack* cocaine users. *Addict Behav* 2002; 27: 437–449.

Simpson DD, Joe GW, Broome KM, Killer LM, Knight K, Rowan-Szal GA. Program Diversity and Treatment Retention Rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997; 11(4): 261-278.

Simpson DD, Joe GW, Broome KM: A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 538–544.

Smart RG. *Crack* cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1991;17(1):13-26.

Souza CT, Diaz T, Sutmoller F, Bastos FI. The association of socioeconomic status and use of *crack*/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 Jan 1;29(1):95-100.

Strang J, Edwards G. Cocaine and *crack*. *BMJ.* 1989;299(6695):337-8.

Timpson SC, Williams ML, Bowen AM, Atkinson JS, Ross MW. Sexual Activity in HIV-Positive African American *Crack* Cocaine Smokers. Arch Sex Behav. 2010 Jul 14. DOI: 10.1007/s10508-010-9653-9 [Epub ahead of print]

Valdez A, Cepeda A, Negi NJ, Kaplan C. Fumando la piedra: emerging patterns of *crack* use among latino immigrant day laborers in new orleans. J Immigr Minor Health. 2010;12(5):737-42.

van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Seqüência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. Rev Saude Publica 2002;36(4):420-30.

van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. From the first drug to *crack*: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. Subst Use Misuse. 2007;42(1):177-88.

Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert AS, Howard MO. Is *crack* cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. Am J Drug Alcohol Abuse. 2010;36(4):181-6.

Wagner FA, Anthony JC. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. Drug Alcohol Depend. 2007 Jan 12;86(2-3):191-8.

Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of "*crack*" cocaine among female sex workers in London. Sex Transm Infect. 2000;76(4):292-3.

Warner LA, Alegría M, Canino G. Remission from drug dependence symptoms and drug use cessation among women drug users in puerto rico. Arch Gen Psychiatry 2004;61(10):1034-41.

Wechsberg WM, Zule WA, Riehman KS, Luseno WK, Lam WK. African-American *crack* abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007;2:10.

Werb D, Kerr T, Li K, Montaner J, Wood E. Risks surrounding drug trade involvement among street-involved youth. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(6):810-20.

Weatherby NL, McCoy HV, Metsch LR, Bletzer KV, McCoy CB, de la Rosa MR. *Crack* cocaine use in rural migrant populations: living arrangements and social support. *Subst Use Misuse*. 1999;34(4-5):685-706.

Wu ZH, Eschbach K, Grady JJ. Contextual influences on polydrug use among young, low-income women: effects of neighborhood and personal networks. *Am J Addict*. 2008 Mar-Apr;17(2):135-44.

Zule WA, Flannery BA, Wechsberg WM, Lam WK. Alcohol use among out-of-treatment *crack* using African-American women. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28(3):525-44.

Complicações clínicas do consumo de *crack*

Karine Koller, Thábata da Silva Cardoso Luiz, Pedro Thadeu Vianna Galvão Filho, João Paulo Granato, Cláudio Jerônimo da Silva & Marcelo Ribeiro

Introdução

O consumo de cocaína está relacionado diversas complicações clínicas (Boghdadi & Henning, 1997). Os usuários da substância procuram mais atendimento de emergência (Vroegop *et al.*, 2009; Maraj, 2010). Além disso, o uso concomitante de cocaína / *crack* com outras substâncias – poliuso – é um padrão usual, aumentando a probabilidade de acidentes e complicações (Smith *et al.*, 2010). A presença de misturas e adulterantes constituem um risco adicional de complicações (Wiegand, 2010). As taxas de mortalidade entre esses usuários são mais elevadas do que na população geral (Degenhardt *et al.*, 2010).

O *crack* é uma apresentação da cocaína comercializada ilegalmente na forma de pedras e utilizada pela via pulmonar. A fumaça do *crack* inalada é conduzida pela circulação sanguínea diretamente dos pulmões para o cérebro em cerca de 6-8 segundos (Boghdadi & Henning, 1997; Afonso, 2007). Os efeitos são efêmeros (3 – 5 minutos) e quase sempre seguidos por um desejo incoercível de repetição do consumo (Afonso, 2007). É uma droga estimulante do sistema nervoso central, que causa o aumento da pressão arterial e aceleração dos batimentos cardíacos (Maraj *et al.*, 2010).

As conseqüências médicas do consumo vão desde queimaduras e bolhas nas pontas dos dedos (Lin, 2008), passando por lesões nas vias aéreas (Restrepo *et al.*, 2007) até a ocorrência aguda de danos e morte (Ribeiro *et al.*, 2006). Podem ser decorrentes de uso agudo ou crônico da substância (Boghdadi & Henning, 1997). O sistema cardiocirculatório é alvo das complicações mais comprometedoras e potencialmente ameaçadoras à vida, tais como angina, infarto agudo do miocárdio e aumento do volume cardíaco, que são os efeitos mais proeminentes

observados sobre o coração (Aslibekyan *et al.*, 2008; Maraj *et al.*, 2010). Outras complicações graves incluem acidentes vasculares cerebrais, arritmias cardíacas, edemas pulmonares, “pulmão de *crack*”, isquemia gastrointestinal, rabdomiólise, insuficiência renal aguda e complicações feto-maternas/neonatais (Boghdadi & Henning, 1997; Restrepo *et al.*, 2007).

Do ponto de vista psiquiátrico e psicossocial, as neuroadaptações decorrentes do uso continuado acentuam as oscilações entre a euforia produzida pelos efeitos agudos da droga e a depressão posterior (Robinson & Berridge, 2008), aumentando a vulnerabilidade para o surgimento de sintomas psiquiátricos (Bell, 1994) e o risco de tentativas de suicídio (Havens, 2006). O padrão de consumo intenso e compulsivo de *crack* está relacionado à índices mais elevados de violência em comparação com os usuários de cocaína inalada (Vaughn *et al.*, 2010). O usuário *crack* comete mais crimes aquisitivos para obtenção da droga e manutenção do consumo (Oliveira & Nappo, 2008). O envolvimento criminal, por sua vez, resulta muitas vezes em acidentes e homicídios, que podem ser considerados também como complicações médicas do consumo da droga (Ribeiro *et al.*, 2007).

O presente capítulo foi elaborado a partir da seleção de artigos ilustrativos das complicações descritas, tomando-se como critério a relevância dos achados, a metodologia utilizada e a proposta de estabelecer uma visão geral sobre as complicações médicas relacionadas ao uso do *crack*.

Overdose

A overdose de cocaína é um conceito recorrente dentro e fora da área da saúde. Apesar de a overdose não-fatal por cocaína ser comumente encontrada (Mesquita *et al.*, 2001), algumas evidências indiretas encontradas na literatura consideram que a substância possui baixo potencial de letalidade, especialmente quando comparada a drogas como os opiáceos (Tabela 4). Levantamentos epidemiológicos sobre casos de overdose realizados no Brasil (Ribeiro *et al.*, 2006), Reino Unido (ONS, 2002), Itália (Prete *et al.*, 2002), Espanha (Sánchez *et al.*, 1995; Torralba *et al.*, 1996) e Austrália (Degenhardt *et al.*, 2005; Darke *et*

al., 2005) encontraram índices de mortalidade exclusivamente relacionados à cocaína entre 2 - 7%.

A exata mensuração desse fenômeno provável é complicada por alguns fatores (EMCDDA, 2004). Em primeiro, as estatísticas disponíveis não indicam corretamente o número de mortes relacionadas ao consumo de cocaína e existem diferenças metodológicas na forma como as informações são fornecidas pelos diferentes países. Em segundo, a presença de cocaína é pouco investigada em óbitos onde a heroína é detectada. Em terceiro, causas mortis naturais, relacionadas ao consumo de cocaína, especialmente, as doenças cardiovasculares, podem passar despercebidas pela avaliação dos legistas. Por outro lado, os usuários de cocaína usualmente relacionam a overdose à ocorrência de sintomas novos ou atípicos, ao estado “passar mal” e mais ainda quando os leva à perda de consciência ou necessidade de auxílio médico (Albeid-Ribeiro, 2010). Esse ponto de vista acaba por superestimar a prevalência da mesma.

As overdoses por cocaína parecem ser mais comuns entre usuários de drogas injetáveis (UDIs) acometidos por problemas cardiovasculares (Karch *et al.*, 1998) e que fazem uso associado de outras substâncias, sejam essas pela via endovenosa (Coffin *et al.*, 2002) ou por outras vias de administração (O’Driscoll, 2001). Por razões ainda pouco exploradas, a overdose, apesar de provável acomete o usuário de *crack* em menor escala, quando comparado com usuários de outras vias de administração.

De um modo geral, a overdose deve ser diagnosticada quando a ingestão de certa quantidade de cocaína foi suficiente para provocar desequilíbrios no funcionamento fisiológico normal, trazendo ameaça real à viabilidade do organismo (Ellenhorn *et al.*, 1997). As manifestações de toxicidade da cocaína capazes de levar ao fenômeno são o bloqueio da recaptção de noradrenalina, estimulação do sistema nervoso central, com ativação simpática do mesmo e o efeito anestésico local, com bloqueio dos canais rápidos de cálcio. O efeito tardio é depressor tanto do cérebro quanto do coração, provocando uma série de

vulnerabilidades (Benowitz, 1992), que serão discutidas nas seções destinadas a cada órgão. Uma primeira aproximação com os mecanismos envolvidos está ilustrada na figura 1.

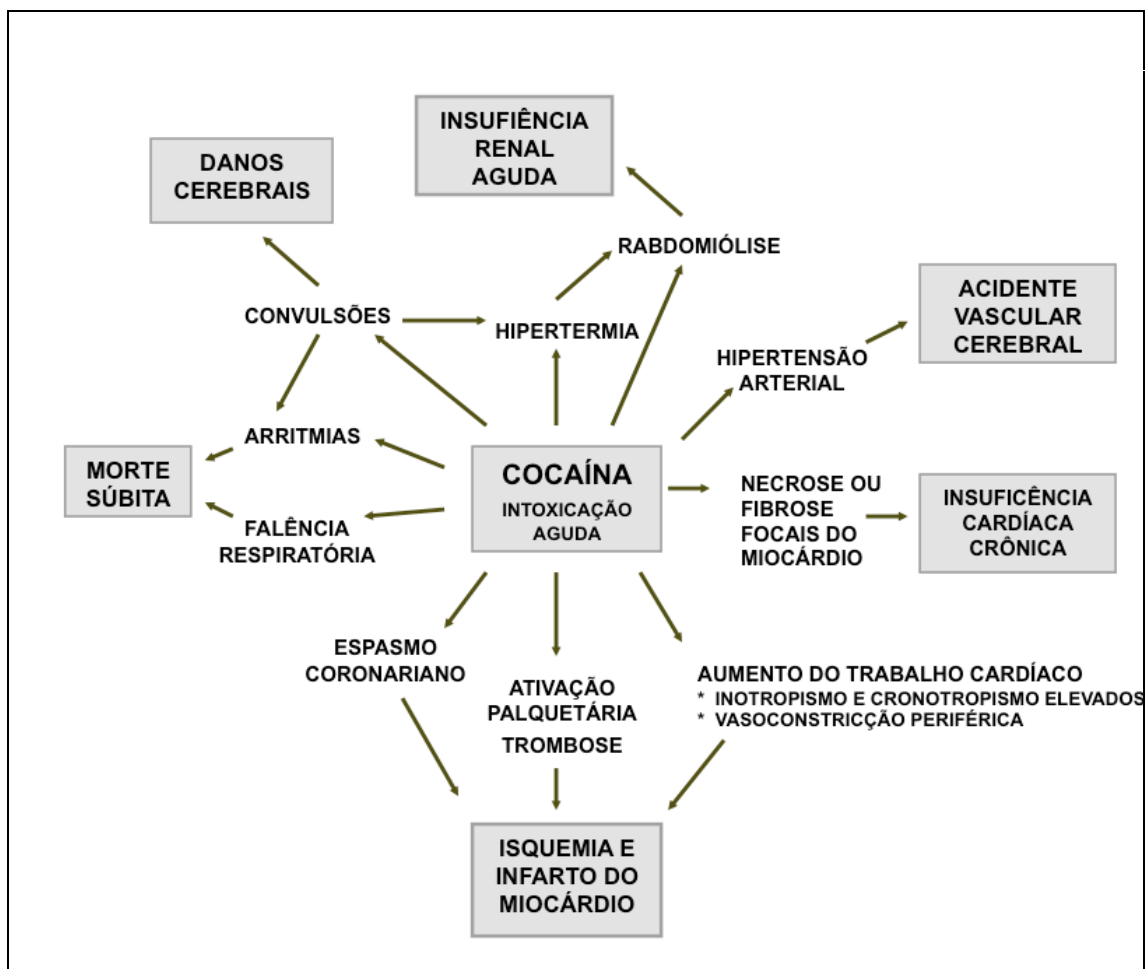


Figura 1: Fisiopatologia das complicações médicas que podem levar à overdose de cocaína. **Extraída de** Benowitz NL. How toxic is cocaine? In: Ciba Foundation Symposium. Cocaine: scientific and social dimentionns. New York: John Wiley & Sons; 1992. PP. 125-42.

Complicações cardíacas

Duas questões justificam a importância do conhecimento da ação das substâncias psicoativas sobre o sistema cardiovascular: a) o consumo de drogas vem crescendo e é um problema de saúde pública no mundo todo (Jones *et al*, 2003); e b) todas as substâncias psicoativas interferem no sistema cardiovascular (Maraj *et al*, 2010). O uso da cocaína está associado à toxicidade aguda ou crônica, e cerca de 5% a 10% dos atendimentos hospitalares de emergência são

secundários ao uso de cocaína (Aslibekyan *et al.*, 2008; Maraj *et al.*, 2010). Dor no peito é o problema médico mais comumente relacionado, sendo responsável pela avaliação de cerca de 64 mil pacientes anualmente com suspeita de infarto do miocárdio, dos quais aproximadamente 57% são admitidos no hospital, resultando num custo anual superior a 83 milhões de dólares nos EUA (Maraj *et al.*, 2007). Há um grande número de complicações cardiovasculares relacionadas com a cocaína, incluindo isquemia miocárdica aguda e infarto, arritmias, morte súbita, miocardite, cardiomiopatia, hipertensão arterial, ruptura da aorta e endocardite (Jones *et al.*, 2003; Afonso *et al.*, 2007; Maraj *et al.*, 2010). Não há nenhuma evidência sugerindo que a ocorrência de uma doença vascular prévia seja um pré-requisito para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares relacionados com a cocaína, embora possa ser um fator de potencialização do risco, como ocorre com a nicotina e o álcool ^(3,4,5).

A cocaína pode causar um aumento da frequência cardíaca e pressão arterial (Fig. 1) de maneira dose dependente. Respostas hemodinâmicas incluem um aumento da frequência cardíaca acima de 34% e um aumento na pressão arterial sistêmica em até 15% ⁽²⁾. Estudos mostraram que a cocaína pode reduzir a função ventricular esquerda e levar a um aumento do estresse parietal sistólico final em cães ⁽²⁾. Localmente, a cocaína tem um efeito anestésico inibindo o início ou a condução dos impulsos nervosos. Isto é conseguido pela diminuição da permeabilidade dos canais de sódio durante a despolarização.

Efeitos Cardiovasculares Potencializadores

Os efeitos potencializadores da cocaína sobre o sistema cardiovascular são decorrentes de sua ação agonista central sobre as monoaminas (bloqueio da recaptação). A cocaína também é capaz de deixar o organismo mais sensível à ação das monoaminas ^(2,4). Seus efeitos potencializadores compreendem:

Aumento da frequência cardíaca

Aumento da pressão arterial

Aumento da contração cardíaca
Aumento do potencial de relaxamento cardíaco
Vasoconstrição coronariana

Efeitos cardiovasculares inibitórios

A ação inibitória costuma ser tardia e relacionada à supressão simpática paradoxal. O mecanismo dessa supressão paradoxal compreende depressão monoaminérgica e bloqueio dos canais rápidos de sódio.

Como o efeito da cocaína sobre o sistema cardiovascular é capaz de ocasionar efeitos antagônicos em diferentes estágios, torna-se extremamente difícil delinear seu comportamento clínico ^(2,4,5). Tal comportamento dual torna o quadro clínico dessas complicações complexo e um tanto imprevisível. Dentre os efeitos inibitórios, destaca-se:

Redução da contração cardíaca
Redução do potencial de relaxamento cardíaco
Diminuição da fração de ejeção
Aumento da vasodilatação

Quadro 1 – Mecanismos Fisiopatológicos das Complicações Cardiovasculares do Uso de Cocaína

Complicações cardiovasculares	Mecanismos fisiopatológicos prováveis
Isquemia Miocárdica e Infarto	Aumento da atividade simpatomimética com aumento da demanda miocárdica de oxigênio Alteração do fluxo de cálcio através da membrana celular dos miócitos Alteração da integridade do endotélio vascular: produção de prostaciclina reduzida Aumento da produção de tromboxano plaquetário Aumento da produção do ativador-inibidor de plasminogênio
Cardiomiopatia e miocardite	Estado hiperadrenérgico produzindo necrose na faixa de contração do miocárdio Efeito tóxico direto da cocaína sobre fibrose intersticial e miofibrilas Reação de hipersensibilidade do miocárdio à cocaína
Arritmias	Aumento das catecolaminas circulantes Inibição da repolarização dos miócitos pelo efluxo de potássio (intervalo QT longo) Isquemia e conseqüente instabilidade elétrica dos miócitos
Endocardite	Possível efeito direto no endotélio
Dissecção de aorta	Aumento da pressão arterial sistêmica, com conseqüente aumento das forças de tensão de cisalhamento

Isquemia Miocárdica e Infarto

A cocaína leva ao aumento da atividade adrenérgica, levando ao aumento da contratilidade e da condução elétrica do miocárdio ^(2,4). O resultado parece ser um aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e conseqüente aumento da demanda miocárdica de oxigênio (Fig. 2). Ao mesmo tempo, ocorre diminuição da oferta de oxigênio do miocárdio, devido à vasoconstricção.

Existe um risco 24 vezes maior de infarto agudo do miocárdio durante os primeiros 60 minutos após o uso de cocaína em pacientes de baixo risco. Infarto agudo do miocárdio tem sido relatado em 0,7% a 6% dos pacientes com dor torácica associada à cocaína ^(2,4,6,8).

Vasoespasmos focais oclusivos, disfunção endotelial, vasoconstrição coronariana difusa ou trombose coronária podem ser responsáveis pela isquemia miocárdica induzida pela cocaína em pacientes com artérias coronárias normais. Aterosclerose coronária prematura tem sido vista em dependentes de cocaína jovens, com doença obstrutiva arterial coronariana (DAC) em 35% a 40% dos pacientes que se submetem a angiografia por dor torácica associada à cocaína (2,6,8).

A disfunção endotelial associada à aterosclerose precoce parece resultar em hipersensibilidade aos efeitos vasoconstritores da liberação de catecolaminas induzida pela cocaína. Assim, o consumo de cocaína associado ao vasoespasmos coronarianos é maior nos vasos doentes em locais de aterosclerose. Evidência experimental sugere que a cocaína altera a integridade do endotélio vascular, reduzindo a produção de prostaciclina, reduzindo assim a vasodilatação (2,4). A cocaína também pode aumentar a agregação plaquetária por mecanismos α -adrenérgicos e potencializar a produção de tromboxano das plaquetas. A administração intranasal de cocaína está associada ao aumento no plasma do fator ativador-inibidor do plasminogênio (2,4,6,8).

Enquanto o vasoespasmos coronarianos focais tem sido postulado como a causa primária de isquemia miocárdica induzida pela cocaína, já foi documentado angiograficamente em pacientes com artérias coronárias normais. (2,4,8) Endotélio danificado no local da constrição arterial focal pode servir como um sítio para a adesividade plaquetária e trombose coronária resultante.

A cocaína provoca a liberação de noradrenalina dos terminais nervosos adrenérgicos o que causa vasoconstrição coronariana difusa de coronárias epicárdicas normais de humanos *in vitro* e *in vivo*. Dois estudos demonstraram que a administração de cocaína intranasal resulta em uma redução significativa do diâmetro coronário (2,4,8).

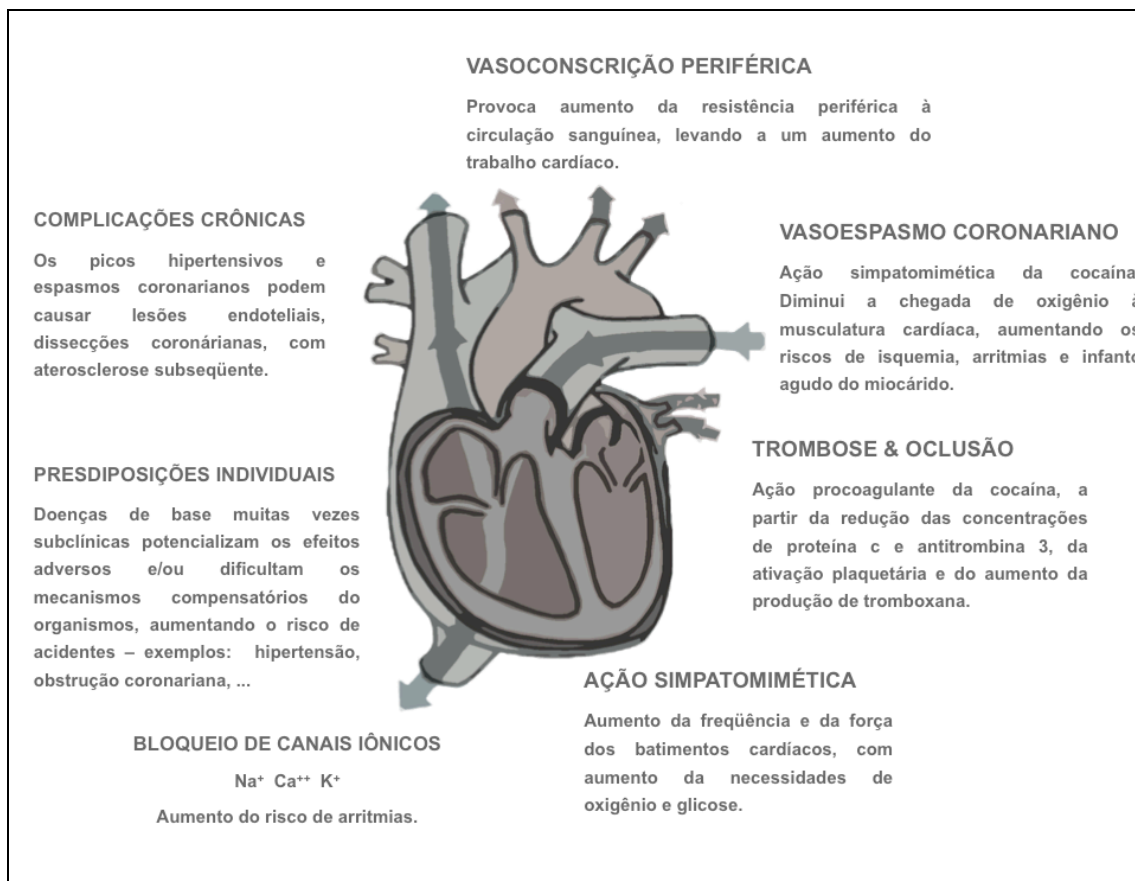


Figura 2: A ação da cocaína sobre o aparelho circulatório provoca aumento do trabalho cardíaco com redução do aporte de oxigênio e glicose para a musculatura do órgão, aumentando o risco de isquemia, arritmias e infarto agudo do miocárdio, especialmente quando há algum déficit de base.

Cardiomiopatia e Miocardite

A cocaína pode deprimir a função ventricular esquerda na ausência de isquemia coronariana aguda por seu efeito inotrópico negativo direto na musculatura cardíaca. Os estudos clínicos ^(2,6,8) têm demonstrado que a cocaína pode estar associada com dilatação ventricular esquerda transitória e diminuição da fração de ejeção. Esta é, muitas vezes, referida como cardiomiopatia transitória tóxica associada ao uso de cocaína, semelhante à cardiomiopatia por catecolaminas que ocorre no feocromocitoma e na síndrome do balonismo apical (ou síndrome apical) ⁽²⁾. Possíveis explicações incluem excesso de catecolaminas levando a danos nos miócitos devido à sobrecarga de cálcio ou de vasoconstricção coronariana com isquemia da célula miocárdica. Há ainda um debate sobre se o aparecimento de um infiltrado de células mononucleares é uma reação secundária a morte do miócito ou se representa uma reação de hipersensibilidade primária a cocaína, com uma miocardite resultante.

Arritmias Induzidas por Cocaína

A cocaína apresenta propriedades de uma classe I de anti-arritmogênicos pelo bloqueio dos canais de sódio. Além disso, prolonga a duração do intervalo QT por inibição da repolarização dos miócitos, o que normalmente ocorre pelo efluxo de potássio. A cocaína também aumenta o cálcio intracelular com conseqüente ação na despolarização, bem como, reduz a atividade vagal e aumenta a irritabilidade dos miócitos por induzir isquemia. Quando combinada com sua capacidade simpatomimética, as arritmias podem ocorrer. Há relatos de que a cocaína pode produzir um tipo de padrão eletrocardiográfico transitório de Brugada ^(1,2,4), cuja importância clínica não é conhecida. De importância clínica, estudos em animais e humanos mostraram que a cocaína precipita arritmias e fibrilação ventricular, principalmente na presença de isquemia miocárdica, infarto ou naqueles pacientes com dano miocelular não-isquêmico. ^(2,4) Endocardite e dissecção aórtica também são complicações devidas ao abuso de cocaína, que podem estar relacionadas ao efeito direto da cocaína no endotélio e ao aumento na pressão arterial sistêmica, respectivamente.

Considerações Finais Sobre os Efeitos Cardiovasculares do Crack

A dor torácica induzida por uso de cocaína/*crack* é uma apresentação comum nos atendimentos de emergência nos Estados Unidos. Isto ocorre em grande parte devido a ação pró-trombótica e hiperadrenérgica da cocaína. A cocaína/*crack* pode provocar arritmias fatais e aumentar o risco de endocardite. No quadro agudo, a maioria dos pacientes com dor torácica associada a cocaína são admitidos e permanecem por pelo menos 24 horas em acompanhamento ⁽²⁾. A terapia é amplamente baseada na administração de oxigênio suplementar, a aspirina, nitratos e benzodiazepínicos, se os pacientes se apresentam com taquicardia, hipertensão, ou ansiedade. O papel dos β -bloqueadores no tratamento da isquemia miocárdica induzida pela cocaína permanece controverso. O manejo do infarto agudo do miocárdio induzido pelo uso de cocaína/*crack* deve seguir as recomendações da AHA sobre o tratamento da dor no peito induzida por cocaína.

Complicações respiratórias

Embora a verdadeira frequência e extensão da lesão pulmonar causada pelo *crack* ainda seja incerta, a sua utilização tem resultado em um amplo espectro de complicações pulmonares. ⁽¹⁰⁾ A cocaína pode produzir complicações pulmonares agudas tanto pela forma inalada, fumada ou intravenosa.

Os sintomas mais comuns observados são: dor torácica, dispnéia, tosse seca ou com eliminação de sangue e/ou material escuro (resíduos da combustão) e febre. Em geral se desenvolvem horas após o uso, mas podem ocorrer em minutos. São mais comuns na forma fumada da cocaína (*crack*), que é a forma mais popular usada atualmente. ⁽¹⁾Todos os componentes estruturais do pulmão podem ser lesados causando disfunções pulmonares diversas.

Embora 25 a 60% dos usuários de *crack* apresentem sintomas respiratórios após fumarem, poucos procuram assistência médica por isso. ⁽¹¹⁾

Quadro 2: Complicações Respiratórias da Cocaína

Lesões das vias aéreas

Exacerbação da asma

Infiltrações pulmonares com eosinofilia

Bronquiolite obliterante

Hemorragia pulmonar

Edema pulmonar

“Pulmão de *crack*”

Pneumomediastino

Pneumotórax

Pneumopericárdio

Enfisema subcutâneo

Hipertensão Pulmonar

Infarto Pulmonar

Linfonodomegalias

Susceptibilidade à infecções

Lesões das Vias Aéreas

A agressão térmica, a inalação de impurezas, o efeito anestésico local e a vasoconstricção são os principais responsáveis pelas lesões das vias aéreas.

A necrose da cartilagem nasal e perfuração do septo nasal, assim como as úlceras de orofaringe, podem ser causadas pela inalação da cocaína. Estas complicações ocorrem devido aos efeitos vasoconstritores que produzem necrose isquêmica da mucosa.

A capacidade da cocaína de anestésiar a cavidade oral e a árvore traqueobrônquica, além de deprimir o sensorio, predispõe às complicações pulmonares.

A inalação de vapores excessivamente quentes do *crack* ou a inflamação inalatória do éter (componente da forma freebase da cocaína) podem causar inflamação aguda e necrose. Isso pode envolver a base da língua e epiglote, as cordas vocais, a área subglótica e traquéia, e resultar em cicatrizes nestas áreas. Queimaduras térmicas do aparelho respiratório devem ser suspeitadas em pacientes que têm queimaduras de boca e nariz, pêlos nasais chamuscados, escarro carbonáceo, chiado, rouquidão ou dispnéia.

O escarro de cor preta, que é comum entre dependentes de cocaína, é devido à inalação de impurezas carbonáceas não-voláteis provenientes dos materiais usados na combustão da cocaína, como isqueiros de butano, fósforos, ou algodão embebido em álcool.

A inalação de talco, celulose ou sílica, que são muitas vezes misturados, podem causar granulomas pulmonares ou reação pneumoconiose-like. Estas condições são diagnosticadas na radiografia de tórax pela presença de infiltrados intersticiais difusos e pelo exame histopatológico de biópsias transbrônquicas que demonstram granuloma de corpo estranho no parênquima pulmonar. ⁽¹⁾

Doenças Imunologicamente Mediadas

Pneumonite por hipersensibilidade pode ocorrer após o uso do *crack*. A cocaína pode atuar como um antígeno e induzir a produção de Ig E. Na sua reexposição, uma reação antígeno-anticorpo ocorre na superfície dos mastócitos degradando-

os. Com isso, há liberação de histamina, serotonina e fator quimiotático eosinofílico no pulmão ocasionando lesão tecidual.

A cocaína também pode combinar-se com a albumina ou globulina e induzir uma reação imunológica caracterizada por pneumonite por hipersensibilidade. Ela é caracterizada por febre, dispnéia, sibilos, tosse produtiva e eosinofilia sanguínea e broncoalveolar. Infiltrados intersticiais e alveolares estão presentes na radiografia de tórax.

Menos freqüentemente, a cocaína também pode causar bronquiolite obliterante. Nesses casos, a clínica é semelhante, mas não há eosinofilia sanguínea ou broncoalveolar. O diagnóstico é pela biópsia pulmonar, através da presença de tecidos de granulação fibroinflamatórios dentro da luz bronquiolar e espaços alveolares adjacentes. Também são comuns infiltrados inflamatórios crônicos intralveolares e intersticiais.

A inalação de cocaína pode induzir ou exacerbar a asma brônquica devido à ação irritativa direta nas vias aéreas e dano direto das células epiteliais brônquicas expondo e estimulando os receptores vagais, e, assim, causando broncoconstrição e tosse. Também pode aumentar a temperatura e a concentração de íons hidrogênio no lúmen brônquico e, assim, promover hiperreatividade brônquica e hipersecreção. ⁽¹⁾

Hemorragia Pulmonar e Lesões vasculares Pulmonares

Hemorragia pulmonar e sangramento pulmonar oculto ocorrem com freqüência entre abusadores de cocaína. Hemoptise ocorre em 6% a 26% dos usuários ⁽¹⁾. A cocaína pode causar constrição arterial brônquica, dano isquêmico, e hemorragia intersticial e alveolar. Lesão tóxica direta do epitélio alveolar e membrana basal pulmonar podem ser causadas pelas impurezas tóxicas inaladas concomitantemente. Infarto pulmonar causado por uso de cocaína é raro devido à oferta dual de sangue pelas artérias pulmonares e brônquicas. No entanto, *binges* de cocaína, ou a utilização recorrente dela durante curtos intervalos podem produzir infarto pulmonar. Isto é devido ao espasmo vascular, injúria do endotélio arterial e agregação plaquetária.

A hipertrofia da muscular média das artérias pulmonares ocorre em cerca de 20% dos indivíduos que cronicamente abusam de cocaína. Esta é uma resposta idiossincrática e não depende da dose, frequência ou da via de administração. Hipertrofia das artérias pulmonares nestes pacientes pode levar ao *Cor pulmonale*.⁽¹⁾

Edema Pulmonar

O edema pulmonar é demonstrado em 77%-85% das mortes relacionadas com cocaína em autópsias.⁽⁹⁾

O edema pulmonar agudo causado pelo consumo de cocaína pode ser explicado por causas:

Não-cardiogênicas: aumento da permeabilidade capilar pulmonar devido à toxicidade direta da cocaína ou impurezas. Além disso, a descarga adrenérgica abrupta aumenta a pressão capilar pulmonar e causa danos capilares. Enquanto houver aumento da permeabilidade capilar o edema persiste. Se não há mais exposição à cocaína, o edema não cardiogênico pode resolver.

Cardiogênico: ocorre devido à insuficiência ventricular esquerda. Isto é causado pelo acentuado aumento da resistência vascular sistêmica por descarga adrenérgica somado à incapacidade do ventrículo esquerdo de manter um débito cardíaco normal - com conseqüente congestão pulmonar. Ele pode se resolver com a normalização destes parâmetros.⁽¹⁾

“Pulmão de Crack”

Refere-se à síndrome pulmonar aguda que ocorre após o uso do *crack*, caracterizada por: febre, hipoxemia, hemoptise, falência respiratória e infiltrado alveolar difuso. As manifestações radiológicas consistem de infiltrado intersticial difuso, opacidades parenquimatosas alveolares que afetam principalmente regiões pulmonares superiores e médias. Derrames pleurais também podem estar presentes. A fisiopatologia deste quadro é pela associação de hemorragia alveolar com pneumonite por hipersensibilidade que apresenta boa resposta a corticoterapia.⁽⁹⁾

Pneumomediastino, Pneumotórax e Pneumopericárdio

O barotrauma se desenvolve em decorrência de períodos inspiratórios prolongados seguidos de expiração contra a epiglote fechada (ou seja, manobra de Valsalva). Desta maneira há uma rápida absorção da substância com intensa estimulação do sistema nervoso central e euforia. Ocasionalmente, ventilação com pressão positiva com a boca em contato direto com a boca de outra pessoa é usada para aumentar a absorção da cocaína.

O aumento súbito e significativo da pressão nas vias aéreas predispõe à ruptura alveolar e o ar livre diseca ao longo dos espaços peribrônquicos para o mediastino, ou ao longo das bainhas fasciais para espaços do pescoço. Pode também ocorrer ruptura da pleura. Estas condições podem resolver-se espontaneamente e nem sempre necessitam de drenagem de tórax. ⁽¹⁾

Susceptibilidade a Infecções

Ainda há poucos estudos que relacionam diretamente o risco de tuberculose e outras infecções em usuários de *crack* e cocaína. No entanto, as especulações sobre o aumento do risco se baseiam nos danos pulmonares secundários ao uso do *crack*. O ato de fumar altera a função dos macrófagos alveolares e a produção de citocinas prejudicando a função antimicrobiana e antitumoral. Com isso há aumento da susceptibilidade ao câncer e à infecções como tuberculose e AIDS. ⁽¹⁰⁾

Maior risco de exposição aos bacilos de Koch pode ser atribuível, também, aos fatores de estilo de vida, como: partilha prolongada de ambientes fechados (“casas de *crack*”, habitação, prisão,...), abuso de outras drogas e álcool, tosse intensa e desnutrição, podendo, inclusive, resultar em rápida progressão da doença. Estudos adicionais são necessários para investigar o possível papel biológico do *crack* e o desenvolvimento de TB. ⁽¹²⁾

Complicações neurológicas

Quadro 3: Complicações Neurológicas

Cefaléias
Crises convulsivas
Acidentes Vasculares Cerebrais
Atrofia cerebral
Vasculite cerebral
Transtornos do Movimento

Cefaléias

A cefaléia associada à cocaína pode estar presente durante um episódio de uso abusivo, minutos após o uso ou durante a síndrome de abstinência. Entre os dependentes de cocaína até 60-75% relatam dores de cabeça severas relacionadas ao uso da droga. Parece haver uma relação entre a dose ingerida e a prevalência de cefaléias. ^(1,46)

Apesar da maioria das causas terem uma origem benigna, a cefaléia aguda pode também ser um sinal de eventos graves como: acidente cerebrovascular, hemorragia intracraniana, endocardite, abscesso cerebral, etc.

Alguns autores postulam que dores de cabeça aguda após uso de cocaína podem dizer respeito aos efeitos simpatomiméticos ou vasoconstrictores, enquanto dores de cabeça após a retirada da cocaína ou agravadas durante um “binge” podem estar relacionadas com alterações do sistema serotoninérgico. ⁽⁴⁶⁾

Crises Convulsivas

O acúmulo de neurotransmissores em pacientes dependentes do *crack*/cocaína pode provocar episódios convulsivos através da estimulação intensa, principalmente serotoninérgica, do sistema nervoso central. A cocaína pode

causar crise convulsiva tônico-clônica generalizada ou focal pelas diversas vias de administração da droga e, durante o uso agudo ou crônico da substância.

A maioria dos episódios ocorre durante o período de pico de concentração plasmática. Porém, se ocorrer após 12 horas do uso pode ser decorrente dos metabólitos ativos da cocaína, de isquemia ou hemorragia localizada. ⁽¹⁾

A cocaína também pode diminuir o limiar convulsivo e precipitar crises em pacientes com histórico de convulsões não relacionadas à cocaína através do fenômeno de “Kindling”. O termo foi criado por Goddart (1969) para definir um fenômeno de sensibilização, no qual estímulos elétricos sub convulsivos, repetidos e intermitentes, levam ao desenvolvimento de [convulsões](#) generalizadas; ou seja, com o uso crônico de *crack*, a resposta neuronal é intensa mesmo perante baixas doses da substância⁽¹⁾.

A acidose metabólica e a hipertermia, também podem precipitar convulsões. Elas ocorrem devido ao aumento da atividade muscular, vasoconstrição periférica e comprometimento da dissipação do calor e da regulação térmica no hipotálamo.

Doença Cerebrovascular

O acidente vascular cerebral (AVC) é a terceira causa mais comum de morte nos países desenvolvidos ^(49,53,54). Na Inglaterra e País de Gales, 1000 pessoas com idade inferior a 30 anos têm um AVC a cada ano ⁽⁵³⁾. A cocaína/*crack* é a droga mais comumente relacionada.

O primeiro relato de AVC induzido por cocaína data de 1977 ⁽⁵³⁾. Com o desenvolvimento e disseminação do uso do “*crack*” na década de 1980, houve um aumento significativo no número de relatos de caso descrevendo-se os AVCs isquêmicos e hemorrágicos associados ao uso de cocaína. Um aspecto importante a ser considerado é que não há, necessariamente, a presença de fatores de risco para que ocorra um AVC associado ao uso da cocaína. ⁽⁴⁷⁾

O mecanismo exato de ocorrência do AVC induzido por cocaína ainda não está claro ^(53,54) e, há probabilidade de haver um número de fatores envolvidos, incluindo vasoespasmo, vasculite cerebral, aumento da agregação plaquetária, cardioembolismo e picos hipertensivos associados com a alteração da autorregulação cerebral.

Estudos em animais sugerem que a endotelina-1 é um importante mediador do vasoespasmo cerebral induzido por cocaína ^(53,54). A dopamina desempenha um papel central no controle cerebral do fluxo sanguíneo. Vasoespasmo e isquemia em usuários de cocaína podem, portanto, estar relacionados ao aumento da disponibilidade de dopamina nestas áreas.

A cocaína, especialmente na sua forma alcalóide ("*crack*"), tem sido cada vez mais associada à doença cerebrovascular. Antes da epidemia do *crack*, o cloridrato de cocaína (HCl), forma inalada ou intra-nasal, também foi implicado como causa de acidente vascular cerebral. No entanto, pouco se sabe sobre as diferenças de subtipo de AVC, a idade de início da ocorrência ou a presença de doença cerebrovascular estrutural subjacente às diferentes formas de uso de cocaína (fumada ou intra-nasal). Estudos comparativos ⁽⁴⁹⁾ mostraram que acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos são igualmente prováveis após uso de *crack*. No entanto, acrescentam que a cocaína inalada, provavelmente, cause maior número de acidente vascular cerebral hemorrágico (cerca de 80%), sendo cerca de metade das hemorragias intracranianas ocorridas a partir da ruptura de aneurismas saculares cerebrais e malformações vasculares. O infarto cerebral foi significativamente mais comum entre os usuários de *crack* do que nos usuários de cocaína inalada ou parenteral. Parece haver prevalência do AVC hemorrágico no uso intravenoso de cocaína. Concluímos que a patogênese do infarto cerebral relacionada com a cocaína é heterogênea e depende, em parte, da forma de cocaína usada, não havendo um consenso sobre o tipo de AVC prevalente (isquêmico ou hemorrágico).

Transtornos dos Movimentos

O abuso de cocaína está associado a uma ampla gama de distúrbios do movimento decorrente do acúmulo de dopamina nas regiões dos gânglios da base. Incluem a distonia aguda, exacerbação da síndrome de Tourette, tiques motores, movimentos coreoatetóides, discinesia tardia e acatisia. (1, 51)

Os pacientes com acatisia e movimentos coreoatetóides transitórios que duram cerca de 2 a 6 dias são conhecidos como “*crack dancers*”. (1,50 e 51)

Outras Implicações

Existem poucos estudos de alterações estruturais cerebrais secundárias à dependência *crack* e cocaína, especialmente após um período de abstinência sustentada. A atrofia preferencial da substância cinzenta pré-frontal associada com abuso de álcool já foi sugerida. Fein e cols. (48) sugerem que a dependência *crack/cocaína* está associada com redução de volume no córtex pré-frontal presente após seis semanas de abstinência (e, portanto, não são efeitos agudos do uso de cocaína). A comorbidade com dependência de álcool não teve efeito adicional sobre a redução do volume pré-frontal cortical ou sobre alterações neuropsicológicas em indivíduos dependentes de cocaína. As reduções de volume do córtex pré-frontal estão associadas a piores desempenhos em testes de função executiva.

A cocaína afeta a percepção sensorial e atenção, mas pouco se sabe sobre os substratos neurais subjacentes a estes efeitos no cérebro humano (52). Estudos utilizando a ressonância magnética funcional (RMF) e uma tarefa de atenção sustentada visuoespacial foram realizados para avaliar se a rede de atenção visual é disfuncional em dependentes de cocaína (52). Comparados com os controles, os abusadores de cocaína apresentaram: 1) a ativação do hipotálamo, o que pode refletir 2) hiper-ativação em córtex pré-frontal e occipital, o que, por sua vez, pode refletir aumento do processamento visual cortical para compensar a ineficiência visual e 3) desativação maior das regiões parietal e frontal,

possivelmente para apoiar maior oferta hemodinâmica para as regiões do cérebro hiper-ativadas.

Complicações gastrointestinais

A isquemia aguda gastrointestinal é a complicação gastrointestinal mais freqüente. Ocorre por vasoconstricção arterial intensa provocada pela estimulação dos receptores alfa-adrenérgicos das artérias gástricas e mesentéricas. Há risco de ulceração e perfuração gastroduodenal, infarto e perfuração do jejuno, íleo e intestino grosso além de colite. ⁽¹⁾

Um exemplo extremo da farmacologia dos efeitos da cocaína ocorre em embaladores "corpo" ou "mulas". Essas pessoas chegam a engolir 3-7 gramas de cocaína selados em preservativos para fins de tráfico de drogas. No entanto, os pacotes de cocaína podem obstruir o trato digestivo e romper, como resultado da exposição prolongada a fluidos digestivos. Além disso, os preservativos disponíveis comercialmente podem ser permeáveis aos líquidos gastrointestinais e permitir a fuga de cocaína para a luz. A liberação de grande quantidade de cocaína no trato gastrointestinal e na circulação pode causar convulsões, arritmias cardíacas malignas, e, finalmente, morte.

A cocaína também pode produzir necrose hepatocelular aguda e subaguda.

Quadro 4: Complicações Gastrointestinais do uso da Cocaína ⁽¹⁾

Ulçeração/perfuração gastroduodenal
Infarto enteromesentérico / perfuração gastroduodenal
Pneumoperitônio
Colite

Ulçeração e Perfuração Gastroduodenal.

A ulceração/perfuração gastroduodenal ocorre em pessoas com idade média de

30 anos (variação de 22-48 anos), em contraste com a ulceração péptica cujas idades variam entre 48 e 65 anos. Cerca de 75- 80% dos pacientes com ulceração induzida por cocaína não tinham história prévia de úlcera péptica. Esses pacientes desenvolvem dor abdominal aguda durante ou dentro de três dias de uso da substância. ⁽¹⁾

A ulceração pode ocorrer na primeira parte do duodeno, região pré-pilórica, canal pilórico ou curvatura maior do estômago. Esta distribuição contrasta com úlcera/perfuração pépticas que ocorrem principalmente no bulbo duodenal.

Nos pacientes que abusam de cocaína a isquemia vascular gástrica é a principal causa de ulceração e perfuração. Pela ação anticolinérgica, a cocaína produz hipomotilidade gástrica, retardo no esvaziamento gástrico e prolonga a exposição ao ácido clorídrico, o que contribui para a formação de úlcera. ⁽¹⁾

Quadro 5: Características de Pacientes com perfuração gastroduodenal ⁽¹⁴⁾

Característica	Grupo 1-Uso de <i>Crack</i>	Grupo 2- Sem <i>crack</i>
Idade (média/anos)	30	40
Sexo		
Homens (%)	89	61
Mulheres (%)	11	39
História de UP*(%)	22	61
Tratamento		
Omentopexia (%)	100	94
Antrectomia/Vagotomia (%)		6
*UP: úlcera péptica		

Isquemia Intestinal Aguda e Perfuração

A isquemia aguda do intestino pode produzir petéquias na mucosa, edema, ulcerações, necrose e perfuração. Ocorre em indivíduos entre as idades de 27 e 38 anos, sem história prévia de problemas gastrointestinais e que consomem grandes quantidades de cocaína. Por vasoconstricção mesentérica a cocaína também pode produzir colite com necrose da mucosa e submucosa, hemorragia e conseqüente invasão bacteriana. ⁽¹⁾

Pneumoperitônio

Com a distensão e ruptura alveolar, o ar livre disseca ao longo dos planos fasciais, tecidos moles do mediastino e retroperitônio. Nestes casos não há perfuração intra-abdominal de vísceras ocas tampouco contaminação. Outros diagnósticos diferenciais de pneumoperitônio relacionados à cocaína ou seus derivados são mais graves como a enterocolite isquêmica. ⁽¹³⁾

Complicações renais

O consumo de cocaína é responsável por causar alterações renais tanto de maneira aguda como crônica. O primeiro relato da associação entre cocaína e insuficiência renal aguda (IRA) foi com a rabdomiólise ⁽¹⁵⁾. Na atualidade, continua a ser a forma mais comum de patologia renal induzida pela cocaína. A rabdomiólise é uma síndrome clínica causada pela liberação do conteúdo das células musculares para o plasma. Além do uso da cocaína a literatura cita ⁽¹⁶⁾ diversos fatores etiológicos capazes de desencadear esta síndrome e os principais são: trauma da musculatura esquelética, exercício extremo e o alcoolismo. Outros fármacos que podem causar esta síndrome são: anfetaminas, heroína, anfotericina B, fenfluramina, ácido amino caprónico, fenciclidina, eritromicina e lovastatina ⁽¹⁷⁾. Esta doença pode cursar na sua forma branda, praticamente sem sintomatologia clínica, ou então, progredir para a IRA e nos casos extremos pode até causar a morte. Os pacientes portadores desta síndrome podem apresentar mialgia e edema muscular. A elevação da creatino-

fosfoquinase (CPK) ^(17,18), LDH e TGO confirmam o diagnóstico desta doença. A CPK é a enzima mais sensível para diagnosticar a lesão muscular. Fine e cols. avaliando a casuística de 72 pacientes com rabdomiólise, constatou que a maioria dos indivíduos havia usado a cocaína na forma injetável, isolada ou em combinação com heroína. As características clínicas da IRA grave estão relacionadas no Quadro 6: ⁽¹⁸⁾

Quadro 6: Características clínicas da IRA grave ⁽¹⁸⁾

1. Hipotensão arterial (<70 mm Hg)
2. Hipertermia (> 38,5^o C)
3. Oligúria (< 400 mL/24 h)
4. Creatino-quinase (> 10.000 U/L)
5. Ritmo de filtração glomerular estimado (< 15 mL.min⁻¹/ 1,73 m²)
5. Creatinina - IRA grave 5 mg/dL (2,7-15) X IRA branda 1,8 mg/dL (0,7-3,7)
6. Potássio (mEq/L) - IRA grave 6 ± 1,4 X IRA branda 4,3 ± 1,15
7. Contagem de leucócitos - IRA grave 15.9 ± 5,4 X IRA branda 10,8 ± 5,5 (1000 células/mm³)

A cocaína pode causar rabdomiólise por vários fatores:

1. A ação simpatomimética desta droga provoca vasoespasmo com a consequente hipoxia tissular e necrose do miócito. Este efeito é mais comum com o consumo da cocaína por via endovenosa;
2. Traumatismo muscular causado pela intensa agitação do paciente;
3. Efeito tóxico direto da cocaína sobre o tecido muscular.

A IRA é uma complicação da rabdomiólise grave que tem como etiologia: mecanismos de isquemia renal por depleção de volume; obstrução tubular pelo pigmento heme; lesão tubular pelo ferro livre e; diminuição do fluxo sanguíneo renal pela ação vasoconstrictora da cocaína.

O manejo destes pacientes inicia com o diagnóstico precoce da síndrome e o emprego de generosa hidratação, alcalinização da urina com bicarbonato de sódio, uso de diuréticos como o manitol e furosemida ⁽¹⁶⁾.

Como efeito agudo a cocaína, também, pode induzir infarto isquêmico renal, graças ao seu potente efeito vasoconstritor e as alterações induzidas na agregação plaquetária e no aumento da síntese de troboxano A2. O tratamento da IRA causada pelo infarto renal pode ser feito com o emprego de anticoagulantes. Inicialmente pode ser utilizada a heparina que posteriormente pode ser substituída por dicumarínicos. Nestes pacientes, o tratamento com anticoagulantes é mantido por aproximadamente 6 meses⁽¹⁹⁾. Está descrito ainda o uso de trombolíticos, aspirina e nefrectomia, mas, não há nenhum consenso a respeito do tratamento desta afecção ⁽²⁰⁾.

Na forma crônica a cocaína e o *crack* causam modificações hemodinâmicas, estruturais renais, aumento do estresse oxidativo, da matriz mesangial, fibrose túbulo-intersticial e aterogênese. A cocaína tem potente efeito vasoconstritor sobre a camada da musculatura lisa do vaso. O mecanismo íntimo deste fenômeno é pouco conhecido, mas sabe-se que há aumento intracelular de cálcio, síntese de endotelina, produção de catecolaminas pela medula adrenal e, simultânea diminuição da recaptção nas sinapses^(21,22) Em resumo, o possível fator desencadeante das alterações renais crônicas é a hipertensão arterial essencial ou a causada pelo consumo da cocaína ^(23,24).

Cocaína usada na gestação: implicações para a mãe, feto e o neonato.

Uma vez no organismo, tanto o *crack* como a cocaína agem de maneira similares; no entanto, os efeitos do *crack* podem ser ampliados devido à sua maior potência. Estudos têm mostrado que um número significativo de mulheres em idade fértil está usando ativamente a cocaína ⁽²⁵⁾.

Os efeitos farmacológicos da cocaína são neutralizados pelas colinesterases no plasma e fígado. As atividades das colinesterases estão em níveis relativamente baixos em mulheres grávidas, fetos e recém-nascidos, tornando estes mais vulneráveis aos efeitos tóxicos da droga ⁽²⁵⁾. A gravidez aumenta a toxicidade cardiovascular da cocaína ⁽²⁶⁾. A progesterona aumenta a metabolização da cocaína para seu metabólito ativo (norcocaína) e, aumenta também a sensibilidade dos receptores alfa-adrenérgicos.

As complicações cardiovasculares resultantes do efeito da cocaína, tais como, isquemia ou infarto do miocárdio são maiores na gravidez em virtude da maior demanda pelo oxigênio durante a gestação. Por sua vez, a cocaína atua nas três grandes determinantes da demanda de oxigênio do miocárdio: frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade do ventrículo esquerdo ⁽²⁷⁾.

A cocaína tem baixo peso molecular que, associada à hidrossolubilidade e à lipossolubilidade, permite uma difusão transplacentária rápida. Conseqüentemente, os níveis sanguíneos e teciduais desta droga são elevados no feto ⁽²⁷⁾. Foi demonstrado que a injeção em bolus de 0,5 a 1,0 mg·kg⁻¹ ⁽²⁵⁾ de cocaína em ovelhas durante a gestação causa taquicardia e hipertensão arterial, tanto na mãe como no feto. A concentração plasmática materna de norepinefrina elevou-se em aproximadamente 200 % e houve redução do fluxo sanguíneo uterino, de maneira dose dependente, resultando em hipóxia fetal em 40 % dos animais estudados ⁽²⁸⁾.

Efeitos da cocaína sobre o feto

Nas mulheres grávidas, a vasoconstrição placentária também ocorre, resultando na diminuição do fluxo sanguíneo para o feto. A diminuição do fluxo sanguíneo placentário e o aumento da concentração de norepinefrina estão associados ao aumento da contratilidade uterina em seres humanos.

Dependendo do tempo e da duração da exposição, as implicações do uso da cocaína para a mãe e para o feto podem ser divididas em efeitos agudos e crônicos. Os efeitos agudos são: ruptura prematura das membranas, maior incidência de placenta prévia, parto prematuro, disritmia cardíaca, ruptura hepática, taquicardia fetal, hipertensão arterial, morte fetal intra-uterina, infarto/isquemia cerebral e morte materna⁽²⁹⁻³⁵⁾. O uso crônico da cocaína, durante a gravidez, pode afetar os sistemas 5-HT (serotoninérgico) e das catecolaminas (dopamina, adrenalina e noradrenalina), no desenvolvimento fetal ⁽³⁶⁾.

Vários estudos têm mostrado que a cocaína no período pré-natal produz alterações bioquímicas e estruturais no cérebro do feto. Na vida pós-natal pode ser manifestada por deficiências no aprendizado. Entretanto, a possibilidade de

anomalias congênitas é ainda controversa. Em geral, os registros de anomalias congênitas mais freqüentes são as anormalidades urogenitais, cardiovasculares, do sistema nervoso central e musculo-esqueléticas. Estes defeitos congênitos têm sido registrados em neonatos cujas mães fizeram uso da cocaína na fase inicial da gravidez.

Para que sejam estabelecidas condutas com relação ao uso de cocaína na gravidez, o médico deve seguir as seguintes recomendações: (1) história do uso de drogas deve ser investigada em todas as pacientes; (2) aconselhamento profissional visando à motivação para a abstinência; (3) devem ser considerados testes periódicos na urina com a finalidade de encorajar a abstinência; (4) internações para desintoxicação ou prolongada em casos de difícil manejo e refratariedade às abordagens ambulatoriais e (5) testes na mãe e no neonato podem ser úteis em situações clínicas não esclarecidas de prematuridade e de placenta prévia.

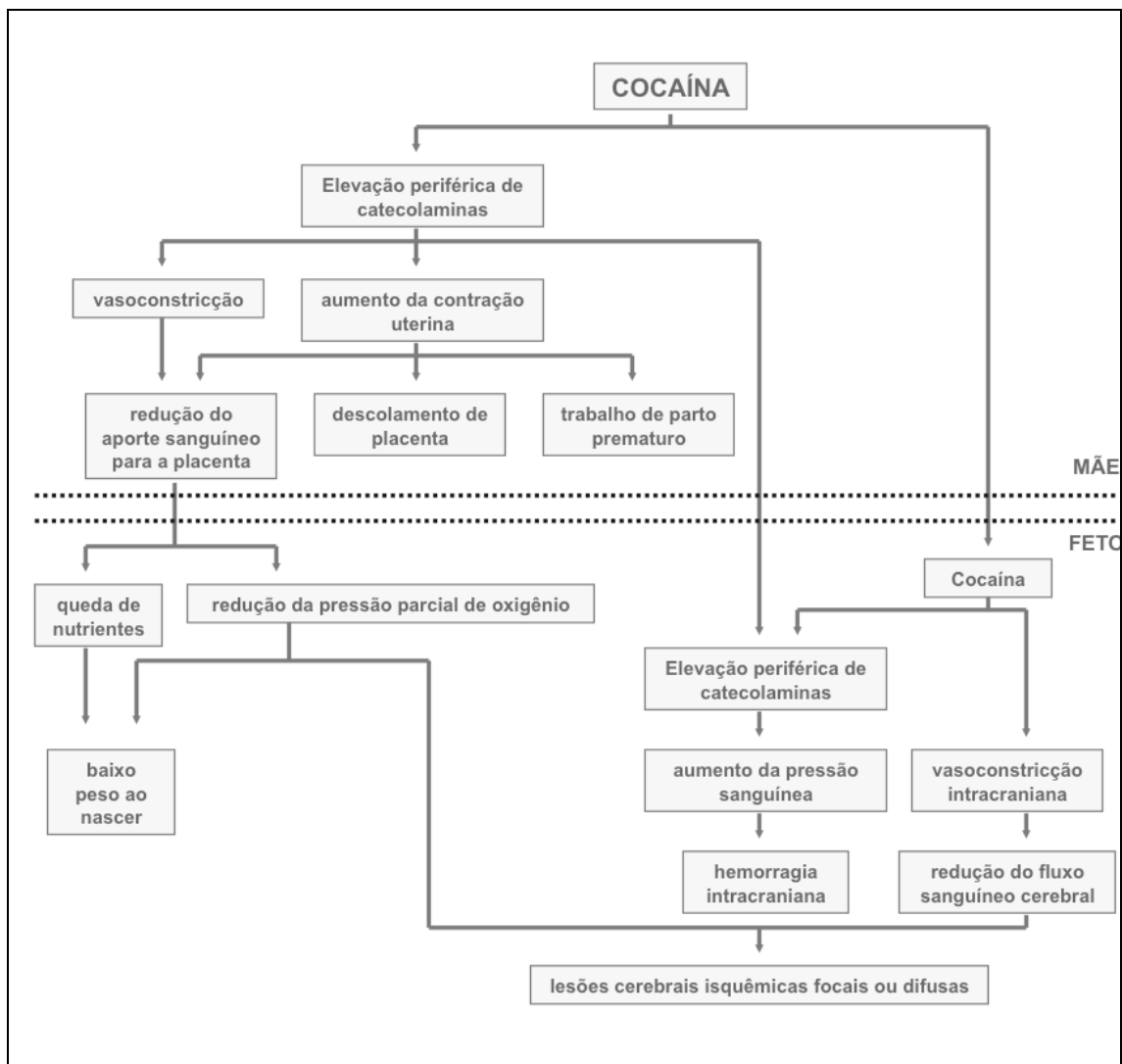


Figura 3: Mecanismo de ação da cocaína sobre mãe e feto durante a gravidez. Extraída de Benowitz NL. How toxic is cocaine? In: Ciba Foundation Symposium. Cocaine: scientific and social dimensions. New York: John Wiley & Sons; 1992. PP. 125-42.

Quadro 7: Complicações feto-maternas e neonatais pelo uso da cocaína na gestação

Complicações materno-fetais

Parto prematuro

Placenta prévia

Ruptura prematura de membranas

Diminuição da perfusão uteroplacentária

Sofrimento fetal

Taquicardia fetal

Hipertensão arterial fetal

Morte fetal

Complicações neonatais

Irritabilidade

Síndrome de abstinência

Isquemia miocárdica

Infarto do miocárdio

Discussão

A primeira epidemia da cocaína começou quando esta foi introduzida nos Estados Unidos na década de 1880 ⁽¹⁾. Naquela época, havia a crença generalizada de que era uma droga segura e não causava dependência. No entanto, complicações induzidas pela sua dependência ocorreram e, as pessoas, aos poucos, perceberam os riscos de acidentes graves decorrentes do seu uso. No final dos anos 1970 e início de 1980, teve início a segunda epidemia de cocaína em que houve um aumento substancial de complicações causadas por ela devido à pronta disponibilidade e baixo custo do *crack* ⁽¹⁾.

As complicações ocorrem em jovens de todos os grupos sociais - que são os maiores usuários de cocaína, e que estão nos períodos mais produtivos de suas

vidas. Além disso, são complicações graves e potencialmente fatais que podem causar disfunção e dano substancial de todos os principais órgãos do corpo (AVC agudo, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, edema pulmonar, rabdomiólise e insuficiência renal aguda).

Um preparo adequado por parte dos profissionais que atuam nos atendimentos de emergência e atenção básica consiste em estar atento às manifestações clínicas e complicações do uso do *crack*/cocaína. Além do seu consumo estar atingindo proporções epidêmicas, muitas vezes, a história de uso da droga é omitida por grande parte dos pacientes.

As complicações clínicas causadas pelo *crack* necessitam de mais estudos específicos da verdadeira fisiopatogenia das lesões visto que outros fatores podem contribuir para a morbidade do usuário dessa substância como o poliabuso e fatores de estilo de vida.

Referências

Afonso L, Mohammad T, Thatai D. *Crack* whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. *Am J Cardiol.* 2007 Sep 15;100(6):1040-3.

Aslibekyan S, Levitan EB, Mittleman MA. Prevalent cocaine use and myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2008 Oct 15;102(8):966-9.

Benowitz NL. How toxic is cocaine? In: Ciba Foundation Symposium. Cocaine: scientific and social dimensions. New York: John Wiley & Sons; 1992. PP. 125-42.

Boghdadi MS and Henning RJ. Cocaine: Pathophysiology and clinical toxicology. *Heart & Lung* 1997; 26(6): 466-83.

Coffin PO, Galea S, Ahern J, Leon AC, Vlahov D, Tardiff K. Opiates, cocaine and alcohol combinations in accidental drug overdose deaths in New York City, 1990–98. *Addiction* 2003; 98(6):739-47.

Darke S, Kaye S, Duflou J. Cocaine-related fatalities in New South Wales, Australia 1993–2002. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 107–14.

Degenhardt L, Roxburgh A, Barker B. Underlying causes of cocaine, amphetamine and opioid related deaths in Australia. *J Clin Forensic Med*. 2005;12(4):187-95.

Degenhardt L, Singleton J, Calabria B, McLaren J, Kerr T, Mehta S, Kirk G, Hall WD. Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Sep 7. [Epub ahead of print]

EMCDDA – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório anual 2004 – evolução do fenómeno da droga na União Européia e na Noruega. Lisboa: EMCDDA; 2004.

Havens JR, Sherman SG, Sapun M, Strathdee SA. Prevalence and correlates of suicidal ideation among young injection vs. noninjection drug users. *Subst Use Misuse*. 2006;41(2):245-54.

Karch SB, Stephens B, Ho CH. Relating cocaine blood concentrations to toxicity – an autopsy study of 99 cases. *J Forensic Sci*. 1998; 43(1): 41-5.

Lin M. Images in emergency medicine. Fingertip burns from a *crack* pipe. *Ann Emerg Med*. 2008 May;51(5):681, 695.

Maraj S, Figueredo VM, Lynn Morris D. Cocaine and the heart. *Clin Cardiol*. 2010 May;33(5):264-9.

Mesquita F, Kral A, Reingold A, Haddad I, Sanches M, Turienzo G, Piconez D, Araujo P, Bueno R. Overdoses among cocaine users in Brazil. *Addiction* 2001; 96(12): 1809-13.

Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the *crack* cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):664-71.

O'Driscoll PT, McGough J, Hagan H, Thiede H, Critchlow C, Alexander ER. Predictors of accidental fatal drug overdose among a cohort of injection drug users. *Am J Pub Health* 2001; 91(6): 984-7.

ONS – Office of National Statistics (United Kingdom). Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1993 to 2000. *Health Stat Q* 2002; 13: 76-82.

Preti A, Miotto P, De Coppi M. Deaths by unintentional illicit drug overdose in Italy, 1984-2000. *Drug Alcohol Depend* 2002;66(3):275-82.

Restrepo CS, Carrillo JA, Martínez S, Ojeda P, Rivera AL, Hatta A. Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: imaging manifestations. *Radiographics*. 2007 Jul-Aug;27(4):941-56.

Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young *crack* cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2004 Sep;99(9):1133-

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among *crack* cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006 Sep;28(3):196-202.

Sanchez J, Rodriguez B, de la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Roca J, Royuela L. Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. State Information System on Drug Abuse (SEIT) Working Group. *J Epidemiol Community Health* 1995;49(1):54-60.

Smith GW, Farrell M, Bunting BP, Houston JE, Shevlin M. Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Sep 20. [Epub ahead of print]

Torralba L, Brugal MT, Villalbi JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989-93. *Addiction*. 1996;91(3):419-26.

Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert AS, Howard MO. Is *crack* cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 Jul;36(4):181-6.

Vroegop MP, Franssen EJ, van der Voort PH, van den Berg TN, Langeweg RJ, Kramers C. The emergency care of cocaine intoxications. *Neth J Med*. 2009 Apr;67(4):122-6.

Wiegand TJ. Adulterated cocaine and lessons learned from the Jake walk blues. *J Med Toxicol*. 2010 Mar;6(1):63-6.

1) Boghdadi MS and Henning RJ. Cocaine: Pathophysiology and clinical toxicology. *Heart & Lung* 26; 6 : 466-483.

2) Maraj S, Figueredo VM, Lynn Morris D. Cocaine and the heart. *Clin Cardiol*. 2010 May;33(5):264-9. Review.

3) Afonso L, Mohammad T, Thatai D. *Crack* whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. *Am J Cardiol*. 2007 Sep 15;100(6):1040-3.

4) [Aslibekyan S](#), [Levitan EB](#), [Mittleman MA](#). Prevalent cocaine use and myocardial infarction. [Am J Cardiol](#). 2008 Oct 15;102(8):966-9.

5) [Jones EM](#), [Knutson D](#), [Haines D](#). Common problems in patients recovering from chemical dependency. [Am Fam Physician](#). 2003 Nov 15;68(10):1971-8.

6) Vroegop MP, Franssen EJ, van der Voort PH, van den Berg TN, Langeweg RJ, Kramers C. The emergency care of cocaine intoxications. *Neth J Med*. 2009 Apr;67(4):122-6. Review

7) Nolan AGJ. Recreational drug misuse: issues for the cardiologist. *Heart*. 2000; 83: 627-33.

8) Shanti CM, Lucas CE. Cocaine and the critical care. *Crit Care Med*. 2003;

31(6): 1851-9.

9) Restrepo CS, Carrillo JA, Martí'nez S, Ojeda P, Rivera AL, Hatta A. Pulmonary Complications from Cocaine and Cocaine-based Substances: Imaging Manifestations. *Radio Graphics* 2007; 27:941-956.

10) Thadani PV. NIDA - Conference report on cardiopulmonary complications of "crack" cocaine use: clinical manifestations and pathophysiology. *Chest* 1996; 110:1072-1076.

11) Mançano A, Marchiori E, Zanetti G, Escuissato DL, Duarte BC, Apolinário LA. Complicações pulmonares após uso de *crack*: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax - Relato de caso. *J Bras Pneumol*. 2008;34(5):323-327

12) Story A, Bothamley G, Hayward A. Cocaine and Infectious Tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases* • www.cdc.gov/eid • Vol. 14, No. 9, September 2008

13) Chan YC, Camprodon RAM, Kane PA, Scott-Coombes DM. Abdominal complications from *crack* cocaine - Case report. *Ann R Coll Surg Engl* 2004 ; 86: 47-50

14) Lee HS, Lamaute H, Pizzi WF, Picard DL and Luks FI. Acute Gastroduodenal Perforations Associated with Use of *Crack*. *Ann. Surg.* January 1990; 15-17

15) Roth D, Alarcon FJ, Fernandez JA, *et al.*. Acute rhabdomyolysis associated with cocaine intoxication. *N Engl J Med* 1988; 319: 673-7.

16) Zager RA. Rhabdomyolysis and myohemoglobinuric acute renal failure. *Kidney Int* 1996; 49:314-26.

17) Adlakha A, Lobl J. A *crack* addict with extremely high creatinina kinase levels. Hosp Pract 1993; 28:133-6.

18) Fine DM, Gelber AC, Melamed ML , *et al.*. Risk factors for renal failure among 72 consecutive patients with rhabdomyolysis related to illicit drug use Am J Med 2004;117:607-10.

19) Furaz K, Bernis C, García AC, *et al.*. Infarto renal e insuficiencia renal aguda por consume de cocaine Nefrología 2008; 28: 347-9.

20) Bemanian S, Motallebi M, Nosrati SM. Cocaine-induced renal infarction: report of a case and review of the literature. BMC Nephrol 2005;6:10.

21) Nzerue CM, Hewen-Lowe K, Riley LJ. Cocaine and the kidney: a synthesis of pathophysiologic and clinical perspectives Am J Kidney Dis 2000; 35:783-95.

22) Jaffe JA, Kimmel PL. Chronic nephropathies of cocaine and heroin abuse: a critical review Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1:655-67.

23) Norris KC, Thornphill-Joynes M, Robinson C. Cocaine use, hypertension, and end-stage renal disease Am J Kidney Dis 2001;38: 523-8.

24) Vupputuri S, Batuman V, Muntner P. The risk for mild kidney function decline associated with illicit drug use among hypertensive men. Am J Kidney Dis 2004;43: 629-35.

25) Kuczkowski KMM. The cocaine abusing parturient: a review of anesthetic considerations. Can J Anesth 2004;51: 145-54

26) Schindler CW, Tella SR, Erzouki HK, *et al.*. Pharmacological mechanisms of cocaine's cardiovascular effects. Drug Alcohol Depend 1995; 37: 183-91.

- 27) Plessinger MA, Woods JR Jr. Maternal, placental, and fetal pathophysiology of cocaine exposure during pregnancy. *Clin Obst Gynecol* 1993; 36: 267-78.
- 28) Moore TR, Sorg J, Miller L, *et al.* Hemodynamic effects of intravenous cocaine on the pregnant ewe and fetus. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 883-8.
- 29) Dombrowski MP, Wolfe HM, Welch RA, *et al.* Cocaine abuse is associated with abruptio placentae and decreased birth weight, but not shorter labor. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 139-41.
- 30) MacGregor SN, Keith LG, Chasnoff IJ, *et al.* Cocaine use during pregnancy: adverse perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 686-90.
- 31) Mishra A, Landzberg BR, Parente JT. Uterine rupture in association with alkaloid (“*crack*”) cocaine abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 243-4.
- 32) Buehler BA. Cocaine: how dangerous is it during pregnancy? *Nebr Med J* 1995; 80: 116-7.
- 33) Iriye BK, Bristow RE, Hsu CD, *et al.* Uterine rupture associated with recent antepartum cocaine abuse. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 840-1.
- 34) Lampley EC, Williams S, Myers SA. Cocaine-associated rhabdomyolysis causing renal failure in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996; 87(5 Pt 2): 804-6.
- 35) Moen MD, Caliendo MJ, Marshall W, *et al.* Hepatic rupture in pregnancy associated with cocaine use. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 687-9.
- 36) Battaglia G, Napier TC. The effects of cocaine and the amphetamines on brain and behavior: a conference report. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 41-8.
- 37) Kuczkowski KM. Drug abuse in pregnancy – anesthetic implications. *Progress in Anesthesiology* 2001; 25:355-72.

- 38) Kuczkowski KM, Birnbach DJ, van Zundert A. Drug abuse in the parturient. *Sem Anesthesiol Periop Med Pain* 2000; 19: 216–24.
- 39) Kreek MJ. Cocaine, dopamine and the endogenous opioid system. *J Addict Dis* 1996; 15: 73–96.
- 40) Vertommen JD, Hughes SC, Rosen MA, *et al.* Hydralazine does not restore uterine blood flow during cocaine-induced hypertension in the pregnant ewe. *Anesthesiology* 1992; 76: 580–7.
- 41) Gay GR, Loper KA. The use of labetalol in the management of cocaine crisis. *Ann Emerg Med* 1988; 17: 282–3.
- 42) Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med* 2001; 345: 351–8.
- 43) Lester BM, Lagasse LL. Children of addicted women *J Addict Dis.* 2010; 29: 259-76.
- 46) Dhuna A, Pascual-Leone A, Belgrade M. Cocaine-related vascular headaches. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1991;54:803-806
- 47) Daras M, Tuchman A J and Marks S. Central Nervous System infarction related to cocaine abuse. *Stroke - Journal of the American Heart Association* 1991 Oct; 22(10):1320-5
- 48) Fein G, Sclafani VDi and Meyerhoff DJ. Prefrontal cortical volume reduction associated with frontal cortex function deficit in 6-week abstinent *crack*-cocaine dependent men, *Drug Alcohol Depend*, v. 68, pp. 87–93. 2002.
- 49) Levine S R, Brust J C M, Futrell N, Brass L M, Blake D, Fayad P, Schultz L R, Millikan C H, Ho K-L and Welch K M A. A comparative study of the

cerebrovascular complications of cocaine: Alkaloidal versus hydrochloride—a review. *Neurology*, v. 41, pp. 1173-1177, 1991.

50) [Daras M](#), [Koppel BS](#), [Atos-Radzion E](#) .Cocaine-induced choreoathetoid movements ('*crack* dancing'). *Neurology*. 1994 Apr;44(4):751-2.

51) [Kamath S](#), [Bajaj N](#).*Crack* dancing in the United Kingdom: apropos a video case presentation [Mov Disord](#). 2007 Jun 15;22(8):1190-1

52) Dardo Tomasia, Rita Z. Goldsteina, Frank Telanga, Thomas Maloneya, Nelly Alia-Kleina, Elisabeth C. Caparellia, Nora D. Volkow. Thalamo-cortical dysfunction in cocaine abusers: implications in attention and perception. *Psychiatry Res*. 2007 August 15; 155(3): 189–201.

53) Petty GW, Brust JCM, Tatemichi TK, Barr ML: Embolic stroke after smoking "*crack*" cocaine. *Stroke* 1990;21:1632-1635

54) Volkow ND, Gould KL, Mullain N, Adler S, Krajewski K: Changes in cerebral flow of chronic cocaine users. / *Cereb Blood Flow Metab* 1987;7(suppl):5292

55) Fandino J, Sherman JD, Zuccarello M, *et al.*. Cocaine-induced endothelin-dependent spasm in rabbit basilar artery in vivo. *J Cardiovasc Pharmacol* 2003;41:158–61.

56) Johnson B, Lamki L, Fang B, *et al.*. Demonstration of dose-dependent global and regional cocaine-induced reductions in brain blood flow using a novel approach to quantitative single photon emission computerized tomography. *Neuropsychopharmacology* 1998;18:377–84.

CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK

Avaliação

Diagnóstico clínico e motivacional

Marcelo Ribeiro & Ana Cecília Petta Roseli Marques

Introdução

O consumo de *crack* encontra-se frequentemente associado a padrões graves de dependência (Hatsukami & Fischman, 1996). Isso pode ser indiretamente constatado pela crescente busca de tratamento por seus usuários, pelos relatos de prejuízos cognitivos, emocionais e sociais e pela dificuldade de adesão dos dependentes às propostas terapêuticas (Duailibi *et al.*, 2008), bem como pelas reportagens jornalísticas, que habitualmente retratam os usuários dessa substância ora como hordas de desvalidos, vivendo em guetos, totalmente desesperados por mais um trago de *crack*, ora como internos anônimos de clínicas rurais oferecendo depoimentos do seu ‘fundo-de-poço’, com a voz distorcida e o rosto escondido.

Por outro lado, alguns estudos de seguimento têm demonstrado que além do usuário gravemente dependente, comprometido apenas com o consumo em detrimento de todos os campos de sua vida, existem os menos compulsivos (Falck *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2008), ou mesmo eventuais (Oliveira & Nappo, 2008). Além disso o usuário de *crack* não caminha rápida e inexoravelmente para um desfecho negativo – prisão, DST / AIDS, desaparecimento ou morte. Ao contrário do que se imaginava, há usuários crônicos, que utilizam o *crack* há mais de dez anos (Dias *et al.*, 2008). Por fim, parece haver uma tendência na redução da gravidade do padrão de consumo ao longo dos anos (Falck *et al.*, 2000).

Desse modo, o usuário que chega para tratamento necessita de uma avaliação adequada acerca do seu consumo de *crack*, visando ao encaminhamento para o ambiente de tratamento e modelo de atenção mais adequados. Isso inclui a caracterização diagnóstica – dependência ou uso nocivo – e sua gravidade, bem como a determinação da prontidão do paciente para o tratamento.

Diagnóstico clínico

O diagnóstico clínico do consumo de *crack* pode e deve ser investigado por todo e qualquer profissional capacitado e responsável pela detecção, encaminhamento ou tratamento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

Padrão de consumo

A presença do consumo de qualquer substância não é por si só um critério de uso problemático, nocivo, tampouco de dependência (Edwards *et al.*, 2005). Claro que o *crack* é uma forma de se consumir cocaína geralmente relacionada a desfechos graves, que acontece em ambientes marginalizados e ameaçadores. Sua presença por si só já é motivo de preocupação. Tecnicamente, porém, quando um paciente afirma utilizá-lo ou há sinais de consumo encontrados pela família – parafernália para o uso ou o próprio – há apenas um tipo de conclusão possível: “existe consumo de *crack*”. A etapa seguinte é definir o *padrão de consumo*.

A caracterização do padrão de consumo parece ser mais factível quando se pensa no consumo de álcool, uma substância lícita, culturalmente disseminada e por isso observável nos indivíduos de inúmeras formas. O mesmo fenômeno, no entanto, pode ser visto entre os usuários de *crack*. Falck e col. (2000) acompanharam usuários de *crack* (n=439) fora de tratamento por dois anos, realizando com esses entrevistas a cada seis meses. Inicialmente, 10% utilizavam *crack* uma vez por semana ou menos, ao passo que 52% utilizavam a substância mais de uma vez ao dia. Dois anos depois houve uma inversão: 13% estavam abstinentes e o uso uma vez por semana ou menos quase triplicou (29%), enquanto que o consumo mais de uma vez por dia caiu pela metade (27%). Isso não significa que haja necessariamente uma tendência à melhora, mas é possível afirmar que *o padrão de consumo de crack oscila significativamente e sua avaliação pode ser uma forma de se determinar a gravidade do usuário de crack, visando a escolha do melhor modelo e ambiente de atendimento.*

Padrões de consumo são individuais e variam ao longo de um *continuum* de gravidade, partindo da abstinência total – e da ausência de riscos – passando pelo consumo leve/ moderado, até atingirem o uso nocivo e a dependência, com aumento concomitante e progressivo da gravidade dos riscos associados (Edwards *et al.*, 2005) (figura 1). Desse modo, vê-se que não há possibilidade de o consumo de qualquer substância ser isento de riscos – especialmente quando se refere ao *crack*.

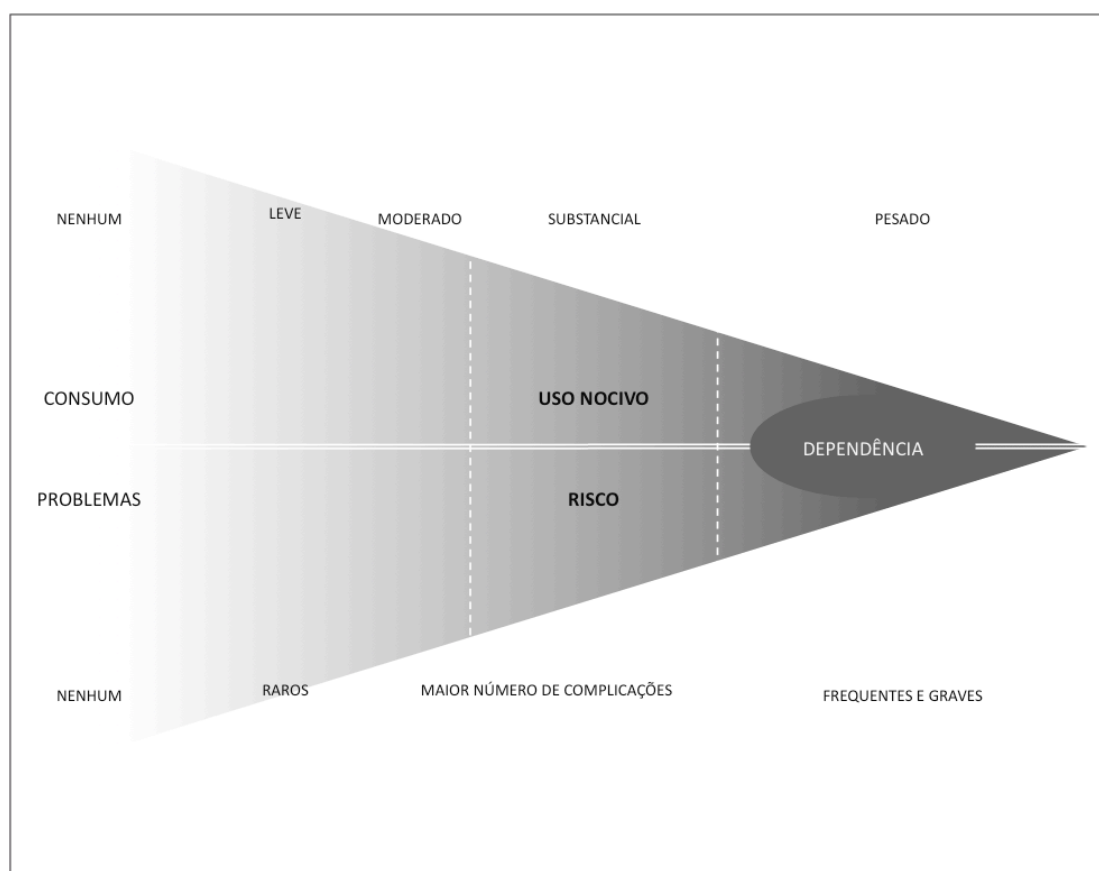


Figura 1: Problemas relacionados ao consumo de drogas: não é necessário ser dependente para apresentar problemas relacionados.

Uma outra maneira de analisar o problema é por meio da construção de um gráfico, cujo eixo horizontal representa a intensidade do consumo e o vertical, a frequência de problemas relacionados (Edwards *et al.*, 2005) (Figura 2). Tal cruzamento, permite a caracterização de três modos de consumo: o *consumo de baixo risco*, que combina baixo consumo e problemas raros e leves – excepcional ou mesmo inexistente entre os usuários de *crack*; o *uso nocivo* ou *abuso*, que combina baixo consumo com problemas frequentes – situação mais observada

em usuários recentes; e a *dependência*, que combina alto consumo com problemas freqüentes e graves – o perfil do usuário que busca atendimento especializado.

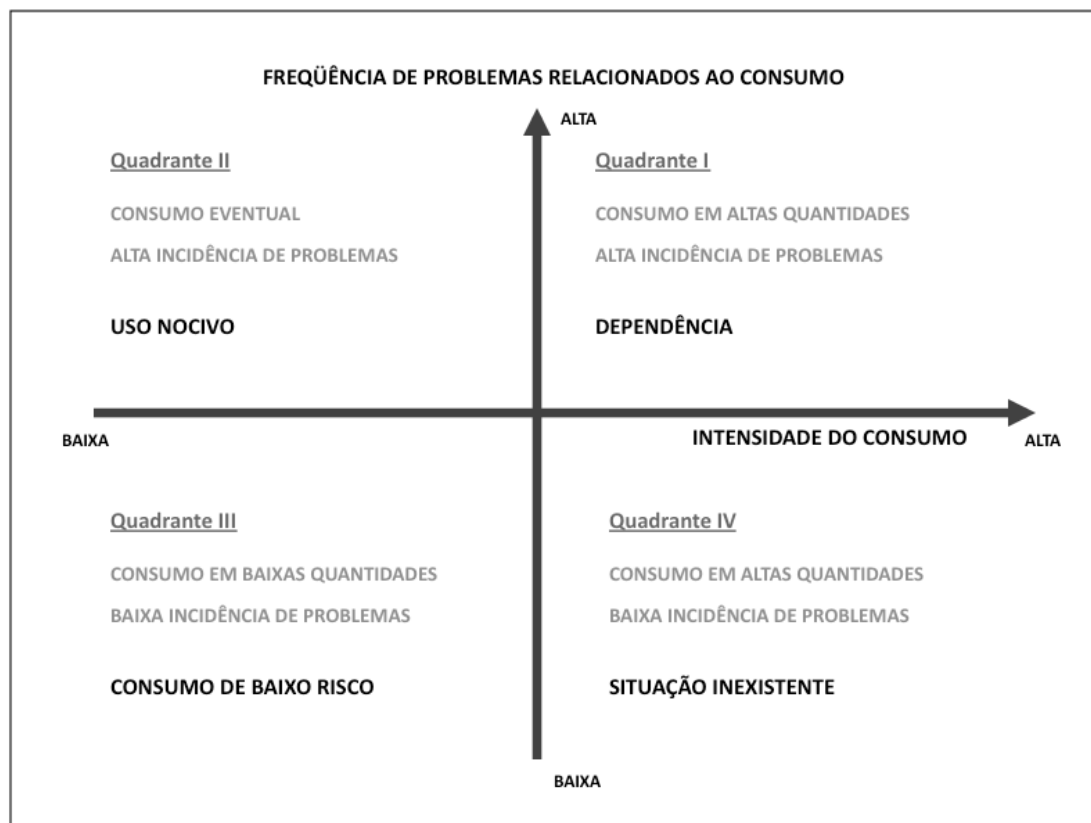


Figura 2: Plano cartesiano que combina intensidade do consumo (horizontal) pela freqüência de problemas relacionados ao mesmo (vertical), possibilitando a caracterização de três modos de consumo de substâncias psicoativas: consumo de baixo risco, uso nocivo e dependência. Adaptado de Edwards *et al.*, 2005.

A caracterização do padrão de consumo passa pela necessidade de se definir os conceitos de dependência e uso nocivo, os quais serão descritos nas seções subsequentes.

Dependência

A dependência de álcool, tabaco e outras drogas – entre elas o *crack* – é caracterizada pela presença de pelo menos três dos sete critérios diagnósticos elaborados pela escola britânica de Griffith Edwards (Edwards & Gross, 1976) (Quadro 1). A dependência de substâncias psicoativas se caracteriza pela presença

de um padrão de consumo compulsivo, geralmente voltado para o alívio ou evitação de sintomas de abstinência. Ele se mostra mais importante do que parte ou a totalidade das atividades e compromissos sociais realizados pelo indivíduo, que passa a tratá-los com negligência ou abandono a fim de privilegiar o uso. Tal padrão, geralmente resulta em tolerância e síndrome de abstinência.

Quadro 1: Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas.

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de desconforto físico e psíquico, de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br Med J 1976; 1(6017):1058-61.

Os mesmos serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos psiquiátricos da atualidade: o CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV (APA, 1994) (Quadro 2).

CID-10	DSM-IV
<p>Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:</p>	<p>Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p>
<p>(a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</p> <p>(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;</p> <p>(c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;</p> <p>(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;</p> <p>(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas (deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).</p>	<p>(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou a efeito desejado</p> <p>(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância</p> <p>(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) síndrome de abstinência característica para a substância</p> <p>(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência</p> <p>(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidade ou por um período mais longo do que o pretendido</p> <p>(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância</p> <p>(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos</p> <p>(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância</p> <p>(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância</p>

Uso nocivo ou abuso

A característica essencial do uso nocivo é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, que acarreta complicações clínicas e/ou psicossociais ao indivíduo de modo recorrente, mas geralmente restritas ao período do consumo – acidentes durante a intoxicação, ocorrência de problemas legais ou interpessoais, absenteísmo, além de outros (quadro 3) (OMS, 1993; APA, 1994). O diagnóstico diferencial com a dependência se faz pela ausência de tolerância, síndrome de abstinência ou diagnóstico progreço desta condição (OMS, 1993).

Quadro 3: Critérios do CID-10 e DSM-IV para uso nocivo (abuso) de substância

CID-10	DSM-IV
<p>O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.</p> <p>Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.</p> <p>A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo.</p> <p>O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.</p>	<p>A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes, relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p.e., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionadas ou uso de substância; ausências, suspensões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)(b) uso recorrente da substância nas quais isso representa perigo físico (p.e., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substâncias)(c) problemas legais (p.e., detenções por porte ou conduta desordeira relacionada à substância)(d) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p.e., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais) <p>B. Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência para esta classe de substância.</p>

O uso nocivo é na maior parte das vezes uma condição transitória, acometendo geralmente usuários recentes. Há um risco considerável de evolução para a dependência. No entanto, é possível tanto a redução / abandono do consumo, quanto a manutenção do padrão de uso nocivo por um longo período, sem nunca preencherem critérios para dependência (Vaillant, 2003).

Gravidade da dependência

Além do diagnóstico de dependência ou uso nocivo, ambos aplicáveis ao consumo de qualquer substância, é preciso avaliar a gravidade do mesmo. Tal análise é fundamental para individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico (Edwards *et al.*, 2005). Por exemplo, um usuário que consome *crack* semanalmente, conseguindo conciliá-lo ainda que precariamente com empregos informais e possui algum suporte familiar, demonstra um padrão menos compulsivo e saliente do que outro paciente, cujo consumo provocou a perda do emprego e abandono por parte da família. A avaliação da gravidade pode ser conduzida a partir da pergunta “quem molda quem?”; é o consumo do *crack* que estabelece as rotinas em detrimento dos demais campos da vida do usuário ou existe alguma situação, relação afetiva ou de autoridade capaz de interferir sobre o consumo?

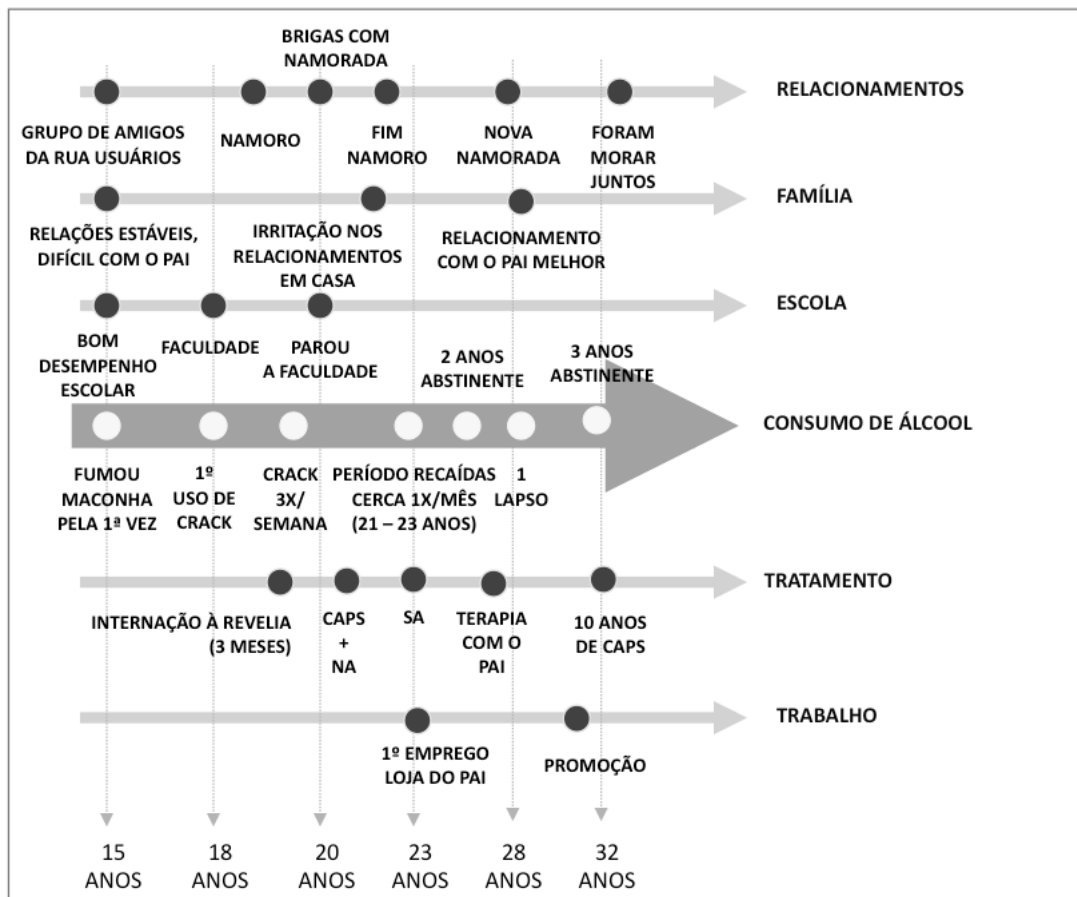


Figura 3: Avaliação da gravidade do consumo de crack. Até os vinte e três anos, o consumo de crack avançou e ‘moldou’ todos os campos da vida do indivíduo em seu favor. É possível encontrar quase todos os critérios de dependência: um *padrão compulsivo* que não recuou frente as perdas que sofreu, presente nas suas tentativas fracassadas em abandonar o uso; *desenvolvimento de tolerância*, com aumento progressivo das doses; *síndrome de abstinência (SA)*, com destaque para a disforia (irritabilidade); *relevância do uso*, em detrimento de campos importantes, como namoro e faculdade; *evitação dos sintomas de abstinência*, supostamente presente pela existência de um padrão previsível de consumo; *reinstalação da síndrome de dependência*, tendo em vista os retornos ao consumo. A partir da mesma idade, provavelmente por influência do tratamento e dos ganhos decorrentes, a abstinência foi ganhando estabilidade – mesmo a ocorrência de um lapso não prejudicou sua vida – e os campos sociais foram capazes de ‘moldar’ o consumo até extingui-lo.

Triagem ou rastreamento por meio escalas ou questionários

Em função da complexidade do fenômeno do uso de drogas, em serviços de atenção primária à saúde, recomenda-se a aplicação de questionários de triagem para determinação de uso nocivo, problemático ou de risco de qualquer droga psicotrópica, entre elas a cocaína/crack. O objetivo desse recurso é de corroborar a necessidade ou não de intervir de forma especializada ou orientar e reavaliar no mesmo ambiente em que o uso foi detectado.

O CRAFFT é um questionário de triagem para adolescentes usuários de drogas até 21 anos, que se positivo, com escore 2 ou mais, encaminha os usuários para avaliação especializada. As iniciais de palavras-chave das seis questões formam o acrônimo que dá o nome ao questionário (Quadro 4) (Knight *et al.*, 2002).

Quadro 4: CRAFFT

- C** Você já andou num **CARRO** dirigido por alguém (inclusive você mesmo/a) que estava “alto” ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?
- R** Você já usou droga ou bebeu para **RELAXAR**, sentir-se melhor ou para se enturmar?
- A** Você já bebeu ou usou droga quando estava **SOZINHO**?
- F** Você já **ESQUECEU** coisas que fez enquanto bebia ou usava droga?
- F** Sua família ou **AMIGOS** já lhe disseram que você devia beber ou usar menos droga?
- T** Você já se meteu em **ENCRENCA** enquanto estava usando droga ou bebendo?

No tratamento especializado, questionários e escalas foram desenvolvidos para avaliar e manejar o fenômeno, com o objetivo de estudar qualitativa e quantitativamente seus múltiplos determinantes (Sayette *et al.*, 2000). O diagnóstico clínico pode ser aprofundado na avaliação de sintomas graves, como o a “fissura” ou craving para manejar os diferentes sintomas e sinais e proceder adequadamente o seguimento do caso. Entre os mais utilizados, ressaltam-se: “Minnesota Cocaine Craving Scale” (Halikas *et al.*, 1991); “The Alcohol Craving Questionnaire” (Singleton *et al.*, 1995); “The Obsessive Compulsive Drinking Scale” (Anton *et al.*, 1995).

Medidas comportamentais e fisiológicas também são utilizadas para avaliar a “fissura”. A exposição a situações relacionadas com o uso da substância promove o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória; altera a temperatura da pele, sua condutância, aumenta a salivação. Estes parâmetros podem ser monitorizados para o seguimento do fenômeno (Cooney *et al.*, 1984; Drobos & Thomas, 1999). Estes instrumentos auxiliam a classificar a gravidade do transtorno e melhoram o planejamento de seu tratamento, pois quanto maior a intensidade da “fissura”, mais grave é a dependência e mais recursos serão necessários para seu cuidado (Anton & Drobos, 1998).

Diagnóstico motivacional

Além do diagnóstico clínico é necessário avaliar qual a disponibilidade e a prontidão do paciente para o tratamento. Para tanto, é necessário definir o *estágio motivacional* no qual esse se encontra (Quadro 4), pois as estratégias e atividades que promovem a mudança diferem significativamente ao longo desses estágios (Figura 4) (Prochaska *et al.*, 1992). Além disso, usuários gravemente dependentes de drogas como o *crack* possuem problemas em diversos campos de suas vidas e a motivação para solucioná-los costuma ser diferir entre eles (DiClemente & Scott, 1997) – desse modo, além de um mapeamento das motivações do paciente e preciso concatená-las de forma adequada, valendo-se da prontidão e identificando, respeitando e procurando fluir com a resistência que possa aparecer ao longo do processo de mudança – ou melhor, das mudanças. Alguns princípios para a investigação motivacional encontram-se listados no Quadro 5.

Quadro 5: Estágios motivacionais

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

O indivíduo não cogita a mudança. Essa fase é marcada pela resistência a qualquer orientação.

CONTEMPLAÇÃO

O indivíduo reconhece o problema (atual ou futuro) relacionado ao consumo, até cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância e o quanto gosta e precisa dela. Uma fase marcada pela ambivalência.

PREPARAÇÃO

O indivíduo reconhece o problema, sente-se incapaz de resolvê-lo sozinho e pede ajuda. Essa fase pode ser muito passageira, por isso é indispensável uma pronta abordagem e encaminhamento.

AÇÃO

O indivíduo interrompe o consumo e começa o tratamento. A ambivalência, porém, o acompanhará durante todo o trajeto, o que justifica que seja acompanhado periodicamente por um longo período.

MANUTENÇÃO

A manutenção da abstinência será sempre colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco que o acompanham. É um período dedicado à prevenção da recaída.

RECAÍDA

Fala-se em lapso, quando o retorno ao consumo dentro de uma situação de abstinência é pontual. O termo recaída, refere-se ao retorno ao consumo, após um período considerável de abstinência. Recair não é voltar à estaca zero. Ao contrário, trata-se de uma fase onde o profissional e o usuário têm a oportunidade de aprender com os erros, para evitar recaídas futuras.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Prontidão para a mudança e para o tratamento

Prontidão é um conceito genérico e pragmático, relacionado ao *desejo ou à abertura de se engajar em um processo ou de adotar uma novo comportamento* (Miller & Rollnick, 1999). Há dois aspectos da prontidão: a prontidão para a mudança e prontidão para o tratamento (DiClemente *et al.*, 2004). O primeiro aspecto combina a percepção da importância do problema pelo paciente e da confiança em suas habilidades para mudar. O segundo foca a motivação do paciente para buscar ajuda, se engajar em uma proposta de tratamento e como essa impacta positiva ou negativamente no mesmo (DiClemente *et al.*, 2004).

A presença de prontidão para o tratamento, mais do que para a mudança, está relacionada a maiores índices de adesão e sucesso em qualquer ambiente ou duração de abordagem (Erickson *et al.*, 1995; DiClemente *et al.*, 1997), mesmo na presença de importantes fatores relacionados à interrupção do tratamento, tais como uso concomitante de outras drogas, desemprego, problemas legais ou comorbidades (Joe *et al.*, 1998). Isso indica que o paciente pronto para o tratamento vai bem em qualquer situação, pois sua motivação compensa as deficiências do modelo de atendimento. Por outro lado, os indivíduos menos motivados necessitam de abordagens específicas, personalizadas e intensivas visando ao aumento da adesão, tais como manejo de contingência, case management e Entrevista Motivacional (Joe *et al.*, 1998; DiClemente *et al.*, 2004; Welsh & MacGrain, 2008). Algumas situações provenientes da combinação entre prontidão para a mudança e retenção no tratamento estão ilustradas na **Figura 4**.

Os estágios motivacionais e a probabilidade de mudança

O processo de mudança envolve a progressão através de cinco estágios motivacionais (Prochaska *et al.*, 1992; Miller & Rollnick, 1999). Inicialmente há a **pré-contemplação**, na qual o paciente não considera a possibilidade da mudança, por seu modo de consumo adequado, sob controle e isento de complicações; um mero exagero por parte de seus familiares. Esse tipo de postura é muito encontrada em pacientes gravemente dependentes, bem como em usuários

iniciantes adolescentes e adultos jovens, que consideram os riscos do uso improváveis ou apenas potenciais – “comigo é diferente, nunca vai acontecer”. A pré-contemplação pode ser considerada um critério de gravidade, uma vez que o paciente não reconhece o impacto dos prejuízos e danos de sua condição para si e para outrem, tampouco se responsabiliza como seu agente. Muitas vezes, a ocorrência de comorbidades favorece o surgimento desse tipo de posicionamento.

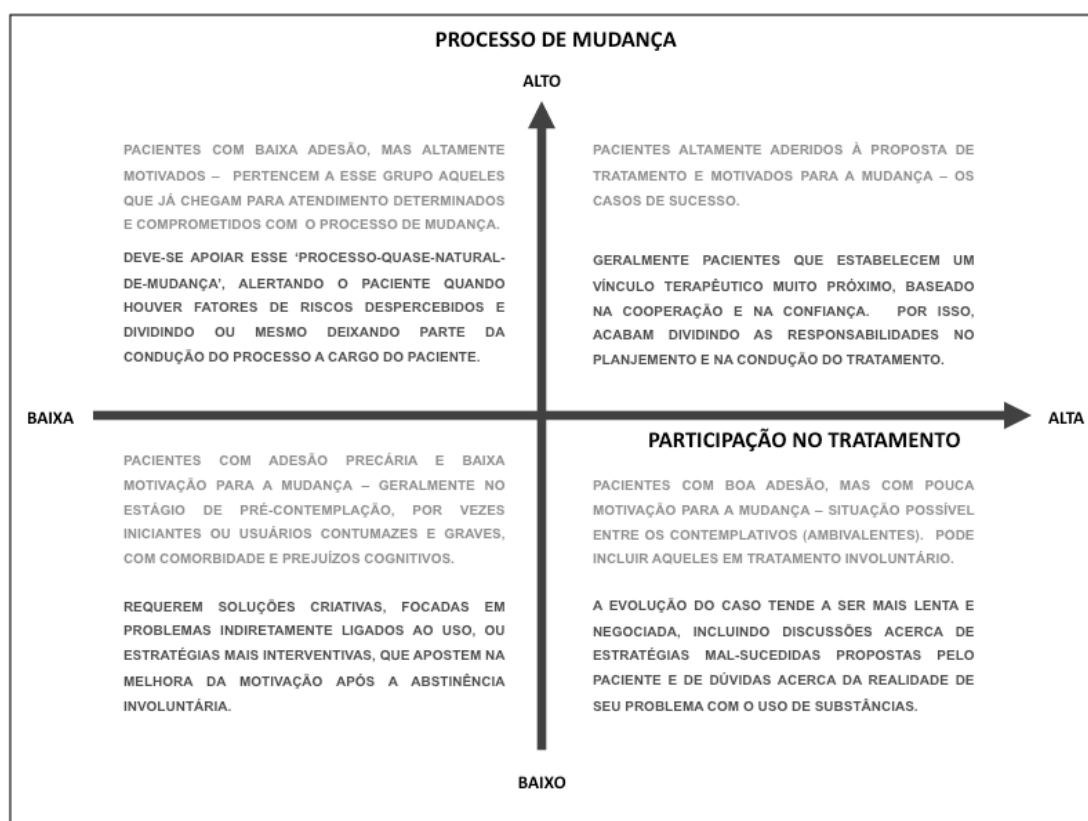


Figura 4: Situações possíveis da interação entre a prontidão para a mudança e a adesão ao tratamento. Adaptação da imagem de DiClemente & Scott (1997).

A conduta clínica na pré-contemplação dependerá da gravidade da dependência: algumas vezes, quando essa impacta leve ou moderadamente na vida do paciente e seu grupo de convívio, é possível escolher temas paralelos – por exemplo, avaliar o histórico do uso, os relacionamentos do paciente ou os motivos que o trouxeram até o tratamento – e trabalhar com a família uma postura mais assertiva em relação ao comportamento de uso do paciente. Outras vezes, porém, a gravidade do consumo e crítica prejudicada do paciente o expõem a

riscos inaceitáveis, tornando necessárias condutas mais interventivas, incluindo a internação à revelia.

A **contemplação** é o segundo estágio motivacional. Nesse, o indivíduo considera a mudança, mas ainda não se vê sem o consumo da substância psicoativa – “fumar *crack* não está mais me fazendo bem; quando uso desapareço dias e sempre acabo na sarjeta; estive internado duas vezes por longos meses, gastei tudo o tinha, perdi minha esposa e a confiança de meus pais; quero parar mas... quando penso naquele monte de pedras no cachimbo... as ‘pauladas’ a cada tragada... aquilo é tudo pra mim!”. Esse é o estágio da ambivalência em sua forma mais clara e pura. Muitas vezes, o paciente não está consciente da presença da ambivalência. Desse modo, munido de uma certeza sincera, mas superficial, procura ajuda mas tem grande dificuldade em fechar um plano de tratamento porque sempre há um empecilho: “o consultório fica distante”, “não gosto de grupos de auto-ajuda”, “sou contrário a remédios”, “achei o médico arrogante”, “já tentei desse jeito e não deu certo” etcétera. Outras vezes, incomoda-se com a necessidade de comprometimento com a proposta terapêutica, preferindo soluções como “isso eu quero resolver sem ajuda”.

O comprometimento parcial do paciente contemplativo deve ser encarado com naturalidade por parte da equipe profissional – trata-se de um momento de reflexão, visando a encontrar uma solução conciliadora. Nesse sentido, qualquer proposta polarizada será infrutífera: o terapeuta que busca o confronto, a imposição de idéias ou a instituição de condutas pautadas pela urgência apenas afastará seu paciente, aumentando assim sua certeza da impossibilidade de se abster. Por outro lado, o terapeuta nunca poderá deixar de ser o referencial e a personificação do desejo de abstinência do paciente. Desse modo, condutas permissivas, tolerantes e despreocupadas em relação ao consumo, sem a necessária reflexão, enfraquecem o propósito da abstinência, o papel do terapeuta e a razão de ser do tratamento.

A dúvida ambivalente sobre seguir adiante enfraquece o vínculo terapêutico, aumentando a vulnerabilidade para a recaída. Os flancos abertos pela

ambivalência devem ser preventivamente detectados e compensados sempre que possível pela equipe clínica – por exemplo, um paciente se recusava a permanecer parte do tempo com alguém da família – “não sou mais criança, estou aqui porque quero” – mas quando sozinho sempre acabava recaindo. Assim, por intermédio da equipe de tratamento, aceitou que um acompanhante terapêutico ou conselheiro de alcoólicos anônimos lhe faça companhia no fim do dia, horário em que sempre bebia.

Quadro 6: Estratégias para a avaliação motivacional do paciente usuário de substâncias psicoativas.

1. O paciente apresenta níveis e estágios de motivação variados (prioridades) para solucionar os problemas nos seus diferentes campos de vida.
2. Os objetivos do tratamento devem partir e tirar vantagem das motivações vigente, fluindo dentro do possível, com a resistência nas demais áreas.
3. Problemas múltiplos requerem estratégias múltiplas e diversas, direcionadas para todos os níveis e estágios de motivação.
4. O desafio deve ser o de ajudar indivíduos a fazer a coisa certa, na hora certa, lidando assertivamente com todos os seus problemas.

Fonte: DiClemente CC & Scott CW. Stages of change: interactions with treatment compliance and involvement. NIDA Res Monogr 1997;165:131-56.

A percepção de que o consumo de substâncias psicoativas é um problema aparentemente insolúvel sem a existência de uma ajuda caracteriza o estágio da **determinação** ou **preparação**. É o momento em que o paciente é tomado por grande convicção acerca da necessidade de abandonar ou reduzir o consumo pede apoio para fazê-lo. Esse estágio pode ser o resultado de um longo processo de amadurecimento contemplativo ou emergir subitamente - “sempre ironizei a pressão de meus filhos para que parasse de beber, até que um certo dia, há cerca de dez anos, meu neto, então com cinco anos, comentou alegre e naturalmente durante um jantar que “o vovô vivia bêbado”; me assustei profundamente: aquilo que julgava sob meu controle, fora percebido por alguém dotado da mais pura inocência – que me admirava e dava sentido a minha vida; procurei ajuda e nunca mais bebi desde então”. Também é bastante comum a determinação aparecer em seguida a uma crise relacionada ao uso de drogas – uma pneumonia,

um acidente grave, uma ameaça de separação ou de internação forçada – tanto como resultante de uma conscientização, quanto uma forma encontrada pelo paciente para solucionar o conflito.

O prazo de duração desse estágio é incerto, mas em boa parte das vezes é efêmero. Certezas aparentemente inquebrantáveis e livres de ambivalência dissolvem-se rapidamente algumas horas ou dias depois, passada a crise decorrente do consumo ou na vigência de mais um episódio de fissura sem reposta de enfrentamento. Isso reforça a necessidade da busca imediata de ajuda por parte do paciente – a ajuda da família é quase sempre necessária e bem-vinda – e da existência de serviços de atendimento acessíveis.

O estágio de determinação é um momento de grande oportunidades terapêuticas. Livre do sentimento de ambivalência, o paciente mostra-se disponível às solicitações e propostas da equipe de tratamento. Tal empolgação pode ser usada pelos profissionais visando a aumentar o comprometimento do paciente, bem como para implementar medidas protetoras – organização de uma agenda de atividades, estabelecimento de cuidadores, construção de estratégias de enfrentamento, rotinas de tratamento, além de outros. Todos sabem, porém, que um processo de corrosão quase sempre se segue a esse estágio, no qual a ambivalência volta a exercer sua influência, enfraquecendo a determinação do paciente. Nesse momento, as estratégias de enfrentamento instituídas são fundamentais para manutenção da motivação para a mudança.

A interrupção do consumo caracteriza o estágio da **ação**, marco inicial da caminhada do paciente rumo a um modo de vida livre de substâncias psicoativas. Esse estágio é uma condição fronteira, situada entre a intenção de parar (determinação) e a execução de um plano de abstinência consistente. Tal plano encontra no cerne do último estágio: a **manutenção**. Eis um estágio de grande duração e pleno de percalços, no qual prontidão e resistência à mudança – diga-se ambivalência – alternam-se constantemente, resultando quase sempre em **recaídas**. A manutenção é o estágio da aprendizagem de um modo de ser abstinente, construído por meio da introdução de estratégias de enfrentamento

para não sucumbir à fissura e aos desejos autoindulgentes de consumo e pelo desenvolvimento de habilidades e dinâmicas assertivas, livres da mediação psicoativa das substâncias e capazes de melhor adaptar e conectar o paciente e seu jeito de ser e agir aos seus anseios individuais e interpessoais. Um processo com prazo de duração de uma vida.

Principais questionários utilizados para mensurar a motivação

Há quatro escalas com parâmetros psicométricos variando de bom a excelente todas elas em condições de serem utilizadas para avaliação de tratamento e predição de adesão ao mesmo (Castro & Passos, 2005). Sendo que duas delas (URICA e SOCRATES) já possuem versão em português com validade e confiabilidade descritas (Figlie *et al.*, 2004; Castro & Passos, 2005).

Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA)

URICA é um questionário de auto-preenchimento, aplicado na população adulta, que não necessita de treinamento prévio, contém 32 perguntas divididas em quatro subescalas que abrangem os estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. O tempo usual para a aplicação da escala varia entre cinco a dez minutos. Há uma versão com 24 itens. Várias pesquisas lançam mão desse instrumento a fim de estimar os estágios motivacionais em pacientes psiquiátricos com transtornos primários relativos ou não à dependência de drogas. Questionário embasado nos seis componentes de motivação para a mudança: desejo, habilidade, razões, necessidade, compromisso e ação (Castro & Passos, 2005).

Stage Readiness And Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), desenvolvido por William Miller, é um instrumento auto-administrável, composto por 19 itens (versão recente) voltados para pacientes alcoolistas, tem a duração média de três minutos e investiga o grau de prontidão/motivação para a realização do tratamento por meio dos estágios de reconhecimento (capacidade de insight do paciente com relação ao consumo de álcool), ambivalência e ação (evolução do paciente no período de avaliação). A subescala de reconhecimento engloba itens

que investigam a preparação e determinação. A de ambivalência contempla o item contemplação e a de ação abrange os itens ação e manutenção. Suas características psicométricas incluem boa consistência interna e boa confiabilidade (Miller & Tonigan, 1996; Castro & Passos, 2005).

Motivation Questionnaire (MQ)

Ferramenta auto-administrável, composta por 29 itens, distribuídos pela avaliação de quatro áreas: motivação interna, motivação externa, busca de ajuda interpessoal e grau de expectativa quanto ao resultado de tratamento (Cahill *et al.*, 2003). Os itens variam em uma escala de cinco pontos, incluindo as opções "não é totalmente verdadeira" a "totalmente verdadeira". A TMQ abarca os motivos pelos quais o paciente busca e permanece no tratamento e apresenta boa validade de construto, por demonstrar alta interdependência entre as variáveis presentes na escala (Ryan & Plant, 1995).

Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

É um instrumento composto por 12 itens, que avaliam os estágios de mudança motivacionais: pré-contemplação, contemplação e ação. O estágio de manutenção não é abordado por esse instrumento porque, para indivíduos abstêmios, muitas das perguntas, desse questionário, não fazem sentido e conseqüentemente o questionário pode apresentar um mau entendimento (Rumpf *et al.*, 1999). Este questionário foi desenvolvido para avaliar pacientes dependentes de álcool. Os itens variam em uma escala de cinco pontos abrangendo opções "não concordo completamente" a "concordo completamente". Altas pontuações nas escalas de contemplação e ação e baixas pontuações na escala de pré-contemplação indicam maior prontidão para mudança comportamental.

Em comparação com os métodos tradicionais de triagem para encaminhamento especializado, a utilização da entrevista motivacional nessa fase, não só aumenta a adesão inicial ao tratamento (Carroll *et al.*, 2001), como está relacionada a taxas mais elevadas de retenção e abstinência nos primeiros trinta dias, mas perdendo eficácia ao longo do segundo e terceiro mês (Carroll *et al.*, 2006).

Discussão

O diagnóstico clínico é fundamental no processo de avaliação do paciente, pois formaliza um problema tanto para o paciente e seus familiares, quanto para o profissional que o atende. Tal diagnóstico é isento de causalidade e pode ser feito por qualquer profissional da saúde ou de áreas relacionadas à dependência devidamente capacitado. Além de tornar o problema palpável, é necessário saber qual a motivação e a prontidão do paciente para resolvê-lo. Quanto mais pronto e motivado, mais objetiva será a proposta terapêutica, enquanto que a situação contrária demandará mais negociação e tempo para lidar com as dúvidas do paciente acerca dos rumos do tratamento. Tais entraves devem ser encarados com naturalidade. Abordagens motivacionais geralmente contribuem para melhorar o desejo do paciente de continuidade do tratamento.

Referências bibliográficas

Anton RF, Moak DH, Latham P. (1995) The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 19(1):92-99.

Anton RF, Drobos DJ. (1998) Clinical measurement of craving in addiction. *Psychiatric Annals*. 28:553-560.

APA – American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 1994.

Cahill M, Adinoff B, Hosig H, Muller K, Pulliam C. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav* 28:67-79, 2003.

Carroll KM, Libby B, Sheehan J, Hyland N. Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *Am J Addict.* 2001;10(4):335-9.

Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE; National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend.* 2006;81(3):301-12.

Castro M, Passos S. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiquiatria Clín* 2005;32(6): 330-5.

Cooney NL, Baker LH, Pomerleau OF, Josephy B. (1984) Salivation to drinking cues in alcohol abusers: toward the validation of a physiological measure of craving. *Addictive Behaviors.* 9:91-94.

DiClemente CC & Scott CW. Stages of change: interactions with treatment compliance and involvement. *NIDA Res Monogr* 1997;165:131-56.

DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict.* 2004 Mar-Apr;13(2):103-19.

Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of *crack* cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst Abus.* 2008;29(3):71-9.

Drobes DJ, Thomas SE. (1999) Assessing Craving for Alcohol. *Alcohol Research & Health.* Volume 23, nº 3.

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Suppl 4):s545-57.

Erickson JR, Stevens S, McKnight P, Figueredo AJ. Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes. *J Addict Dis.* 1995;14(4):135-50.

Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J* 1976;1(6017):1058-61.

Edwards G, Marshall EJ & Cook CCH. A síndrome de Dependência do álcool. In: Edwards G, Marshall EJ & Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo - um guia Para profissionais da saúde.* Porto alegre: Artmed; 2005. Pgs. 55-72.

Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey with not-in-treatment *crack*-cocaine users. *Med Care* 2000;38(9):902-10.

Falck RS, Wang J, Carlson RG. *Crack* cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction* 2007;102(9):1421-31.

Halikas JA, Kuhn KL, Crosby R. (1991) The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale, *Compr. Psychiatry* 32: 22-27.

Joe GW, Simpson DD, Broome KM. Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction.* 1998 Aug;93(8):1177-90.

Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent.* 156(6) 607-614, 2002.

Miller WR, tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Socrates). *Psychology of Addict Behav* 10(2):81-9, 1996.

Miller WR & Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artmed; 1999.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Hatsukami DK, Fischman MW. *Crack* cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? JAMA 1996; 276(19):1580-8.

Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the *crack* cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. Rev Saude Publica 2008; 42(4):664-71.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change – implications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47(9):1102-14.

Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a General Hospital and a general population sample. Gen Hospl Psych 21:348-53, 1999.

Ryan RM, Plant RW. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. Addict Behav 20(3):279-97, 1995.

Sayette MA, Shiffman S, Tiffany ST, Niaura RS, Martin CS, Shadel WG. (2000) The measurement of drug craving. Addiction 95 (suppl. 2) S189-S210.

Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. Addiction 2003;98(8):1043-51.

Welsh WN & McGrain PN. Predictors of therapeutic engagement in prison-based drug treatment. Drug Alcohol Depend 2008; 96: 271–80.

Avaliação dos fatores de proteção e de risco

Marcelo Ribeiro & Ligia Duailibi

Introdução

Por meio do diagnóstico clínico e motivacional é possível detectar a presença do consumo problemático de *crack*, mensurar sua gravidade e avaliar a motivação do paciente para o tratamento. No entanto, é preciso também avaliar *as interações entre as singularidades que cada usuário e o meio sociocultural em que vive*. Esses componentes individuais e sociais determinam o padrão de consumo e sua gravidade e são capazes de influenciar positiva ou negativamente sua evolução (Edwards *et al.*, 2005), funcionando como uma espécie de força motriz, que pode dirigir o usuário tanto no sentido da abstinência, quanto do consumo, através das incontáveis matizes de seu *continuum* de gravidade (Ribeiro & Marques, 2002). Por esse motivo, são denominados *fatores de proteção* e *fatores de risco* (Figura 1). Um fator de risco pode comprometer vários campos da vida, ser potencializado por outros ou ser neutralizado por fatores de proteção. A ação e a interação entre estes determinam a idiosincrasia dos padrões de consumo de substâncias psicoativas. Nunca um fator isolado determina um padrão problemático de uso: é necessário que um conjunto de fatores propicie o seu aparecimento (Schenker & Minayo, 2005).

Avaliação dos riscos mantenedores do consumo de *crack*

Fatores de proteção e de risco

Fatores de risco são situações ou comportamentos que aumentam a possibilidade de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social– e no caso desse manual, para o sucesso do tratamento do usuário de *crack*; ao passo que os fatores de proteção são todos aqueles capazes de promover um crescimento saudável e evitar riscos de dependências e de acirramento de problemas sociais. Fatores de proteção e risco existem em diferentes campos da vida: individual, familiar, entre amigos, na escola, no trabalho e na comunidade (Schenker & Minayo, 2005) (Quadro 1). Todos esses devem

ser investigados em busca de vulnerabilidades e potencialidades, visando ao melhor planejamento e sucesso das ações preventivas e terapêuticas (Arthur *et al.*, 2002).

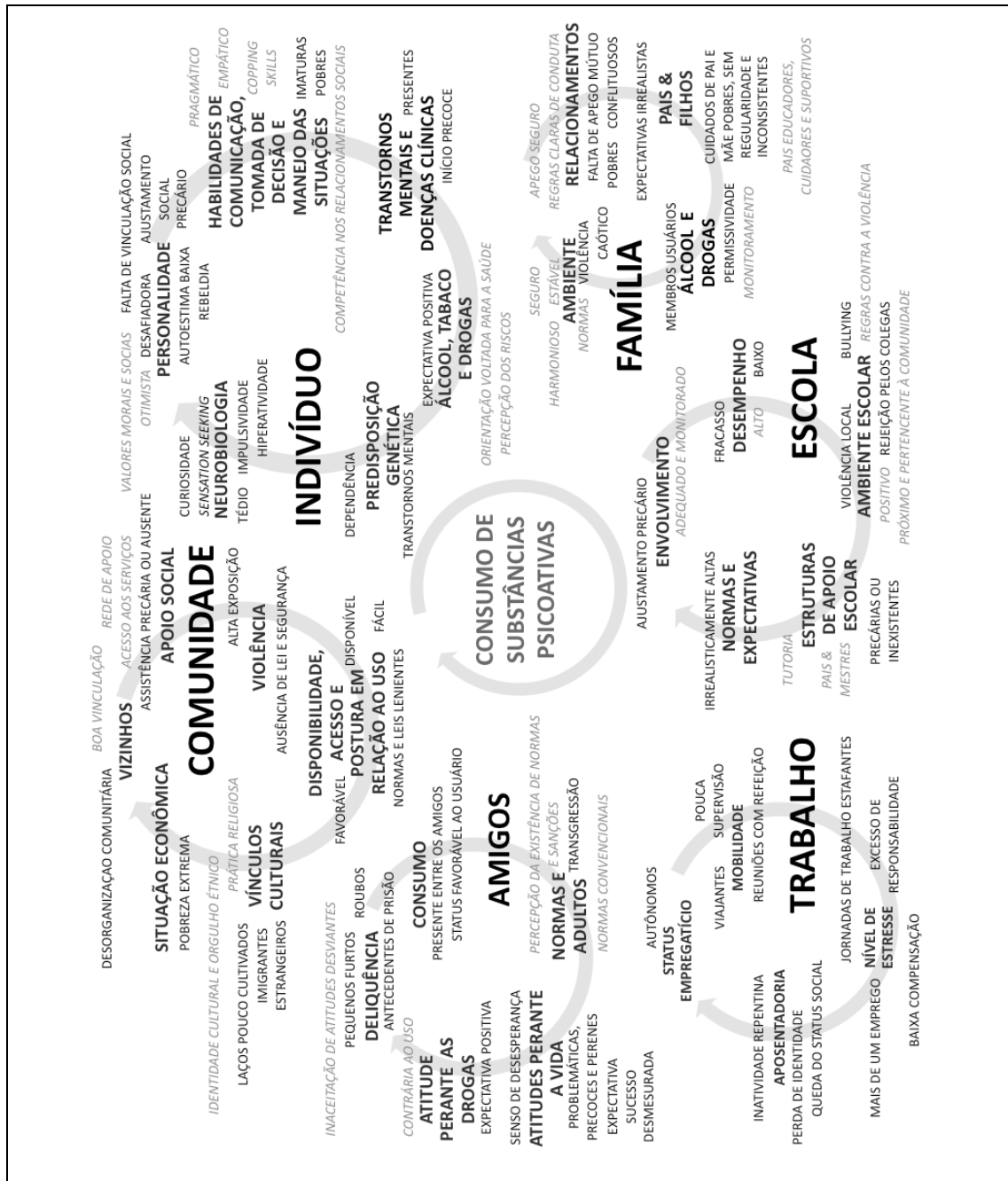


Figura 1: A interação dos fatores de proteção (cinza-claro; itálico) e de risco (cinza-escuro; normal) resulta em maior ou menor vulnerabilidade do usuário. Desse modo, conhecer seus componentes em cada paciente é essencial para a construção de abordagens capazes de potencializar os fatores de proteção e minimizar riscos, aumento as chances de sucesso do tratamento. Imagem elaborada a partir de Arthur *et al.*, 2002 e UNO, 2003.

Quadro 1: Fatores de proteção e risco nos diferentes campos da vida.

Fatores de risco	Fatores de proteção
Indivíduo	
<ul style="list-style-type: none"> * Predisposição genética * Baixa autoestima, senso de desesperança em relação à vida * Percepção de que amigos aprovam do uso de drogas * Problemas com a vinculação social, rebeldia, personalidade desafiadora e resistente à autoridade * Padrão de comportamento <i>sensation seeking</i>, curiosidade, problemas no controle dos impulsos * Habilidades deficitárias para lidar com as situações 	<ul style="list-style-type: none"> * Crenças, valores morais e religiosidade * Orientação voltada para a saúde e percepção dos riscos do uso de drogas * Percepção dos controles e sanções sociais, intolerância com comportamentos desviantes e bom relacionamento com os adultos * Habilidades sociais assertivas e competentes, tais como empatia, pragmatismo e bom controle interno.
Amigos	
<ul style="list-style-type: none"> * Usuários de substâncias psicoativas e/ou adeptos de comportamentos desviantes * Atitudes favoráveis ao uso de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> * Adeptos de modelos convencionais de comportamento e normais sociais * Intolerantes com condutas desviantes
Família	
<ul style="list-style-type: none"> * Ambiente doméstico caótico e conflituoso * Apego inseguro e mau relacionamento entre os membros * Consumo ou atitudes favoráveis ao uso de substâncias por parte dos pais ou outros membros. * Cuidados providos de modo irregular e pouco suportivo, ausência de monitoramento. * Expectativas altas e irrealistas entre os membros. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ambiente familiar suportivo, harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos. * Vínculos e relações de apego fortes, seguras e estáveis. * Normas e valores morais sólidos. *
Escola	
<ul style="list-style-type: none"> * Fracasso acadêmico * Baixo envolvimento e ajustamento escolar * Rejeição por colegas / bullying * Expectativas irrealistas e falta de apoio institucional 	<ul style="list-style-type: none"> * Políticas de integração entre os alunos e monitoramento do desempenho escolar * Normas que desencorajem a violência e o uso de substâncias psicoativas * Clima positivo, voltado para o estabelecimento de vínculos
Comunidade	
<ul style="list-style-type: none"> * Disponibilidade, incentivo ao consumo e ausência de políticas e controle – para substâncias lícitas. * Violência, pobreza e ausência de suporte social * Desorganização social e ausência do Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> * Acesso a serviços de saúde e bem-estar social * Segurança, organização e normas comunitárias contra a violência e o uso de drogas * Atividades de lazer, vínculos comunitários e práticas religiosas * Identidade cultural e orgulho étnico
<p>Fonte: UNO – United Nations Organization. Adolescent substance use: risk and protection. New York: UNO; 2003.</p>	

Ao término da avaliação dos fatores de proteção e de risco, é possível identificar alguns componentes capazes de influenciar o processo de recuperação dos pacientes e que devem necessariamente integrar o plano terapêutico (Quadro 2).

Quadro 2: Componentes capazes de influenciar o processo de recuperação

1. Situações estressantes – pregressas e vigentes
2. Cultura do consumo e sua importância para o paciente
3. Experiência do consumo de substâncias – expectativas e estilos de consumo
4. Qualidade dos relacionamentos
5. Habilidades e competências do paciente
6. Recursos pessoais, familiares e sociais

Fonte: Spooner C, Hall W, Lynskey M, Australian National Council on Drugs. Structural determinants of youth drug use. ANCD Research Paper 2. Woden: ANCD; 2001.

Algumas situações estressantes pregressas, tais como abuso sexual, abandono e marginalização, por terem ocorrido de maneira crônica e traumática, continuam a comprometer a adaptação do paciente muito tempo após terem cessado. Situações estressantes cotidianas, tais como convívio com ambientes violentos ou ambiente familiar caótico são igualmente desestruturantes. Aspectos relacionados a cultura e da experiência do consumo serão abordados a seguir. A qualidade dos relacionamentos implica na identificação daqueles mais indicados para ajudar o paciente, pois contam com sua confiança e têm ascendência sobre ele. As habilidades e competências se referem aos recursos cognitivos e emocionais que ajudam o paciente a lidar com sua vida. Transtornos mentais primários e secundários ao consumo podem prejudicá-las. Por fim, recursos significam os apoios pessoais, familiares e institucionais que o paciente dispõe.

Cultura do consumo de substâncias psicoativas

Afirmações como “louco conhece louco”, “chego numa festa e logo sei quem usa” ou “acho droga para comprar não importa onde eu esteja” são rotineiras nos ambientes de tratamento. Elas revelam que os usuários de substâncias

compartilham códigos culturais relacionados ao modo como consomem sua droga de preferência. Paulatinamente, a cultura do consumo passa a influenciar seus gostos e modos de comportamento, tornando-se parte integrante de seu estilo de vida (Faupel *et al.*, 2009). Não se trata apenas da substância, mas do contexto em que ela é consumida – o manejo correto da parafernália, as dicas para melhor aproveitar os efeitos desejados e evitar os adversos, tudo isso aumenta o engajamento do usuário na cultura do consumo. Quanto mais imerso na cultura de consumo e desconectado de seus costumes e valores anteriores, mais difícil será sua recuperação (White, 1996).

As culturas de consumo são redes sociais informais, dotadas de um grupo de normas, que promovem e regem um modo de consumo de substância. A cultura se transforma numa força mantenedora do consumo (Faupel *et al.*, 2009). Muitos dependentes acham mais fácil romper o elo fisiológico, do que o elo cultural que os unem ao consumo de substâncias psicoativas – valores, artefatos, ambientes, rituais de consumo, relacionamentos, símbolos, música etcétera (White, 1996). A cultura oferece ao usuário um ambiente onde seu estilo de vida não seja taxado como ‘diferente-dos-outros’, tampouco seja alvo de estigmas. Ela possibilita que o recém-iniciado aprenda a manejar os instrumentos de uso, a encontrar canais de acesso, a evitar complicações físicas e a driblar a proibição e os controles sociais vigentes (Faupel *et al.*, 2009). Além disso, oferece também uma ideologia que justifica seu comportamento, formas específicas de comunicação, rituais e relacionamentos pessoais coesos, visando à viabilidade do uso (White, 1996).

Por outro lado, alguns hábitos culturalmente disseminados entre os usuários, instituídos com intuito de protegê-los contra situações de risco decorrentes de efeitos adversos ou do ambiente de marginalidade e ilicitude em torno do consumo – por exemplo, o uso de álcool como ansiolítico por usuários de *crack* – acabam por expor os pacientes a riscos ainda maiores principalmente a longo prazo (Abeid-Ribeiro; 2010).

Dessa forma, o conhecimento da cultura de consumo do paciente possibilita uma avaliação mais apurada dos fatores de risco envolvidos no seu ambiente,

possibilitando a instituição de ações preventivas. O interesse do profissional da saúde pelo estilo-de-vida-usuário do paciente pode aumentar a empatia entre ambos, deixando o paciente confiante e mais aberto para as propostas do tratamento. Além disso, a investigação do envolvimento do paciente na cultura do consumo em detrimento de sua cultura anterior, fornece ao profissional da saúde mais uma ferramenta para avaliar a gravidade do consumo do *crack*. Por fim, pela observação do abandono dos símbolos, hábitos, comportamentos relacionados à cultura do consumo é possível monitorar o processo de tratamento, conforme o usuário caminha para um estilo de vida voltado para a abstinência.

Avaliação dos riscos decorrentes do consumo de *crack*

Além da avaliação dos fatores de proteção e risco do consumo de *crack*, não se deve esquecer o consumo dessa droga, por si só, é um fator de risco para diversas complicações (Quadro 3). Desse modo, tais riscos devem ser avaliados pelo profissional da saúde e discutidos com o paciente – e em algumas situações com seus familiares – visando ao estabelecimento de estratégias preventivas ou terapêuticas.

Quadro 3: Riscos comumente relacionados ao consumo de *crack*

1. Consumo de múltiplas substâncias
2. Uso nocivo / dependência
3. Overdose
4. Comportamento sexual de risco
5. Crimes aquisitivos e problemas legais
6. Perda de vínculos sociais e situação de rua
7. Baixa adesão /abandono precoce do tratamento

Fonte: DH, 2007; Albeid-Ribeiro, 2010.

O consumo de álcool e outras drogas associado ao consumo de *crack* é um fator de risco para a adesão e evolução favorável do tratamento (DH, 2002). Os comentários sobre o uso concomitante dessas substâncias encontraram-se no

capítulo “Avaliação psiquiátrica e comorbidades”. Ao longo de todos os capítulos, os aspectos psicossociais do consumo de *crack* serão discutidos em detalhe, especialmente o comprometimento dos vínculos sociais – familiares e empregatícios.

Overdose

Há pouca informação sobre a incidência de overdose entre usuários de *crack*. Dados epidemiológicos apontam que essa *causa mortis* é excepcional entre os usuários de *crack* (Ribeiro *et al.*, 2006), sendo mais provável para o uso injetável da substância. Casos não-fatais são relatados por cerca de um quinto dos usuários, apesar da dificuldade em distinguir “intoxicação aguda” de “overdose”, a partir dos relatos dos mesmos sobre o tema.

Comportamento sexual de risco

O consumo de *crack* está diretamente associado à infecção pelo HIV (Wilson & DeHovitz, 1997). Os comportamentos de risco mais observados são o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por *crack* ou por dinheiro para comprar a substância (Pechansky *et al.*, 2002; Nappo *et al.*, 2004). Outros fatores que aumentam a vulnerabilidade à infecção são a pobreza e o baixo nível de instrução (Azevedo, 2000). Um estudo com mulheres paulistas (n=75) observou que a maioria fazia sexo por *crack* diariamente (média de 1 – 5 programas), não escolhia o parceiro, o tipo de sexo praticado e não valorizava o uso de preservativos (Silva, 2000). Apesar da prática da troca de sexo por drogas ser mais freqüente em mulheres, tal comportamento também ocorre em homens, independentemente da orientação sexual (Souza, 2001). Dessa forma, o comportamento sexual deve fazer parte da avaliação inicial dos usuários de *crack*. Esses, também, devem participar de programas de orientação acerca dos riscos relacionados ao comportamento, bem como acerca dos métodos eficazes de prevenção.

Crimes aquisitivos

O envolvimento em atividade ilícitas, como furtos e roubos visando ao financiamento do consumo é uma prática comum entre os usuários de *crack* (Ribeiro *et al.*, 2007; Guindaline *et al.*, 2008) – um estudo britânico observou que sua amostra de usuários de *crack* se envolvia em média sete dias por mês em crimes aquisitivos (Gossop *et al.*, 2006). Em decorrência disso, o contato desses indivíduos com o sistema judicial é alto, podendo atingir um quinto dos mesmos (Ribeiro *et al.*, 2007). A presença de problemas legais aumenta a chance de procura por tratamento, o que sugere que a prevalência de problemas legais entre os usuários em tratamento seja ainda maior (Siegal *et al.*, 2002). Desse modo, a prática de contravenções, bem como a condição legal do paciente devem ser sempre investigadas, tanto com a finalidade de prevenir novos episódios e suas conseqüências, quanto de auxiliar o paciente na solução de problemas legais pendentes, melhorando assim sua adesão ao tratamento.

Baixa adesão e abandono precoce do tratamento

O usuário de substâncias psicoativas tem grande dificuldade de adesão ao tratamento, estando mais propenso a abandonar o tratamento do que o usuário de cocaína intranasal (Dunn & Laranjeira, 1999). Visando a aumentar as chances de permanência à proposta de tratamento, alguns estudos vem tentando mapear as características mais comumente associadas ao abandono de tratamento (Quadro 3). Dados de estudos brasileiros apontam como fatores preditivos de abandono: existência de problemas legais, baixo nível de habilidades sociais (*coping skills*), diagnóstico de transtorno mental na família e transtorno por dependência de álcool associado (Dunn *et al.*, 2001; Silveira, 2001; Magrinelli *et al.*, 2004). Em um estudo com dependentes graves (n=292), que procuraram internação breve para desintoxicação na Holanda, os autores observaram que (1) ser homem, (2) jovem, (3) ter menos de dez anos de estudo, (4) possuir comorbidade e (5) a baixa motivação foram preditores de abandono precoce do tratamento (de Weert-van Oene *et al.*, 2007). Esses achados foram encontrados por outros estudos: jovens usuários de cocaína com baixa escolaridade (n=1112) tiveram tendência maior ao abandono de tratamento em serviços de atendimento em três estados norte-

americanos (Siqueland *et al.*, 1998). Outro estudo com usuários de cocaína (n=91) de três serviços públicos ambulatoriais de Valência (Espanha), observou que metade dos pacientes havia abandonado o tratamento após seis meses, sendo a maior parte no primeiro trimestre – (1) a gravidade da dependência, (2) a presença de comorbidade e (3) a baixa motivação foram determinantes para esse desfecho (Sanchez *et al.*, 2010).

Quadro 3: Fatores de risco para o abandono do tratamento entre usuários de cocaína

1. Sexo masculino
2. Baixa escolaridade
3. Jovem / adulto jovem
4. Comorbidade grave
5. Baixa motivação
6. Existência de problemas legais
7. Baixo nível de habilidades sociais
8. Problemas com álcool
9. Transtorno mental na família

Fonte: Siqueland *et al.*, 1998; de Weert-van Oene *et al.*, 2007; Sanchez *et al.*, 2010

Discussão

Fatores de proteção e do risco são a força mantenedora do consumo de substâncias psicoativas e não desaparecem automaticamente quando o paciente decide procurar ajuda – por mais determinado que esse possa estar. Desse modo, ficará constantemente às voltas com o risco da recaída. Por esse motivo, precisam ser mapeados minuciosamente, um trabalho que desenvolve ao longo das primeiras consultas e que envolve a participação de toda a equipe de saúde – médico, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e enfermeiro – e as especificidades de suas investigações. Sem essa investigação toda a tentativa de se desenvolver estratégias baseadas nas necessidades do paciente ficaram irremediavelmente comprometidas.

Além dos riscos relacionados à manutenção do consumo de *crack*, há aqueles que decorrem dessa prática. Tais riscos devem ser investigados e igualmente mapeados, visando à construção do perfil psicossocial do paciente que possibilite tanto à prevenção de complicações clínicas e psicossociais durante o tratamento, quanto a elaboração de estratégias de tratamento clínico e desenvolvimento de habilidades psicossociais.

Referências bibliográficas

Albeid-Ribeiro L. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Ciências. São Paulo; 2010.

Arthur MW, Hawkins JD, Pollard JA, Catalano RF, Baglioni AJ Jr. Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. The Communities That Care Youth Survey. *Eval Rev* 2002; 26(6):575-601.

Azevedo RCS. Usuários de Cocaína e Aids: Um estudo sobre comportamento de risco [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.

de Weert-van Oene GH, Burger H, Grobbee DE, Schrijvers AJ. Identification of patients at high risk of noncompliance in substance dependence treatment. *Eur Addict Res*. 2007;13(2):74-80.

DH – Department of Health. Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management. London: DH; 2007.

Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend* 2001; 63(1):79-85.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. A síndrome de dependência do álcool. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Faupel CE, Horowitz AM, Weaver GS. Subcultures of drug use. In: Faupel CE, Horowitz AM, Weaver GS. The sociology of American drug use. NY: McGraw-Hill; 2009.

Magrinelli M, Kessler F, Pechansky F, Araújo R, Oliveira MS, Souza AC. Características do uso de cocaína em indivíduos internados em unidades de tratamento de Porto Alegre, RS. J Bras Psiquiatr 2004; 53(6): 351-358.

Nappo AS, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Júnior J, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de *Crack* em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID; 2004.

Pechansky FI, von Diemen LI, Kessler FI, Hirakata VI, Metzger DII, Woody G. Incidência de infecção por HIV entre abusadores de cocaína em Porto Alegre. Rev. Bras. Psiquiatr 2002; 24(supl.2): 5-25

Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among *crack* cocaine users. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep;28(3):196-202.

Ribeiro M & Marques ACPR. Abordagem do usuário. In: CREMESP / AMB. Usuários de substâncias psicoativas. São Paulo: CREMESP; 2002.

Sánchez-Hervás E, Secades-Villa R, Gómez FJ, Romaguera FZ, García-Rodríguez O, Yanez EM, Francés MC, Fernández GG. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. Adicciones 2010;22(1):59-64.

Schenker M & Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciência Saúde Col 2005; 10(3): 707-17.

Siegal HA, Falck RS, Wang J, Carlson RG. Predictors of drug abuse treatment entry among *crack*-cocaine smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2002; 68(2):159-66.

Silveira RA. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2001.

Siqueland L, Crits-Christoph P, Frank A, Daley D, Weiss R, Chittams J, Blaine J, Luborsky L. Predictors of dropout from psychosocial treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1998 Sep 1;52(1):1-13.

Spooner C, Hall W, Lynskey M, Australian National Council on Drugs. Structural determinants of youth drug use. ANCD Reserach Paper 2. Woden: ANCD; 2001.

Silva SL. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do *crack* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP); 2000.

Souza CTV. Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do Projeto Rio [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001

UNO – United Nations Organization. Adolescent substance use: risk and protection. New York: UNO; 2003.

White WL. Cultural aspects of addiction. In: White WL. Pathways from the Culture of Addiction to the Culture of Recovery: A Travel Guide for Addiction Professionals. Center City: Hazelden; 1996. Pgs. 3-16.

Wilson T, DeHovitz JA. STDs, HIV, and *crack* cocaine: a review. *AIDS Patient Care STDS* 1997;11(2):62-6.

Avaliação psiquiátrica e comorbidades

Marcelo Ribeiro & Ana Cecília Petta Roseli Marques

Introdução

A presença de doenças clínicas e psiquiátricas associadas ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas (comorbidade) é um fenômeno comum e cientificamente bem documentado, que se manifesta de diversas maneiras e possui causas heterogêneas, bidirecionais e variáveis ao longo do tempo (Quadro 1). Entre os portadores de transtornos mentais, cerca de um terço utiliza substâncias psicoativas, podendo esse índice ultrapassar a metade em casos de transtornos mentais graves (Regier *et al.*, 1990) – 47% dos pacientes com esquizofrenia e 56% dos bipolares apresentam problemas com o consumo de substâncias psicoativas durante a vida (Carrey & Correia, 1998). Entre os casos forenses, as taxas de comorbidade podem atingir até 90% (Palijan *et al.*, 2009).

Entre os usuários de substâncias na comunidade, um quinto apresenta algum transtorno mental associado (Regier *et al.*, 1990; Crawford *et al.*, 2003). A presença de comorbidade aumenta a chance de busca por atendimento, numa razão diretamente proporcional ao número de patologias associadas e a severidade das mesmas (Compton *et al.*, 2007). Desse modo, pode-se considerar que a maioria dos usuários de substâncias dentro dos ambientes de tratamento possui ao menos outro transtorno mental (Flynn & Brown, 2008).

Quadro 1: Comorbidades – modos de manifestação e modelos etiológicos

As comorbidades podem se apresentar da seguinte maneira, podendo o transtorno mental associado ser primário ou secundário ao consumo de substâncias psicoativas:

14. O consumo de substâncias (ainda que uma única vez) pode levar a sintomas ou transtornos psiquiátricos.
15. A síndrome de abstinência pode levar a sintomas psiquiátricos.
16. O consumo de substâncias pode exacerbar um transtorno psiquiátrico pré-existente.
17. Sintomas psiquiátricos ou psicológicos podem desencadear o uso indevido de substâncias.
18. Transtornos psiquiátricos primários podem levar ao uso indevido de substâncias.
19. Transtornos psiquiátricos primários podem levar ao uso indevido de substâncias, que por sua vez leva ao aparecimento de outros transtornos.

Modelos etiológicos para o aparecimento da comorbidade:

1. Sintomas psiquiátricos predis põem o uso de substâncias (hipótese da automedicação)
2. O uso de substâncias químicas leva à comorbidade (hipótese da toxicidade)
3. Ambos os transtornos têm uma causa comum (hipótese genética)
4. As repercussões sócio-econômicas do uso levam à comorbidade
5. Ambos são fatores independentes

Fonte: Crome I.B. Substance misuse and psychiatric comorbidity: towards improved service provision. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1999; 6: 151–74.

A comorbidade aumenta a gravidade dos sintomas e a refratariedade dos mesmos ao tratamento, piorando seu prognóstico (DH, 2002) (Quadro 2). O dependente de cocaína possui taxas elevadas de comorbidade, situação que piora significativamente sua qualidade de vida e sua integridade física e psíquica (Havassy & Arns, 1998). Desse modo, o paciente com comorbidade demanda mais atenção profissional e utiliza os serviços de atendimento de forma mais intensa e por mais tempo. Ainda assim está mais sujeito a fracassos e abandonos ao tratamento do que os isentos de comorbidade (Brown *et al.*, 1998).

Quadro 2: Maus prognósticos associados à comorbidade em usuários de substâncias psicoativas

7. Piora dos sintomas psiquiátricos
8. Aumento do uso dos equipamentos de saúde
9. Piora da adesão ao tratamento – especialmente o medicamentoso
10. Aumento do tempo em situação de rua
11. Aumento do risco de infecção pelo HIV
12. Piora dos indicadores sociais, incluindo carreira profissional e vida em família
13. Contato com o sistema criminal

Fonte: Department of Health (UK). Mental Health Policy Implementation Guide – Dual Diagnosis Good Practice Guide . London: DH; 2002.

Consumo de *crack* e comorbidade

A prevalência de transtornos mentais é maior entre usuários de *crack* se comparados aos usuários de cocaína inalada (Haasen *et al.*, 2005). Tal achado, porém, parece estar menos relacionado ao modo de consumo (fumado ou inalado) e sim à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados (Herbeck *et al.*, 2006). Em geral, o usuário de *crack* possui um padrão de consumo rapidamente progressivo, intenso e frequente (Hatsukami & Fischman, 1996), sendo 2 – 3 vezes mais suscetível ao desenvolvimento de dependência, em relação ao consumo inalado (Chen & Anthony, 2004). Tal vulnerabilidade é ainda maior quando o usuário é portador de outro transtorno mental (Falck *et al.*, 2008). Além do maior risco de dependência, o consumo de *crack* compromete mais o paciente nos diversos campos de sua vida – trabalho, relacionamentos afetivos, família – e constitui um importante fator de risco para a infecção pelo HIV (Celentano & Sherman, 2009).

Depressão maior e ansiedade

A depressão e a ansiedade são as comorbidades psiquiátricas mais recorrentes, atingindo mais da metade dos usuários (Brown *et al.*, 1998; Herrero *et al.*, 2008). Um levantamento com 430 usuários de *crack* fora de tratamento (Estados Unidos)

observou que 80% desses possuíam algum grau de depressão e 55%, diagnóstico de depressão maior moderada ou grave (Inventário de Depressão de Beck; valor médio = 19,1). Segundo o mesmo estudo, a associação entre o consumo de *crack* e a presença de problemas médicos, legais, do campo familiar/social ou relacionados ao consumo de álcool aumentam a vulnerabilidade para depressão (Falck *et al.*, 2002).

Há estudos populacionais preocupados com a etiologia da associação entre o consumo de substâncias e os transtornos de humor. Em um estudo com pacientes usuários de opiáceos e cocaína em manutenção com metadona, os transtornos afetivos secundários ao consumo de cocaína foram os mais prevalentes (73%) e melhoram com a abstinência (Rosenblum *et al.*, 1999). De maneira geral, os sintomas depressivos secundários melhoram espontaneamente, 3 – 4 dias após o início da abstinência, e continuam essa tendência ao longo das primeiras semanas (Rounsaville, 2004) – o que justifica o diagnóstico diferencial entre as formas primária e secundária entre esses usuários.

No entanto, pacientes com transtornos primários do humor aderiram melhor ao tratamento (78%) em relação aos portadores de transtornos secundários (47%), além de apresentarem menos episódios de recaída. Os autores consideraram que a melhora do humor proporcionada pelo tratamento protegeu os portadores de transtornos primários, ao passo que entre os secundários, houve melhora da desorganização provocada pelo transtorno de humor secundário, mas não de outras vulnerabilidades de ordem pessoal que aumentam a chance de retorno ao consumo – tais como maior distraibilidade e sensibilidade a estímulos internos externos, sem estruturação de respostas de enfrentamento.

A intensidade do consumo do *crack* parece estar diretamente relacionada ao risco de desenvolvimento do transtorno (Schönnesson *et al.*, 2009). A depressão atinge quase a totalidade dos usuários de *crack* que consome álcool e está infectada pelo HIV – problemas com desnutrição também estão presentes entre

esses usuários (Vogenthaler, 2010). Um aumento do risco de ideação ou tentativa de suicídio também já foi observado entre usuários (Zubaran *et al.*, 2010).

Problemas com álcool e outras drogas

O usuário de *crack* utiliza o álcool de modo menos freqüente e pesado do que o usuário de cocaína inalada (Guindalini *et al.*, 2006; Gossop *et al.*, 2006^A). O álcool visa ao manejo dos sintomas de inquietação psicomotora e ansiedade, que habitualmente aparecem após o uso da droga (Gossop *et al.*, 2006^B). De qualquer forma, o consumo de álcool é um preditor de severidade e mau prognóstico para o usuário de qualquer substância, inclusive o *crack* (Carrol *et al.*, 1993). O usuário de cocaína e álcool em geral inicia o uso de bebida mais cedo do que o usuário de álcool isoladamente, tem mais dificuldade em se manter abstinente (Brown *et al.*, 1993). A presença de álcool durante o consumo de cocaína origina a cocaetilo, um metabólito ativo que atua de modo mais intenso e duradouro sobre o sistema de recompensa, mas possui toxicidade superior à cocaína, aumentando o risco de morte súbita entre os usuários (Harris *et al.*, 2003). No entanto, o consumo de álcool não costuma ser investigado e tratado adequadamente entre os usuários de substâncias ilícitas (Gossop *et al.*, 2002), com conseqüências negativas óbvias para a saúde do paciente e o sucesso do tratamento.

Por outro lado, o poliuso de substâncias psicoativas é comum entre usuários de *crack* (Gossop *et al.*, 2006^A, Oliveira *et al.*, 2010). A maconha é utilizada geralmente com o intuito de reduzir a inquietação e a fissura decorrentes do uso de *crack* (Oliveira & Nappo, 2008). Há também um grupo de usuários que utiliza tanto o *crack*, quanto a cocaína inalada (Prinzleve *et al.*, 2007), associação compromete o prognóstico do usuário, pois está associada ao início precoce, maior freqüência e quantidade de uso e envolvimento em atividades ilícitas (Guindalini *et al.*, 2006).

Transtornos de personalidade

Os transtornos de personalidade são comuns entre os dependentes de drogas ilícitas e atingem a maioria dos dependentes com comorbidade drogas ilícitas e álcool – situação comum entre os usuários de *crack* (Stinson *et al.*, 2005). Os transtornos de personalidade frequentemente associados ao consumo de *crack* são o transtorno de personalidade antissocial (Falck *et al.*, 2004) e borderline (Tang *et al.*, 2007). Quanto maior a gravidade do transtorno de personalidade, pior o prognóstico e mais remotas são as chances de adesão ao tratamento (Crawford *et al.*, 2003). Por outro lado, pacientes com transtorno de personalidade esquiva e esquizóide, cujo componente central de ambos é isolamento social, parecem fazer um consumo menos grave, com probabilidade maior de buscarem tratamento previamente abstinente (de Los Cobos *et al.*, 2010).

Transtornos esquizofreniformes

Sintomas esquizofreniformes, na maior parte das vezes transitórios, são observados com frequência, tanto em usuários de *crack*, quanto de cocaína inalada (Kranzler *et al.*, 1994; Tang *et al.*, 2007). Mais uma vez, a gravidade da dependência aparece relacionada ao surgimento de sintomas psicóticos, sendo esses pouco prováveis entre os usuários que não fecham critérios para uso nocivo ou dependência; atingindo metade daqueles com diagnóstico de uso nocivo ou dependência leve; e a imensa maioria dos portadores de dependência moderada ou grave (Smith *et al.*, 2009).

Dificuldades diagnósticas

Apesar dos altos índices de comorbidade, principalmente entre aqueles que procuraram atendimento especializado, há uma grande dificuldade entre os médicos em reconhecer e diagnosticar doenças associadas em parte devido à sobreposição sintomatológica (Carey, 1997), em parte devido à falta de treinamento e capacitação por parte destes (Chambers *et al.*, 2010). O consumo de álcool e outras drogas acontece geralmente em contextos de disfunções psicossociais múltiplas relacionadas à gravidade da doença mental, que

mimetizam as conseqüências negativas do uso (Carey & Correia, 1998). Além disso, o efeito cognitivo e emocional das substâncias pode incluir depressão, ansiedade, alucinações, delírios e confusão (Carey & Correia, 1998). Desse modo, não é incomum o especialista em dependência tomar sintomas de mania ou alucinações auditivas como sintomas decorrentes do consumo de cocaína, assim como o psiquiatra generalista considerar uma queixa de desânimo, com piora no pragmatismo e lentificação como sendo essencialmente uma depressão maior, sem investigar o uso de substâncias por esse paciente (Quadro 3).

Quadro 3: Dificuldades comuns no diagnóstico de comorbidades entre usuários de substâncias

1. Usuários de substâncias psicoativas valorizam pouco e relatam menos seus antecedentes psiquiátricos se comparados aos indivíduos não-usuários.
2. Sintomas produzidos pelo uso de drogas e suas complicações mimetizam sintomas de outros transtornos e vice-versa.
3. Problemas sociais e emocionais decorrentes de transtornos mentais graves tornam o consumo de substâncias menos relevante.
4. Negação ou minimização dos problemas com substâncias psicoativas por mecanismos defensivos, prejuízos neuropsicológicos ou falta de insight acerca da gravidade do uso.
5. Dificuldades relacionados ao timing da entrevista, ou seja, entrevistas iniciais tendem a coletar dados mais imprecisos do que as seguintes, pelos motivos acima.

Fonte: Carey KB & Correia C. Severe Mental Illness And Addictions: Assessment Considerations. *Addictive Behav* 1998; 23(6): 735-48.

Um estudo avaliou todos os usuários de cocaína com sintomas psicóticos que procuraram ajuda em um serviço de atendimento estadunidense entre 1990 e 1995 (n=165) (Shaner *et al.*, 1998). Na admissão, todos foram avaliados utilizando-se a *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-R)*, testes de urina, levantamento de prontuários e entrevistas com familiares. Os mesmos pacientes foram avaliados seis meses depois. Na primeira avaliação, apenas 18% dos diagnósticos (n=30) foram considerados definitivos. A impossibilidade de um diagnóstico preciso para os demais casos, (82%) (n= 135) deveu-se ao tempo insuficiente de abstinência, déficits de memória dos usuários e relatos inconsistentes. Seis meses depois, 78% dos diagnósticos permaneciam incertos,

distribuídos em diversas hipóteses, como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos delirante e transtornos induzidos por uso de estimulantes. Os autores ressaltaram a dificuldade em distinguir categorias diagnósticas que teoricamente seriam diferenciadas com alguma objetividade, como a esquizofrenia da psicose induzida por cocaína, mesmo após algumas avaliações. Isso demonstra que a dificuldade em diagnosticar corretamente os transtornos associados ao uso de substâncias é o usual, atingindo inclusive profissionais experientes.

Avaliação psiquiátrica

Como a associação entre consumo de substâncias e transtornos mentais é usual ao invés de excepcional, os principais transtornos devem ser investigados inicialmente e sua presença sempre aventada ao longo do tratamento. Tal avaliação é um procedimento altamente especializado, a cargo do psiquiatra. Desse modo, os critérios diagnósticos dos transtornos psiquiátricos não serão apresentados aqui sistematicamente, podendo ser consultados nos manuais de classificação nosológica (OMS, 1995; APA, 1996).

Instrumentos de avaliação

Os principais instrumentos para a avaliação são as *entrevistas*, os *exames clínicos* e as *escalas de avaliação*. Não há uma maneira mais adequada para realizar essa investigação – o único consenso é que esses instrumentos perdem eficácia quando utilizados isoladamente ou sem propósito específico (Carey & Correia, 1998).

A entrevista inicial com o paciente é a mais importante e a única que não pode deixar de acontecer. Nela, o profissional poderá investigar e observar psicopatologicamente o paciente. Os padrões de consumo de drogas e suas resultantes em problemas físicos, psicológicos e sociais também podem ser investigados nesse momento. Há alguns fatores de limitação e confusão desse método relacionados tanto ao paciente, quanto ao entrevistador (Turnbull & Websternta, 2007). Há um sentimento geral de exclusão social e estigmatização entre os usuários de substâncias psicoativas, que os fazem tomar os agentes de

seu tratamento como representantes do 'sistema opressor', do *establishment* ou do desejo de seus familiares de interná-lo (Arnall *et al.*, 2007). Muitas vezes, a primeira experiência de atendimento decorre de um grande prejuízo – demissão do emprego, separação, vitimização ou prisão (Al-Rahman *et al.*, 2007). Nesses casos, o paciente encontra-se fragilizado e vulnerável, preocupado se os dados de sua história clínica não piorarão ainda mais sua situação. Por fim, alterações do estado mental, tais como crises psicóticas ou depressivas graves, bem como prejuízos cognitivos – decorrentes tanto de intoxicação aguda, quanto do uso prolongado – comprometem a capacidade do paciente em analisar a extensão de seus problemas e oferecer informações precisas acerca sua condição atual (Carey, 2002). Desse modo, nota-se que o manejo desse tipo entrevista é complexo e requer formação técnica e experiência profissional (Chambers *et al.*, 2010).

Entrevistas com familiares são quase sempre mandatórias, tendo em vista as dificuldades iniciais de organização do paciente, que frequentemente chega para atendimento em crise, ambivalente e temeroso quando aos rumos do tratamento, bem como com problemas cognitivos decorrentes do estado inicial de abstinência ou mesmo. Nesse contexto, a aproximação da família é bem aceita pelos usuários, sendo inclusive um momento para resolução de conflitos e repactuações. No entanto, a forma de sua participação, inclusive para a coleta de dados, deve estar clara para o paciente. O manejo das animosidades deve ser feito com maestria pelo psiquiatra, sob pena de permitir que o ambiente belicoso inicial entre ambas as partes provoque rupturas irreconciliáveis e comprometa o andamento do processo terapêutico (Carey & Correia, 1998).

Exames clínicos, como o teste de urina podem ser úteis para detectar o consumo de drogas em pacientes com déficits cognitivos importantes, para melhorar a credibilidade do usuário com seus familiares ou seu empregador, além de funcionar como um reforço positivo, uma demonstração do sucesso de seu esforço de se manter livre do consumo de drogas (Carey & Correia, 1998; DH, 2002). Da mesma forma, exames laboratoriais que demonstram alterações em órgãos atingidos pelo uso de substâncias – enzimas hepáticas em usuários de álcool ou teste de função pulmonar em tabagistas – podem motivar o paciente a querer

normalizar os resultados alterados a partir da abstinência. Quando utilizado indiscriminadamente, porém, podem ser encarados como invasivos, meros instrumentos policiaiscos ou 'algo-a-ser-ludibriado', provocando no paciente um comportamento de competição, boicote, com riscos concretos de abandono do tratamento.

Por fim, a utilização de escalas permite uma avaliação objetiva e rápida. Sua estrutura e roteiro possibilitam que profissionais de saúde menos capacitados entrevistem e colem dados acerca das doenças investigadas com bom grau de precisão diagnóstica (Carey & Correia, 1998). As escalas também podem ser utilizadas para motivar pacientes a modificar comportamentos com os quais não se importavam ou julgavam pouco relevantes – é o caso da aplicação da escala de Fargestrom para caracterização da dependência à nicotina. No entanto, a motivação do paciente para o tratamento, seu estado organização mental e sua disposição em cooperar com o entrevistador são pré-requisitos fundamentais para o sucesso desse instrumento de avaliação (Carey, 2002).

A abstinência como condição para uma avaliação adequada

A avaliação adequada do estado mental de qualquer usuário de substâncias psicoativas deveria ocorrer após o período de um mês de abstinência ou mais, visando a diminuir o risco de confusão entre o quadro psicopatológico presente com os efeitos do uso de drogas recém-interrompido (Flynn & Brown, 2008). A sintomatologia nas primeiras semanas de abstinência da cocaína / crack é plástica e híbrida, provavelmente devido aos fenômenos de sensibilização e *kindling*, causando imprecisões e levando à formulação de inúmeras hipóteses diagnósticas (Morton, 1999). Além disso, a maior parte dos sintomas psiquiátricos secundários ao consumo de substâncias diminui em intensidade ou desaparece nesse período, com manutenção da melhora nos meses seguintes (Gossop *et al.*, 2006C).

Prejuízos cognitivos pelo uso repetido de cocaína

Mesmo entre os mais motivados para o tratamento, boa parte dos dependentes de cocaína tem dificuldade na manutenção da abstinência devido aos prejuízos cognitivos decorrentes do uso repetido da cocaína (Penberthy et al., 2010). O uso da cocaína afeta áreas do cérebro relacionadas à função motora, à aprendizagem, à emoção, e à memória, adicionando mais um desafio às intervenções eficazes. Profissionais pouco capacitados podem confundir tais prejuízos e tomá-los por desinteresse, má vontade ou resistência ao tratamento, comprometendo a aliança terapêutica e a evolução favorável do caso. Desse modo, uma avaliação neuropsicológica inicial é importante para identificar os déficits cognitivos do paciente e para formular estratégias de treinamento e superação desses. Esse assunto será abordado em profundidade no capítulo Avaliação Neuropsicológica.

Gravidade do consumo de substâncias x gravidade do transtorno mental associado

Há um amplo espectro de casos de comorbidade envolvendo usuários de substâncias psicoativas e transtornos mentais. Com o intuito de melhor operacionalizar a identificação e encaminhamento dos casos, foi desenvolvido o quadrante de cuidados (CSAT, 2005) (Figura 1). O ***primeiro quadrante*** inclui os pacientes com transtorno mental e consumo de substâncias menos severos, com boa possibilidade de manejo ambulatorial, inclusive em unidades de atendimento primário, com supervisão de profissionais da área da saúde mental. O ***segundo quadrante*** abrange os indivíduos com consumo de substâncias problemático, associado a quadros leves de transtornos mentais. Nesses casos, o tratamento ambulatorial com graus de intensidade variados é o mais indicado, podendo incluir a utilização de equipamentos intermediários como hospital-dia e/ou acompanhamento terapêutico. O ***terceiro quadrante*** é composto pelos pacientes de gravidade pronunciada em ambas as patologias. Tais pacientes quase sempre começam o tratamento em ambientes internados e requerem ambientes de tratamento intermediários, intensivos e integrados – hospitais-dia, moradias assistidas, com consultas frequentes e acompanhamento terapêutico – antes de atingirem um padrão de autonomia que lhes permita seguimentos ambulatoriais espaçados. Por fim, o ***quarto quadrante*** inclui pacientes com

transtornos mentais graves, associados a um consumo de drogas de baixa gravidade ou parcialmente remitido. Assim como no segundo quadrante, recebem usualmente atendimento ambulatorial, com graus variados de intensidade.

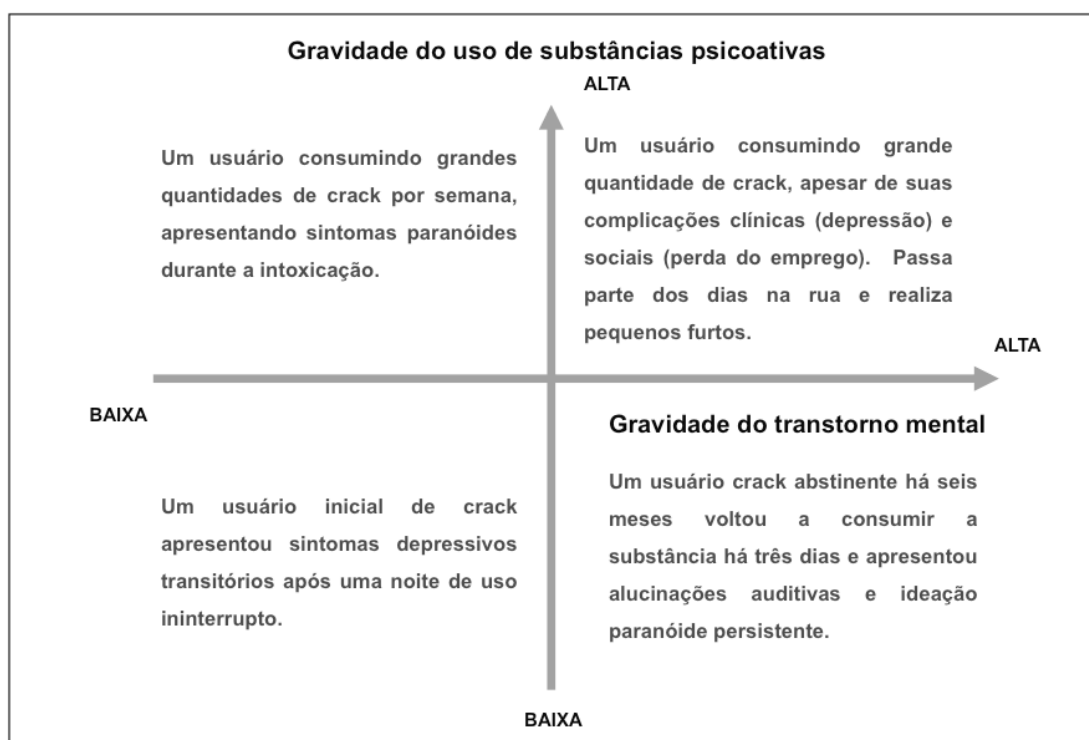


Figura 1: Quadrante de cuidados para pacientes com comorbidade.

O processo de avaliação

Segundo o SAMHSA (CSAT,2005), o processo de avaliação inicial do usuário de substâncias psicoativas deve ser contínuo e revisado ao longo do tratamento. Didaticamente, o mesmo foi dividido em doze etapas (Quadro 4). A preocupação com a adesão do paciente permeia todas as etapas, oferecendo ao mesmo um ambiente empático, que respeita as diferenças de gênero e orientação sexual e é sensível aos seus referenciais culturais. O contato com colaterais visa à obtenção de informações acerca dos antecedentes pessoais do paciente, tendo em vista as limitações do mesmo, discutidas anteriormente nesse capítulo. O paciente deve passar por uma série de exames (*screenings*), tais como testes de drogas, exames

laboratoriais para hepatite B & C e HIV e testes neuropsicológicos, visando a detecção e o monitoramento de comorbidades e complicações clínicas (Quadro 5).

Quadro 4: Etapas do processo de avaliação de comorbidade.

1. Engajamento do paciente no serviço de tratamento.
2. Identificação e contato de colaterais (família, amigos, outros profissionais) visando a coleta de informação adicional.
3. *Screening* para a detecção de doenças associadas e para o uso de drogas
4. Determinação quadrante de cuidados.
5. Determinação no nível de atenção: **(1)** ambulatorial, **(2)** ambulatorial intensivo e/ou hospitalização parcial (hospital-dia ou moradia assistida), **(3)** internação longa ou curta, **(4)** internação com supervisão médica intensiva.
6. Determinação do diagnóstico da comorbidade.
7. Determinação dos prejuízos e desabilidades funcionais.
8. Identificação de pontos fortes e suportes do paciente
9. Identificação das necessidades e suportes culturais e lingüísticos do paciente.
10. Identificação campos de problemas
11. Determinação do estágio motivacional do paciente
12. Plano de tratamento

Fonte: CSAT (2005).

Quadro 5: Screening para a detecção de comorbidades

Exames para a detecção e monitoramento do consumo de substâncias psicoativas

1. Teste de drogas (urina / sangue) e bafômetro

Exames para a detecção de comorbidades em usuários de substâncias psicoativas

1. Testes para a detecção de riscos agudos à saúde: suicídio, violência, incapacidade de cuidar de si-mesmo, comportamentos de risco para HIV / hepatite C, risco de vitimização física ou sexual.
2. Escalas de avaliação para sintomas e transtornos mentais passados e presentes.
3. Avaliações dos prejuízos cognitivos e de aprendizagem.
4. Avaliação dos antecedentes de vitimização e traumas

Fonte: CSAT (2005).

Avaliados os riscos, deve-se determinar o quadrante de cuidados, que influenciará na escolha do melhor ambiente de tratamento. Com esse objetivo, é necessário um diagnóstico psiquiátrico e de severidade da dependência mais acurados. Visando à construção de um plano de tratamento realista, é necessário avaliar em profundidade os prejuízos e limitações funcionais do paciente, bem como seus pontos fortes e apoios externos – família, amigos, serviços de assistência social. Além disso, os campos e domínios problemáticos – relacionamentos afetivos, finanças, trabalho, moradia, justiça – devem ser descritos. Os referenciais culturais do paciente precisam ser investigados, visando a escolha de ambientes de tratamento, onde não se sinta destruído, estigmatizado ou preterido. Por fim, o estágio motivacional deve ser determinado, visando à escolha da melhor abordagem de engajamento.

Discussão

Apesar de a ocorrência simultânea de dois transtornos mentais ser considerada um sinal de mau prognóstico, diversos estudos com usuários de drogas portadores de comorbidades observaram melhora significativa no funcionamento de mental entre os que conseguiram permanecer abstinentes e engajados no plano de tratamento instituído (Flynn & Brown, 2008). Em relação aos

pacientes com problemas exclusivamente relacionados ao uso de substâncias psicoativas, os portadores de comorbidade parecem responder pior ao tratamento inicialmente, mas na presença de apoio psiquiátrico, são capazes de exibir tardiamente resultados de eficácia semelhante (Saxon & Calsyn, 1995).

Desse modo, há duas grandes considerações acerca desse grupo de pacientes. Os casos de comorbidade são graves e apesar da dificuldade de adesão, são aqueles que mais necessitam de tratamento intensivo e prolongado. Por outro lado, a permanência em tratamento está associada ao aumento dos índices de abstinência e a melhora significativa do desempenho cognitivo e emocional (Grella & Stein, 2006).

Boa parte dos usuários de *crack* se enquadra nessa categoria de pacientes que combina padrões de consumo e transtornos mentais igualmente graves. Para esses, permanecer em tratamento é sua maior (talvez a única) chance de recuperação. Isso justifica a criação de modelos específicos e especializados, preocupados em oferecer abordagens afinadas com seus referenciais, acessíveis e livres de barreiras e empecilhos. Quanto maior o tempo de tratamento, menor os índices de uso e recaídas. Uma meta para se perseguir.

Referências bibliográficas

Al-Rahman A, Craig D, Lamour P. *Crack User And Carer Consultation Project*. London: NTA / NHS; 2007

Arnall E, Eagle S, Patel SI, Gammampila A. *An Evaluation Of The Crack Treatment Delivery Model*. London: NTA / NHS; 2007.

Brown TG, Seraganian P, Tremblay J. Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment: do they fare as well as problem drinkers? *J Subst Abuse Treat*. 1993;10(6):545-52.

Brown RA, Monti PM, Myers MG, Martin RA, Rivinus T, Dubreuil MET. Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 220–5.

Carey KB. Challenges in assessing substance use patterns in persons with comorbid mental and addictive disorders. In: NIDA. *Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders*. Rockville: NIH; 1997.

Carey KB. Clinically Useful Assessments: Substance Use And Comorbid Psychiatric Disorders. *Behav Res Ther* 2002; 40: 1345-61.

Carey KB & Correia C. Severe Mental Illness And Addictions: Assessment Considerations. *Addictive Behav* 1998; 23(6): 735-48.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Bryant KJ. Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance. *J Stud Alcohol* 1993;54(2):199-208.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Mar;51(3):177-87.

Celentano D & Sherman SG. The Changing Landscape Of *Crack* Cocaine Use And Hiv Infection. *Cmaj* 2009; 181(9):571-2.

Chambers RA, Connor MC, Boggs CJ, Parker GF. The Dual Diagnosis Physician-Infrastructure Assessment Tool: examining physician attributes and dual diagnosis capacity. *Psychiatr Serv* 2010; 61(2):184-8.

Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus *crack* cocaine. *Psychopharmacology* 2004;172(1):78-86.

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):566-76.

Crawford V, Crome ib, Clancy C. Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2003; 10 (supplement): S10-74.

Crome IB. Substance misuse and psychiatric comorbidity: towards improved service provision. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1999; 6: 151-74.

CSAT – Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders (Treatment Improvement Protocol TIP Series 42, DHHS Publication No. SMA 05-3992). Rockville, MD Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Disponível em URL: <http://www.samhsa.gov>.

de Los Cobos JP, Siñol N, Bañulus E, Batlle F, Tejero A, Trujols J. Personality traits of cocaine-dependent patients associated with cocaine-positive baseline urine at hospitalization. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 Jan;36(1):52-6.

DH – Department of Health (UK). Mental Health Policy Implementation Guide – Dual Diagnosis Good Practice Guide . London: DH; 2002. Disponível online em URL: <http://www.dh.gov.uk>.

Drake Re & Mueser Kt. Psychosocial Approaches To Dual Diagnosis. *Schizofr Bull* 2000; 26(1): 105-18.

Edwards G, Marshall Ej & Cook Cch. A Síndrome De Dependência Do Álcool. In: Edwards G, Marshall Ej & Cook Cch O Tratamento Do Alcoolismo - Um Guia Para Profissionais Da Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005. Pgs. 55-72.

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

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

Gossop M, Marsden J, Stewart D. Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems. *Addiction* 2002;97(2):169-78.

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of *crack* cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol*. 2006 Mar-Apr;41(2):121-5.

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of *crack* cocaine and cocaine powder. *Addiction*. 2006 Sep;101(9):1292-8.

Gossop M, Marsden J, Stewart D. Remission of psychiatric symptoms among drug misusers after drug dependence treatment. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(11):826-32.

Grella CE, Stein JA. Impact of program services on treatment outcomes of patients with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2006; 57(7):1007-15.

Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent *crack* and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? BMC Public Health. 2006 Jan 20;6:10.

Haasenc, Prinzleve M, Gossop M, Fischer G, Casas M, The Cocaineu-Team. Relationship Between Cocaine Use And Mental Health Problems In A Sample Of European Cocaine Powder Or *Crack* Users. World Psychiatry 2005; 4(3): 173-6.

Harris DS, Everhart ET, Mendelson J, Jones RT. The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. Drug Alcohol Depend 2003; 72(2):169-82.

Havassy BE, Arns PG. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. Psychiatr Serv 1998; 49(7):935-40.

Herrero Mj, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal Mt; Itinere Investigators. Psychiatric Comorbidity In Young Cocaine Users: Induced Versus Independent Disorders. Addiction 2008; 103(2): 284-93.

Kranzler HR, Satel S, Apter A. Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. Compr Psychiatry. 1994 Sep-Oct;35(5):335-40.

Morton WA. Cocaine and Psychiatric Symptoms. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 1999;1(4):109-113.

NHS – National Health Service (UK). Drug Misuse And Dependence: Uk Guidelines On Clinical Management. London: Nhs; 2002.

Oliveira LG, Ponce JD, Nappo SA. *Crack* Cocaine Use in Barcelona: A Reason of Worry [online]. Subst Use Misuse. 2010 Apr 15. [Epub ahead of print] doi: 10.3109/10826081003682883

Palijan Tz, Mužinić L, Radeljak S. Psychiatric Comorbidity In Forensic Psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 2009; 21(3): 429–36.

Penberthy JK, Ait-Daoud N, Vaughan M, Fanning T. Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev* 2010; 3(1):49-62.

Prochaska Jo, Diclemente Cc, Norcross Jc. In Search Of How People Change – Implications To Addictive Behaviors. *Am Psychol* 1992; 47(9):1102-14.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990 21;264(19):2511-8.

Ribeiro M, Laranjeira R, Cividanes GC. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Rev Psiq Clin* 2005; 32(supl 1): 78-88.

Rosenblum A, Fallon B, Magura S, Handelsman L, Foote J, Bernstein D. The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999;25(1):67-80.

Saxon AJ, Calsyn DA. Effects of psychiatric care for dual diagnosis patients treated in a drug dependence clinic. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(3):303-13.

Schönnesson LN, Williams M, Atkinson J, Timpson S. Factors associated with depressive symptoms in African American *crack* cocaine smokers. *J Subst Use*. 2009; 14(3-4):161-174.

Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(1):105-16.

Schenker M & Minayo Mcs. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência Saúde Col* 2005; 10(3): 707-17.

Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, Racenstein JM, Tucker DE, Tsuang JW, Mintz J. Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatr Serv* 1998; 49(5):684-90.

Smith MJ, Thirthalli J, Abdallah AB, Murray RM, Cottler LB. Prevalence of psychotic symptoms in substance users: a comparison across substances. *Compr Psychiatry* 2009;50(3):245-50.

Tang YI, Kranzler Hr, Gelernter J, Farrer La, Cubells Jf. Comorbid Psychiatric Diagnoses And Their Association With Cocaine-Induced Psychosis In Cocaine-Dependent Subjects *Am J Addict*. 2007 Sep-Oct;16(5):343-51.

Turnbull PJ & Websternta R. *Supervising Crack-Using Offenders On Drug Treatment And Testing Orders*. London: NTA / NHS; 2007.

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 [online]. *AIDS Behav*. 2010 [ahead of print] DOI: 10.1007/s10461-010-9668-1. Disponível em URL <http://www.springerlink.com>

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.

Avaliação Neuropsicológica

Maria de Fátima Monteiro & Marcelo Ribeiro

Introdução

A neuropsicologia é uma área das neurociências que investiga as relações entre a manifestação do comportamento humano e seu correspondente funcionamento do sistema nervoso central ao longo do desenvolvimento humano (Hebben & Milberg, 2002) (Figura 1). Atualmente áreas do conhecimento, como a neuroimagem, a neurologia cognitiva, a psiquiatria, e a neuropsicologia têm se empenhado no estudo da cognição e do comportamento humano, seja quando esses se processam de forma normal ou alterada.

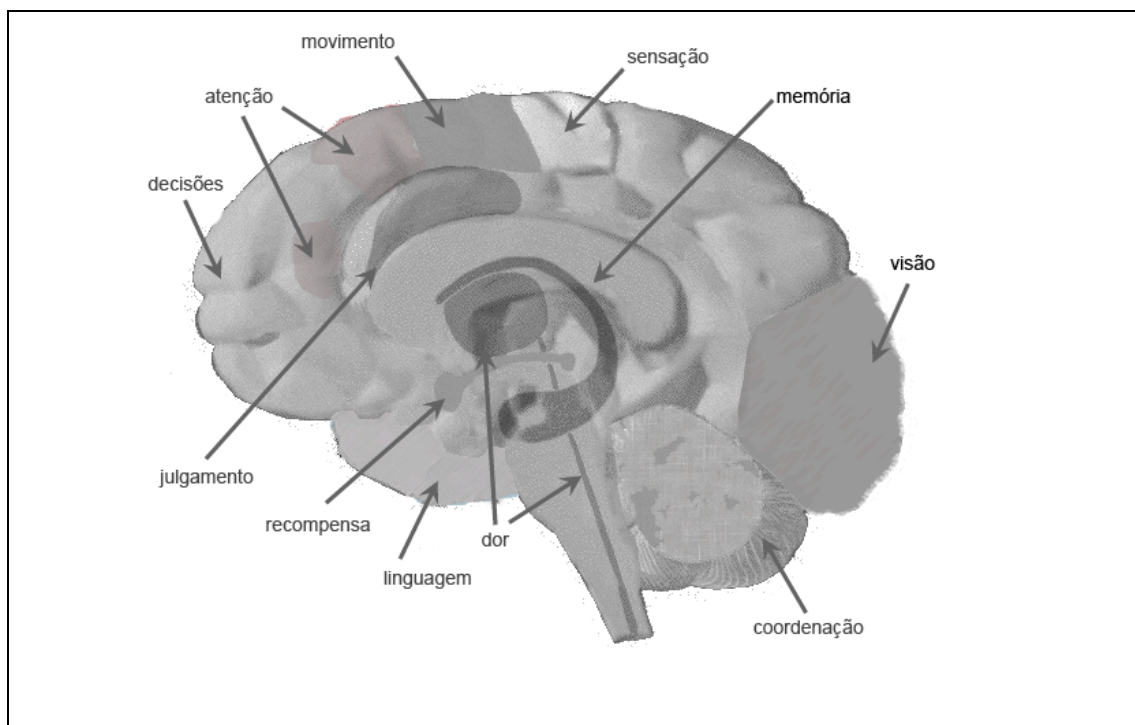


Figura 1: Correspondentes anatômicos das principais funções psíquicas e motoras. **Fonte:** NIDA, s.d.

A cognição se expressa por meio de um conjunto de processos cerebrais complexos responsáveis pela elaboração do conhecimento que o ser humano adquire e necessita ao longo do seu desenvolvimento. Desta forma, os processos mentais constituem os fundamentos da percepção, da atenção, da motivação, da

ação, do planejamento e do pensamento, além do próprio aprendizado e da memória necessários para o convívio e desempenho cotidiano (Lezak, 1995).

Denominam-se **funções cognitivas** a expressão de habilidades em áreas cerebrais específicas que trabalham de forma cooperativa por meio da conexão neuronal. Entre as funções importantes para o processamento cognitivo destacam-se a atenção, a memória, a linguagem, as funções executivas, as funções visuoespaciais, as praxias e a percepção (Witsken *et al.*, 2008). Neste capítulo discutiremos o impacto causado pelo consumo do *crack* sobre o funcionamento cerebral e o comportamento cognitivo dos usuários dessa substância.

A avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica é a análise sistemática dos distúrbios do comportamento que se seguem a alterações da atividade cerebral normal, causados por doença, por lesão, pelo uso de substâncias químicas, por acidentes, e/ou demais condições (Hebben & Milberg, 2002; Witsken *et al.*, 2008). Esse método procura avaliar o desempenho dos aspectos cognitivos, sensoriais, motores, emocionais e sociais decorrentes de tais injúrias, por meio de testes neuropsicológicos, escalas comportamentais e observações. Na clínica de dependência química, a investigação neuropsicológica se empenha em avaliar os efeitos neurotóxicos provocado pelo consumo de substâncias psicoativas e as prováveis alterações do desempenho cognitivo dos usuários.

Geralmente a avaliação neuropsicológica antecede uma intervenção clínica permitindo a reflexão sobre as condições cognitivas e comportamentais, bem como as capacidades e limitações dos pacientes, o impacto das seqüelas em suas atividades de vida diária. Neste sentido, recolhe informações acerca do desempenho cognitivo e orienta planejamento da reabilitação.

Etapas da avaliação neuropsicológica

O processo diagnóstico da avaliação neuropsicológica é composto por quatro etapas principais (Hebben & Milberg, 2002; Witsken *et al.*, 2008).

Avaliação inicial

A ***avaliação inicial*** é composta por dois momentos, a *entrevista semi-estruturada* e a *anamnese*. A entrevista semi estruturada propicia a abordagem inicial ao sujeito esclarecendo os objetivos da avaliação neuropsicológica, os procedimentos que serão seguidos, o levantamento da queixa e os sintomas. A anamnese é uma entrevista mais estruturada que permite o levantamento objetivo das condições de saúde, desenvolvimento neurobiológico, os recursos intelectuais previamente desenvolvidos ao longo da vida do sujeito e o contexto social em que está inserido. Além disso, permite a observação clínica das reações, do comportamento e da expressão cognitiva durante a conversação.

A observação clínica e a anamnese, portanto, fornecem informações importantes a respeito do funcionamento pré-mórbido do paciente, possibilita a percepção inicial de possíveis alterações cognitivas, comportamentais e estados emocionais do paciente, visando à compreensão e a condução investigativa.

Testagem

A abordagem inicial do indivíduo aliado ao conhecimento teórico dos modelos cognitivos e das estruturas cerebrais permite ao profissional gerar hipóteses sobre o funcionamento cognitivo em questão. A aplicação de testes neuropsicológicos possibilita a comparação do desempenho cognitivo do indivíduo com o desempenho da população de forma geral. Por meio de métodos estatísticos o desempenho e os resultados dos sujeitos podem ser generalizados.

A avaliação inicial permite o recolhimento de subsídios para a composição e da bateria de testes ou a aplicação dos testes específicos, adequados à queixa e ao padrão comportamental atual do sujeito.

As escalas comportamentais, escalas de humor, ansiedade e testes projetivos, entre outros, também são aplicadas com o intuito de indicar as condições psíquicas de forma a complementar à avaliação, caso haja necessidade do aprofundamento diagnóstico. Apoiada por modelos teóricos e o conhecimento das correlações entre estrutura-função cerebral, a mensuração dos testes e o levantamento do perfil cognitivo devem inferir sobre o desempenho cognitivo do

sujeito. O diagnóstico neuropsicológico, portanto, é composto pelos dados obtidos na história clínica, pelas observações do comportamento e pelos resultados de testes neuropsicológicos definindo o perfil de funções comprometidas ou preservadas.

Interpretação

A mensuração e análise de todo o procedimento realizado é amparado pelo conhecimento técnico e teórico do neuropsicólogo. O conhecimento sobre o funcionamento cerebral e os processos psicológicos são entendidos como parte de uma rede cognitiva, cujo funcionamento é observado como um modelo análogo ao de um sistema computacional. Os sinais e sintomas passam a ser interpretados, em termos de comprometimentos ou déficits, e a expressão cognitiva adequada como habilidade. A utilização de modelos de processamento de informação previamente pesquisados confere poder preditivo e explicativo ao resultado da investigação neuropsicológica. Essa abordagem permite ao neuropsicólogo, identificar, delimitar, diagnosticar, avaliar o impacto funcional e desenvolver estratégias de reabilitação.

Devolutiva

De forma clara e objetiva devemos informar junto ao indivíduo e seus familiares, a interpretação dos resultados obtidos na avaliação ressaltando o desempenho dos recursos cognitivos, as habilidades preservadas e as áreas de fragilização cognitiva. A análise dos resultados é informada por meio da elaboração de um relatório que expresse a compreensão histórica, clínica, psicológica e cognitiva do sujeito. Esta é uma etapa de reflexão e sensibilização dos efeitos nocivos do uso de substâncias em relação aos déficits cognitivos, e também sobre as dificuldades comportamentais e o seu desempenho no meio ambiente.

Função executiva

Embora os aspectos emocionais, afetivos e socioculturais tenham papel central comprovado no desenvolvimento e consolidação de comportamentos como do reforço e fissura, os aspectos cognitivos são igualmente relevantes para a compreensão dos fenômenos que caracterizam a dependência (Garavan & Hester, 2007). Por corresponderem ao instrumental da mente, a inexistência, perda ou avaria de parte desse pode deixar o psiquismo mais vulnerável à 'acidentes de percurso' ou incapaz de realizar satisfatoriamente as tarefas desejadas ou estipuladas.

O conceito de *função executiva* é essencial para a boa compreensão entre funcionamento cognitivo e dependência química. *A função executiva é o conjunto das funções psíquicas superiores, encarregada de controlar o processamento da informação e coordenar o comportamento, com a finalidade de organizar e se adaptar adequadamente a vida* (Veronezi et al., 2005). Desse modo, é um instrumento vital para a construção de uma conduta social adequada, embasada no juízo ético e moral, bem como para a transformação de pensamentos em decisões e monitorização dos planos e ações.

A função executiva está empenhada no *controle cognitivo* de todos os processos direcionados para um objetivo, especialmente aqueles que demandam atenção, não sejam rotineiros e partam da vontade do indivíduo. Alguns dos processos de controle cognitivo são a tomada de decisão, controle inibitório, atenção seletiva e o monitoramento de desempenho (Garvan & Hester, 2007).

Essa função está alterada na maior parte dos usuários de cocaína e *crack*, atingindo até 70% daqueles que procuram atendimento para dependência de substâncias psicoativas (Fernández-Serrano et al., 2010). Considerando que essa deficiência compromete a capacidade do paciente de aderir e participar das atividades do tratamento, torna-se necessário entender melhor tais relações,

visando ao aprimoramento da avaliação e do planejamento da atenção a esses usuários.

Crack e dependência química

O estudo das dimensões neuropsicológicas da dependência química pode ser agrupado em duas modalidades: (1) a primeira, investiga os efeitos do uso agudo e crônico da substância sobre o aparato cognitivo do usuário; (2) a segunda, se interessa pelas funções cognitivas cujos déficits aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para iniciar e tornar-se dependente de uma substância psicoativa (Garvan & Hester, 2007). Vale ressaltar que os déficits secundários ao consumo podem dificultar o aprendizado das novas rotinas e habilidades relacionadas à abstinência (Turner *et al.*, 2009); assim como o consumo também pode exacerbar ainda mais os déficits basais (Franken *et al.*, 2006). A consequência em ambos os casos é uma maior vulnerabilidade à cronificação do consumo (Woicik *et al.*, 2009).

Bases neurobiológicas das alterações cognitivas observadas

As áreas relacionadas ao córtex pré-frontal, córtex temporal e os circuitos do sistema de recompensa cerebral (Figura 3), esse último de natureza dopaminérgica, são descritos como cognitivamente responsáveis pela regulação do comportamento. Essas áreas descritas como responsáveis pela regulação cognitiva do comportamento são constantemente ameaçadas com o uso do *crack* (Oliveira, *et.al* 2009). Além da ação sobre essas estruturas, a cocaína atua em todos os outros sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e noradrenérgicos (Bolla *et al.*, 1997). Um dos resultados do uso crônico da substância é a redução dos receptores dopaminérgicos tipo 2 (D₂) e do metabolismo da glicose em diferentes regiões cerebrais. A alteração desses neurotransmissores pode estar relacionada ao aparecimento dos sintomas depressivos, de fissura ou compulsivos observados usualmente nesses usuários (Volkow *et al.*, 1993) (Quadro 1) (Figura 4).

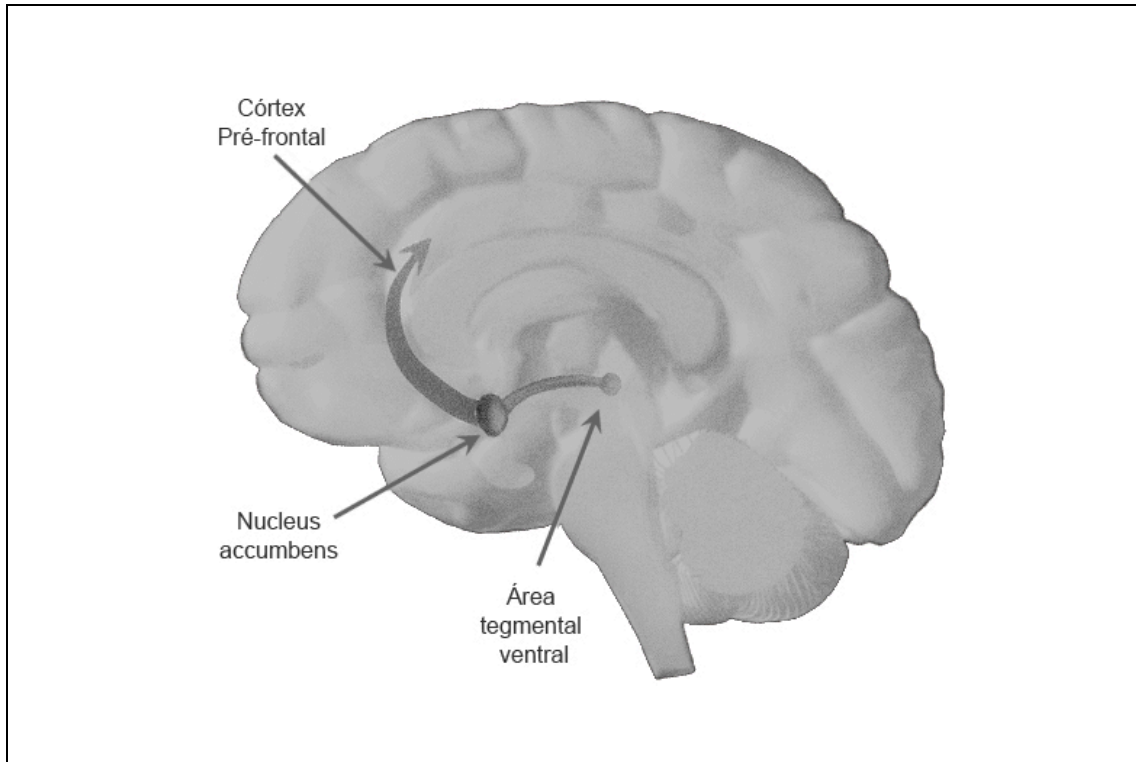


Figura 3: O sistema mesolímbico-mesocortical ou sistema de recompensa. **Fonte:** NIDA, s.d.

Quadro 1: Neurobiologia das alterações cognitivas afetadas pelo uso crônico de cocaína / crack.

Ação neurobiológica da cocaína	Neuroadaptações ao uso crônico	Funcionamento neurocognitivo
Elevação constante de dopamina, na sinapse em decorrência do uso crônico de cocaína.	<p>Redução da produção e liberação de dopamina, levando à redução dos níveis sinápticos fora dos períodos de consumo.</p> <p>Redução dos receptores D₂ e do aporte de glicose para diversas regiões do cérebro.</p> <p>Redução do consumo de glicose nas regiões do córtex frontal e gânglios da base. Efeito dose-dependente. <i>Diminuição mais acentuada entre usuários de crack.</i> Defeitos neurológicos na região pré-frontal devido ao vasoespasm prolongado.</p>	<p>Depressão e fissura.</p> <p>Problemas com as funções executivas – tomada de decisões, julgamento, atenção, planejamento, flexibilidade mental, com reversibilidade lenta e errática.</p>
Interrupção do consumo de cocaína após um período de uso crônico.	Estimulação dopaminérgica pré-frontal induzida pela ausência da cocaína.	Depressão-relacionada à abstinência de cocaína; comportamento compulsivo.

Fonte: Bolla *et al.*, 1998; Browndyke *et al.*, 2004.

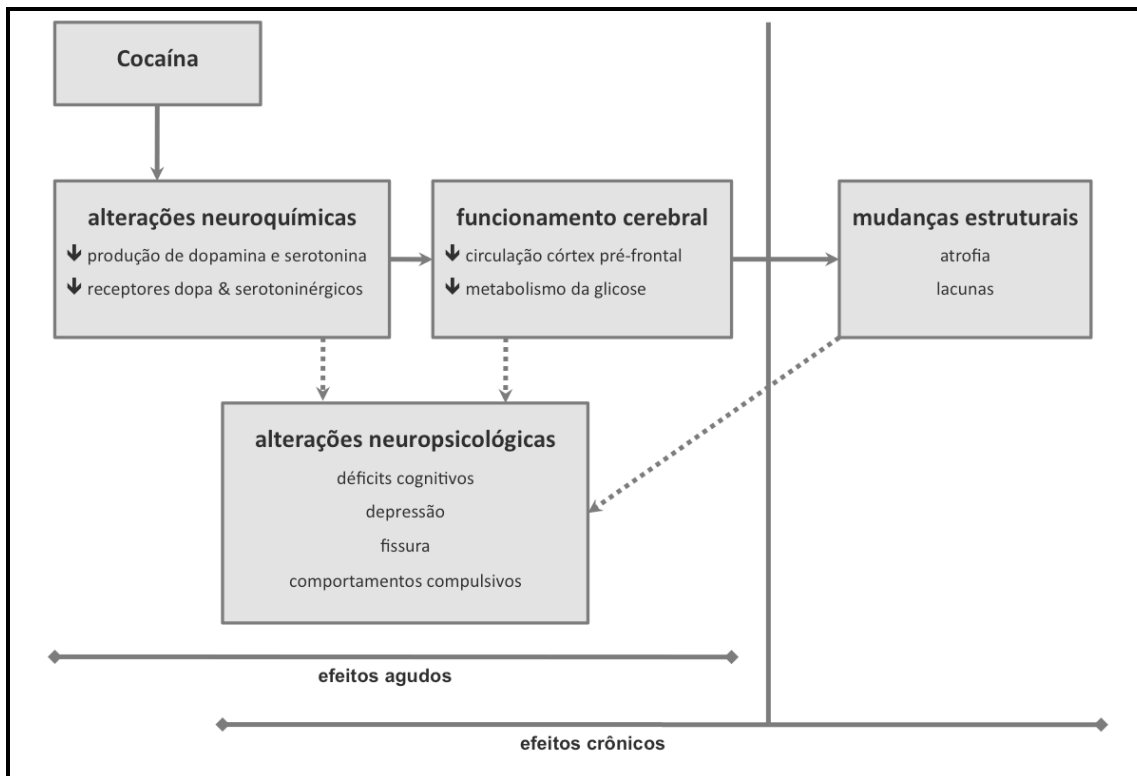


Figura 4: Efeitos neurobiológicos da cocaína sobre o cérebro [linhas sólidas] e sua contribuição para o surgimento de efeitos neurocomportamentais. Fonte: Extraído de Bolla *et al.*, 1998 [tradução-livre].

A redução do consumo de glicose no córtex pré-frontal parece decorrer da diminuição do fluxo sanguíneo por mecanismo de vasoespasm (Buttner *et al.*, 2003) induzido pela cocaína no lobo frontal, região do cérebro envolvida com a função executiva – planejamento, abstração, tomada de decisão, raciocínio entre outras – tais alterações poderiam justificar achados de defeitos nessa região observados mesmo em usuários de cocaína em abstinência prolongada (Bolla *et al.*, 1997), incluindo hipoperfusão e atrofia (Garavan & Hester, 2007). Achados anatômicos com repercussões clínicas semelhantes também foram encontradas em um estudo com usuários de *crack* recém-abstinentes (n=34) (Brownlyke *et al.*, 2004).

Consumo de cocaína e alterações cognitivas

A propriedades farmacológicas da cocaína e as afinidades da substância por determinadas regiões no cérebro parecem afetar habilidades cognitivas com maior regularidade (Cunha *et al.*, 2004) (Quadro 2). Um achado relevante entre esses usuários se refere à **responsividade aos erros** cometidos durante a execução de uma tarefa (Franken *et al.*, 2007): os usuários de cocaína / *crack* parecem ser menos

sensíveis e atentos aos seus erros. Desse modo, tanto as conseqüências adversas do consumo, quanto as atitudes aparentemente irrelevantes que levam às recaídas tendem a ser menos consideradas por esses indivíduos. A presença prévia de déficits cognitivos de base acentua ainda mais essa situação (Franken *et al.*, 2006).

Quadro 2: Habilidades cognitivas afetadas pelo uso crônico de cocaína / *crack*.

1. A velocidade de processamento da informação
2. A resolução de problemas
3. O julgamento e capacidade de abstração
4. As tarefas de nomeação,
5. As novas aprendizagens,
6. A fluência verbal,
7. A destreza manual
8. A integração viso-motora

Fonte: Cunha *et al.*, 2004.

Alterações neurobiológicas provocadas pelo consumo de cocaína na região do córtex cingulado parecem estar relacionadas a déficits no **controle da atenção**. Desse modo, os estímulos relacionados ao consumo ganham saliência e valor desproporcionais, passando a interferir em demasia na vida do usuário, por meio de episódios de fissura ou por meio da interferência constante de informações pouco relevantes, que atrapalham a execução da tarefa original (Garavan & Hester, 2007). Esse último padrão também acontece em parte devido a alteração do **controle inibitório**, função sediada no córtex pré-frontal e responsável pela supressão de estímulos e memórias capazes de interferir no processo primário. O consumo agudo de cocaína melhora essa função por um curto período, fazendo o usuário se sentir o raciocínio mais claro e preciso, livre de interferências desnecessárias. Em doses maiores e mais freqüentes, porém, o controle

inibitório passa atuar de modo mais precário sobre o fluxo constante de informações, passando a agir de forma errática e desconexa em relação às demais estruturas cerebrais, sendo dessa forma uma das bases neurobiológicas da *impulsividade* nesses usuários.

Os déficits cognitivos relacionados ao uso crônico da substância se mantêm, ao menos em parte durante a abstinência. Nas primeiras semanas de abstinência de cocaína podem ser detectados prejuízos na aprendizagem verbal, da memória visual imediata, gestão de recursos da atenção sustentada, da abstração, na resolução de problemas complexos e flexibilidade cognitiva (Ruiz Sanchez De Leon *et al.*, 2009). A importância de tais funções para o bom desempenho em tarefas de aprendizagem de novas habilidades e planejamento das atividades de prevenção da recaída pode ser percebida com facilidade.

Ao contrário dos sintomas relacionados ao humor, especialmente a disforia, que são mais prevalentes e intensos entre usuários do que os abstinentes de cocaína (Woicik *et al.*, 2008), as alterações cognitivas, como déficits de atenção e prejuízos de memória, parecem se melhorar agudamente após a intoxicação, ressurgindo e permanecendo durante a abstinência (Pace-Schott *et al.*, 2008). Isso sugere a presença de mecanismos neuroadaptativos, que tornariam o consumo de cocaína necessário para 'equilibrar o desequilíbrio' causado por seu uso crônico, fazendo com que o usuário a utilize como uma maneira de aliviar sintomas de desconforto (Woicik *et al.*, 2008).

Há poucas e controversas evidências acerca da reversibilidade das alterações e do tempo necessário para sua conclusão da mesma. De um modo geral, os estudos indicam que sempre há melhora, mas a persistência de déficits nas funções superiores já foram documentados em pacientes abstinentes de *crack* por mais de seis meses (Di Sclafani *et al.*, 2002), demonstrando que o uso crônico e pesado de cocaína e *crack* pode ocasionar seqüelas permanentes no cérebro e seus sistemas de neurotransmissão (Strickland *et al.*, 1998).

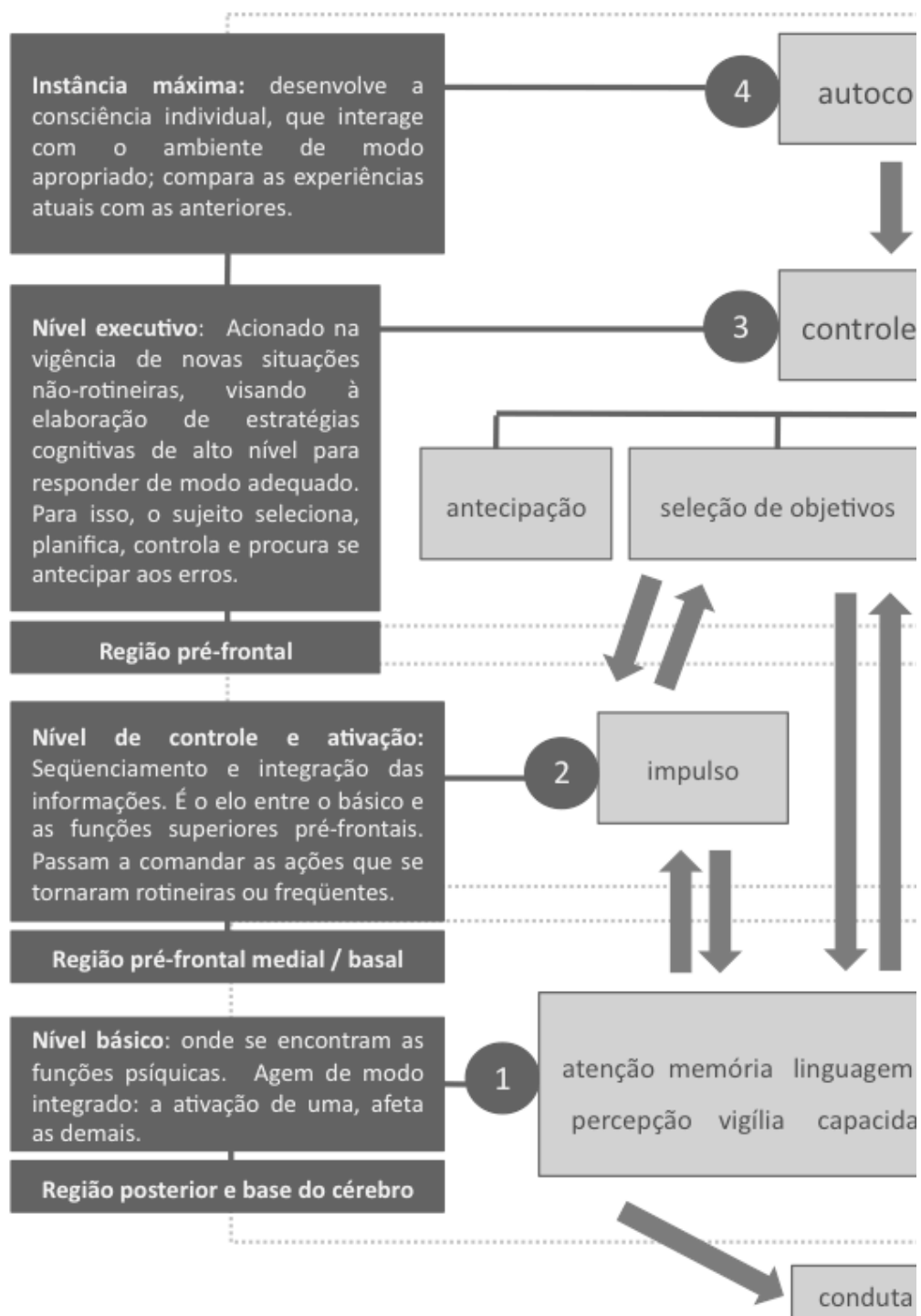
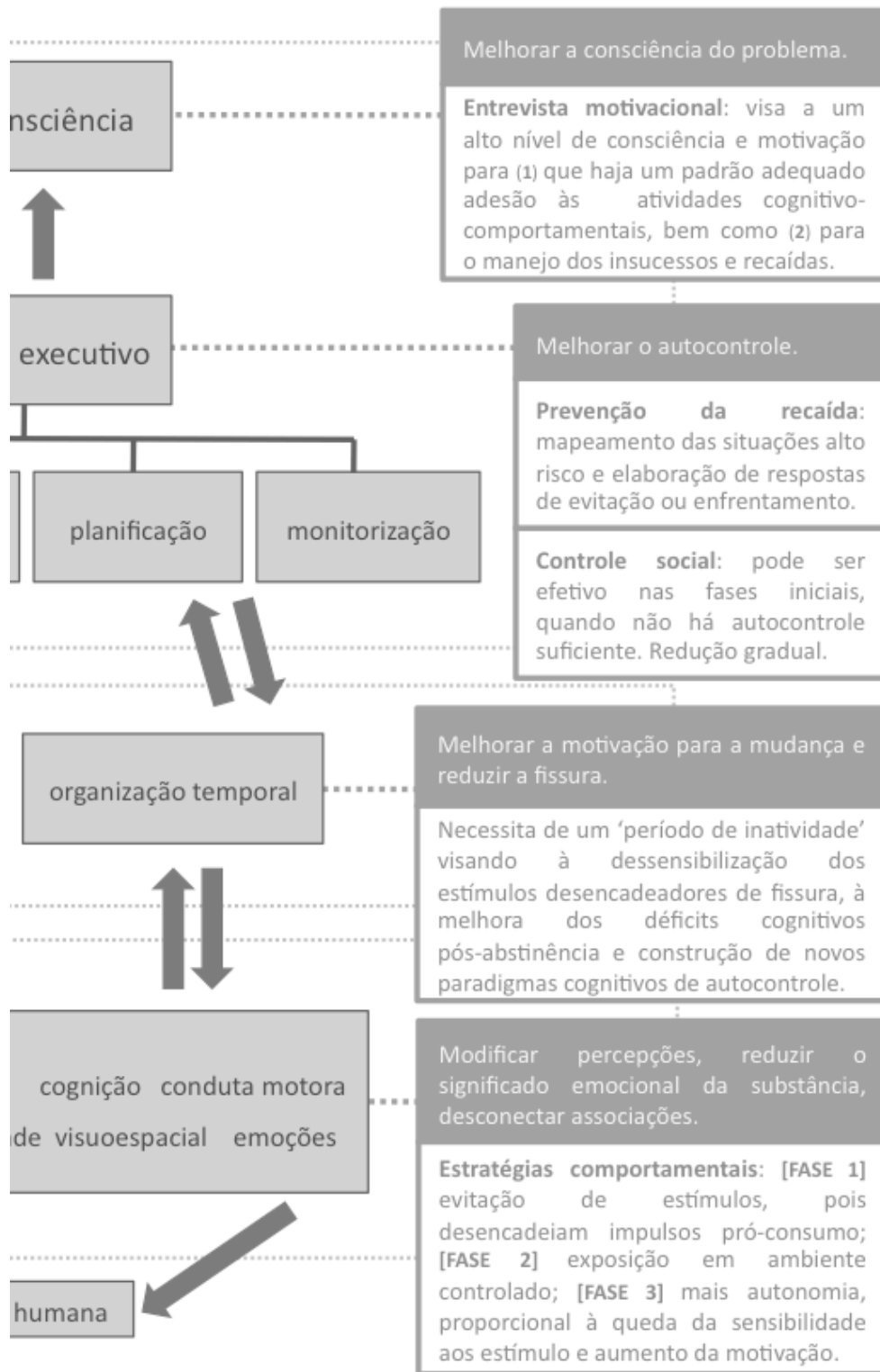


Figura 5: O modelo hierárquico de Stuss & Benson e suas implicações no tratamento da dependência química.



Fonte: Ilustração criada a partir de imagem e texto de Conde *et al.*, 2005.

Implicações para o tratamento de usuários de cocaína / crack

A maioria dos usuários de cocaína e *crack* apresentam viés de atenção para detectar estímulos relacionados ao uso de drogas, baixo controle inibitório para freá-lo e capacidade comprometida em avaliar seus comportamentos de risco. Tais alterações comprometem sua capacidade de **automonitoramento** e **tomada de decisões** (Garavan & Hester, 2007), tornando-os vulneráveis a recaídas.

Os mesmos déficits também comprometem a eficácia do tratamento. A piora do desempenho de funções como a atenção, raciocínio e processamento espacial nos usuários de cocaína e *crack* está diretamente relacionada à redução dos índices de retenção tratamentos baseados em abordagens cognitivas (Aharonovich *et al.*, 2003). Pacientes que cometem erros repetitivos em tarefas propostas e obtêm poucos benefícios com feedback tendem a abandonar o tratamento precocemente (Turner *et al.*, 2009). Tais constatações implicam na necessidade de criação de uma estrutura externa de monitoramento por parte dos familiares e profissionais, bem como abordagens que considerem a existência dessas limitações.

Uma revisão de artigos realizada por um grupo de pesquisadores espanhóis procurou uma correlação entre a instância neurológica afetada pelo uso crônico de substâncias psicoativas e a melhor abordagem para cada situação. Para isso, utilizaram como paradigmas de funcionamento cognitivo o modelo hierárquico de Stuss & Benson e o modelo dos circuitos cerebrais de Volkow, Fowler y Wang (Conde *et al.*, 2005). O primeiro organiza a cognição em níveis de complexidade, posicionando as funções mentais no nível elementar, sobrepostas pelas encarregadas dos comportamentos rotineiros e automatizados, ficando o topo ocupado pela função executiva e a autoconsciência (Figura 5). Por sua vez, o modelo dos circuitos cerebrais parte das interconexões entre os núcleos de recompensa dopaminérgicos, da motivação, da memória e controle cortical para demonstrar como o uso continuado de substâncias psicoativas aumenta o tônus e 'fecha o circuito' ao redor da tríade recompensa-motivação-memória, ao

mesmo tempo em que diminui ou anula a ação reguladora dos controles naturais, deixando o aparato cortical em função de satisfazer os impulsos relacionados ao consumo (Figura 6).

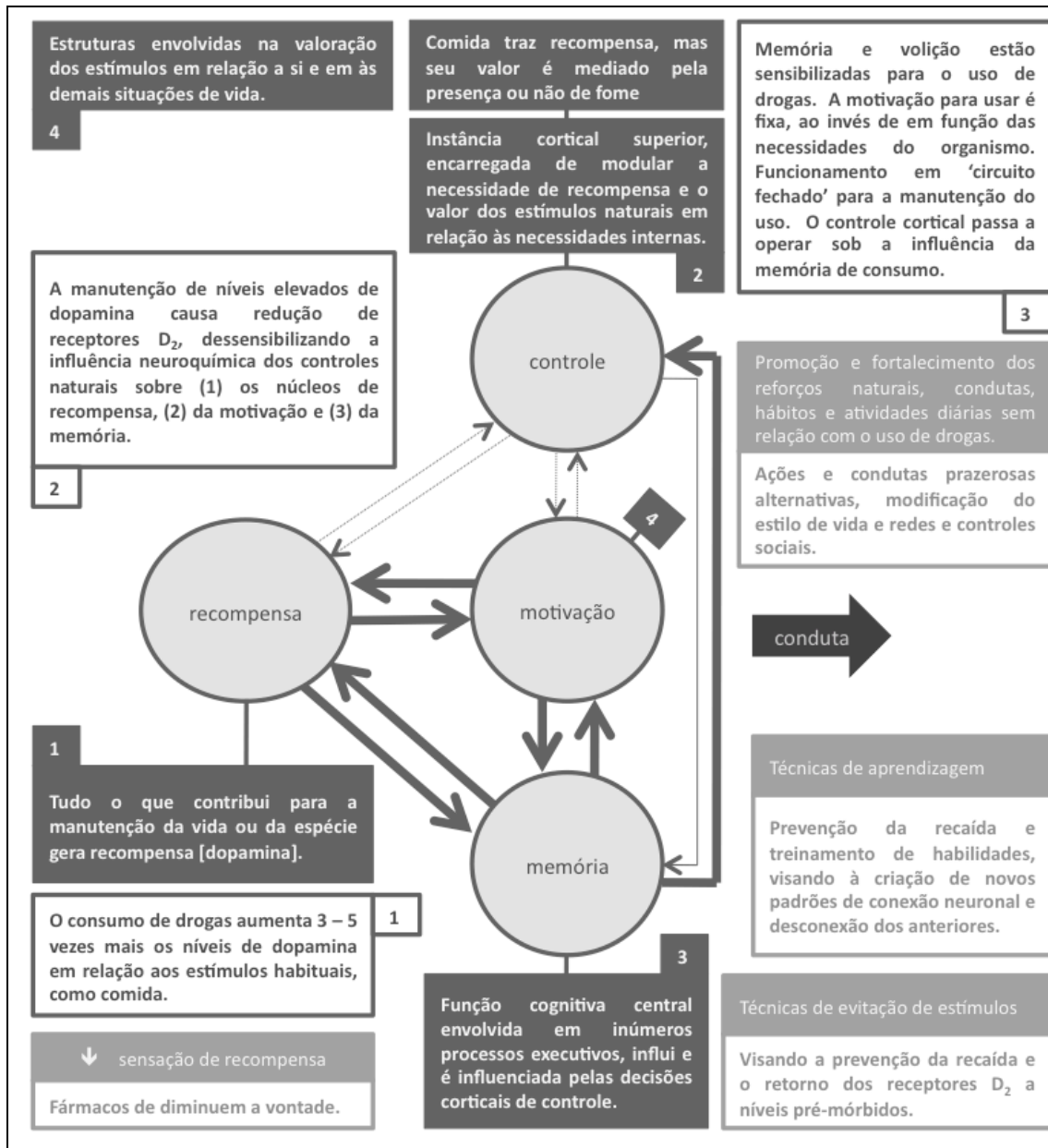


Figura 6: O modelo dos circuitos cerebrais de Volkow, Fowler y Wang e suas implicações no tratamento da dependência química. Os quadros negros apresentam a função de cada estrutura anatômica do circuito; os brancos, a ação neurobiológica da cocaína sobre elas e os cinza-e-brancos, as abordagens terapêuticas preconizadas. **Fonte:** Ilustração criada a partir de imagem e texto de Conde *et al.*, 2005.

A abordagem ideal para cada alteração cognitiva pode ser encontrada a partir da leitura das ilustrações. Em ambos os modelos foi possível apontar, ainda que especulativamente, a existência situações em que as abordagens

tradicionalmente utilizadas devem respeitar o processo de readaptação neurológica que se coloca em curso após a abstinência. Esse elo entre neurobiologia e as abordagens terapêuticas pode ser observado em um recente estudo de Volkow e colaboradores (2010), que constataram que estímulos capazes de desencadear fissura produziam alterações mais intensas no funcionamento do sistema de recompensa cerebral (PET e 2-deoxy-2[18F]fluoro-D-glucose) quando os usuários não eram instruídos a inibi-la a partir de técnica cognitivas, em comparação com aqueles que utilizavam essa ferramenta.

Discussão

As alterações neuropsicológicas secundárias ao consumo de cocaína são em geral consideradas de média intensidade (Paraherakis *et al.*, 2001) e menos graves em relação a transtornos mentais como a esquizofrenia (Goldstein *et al.*, 2004). Sua presença freqüentemente não é percebida de modo espontâneo por familiares e amigos do paciente, tampouco diagnosticada pela avaliação especializada de médicos e psicólogos. Ainda assim, os déficits neuropsicológicos impactam negativa e significativamente no desempenho, na qualidade de vida do paciente e têm um papel facilitador para a ocorrência de fissuras e recaídas (Goldstein *et al.*, 2004).

Seus efeitos no cérebro provocam diversas reações, que contribuem para a perda de habilidades sociais, motivação para as atividades de vida e do valor de sua identidade pessoal. Diante desse processo, a reduzida *capacidade de resolução de problemas* dificulta manutenção dos vínculos sociais e afetivos. As alterações cognitivas provocadas pelo consumo de cocaína e *crack* acarretam déficits de memória, atenção e concentração linguagem, planejamento ou cálculo, lentificação no raciocínio e no processamento de informações, dificuldade de percepção e compreensão de situações e desorganização do pensamento (Hoff *et al.*, 1996; Cunha *et al.*, 2004).

Além das alterações cognitivas, os indivíduos expostos ao uso contínuo do *crack* apresentam alterações comportamentais, ou seja, mudanças no próprio jeito de

ser e de se relacionar no ambiente (Hatsukami & Fishman, 1996). Geralmente comportamentos agressivos, reações explosivas e desinibição, são alguns exemplos das alterações comportamentais advindas do uso do *crack* que causam enorme stress no ambiente familiar. Entre outras alterações, a apatia diante das tarefas simples, dificuldade em manter os compromissos, descuido com a aparência, redução da iniciativa para as atividades diárias, podem se instalar rapidamente (Hoff *et al.*, 1996).

A presença de déficits na função cognitiva, implica na necessidade da inclusão de técnicas de detecção e tratamentos específicos para essa alteração (Fernández-Serrano *et al.*, 2010). A avaliação neuropsicológica auxilia o diagnóstico na clínica da dependência química do *crack*, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de tratamento e o aumento das chances de aproveitamento da reabilitação. O reconhecimento dos prejuízos cognitivos orienta a condução terapêutica, evitando atritos que pioram a aderência e auxiliando o desenvolvimento de estratégias de reabilitação (Turner *et al.*, 2009). A avaliação neuropsicológica oferece ainda auxílio ao diagnóstico diferencial entre os déficits cognitivos e possíveis comorbidades, como é o caso do transtorno do déficit de atenção, distúrbio afetivo bipolar, depressão, entre outras patologias (Lorea *et al.*, 2010).

Bibliografia

Aharonovich E, Nunes E, Hasin D. Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2003 Aug 20;71(2):207-11.

Bolla KI, Cadet JL, London ED. The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998 Summer;10(3):280-9.

Browndyke JN, Tucker KA, Woods SP, Beauvals J, Cohen RA, Gottschalk PC, Kosten TR. Examining the effect of cerebral perfusion abnormality magnitude on cognitive performance in recently abstinent chronic cocaine abusers. *J Neuroimaging.* 2004 Apr;14(2):162-9.

Büttner A, Mall G, Penning R, Sachs H, Weis S. The neuropathology of cocaine abuse. *Leg Med (Tokyo)*. 2003 Mar;5 Suppl 1:S240-2.

Conde IL, Ustárroz JT, Landa N, López-Goñi JJ. Deshabituación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones* 2005; 17(2): 121-9.

Cunha, PJ; Nicastrí, S; Gomes, LP; Moino R; Peluso MA; Neuropsychological impairments in *crack* cocaine-dependent inpatients: preliminary findings; *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(2):103-6

Di Sclafani V, Tolou-Shams M, Price LJ, Fein G. Neuropsychological performance of individuals dependent on *crack*-cocaine, or *crack*-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 66(2):161-71.

Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey with not-in-treatment *crack*-cocaine users. *Med Care*. 2000;38(9):902-10.

Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Perales JC, Verdejo-García A. Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *Eur J Pharmacol*. 2010; 626(1):104-12.

Franken IH, van Strien JW, Franzek EJ, van de Wetering BJ. Error-processing deficits in patients with cocaine dependence. *Biol Psychol*. 2007 Apr;75(1):45-51.

Garavan H, Hester R. The role of cognitive control in cocaine dependence. *Neuropsychol Rev*. 2007; 17(3):337-45.

Goldstein RZ, Leskovjan AC, Hoff AL, Hitzemann R, Bashan F, Khalsa SS, Wang GJ, Fowler JS, Volkow ND. Severity of neuropsychological impairment in cocaine

and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia*. 2004;42(11):1447-58.

Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *Br J Psychiatry*. 1994;164(5):660-4.

Hatsukami DK, Fischman MW. *Crack* cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA*. 1996; 276(19):1580-8.

Hebben, N & Milberg, W; *Essentials of neuropsychological assessment*. (2002) New York:

Hoff AL, Riordan H, Morris L, Cestaro V, Wieneke M, Alpert R, Wang GJ, Volkow N. Effects of *crack* cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry Res*. 1996 Mar 29;60(2-3):167-76.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3a ed.). New York: Oxford University Press

Lorea I, Fernandez-Montalvo J, Tirapu-Ustarroz J, Landa N, Lopez-Goni JJ. Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína: una revisión crítica. *Rev Neurol*. 2010;51(7):412-26.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. The neurobiology of drug addiction - teaching packet II, for health practitioners, teachers, and neuroscientists [online]. National Institute on Drug Abuse [website]. Consult. 02 Out 2010. Disponível em URL: <http://www.nida.nih.gov/pubs/teaching/Teaching2/Teaching.html> .

Oliveira, L C; Barroso, LP Silveira, CM; Sanchez, ZVM; Ponce, JC; Vaz, LJ; Nappo, AS; *Neuropsychological Assessment of Current and Past Crack Cocaine Users; Substance Use & Misuse*, 2009; 44:1941–1957.

Pace-Schott EF, Morgan PT, Malison RT, Hart CL, Edgar C, Walker M, Stickgold R. Cocaine users differ from normals on cognitive tasks which show poorer performance during drug abstinence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(1):109-21.

Paraherakis A, Charney DA, Gill K. Neuropsychological functioning in substance-dependent patients. *Subst Use Misuse*. 2001 Feb;36(3):257-71.

Shaw VN, Hser YI, Anglin MD, Boyle K. Sequences of powder cocaine and *crack* use among arrestees in Los Angeles County. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999 Feb;25(1):47-66.

Strickland TL, Miller BL, Kowell A, Stein R. Neurobiology of cocaine-induced organic brain impairment: contributions from functional neuroimaging. *Neuropsychol Rev*. 1998 Mar;8(1):1-9.

Turner TH, LaRowe S, Horner MD, Herron J, Malcolm R. Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(4):328-34.

Veronezi RJB, Damasceno BP, Fernandes YB. Funções psicológicas superiores: origem social e natureza mediada. *Rev Cienc Med (Campinas)* 2005; 14(6):537-41.

Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, *et al.*: Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. *Synapse* 1993; 14:169–177.

Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Telang F, Logan J, Jayne M, Ma Y, Pradhan K, Wong C, Swanson JM. Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *Neuroimage*. 2010 Feb 1;49(3):2536-43.

Witsken DE, D'Amato RC, Hartlage LC. Understanding the Past, Present, and Future of Clinical Neuropsychology. In: D'Amato RC & Hartlage LC. Essentials of Neuropsychological Assessment Treatment Planning for Rehabilitation. New York, Springer Publishing Co. 2008.

Woicik PA, Moeller SJ, Alia-Klein N, Maloney T, Lukasik TM, Yeliosof O, Wang GJ, Volkow ND, Goldstein RZ. The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*. 2009 Apr;34(5):1112-22.

CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK

Técnicas de tratamento

Prevenção da Recaída e Treinamento de Habilidades Sociais

Helena T. Sakiyama & Marcelo Ribeiro

Introdução

O comportamento do dependente de substâncias psicoativas tem como característica a busca de alívio para desconforto de ordem psíquica, recompensa imediata, prazer, relaxamento, socialização, desinibição, sensação de controle e bem estar, sensação de melhora no desempenho profissional, social (Donovan & Marlatt, 2010).

A reabilitação do comportamento dependente demanda uma espécie de mutirão de esforços técnicos e profissionais orientados pelos conhecimentos produzidos cientificamente. O *programa de prevenção da recaída* em conjunto com o *treinamento de habilidades sociais* entra como um coadjuvante importante e integrado a um tratamento da dependência química eficaz.

Prevenção da recaída é eficaz para pacientes dependentes de cocaína (Wallace, 1990; Carroll *et al.*, 1991), diminuindo o risco do consumo da droga por seus participantes (Wells *et al.*, 1994) e ajudando os mesmos no desenvolvimento de habilidades para identificar situações de vulnerabilidade, evitar situações de alto risco e a utilizar estratégias de enfrentamento compatíveis com o desejo de permanecer abstinente (Carroll & Onken, 2005).

Prevenção da recaída

A Prevenção da Recaída (PR) é um programa de técnicas e estratégias de enfrentamento, cujo objetivo fundamental é *ensinar* o indivíduo fazer o próprio gerenciamento das suas situações de risco, dos estados emocionais, estresse que podem levá-lo ao retorno do uso de substâncias psicoativas, interrompendo a abstinência. O método foi desenvolvido com a finalidade de *manter a mudança alcançada no curso do tratamento* (Marlatt & Gordon, 1993).

O processo de recaída

Para a teoria da PR, o indivíduo em abstinência experimenta uma sensação de *auto-eficácia*, ou seja, sente-se no controle da situação, livre das pressões internas e externas para consumir uma substância psicoativa. Essa sensação de controle e bem-estar sofre abalos na presença de situações relacionadas ao consumo, denominadas *situações de alto risco*. Os estados emocionais negativos, as pressões sociais e os conflitos interpessoais são consideradas as situações de risco mais comumente relacionadas a recaída (Marlatt & Gordon, 1993) (Figura 1).

Na vigência de uma situação de risco, sairá fortalecido aquele que conseguir executar uma *resposta de enfrentamento cognitiva ou comportamental de enfrentamento* para o problema (Figura 1). Por outro lado, a ausência de resposta de enfrentamento diminui a sensação de auto-eficácia. O controle é ainda mais comprometido quando o indivíduo manifesta *expectativas positivas em relação ao consumo* – “se eu voltasse a fumar agora que estou abstinente há seis meses, acho que o efeito do *crack* seria diferente e conseguiria usar controladamente” – ou *auto-indulgente* – “tenho trabalhado tanto, me matado para sustentar a casa e a todos, acho que mereço uma folga de tudo isso”. Por fim, as *decisões aparentemente irrelevantes (DAI)* e sem nenhuma relação com o uso da droga, são na realidade parte de uma sucessão de condutas e cognições disfuncionais, que aumentam o risco do retorno ao consumo – “abstinente há dois meses e sentindo-se muito bem, decidiu naquela noite passar no posto de gasolina onde outrora encontrava seus amigos do *crack*, pois sentiu vontade de comer o sanduíche que era feito lá” (Marlatt & Gordon, 1993) (Figura 1).

O retorno ao consumo resulta no *efeito de violação da abstinência (EVA)*, uma sensação irremediável de derrota perante ao fracasso do propósito inicial de manutenção da abstinência absoluta. Nesse contexto de “tudo ou nada”, todo o esforço de abstinência inicial é eclipsado pelo lapso, com aumento da probabilidade de extensão do mesmo, inclusive com abandono do tratamento e

dos pontos de apoio adquiridos durante o processo de abstinência (Marlatt & Gordon, 1993) (Figura 1).

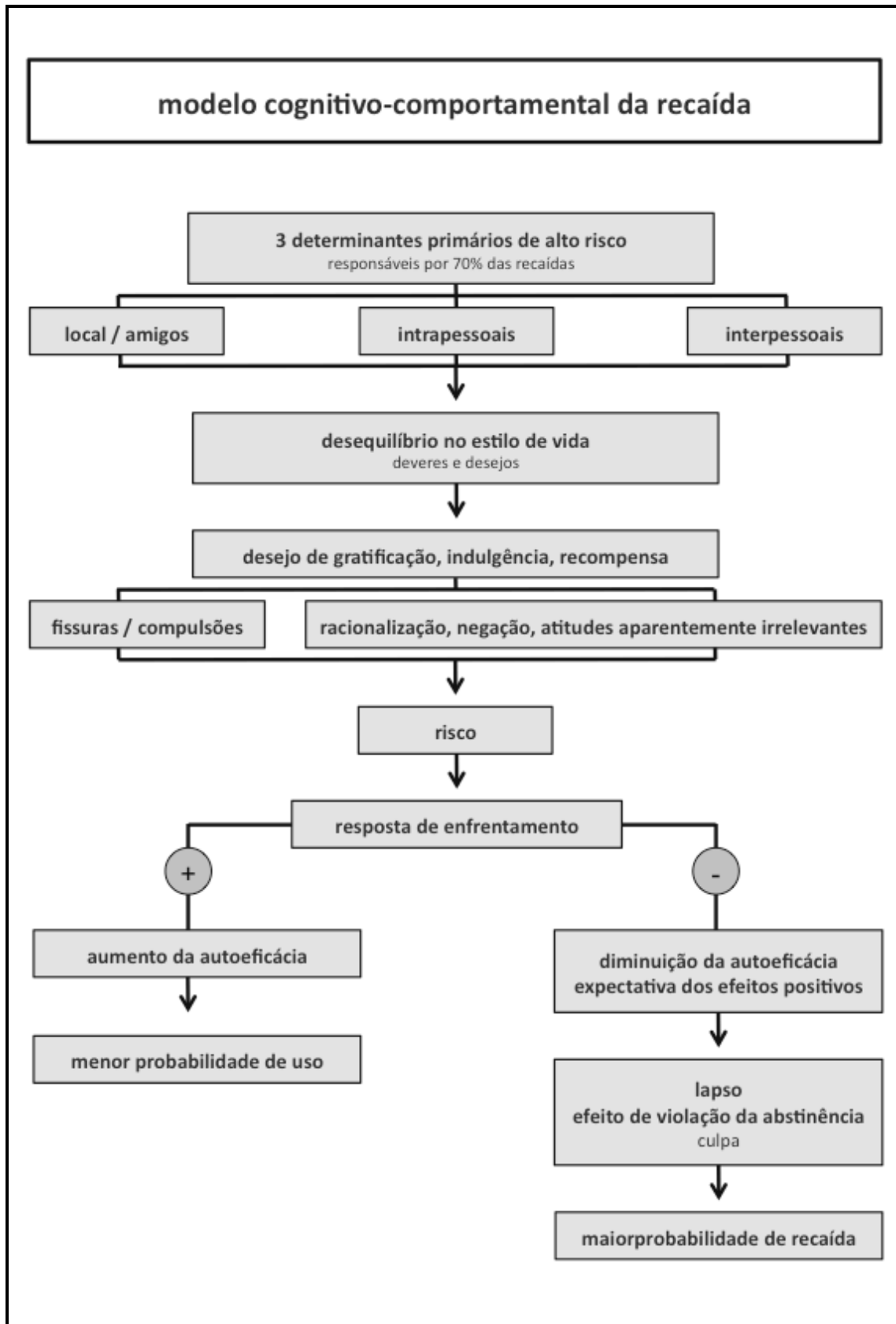


Figura 1: Modelo cognitivo-comportamental da recaída (Marlatt & Gordon, 1993).

Aplicação terapêutica da prevenção da recaída

A recaída pode ser entendida como *um colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar ou modificar um comportamento*. Baseada nos princípios da teoria do aprendizado social, a PR é um programa de autocontrole e automanejo que combina procedimentos de treinamento das habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e de mudança no estilo de vida. O programa é composto por Intervenções Específicas e Intervenções Globais para prevenir recaídas que serão apresentadas um pouco mais adiante (Marlatt & Gordon, 1993).

Para a PR, mais importante que a causalidade, a dependência química é *um hábito adquirido e aprendido* (Marlatt & Gordon, 1993), por meio do qual a substância vai paulatinamente sendo utilizada para lidar com situações, emoções e experiências de desprazer – ou seja, uma estratégia de enfrentamento disfuncional aprendida (Marlatt & Gordon, 1993; CREMESP, 2002). Há uma conjunção de efeitos de curta duração da substância, capazes de aliviar os desconfortos do indivíduo, com outros de longa, como a incapacidade em lidar com situações dolorosas (frustração) combinada à baixa auto-estima e auto-eficácia para a resolução de problemas (Marlatt & Gordon, 1993).

Para a PR, no cerne da dependência está a manutenção dos comportamentos mal-adaptativos (Marlatt & Gordon, 1993). Desse modo, o tratamento bem-sucedido não parte em buscas de causas, mas da compreensão do funcionamento presente e do planejamento para mudanças futuras. Nesse caso, *cabe ao paciente assumir a responsabilidade pelo processo de mudança, comparecendo às consultas, identificando os fatores de risco e manutenção do consumo e desenvolvendo estratégias de modificação em conjunto com o profissional que o acompanha. O indivíduo, assim, é o agente responsável por sua mudança* (Marlatt & Gordon, 1993).

Estrutura terapêutica da prevenção da recaída

As abordagens de prevenção da recaída para usuários de cocaína tendem a ser mais estruturadas em relação às demais substâncias psicoativas. As sessões são estruturadas para a abordagem de temas específicos. Em geral, o primeiro terço da sessão é dedicado à avaliação das metas estabelecidas na semana anterior, seus sucessos e intercorrências; a segunda parte é mais didática, com utilização de outras técnicas, tais como o treinamento de habilidades sociais; o terço final é utilizado para o planejamento da próxima semana (Carroll & Rawson, 2009).

O enquadre terapêutico da prevenção da recaída permite ainda a atribuição de tarefas e atividades – especialmente as relacionadas ao treinamento de habilidades sociais – fora do tempo da sessão (Figura 2). A combinação entre lição de casa, aquisição de novas habilidades e melhora do prognóstico dos usuários de estimulantes vem sendo demonstrada e deve ser encorajada entre os pacientes (Carroll & Rawson, 2009).

Intervenções Específicas da Prevenção da Recaída

A identificação e o reconhecimento das situações de alto risco de recaída e retorno ao uso de substâncias psicoativas por intermédio de um mapeamento minucioso dos gatilhos, lugares, pessoas, situações de risco, realizado pelo paciente com a participação da equipe de atendimento integra a fase inicial das intervenções específicas da PR (Quadro 1).

Quadro 1: Técnicas da Prevenção da Recaída

- Técnica 1: Identificação do estado de motivação
- Técnica 2: Identificação das situações de risco
- Técnica 3: Mudança do estilo de vida
- Técnica 4: Identificação do processo da recaída
- Técnica 5: Identificar as decisões aparentemente irrelevantes
- Técnica 6: Fatores cognitivos associados à recaída
- Técnica 7: Confluência de situações de risco

Fonte: Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Rev Bras Psiquiatria 2004; 26(supl.1): 33-9.

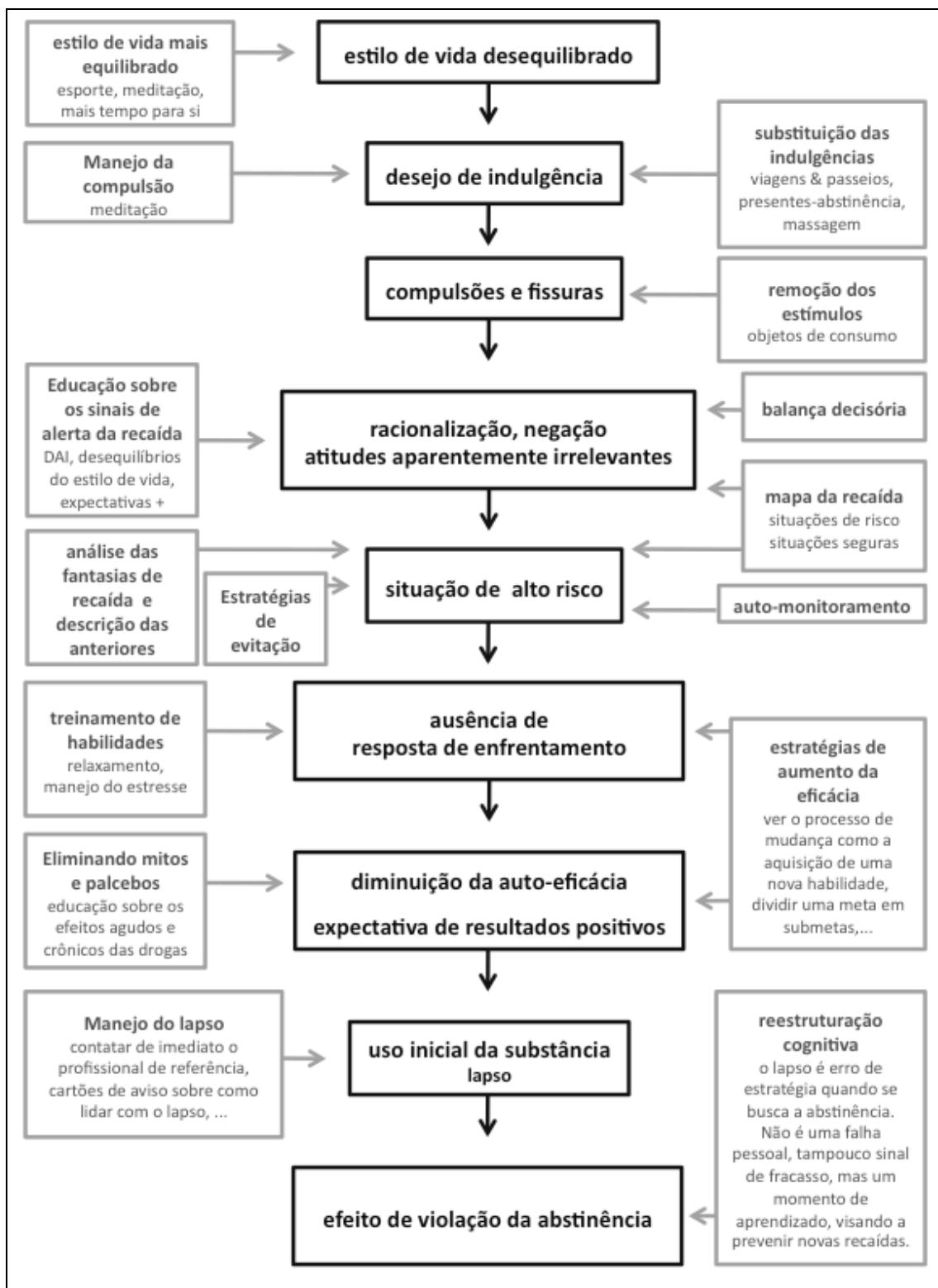


Figura 2: Antecedentes ocultos e determinantes imediatos da recaída e as estratégias de identificação, prevenção ou evitação desses determinantes (Larimer *et al.*, 1999).

A recaída não é um fato isolado, mas sim um processo encadeado por uma sucessão de eventos, atitudes pensamentos e sentimentos – ‘aparentemente irrelevantes’, que antecedem o retorno consumo (Silva & Serra, 2004). Essa dinâmica deve ser analisada com o paciente. Isso inclui também as recaída anteriores: a dinâmica dos processos mentais e comportamentais que resultam na recaída auxiliam o paciente em sua auto-avaliação contínua, além de oferecer uma estratégia interventiva na prevenção de novas recaídas (Marlatt & Gordon, 1993) (Figura 2). Esta é uma etapa fundamental do programa, onde serão revistas crenças, pensamentos, e o aprendizado e aquisição de novos pensamentos, hábitos e comportamentos (Marlatt & Witkiewitz, 2009).

Os pacientes que conseguem identificar as situações de alto risco, bem como as determinantes que o deixam mais predisposto a recair – gatilhos e estados emocionais específicos – costumam tomar atitudes mais assertivas, com efeito benéfico sobre sua auto-eficácia, afastando-o progressivamente das situações de risco. No entanto, nunca se deve subestimar a força dos pensamentos e das demandas emocionais, diante de uma situação de dificuldades, problemáticas ou estressantes, mesmo após um período de aprendizado e abstinência. Justamente nestas situações, surgem o desejo por indulgência, quase sempre acompanhado por decisões aparentemente irrelevantes (Marlatt & Witkiewitz, 2009). O lapso é um evento isolado, cuja culpa excessiva da violação da abstinência transforma em evidência irrefutável de fracasso, tornando mais provável a reinstalação do comportamento de consumo anterior. Estratégias de reatribuição de significados são utilizadas para readquirir o controle evitando o próximo uso (Marlatt & Gordon, 1993).

Estratégias e Intervenções Globais

Pessoas que continuam freqüentando os mesmos locais e grupos de convívio, bem como cultivando os mesmos hábitos anteriores no período da abstinência têm maiores chances de recair. Para diminuir a probabilidade dessas intercorrências, a *mudança no estilo de vida* propõe a substituição dos

comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas por outros comportamentos relacionados à abstinência (Marlatt & Witkiewitz, 2009) (Figura 2).

Manejo cognitivo-comportamental da fissura

Fissuras e compulsões são parte da dependência e estão igualmente presentes no processo de recuperação. A fissura pode ser compreendida como *um desejo de repetir a experiência dos efeitos do uso de substância em meio ao mal-estar da abstinência* (WEISS, 2005). Ela surge com grande intensidade, principalmente no início do tratamento (Kenny *et al.*, 2003). A fissura (*craving*) engloba não só o desejo, mas a intenção de realizá-lo, a antecipação dos efeitos positivos associados à sua utilização e o alívio dos estados emocionais negativos e dos sintomas da abstinência (Robinson & Berridge, 2000).

Ao realizar uma análise detalhada da recaída, é importante definir com o paciente os fatores desencadeantes da fissura. Ensinar o paciente a suportar, tolerar e desfocar-se do desconforto e do desconforto, e ser capaz de aguardar o alívio, diminuindo a pressão interna de buscar a droga. Este é um exercício de controle individual e administração de circunstâncias onde há riscos para o uso. Conhecer as próprias vulnerabilidades e potencialidades e modificar postura, atitude e comportamentos diante dos desafios da vida, é conhecer um tanto de si mesmo (Stalcup *et al.*, 2008).

Aprimoramento do modelo de prevenção da recaída

Sintetizando as recentes descobertas empíricas surgiu uma teoria unificada que passou a entender a recaída como uma *complexo sistema multidimensional* (Figura 3). No novo modelo, a recaída é compreendida como um processo dinâmico, considerando a relação temporal entre os aspectos *cognitivos* – percepção da auto-eficácia, expectativa pelo resultado do uso, nível de motivação e fissura – *comportamentais* – habilidades de enfrentamento cognitivos e comportamentais – estados afetivos – humor, ansiedade – e estado físico – sintomas de abstinência.

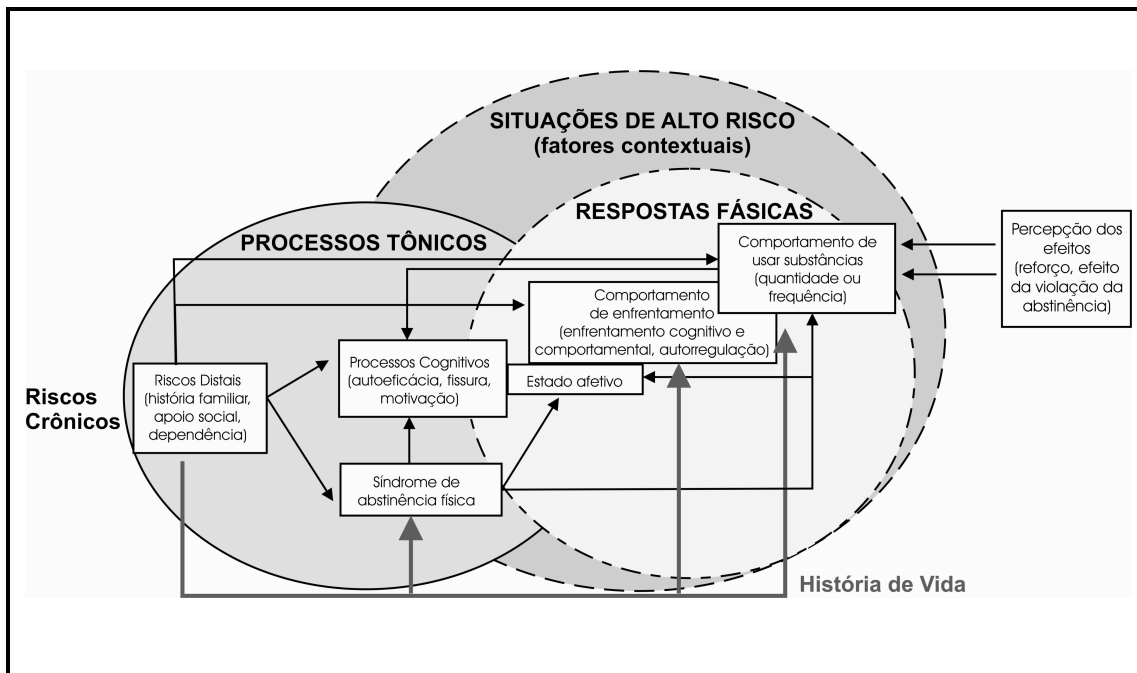


Figura 3: Modelo dinâmico da recaída (Marlatt & Witkiewitz, 2009)

No Modelo anterior, todos estes fatores também estavam presentes, mas a ação destes riscos eram dispostos numa cadeia hierarquizada. No modelo atual não se presume que determinados fatores tem mais influencia sobre os demais. Todos estes aspectos se influenciam mutuamente e ainda estão permeados pelos riscos distais, ou seja riscos crônicos do individuo, como o histórico familiar, gravidade e anos de dependência, suporte social (Figura 3).

Treinamento de Habilidades Sociais (THS)

A aquisição de habilidades sociais é essencial para um desenvolvimento adequado e para a estruturação de vínculos responsáveis, estáveis e seguros (Botvin & Wills, 1985). *Habilidade social se refere ao repertório de comportamentos – ou uma seqüência destes – que um indivíduo possui para lidar com as demandas das situações interpessoais* (Del Prette & Del Prette, 2001). A aquisição de habilidades sociais básicas começa na infância, aumentando em número e complexidade conforme a criança se aproxima da adolescência. Com a chegada dessa fase observa-se um repertório de habilidades sociais consistentes, com boa

capacidade de comunicação com terceiros, dar e receber elogios, expressar sentimentos, recusar pedidos pouco razoáveis (Botvin & Wills, 1985).

O usuário de substâncias psicoativas, em decorrência da saliência progressiva do consumo em sua vida, deixa de adquirir ou perde habilidades sociais necessárias para lhe garantir um funcionamento social assertivo e uma boa inserção social (CREMESP, 2002). Isso pode ser ainda mais comprometedor se essa falha na aquisição ocorrer em períodos da vida como a adolescência, período quando se estruturam habilidades essenciais para a vida adulta – como as citadas anteriormente (Botvin & Wills, 1985). A falta de habilidade para lidar com algumas situações está associada ao isolamento, a ajustes psicológicos empobrecidos e disfuncionais, bem como ao maior consumo de drogas (Silva & Serra, 2004). A vigência da dependência e de seus fatores de manutenção, tais como pressão de colegas usuários, fissura, presença de déficits cognitivos secundários ao uso e ausência de grupos de apoio, também evidenciam uma outra dificuldade: a de identificar situações de risco, evitar e recusar as oportunidades de usar a substância (Botvin & Wills, 1985). Algumas dificuldades e carências de repertório social encontradas pelos usuários de substâncias psicoativas encontram-se listadas no Quadro 2.

Quadro 2: Principais dificuldades de habilidade social entre usuários de substâncias psicoativas

- * Lidar com sentimentos negativos
- * Assertividade
- * Fazer e receber críticas
- * Comunicação
- * Recusar droga
- * Dizer não
- * Socialização
- * Frustrações
- * Adiar prazeres
- * Reconhecer e enfrentar situações de risco
- * Fissura
- * Realizar um planejamento

Fonte: Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Rev Bras Psiquiatria 2004; 26(supl.1): 33-9.

O THS foi desenvolvido com o intuito de aumentar a assertividade do paciente no manejo das situações do seu cotidiano, especialmente as mais estressantes e propiciadoras de recaídas (Silva & Serra, 2004) (Quadro 2). O preceito da básico da THS: *se houve perda ou prejuízo na aquisição de habilidades sociais tais déficits devem ser levantados e trabalhados objetivamente*. Além disso, o envolvimento com o uso de substâncias psicoativas não acontece apenas neurobiologicamente, mas principalmente por meio da estruturação de vínculos sociais e rotinas de consumo que passam a pressionar o indivíduo para o uso contínuo, em detrimento dos outros campos de sua vida. Para esse fenômeno, o THS propõe *a identificação das situações de risco e a consolidação de estratégias de esquiva e recusa das situações de consumo* (Botvin & Wills, 1985).

Avaliação das habilidades sociais do usuário de substâncias psicoativas

Muitas vezes, o paciente, apesar de motivado, mostra-se pouco cuidadoso com a manutenção de sua abstinência. Por isso, ao avaliar as habilidades sociais do paciente é preciso observar também a propensão deste para retornar ao consumo e sua auto-eficácia para enfrentar esse desejo. Algumas situações reais de iminência de recaída encontra-se simuladas no Quadro 3.

Quadro 3: Situações de alto risco e habilidades sociais do usuário de substâncias psicoativas.

O que fazer para sair ileso de situações como essas?

- 1. Situações sociais positivas ou aumento da sensação de bem-estar.**
“Tudo vai bem, estou bem comigo, a vida é ótima, quero me divertir.”
- 2. Dinheiro como gatilho.**
“Trabalhei, ganhei meu primeiro salário, paguei minhas contas e ainda sobrou. Eu mereço ser feliz!”
- 3. Necessidade de estimulação devido ao cansaço.**
“Cansaço extremo, sono pesado, mas com vontade de ficar acordado.”
- 4. O consumo de álcool como um gatilho.**
“Tenho vontade de beber com meus amigos, acho que não vai dar vontade de cheirar.”
- 5. Efeitos negativos decorrentes do estado emocional pessoal.**
“Me sinto atolado em problemas e obrigações. Chega, preciso sair disso!”
- 6. Gatilhos explícitos para o uso de drogas – sem uma pressão direta para consumi-la.**
“Estou numa festa. Sei que há pessoas aqui que usam cocaína e sei também quem vende.”
- 7. Necessidade de estimulação devido ao tédio.**
“Sabadão no maior tédio. Sei que os amigos estão balada. Só vou se me animar.”
- 8. Gatilhos explícitos para o uso de drogas – decorrentes de pressão social.**
“Meus amigos me trouxeram cocaína de presente. Gosto deles, são totalmente boas pessoas. Um logo começa a preparar as carreiras e conta quantos estão na sala para esticar o número exato delas. Enrolam uma nota de dinheiro e me entregam para eu cheirar.”
- 9. Efeitos negativos decorrentes de relacionamento interpessoal.**
“Meu pai acha que faço tudo errado, que sou um burro ignorante. Nada do que digo tem valor. Agora que estou sem usar, me regula dinheiro, me humilha, dizendo que é para o meu bem. Hoje pedi cinco reais a mais para tomar um café com uma menina que conheci na faculdade e ele prontamente se negou. Ofendi-o profundamente e saí para a rua, batendo a porta de casa, pisando duro e me sentindo o pior dos imbecis. Bateu aquela fissura.”
- 10. Testar o controle por meio do uso limitado.**
“Abstinente há quatro meses, começo a sacar que a cocaína não foi a razão de todos os meus males – de fato, ela atrapalhou, mas culpá-la por meus descontroles pessoais e dos outros chega a ser uma covardia com ela. Agora que já entendi como as coisas funcionam, não que eu queira, mas se voltar a usar, crio que vai ser diferente.”
- 11. Prontidão para o consumo ou para se sentir ligado, sem gatilhos explícitos.**
“Bateu aquela vontade de ficar doidão! Como era bom! Não dá para ficar sem muito tempo.”

Os itens acima foram extraídos da escala *Cocaine-Related Assessment of Coping Skills (CRACS)* (Monti & O’Leary, 1999) [tradução-livre]. No instrumento, cada item possui uma simulação de risco, para ser debatida posteriormente entre o terapeuta e o paciente. As simulações de risco deste quadro foram criadas pelos autores e **não possuem validade como escala de avaliação**, servindo apenas como fonte de estudo para os profissionais da saúde ou como fonte de exercício para aplicação em grupos terapêuticos ou individualmente com o paciente.

As técnicas do THS são variadas, podendo ser tanto as teóricas – discussão de dificuldades e limitações em grupo ou individualmente, mapeamento de dificuldades, elaboração de textos sobre determinado problema – quanto práticas – *role play*. Geralmente, sugere-se a escolha de um tema (Quadro 3) e desenvolvimento desse por todo o grupo ou individualmente, sempre com a coordenação profissional. O ambiente deve propiciar a criatividade das soluções

dos problemas de modo espontâneo, com improvisações criativas (Silva & Serra, 2004).

Quadro 2: Habilidades sociais para serem trabalhados com os pacientes

1. **Habilidade de comunicação verbal:** 1) ouviu e observou antes de falar? 2) fez questões abertas ou fechadas? 3) as colocações foram de forma educada?

2. **Habilidade de comunicação não verbal:** 1) qual foi a postura? 2) houve contato visual? 3) qual a expressão facial? 4) qual o tom de voz utilizado? 5) como movimentou os pés, mãos, cabeça?

3. **Assertividade:** 1) pensou antes de falar? 2) foi objetivo e claro no que disse? 3) assegurou-se de estar sendo ouvido? 4) reafirmou a posição se percebeu que não estava sendo ouvido?

4. **Fazer críticas:** 1) acalmou-se antes de falar? 2) colocou a crítica como sendo uma opinião pessoal, não um fato absoluto? 3) criticou o comportamento e não a pessoa? 4) o tom de voz esteve firme e não zangado? 5) mostrou-se disposto a ouvir o outro? 6) foi claro na questão que criticou, sem deixar dúvidas sobre qual é a crítica?

5. **Receber críticas:** 1) conseguiu ouvir sem se colocar na defensiva? 2) conseguiu avaliar a crítica com clareza e selecionar os pontos pertinentes? 3) conseguiu explorar a crítica com questões para se certificar de que ficou clara qual é a crítica do outro?

6. **Recusar bebida:** 1) conseguiu dizer "não"? 2) ao negar, foi claro, firme, sem hesitação? 3) fez contato visual? 4) sugeriu alternativas à bebida? 5) disse à pessoa que não lhe ofereça bebida novamente? 6) evitou respostas vagas?

7. **Dizer não:** 1) fez revisão do que é prioritário? 2) decidiu-se de fato a recusar? 3) deixou claro que entendeu o pedido, mas mesmo assim o recusará? 4) foi firme, claro, breve e decidido? 5) como esteve a postura (comunicação não verbal)? Ela foi coerente com a comunicação verbal?

Fonte: Silva CJ, Serra AM. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Rev Bras Psiquiatria 2004; 26(supl.1): 33-9.

Eficácia da Prevenção da Recaída e do Treinamento de Habilidades Sociais no tratamento da dependência de crack

Prevenção da recaída é eficaz para pacientes dependentes de cocaína (Wallace, 1990; Carroll *et al.*, 1994; Irving *et al.*, 1999; Carroll, 2005). Outros estudos demonstram

que a associação entre prevenção da recaída e outras abordagens – doze passos (Wells *et al.*, 1994) ou manejo de contingência (McKay *et al.*, 2010) – potencializa o efeito terapêutico da abordagem inicial, mas há outras evidências de que tal sinergismo não é regra, mesmo quando ambas as abordagens são efetivas isoladamente (Rawson *et al.*, 2002). Entre pacientes graves e poliusuários a prevenção da recaída parece ser mais eficaz quando combinada com outras estratégias – medicamentosas e psicológicas (Irving *et al.*, 1999). Com relação aos usuários de cocaína / *crack*, especialmente entre aqueles com padrões de dependência graves, maior comprometimento social e auto-eficácia comprometida a prevenção da recaída mostrou-se mais eficaz do que abordagens suportivas; no entanto o método produz melhores resultados entre os pacientes mais comprometidos quando utilizado em modelos de tratamento intensivos com terapia individual (McKay *et al.*, 1997) e combinado com abordagens medicamentosas, psicoterápicas e psicoeducativas (Wallace, 1990).

O treinamento de habilidades sociais pode ser aplicada em várias áreas da saúde mental, podendo ser tanto a abordagem principal, quanto parte de outras. No campo da prevenção, um estudo com estudantes entre 13 – 16 anos (n= 2028) de diversas escolas londrinas (n=22), com traços de personalidade considerados de risco para o consumo de substâncias psicoativas, observou que intervenções breves (duas sessões de 90 minutos) baseadas em treinamento de habilidades diminuíram significativamente a probabilidade do uso de drogas nos dois anos seguintes (Conrod *et al.*, 2010). Tanto o efeito terapêutico da prevenção da recaída, quanto do treinamento de habilidades parecem possuir boa durabilidade pós-alta (McGovern & Carroll, 2003). Ainda assim, as evidências de sucesso da aplicação isolada do treinamento de habilidades sociais para a dependência de cocaína são controversos, tanto com achados favoráveis, apontando para redução do consumo nos três meses após o tratamento (Monti & O’Leary, 1999), quanto contrários, nos quais o treinamento de habilidades foi incapaz de alterar o padrão de consumo de cocaína dos participantes (Rosenow *et al.*, 2004). De qualquer forma, o programa tem se mostrado de grande utilidade como parte integrante das terapias baseadas na prevenção da recaída (Carroll & Rawson, 2009), dentro da qual deve ser sempre utilizada.

Discussão

Nos últimos trinta anos, estudos e pesquisas cientificamente embasadas têm propiciado mudanças no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A Prevenção da Recaída, também tem sido objeto contínuo de estudos, oferecendo novas técnicas para aprimorar a eficácia e a efetividade no tratamento da dependência química (McGovern & Carroll, 2009). O método tem se mostrado um dos mais eficazes, com boa durabilidade tanto quando comparado com grupos que não receberam abordagens psicoterápicas, quanto com aqueles que receberam outros tipos de abordagem – entrevista motivacional, manejo de contingência etcétera (Carroll, 2005).

Apesar da eficácia comprovada vale ressaltar que o modelo cognitivo que embasa essas terapias requer dos pacientes um funcionamento mental adequado, além de alguma motivação e cooperação com o programa. Por outro lado, muitos pacientes começam a utilizar substâncias psicoativas inicialmente por perceberem que a mesma era capaz de melhorar disfunções cognitivas de base – como o déficit de atenção (Lorea *et al.*, 2010); outras vezes, os prejuízos cognitivos decorrem do uso intenso e prolongado da substância, cujo o padrão de reversibilidade, apesar de presente na maioria dos casos é lento e errático (Sclafani *et al.*, 2002); por fim, ambas as situações se combinam: o consumo acentua déficits prévios, provavelmente de origem educacional ou ambiental, que certamente persistirão, mesmo após a abstinência (Ruiz Sanchez de Leon *et al.*, 2009).

Pacientes com prejuízos cognitivos marcantes – muitas vezes, porém, imperceptíveis à avaliação não-especializada – tem indicação questionável para esse tipo de abordagem, beneficiando-se mais de tratamentos de natureza comportamental (Marlatt & Witkiewitz, 2009). Desse modo, a presença de prejuízos cognitivos deve ser sempre aventada frente ao fracasso dos programas instituídos ao invés de atribuí-lo automaticamente à baixa motivação e à resistência ao tratamento.

Referências

Botvin GJ, Wills TA. Personal and social skills training: cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. *NIDA Res Monogr* 1985; 63: 8-49.

Carroll KM. Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2005 Oct;7(5):329-36.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry.* 1994 Mar;51(3):177-87.

Carroll KM, Rawson RA. Dependência de psicoestimulantes. In: Marlatt GA, Donovan DM. *Prevenção da Recaída – Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.* Porto Alegre: Artmed; 2009.

Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Strang J. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Jan;67(1):85-93.

Del Prette A, Del Prette ZAP. Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático [online]. São Carlos: UFSCAR; 2006. Disponível em URL: <http://www.rihs.ufscar.br>.

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Aug;67(4):563-70.

Kenny PJ, Koob GF, Markou. A Conditioned facilitation of brain reward function after repeated cocaine administration. *Behav Neurosci* 2003, 117:1103-7.

Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse Prevention – An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Res Health* 1999; 23(2): 151-60.

Lorea I, Fernandez-Montalvo J, Tirapu-Ustarroz J, Landa N, Lopez-Goni JJ. Neuropsychological performance in cocaine addiction: a critical review. *Rev Neurol*. 2010 Oct 1;51(7):412-26.

Marlatt GA, Witkiewitz K. Problemas com álcool e drogas. In: Marlatt GA, Donovan DM. *Prevenção da Recaída – Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Marlatt GA, Gordon JR. *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artmed; 1993.

McGovern MP, Carroll KM. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2003 Dec;26(4):991-1010.

McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, O'Brien CP, Koppenhaver J. Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. *J Consult Clin Psychol*. 1997 Oct;65(5):778-88.

McKay JR, Lynch KG, Coviello D, Morrison R, Cary MS, Skalina L, Plebani J. Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Feb;78(1):111-20.

Monti PM, Rohsenow DJ, Michalec E. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at 3 months. *Addiction* 92:1717, 1997

Monti PM, O'Leary TA. Coping and social skills training for alcohol and cocaine dependence. *Psychiatr Clin North Am*. 1999 Jun;22(2):447-70, xi.

Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches

during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry. 2002 Sep;59(9):817-24.

Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, Colby SM, Myers MG, Gulliver SB, Brown RA, Mueller TI, Gordon A, Abrams DB. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. Addiction. 2004 Jul;99(7):862-74.

Ruiz Sánchez de León JM, Pedrero Pérez E, Llanero Luque M, Rojo Mota G, Olivar Arroyo A, Bouso Saiz JC, Puerta García C. Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. Adicciones. 2009;21(2):119-32.

Sclafani V, Tolou-Shams M, Price LJ, Fein G. Neuropsychological performance of individuals dependent on *crack*-cocaine, or *crack*-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. Drug Alcohol Depend. 2002 Apr 1;66(2):161-71.

Stalcup SA, Christian D, Stalcup J, Brown M, Galloway GP. A treatment model for craving identification and management. J Psychoactive Drugs. 2006 Jun;38(2):189-202.

Wallace BC. Treating *crack* cocaine dependence: the critical role of relapse prevention. J Psychoactive Drugs. 1990;22(2):149-58.

Weiss F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. Curr Opin Pharmacol. 2005 Feb;5(1):9-19.

Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF. Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. Am J Drug Alcohol Abuse. 1994;20(1):1-17.

Witkiewitz, K. Marlatt, G.A. – Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problem. That was Zen, This is Tao. – American Psychologist, May-June 2004. Vol. 39, no. 4, 224-233.

Witkiewitz, K, Marlatt, GA, Walker, D – Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and substance Use Disorders. – Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. Volume 19, number 3 – 2005.

Entrevista Motivacional

Débora Parra, Sílvia Pacheco, Fátima Rato Padin & Marcelo Ribeiro

Introdução

A dependência química faz com que o indivíduo construa inúmeras crenças relacionadas à situação “usar droga”, as quais interferem diretamente nas concepções que possui sobre si próprio, a respeito do mundo e acerca do futuro (Marlatt & Gordon, 1993). As crenças vinculadas às drogas são de natureza facilitadora – “não consigo suportar a vontade”; “só há um modo de melhorar essa vontade: usar!” – e de expectativas positivas – a pessoa por considerar que exerce uma atividade profissional árdua e desgastante, acredita que “merece” fazer uso da droga. Estas crenças são suficientes para eliciar pensamentos automáticos que levam ao uso (Marlatt & Witkiewitz, 2009). Para enfraquecer essas crenças desadaptativas e reforçar o lado sadio da pessoa é fundamental que o paciente seja motivado a refletir sobre o processo da mudança.

A Entrevista Motivacional (EM) foi desenvolvida em meados da década de oitenta para auxiliar a mudança de comportamento em bebedores de álcool (Miller, 1985). A abordagem motivacional é uma intervenção de assistência direta, centrada no paciente, com o intuito de *aumentar a motivação para a mudança do comportamento problema, resolução e exploração da ambivalência, supressão de comportamentos disfuncionais e desenvolvimento de padrões mais adaptativos* (Miller & Rollnick, 2001) (Quadro 1). As estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas do que coercivas, mais empáticas e apoiadoras do que confrontativas, tendo como principal objetivo aumentar a motivação intrínseca para a mudança, longe de qualquer imposição ou direcionamento vindos de fora (Rubak *et al.*, 2005).

Quadro 1: Características da entrevista motivacional.

1. Identificar e mobilizar os valores e objetivos intrínsecos do paciente para a partir desses estimular uma mudança de comportamento.
9. A mudança é evocada no paciente, nunca imposta de fora.
10. A entrevista motivacional foi desenvolvida com o intuito-maior de evocar, clarificar e resolver a ambivalência, que bloqueia e põe em risco o processo de mudança.
11. A prontidão para a mudança *não é* um traço da personalidade do indivíduo, mas *um produto flutuante e proveniente da interação interpessoal*.
12. Resistência e negação fazem parte do processo de mudança, sendo considerados um sinal de que a estratégia motivacional não está funcionando a contento e deve ser modificada.
13. Eliciar e reforçar no paciente sua capacidade e habilidade de levar a cabo e alcançar determinado objetivo.
14. A relação entre terapeuta e paciente é de parceria e respeito pela autonomia do último.
15. A entrevista motivacional é um conjunto de técnicas e estilos de aconselhamento.
16. A entrevista motivacional é diretiva e centrada no paciente, visando ao entendimento e estímulo à mudança de comportamento.

Quadro extraído de Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Apr;55(513):305-12.

A entrevista motivacional pode ser (1) combinada com abordagens de outros referenciais teóricos – como a prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais – (2) integrada à estratégia diferentes modelos de intervenção e (3) adaptada para utilização em diferentes ambientes de tratamento (Miller & Rollnick, 1999) (Figura 1). A formação de profissionais para trabalhar com o método motivacional é mais rápida, se comparado com as abordagens cognitivas ou psicodinâmicas. Além disso, todos os profissionais da área da saúde – ou mesmo os de fora dessa – podem ser capacitados para aplicá-la, respeitando as competências de cada papel profissional e a complexidade de cada serviço (Pilling *et al.*, 2007).

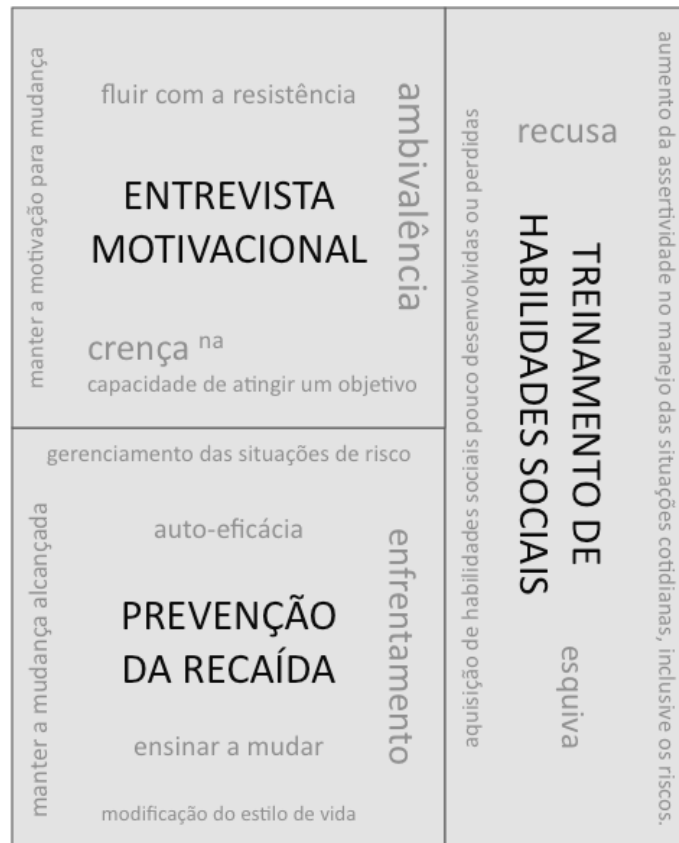


Figura 1: A entrevista motivacional pode ser combinada com outras abordagens, como a prevenção da recaída e o treinamento de habilidades sociais. O objetivo da motivação principal aumentar a prontidão intrínseca para a mudança nos indivíduos, por meio do trabalho com a ambivalência e a resistência. Por sua vez, a prevenção da recaída e o treinamento de habilidades sociais, ambas de orientação cognitivo-comportamental, buscam a mudança por meio do aprendizado de novas maneiras de lidar e enfrentar as situações de risco, aumentando assim sua auto-eficácia para a abstinência e a resolução de problemas. As duas abordagens, mais do que isentas de conflitos teóricos, são complementares e se operacionalizam mutuamente.

Estrutura teórica da entrevista motivacional

Conceitos norteadores

A EM apresenta dois conceitos norteadores. O primeiro, de **ambivalência**, que consiste em *um estado mental em que uma pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algo* (Castro & Passos, 2005). Os dependentes químicos, normalmente, quando procuram tratamento, demonstram uma motivação flutuante. A ambivalência é uma característica clássica do conflito aproximação – evitação, no qual um lado deseja a mudança de comportamento, porém, outro prefere a manutenção deste (Miller & Rollnick, 1999). A ambivalência em relação à

mudança de comportamento é sempre difícil de se resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos (Jungerman & Laranjeira, 1999).

O segundo conceito é o de **prontidão para a mudança**, referenciado no modelo de *estágios de mudança*, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1992), que tem como base a premissa da motivação enquanto um estado de prontidão ou vontade de mudar. Esse modelo sinaliza que a mudança ocorre por meio de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. Sendo eles: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída (Quadro 2). Esse assunto deste parágrafo está exposto em detalhes no capítulo “Diagnóstico clínico e motivacional”.

Quadro 2: Estágios motivacionais

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

O indivíduo sente-se no controle da situação, não percebe os prejuízos atuais ou potenciais e não cogita a mudança. Essa fase é marcada pela resistência a qualquer orientação.

CONTEMPLAÇÃO

O indivíduo reconhece o problema (atual ou futuro) relacionado ao consumo, cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância e o quanto gosta e precisa dela. Uma fase marcada pela ambivalência.

PREPARAÇÃO

O indivíduo reconhece o problema, sente-se incapaz de resolvê-lo sozinho e pede ajuda. Essa fase pode ser muito passageira, por isso é indispensável uma pronta abordagem e encaminhamento.

AÇÃO

O indivíduo interrompe o consumo e começa o tratamento. A ambivalência, porém, o acompanhará durante todo o trajeto, o que justifica que seja acompanhado periodicamente por um longo período.

MANUTENÇÃO

A manutenção da abstinência será sempre colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco que o acompanham. É um período dedicado à prevenção da recaída.

RECAÍDA

Fala-se em **lapso**, quando o retorno ao consumo dentro de uma situação de abstinência é pontual. O termo *recaída*, refere-se ao retorno ao consumo, após um período considerável de abstinência. *Recair não é voltar à estaca zero*. Ao contrário, trata-se de uma fase onde o profissional e o usuário têm a oportunidade de aprender com os erros, para evitar recaídas futuras.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artmed; 1999.

É importante salientar que os estágios motivacionais têm comportamento oscilatório (Miller & Rollnick, 1999), cujo modelo de alternância (Prochaska e DiClemente, 1992), se assemelha a uma espiral, pela qual o paciente rodopia diversas vezes antes de atingir a abstinência estável.

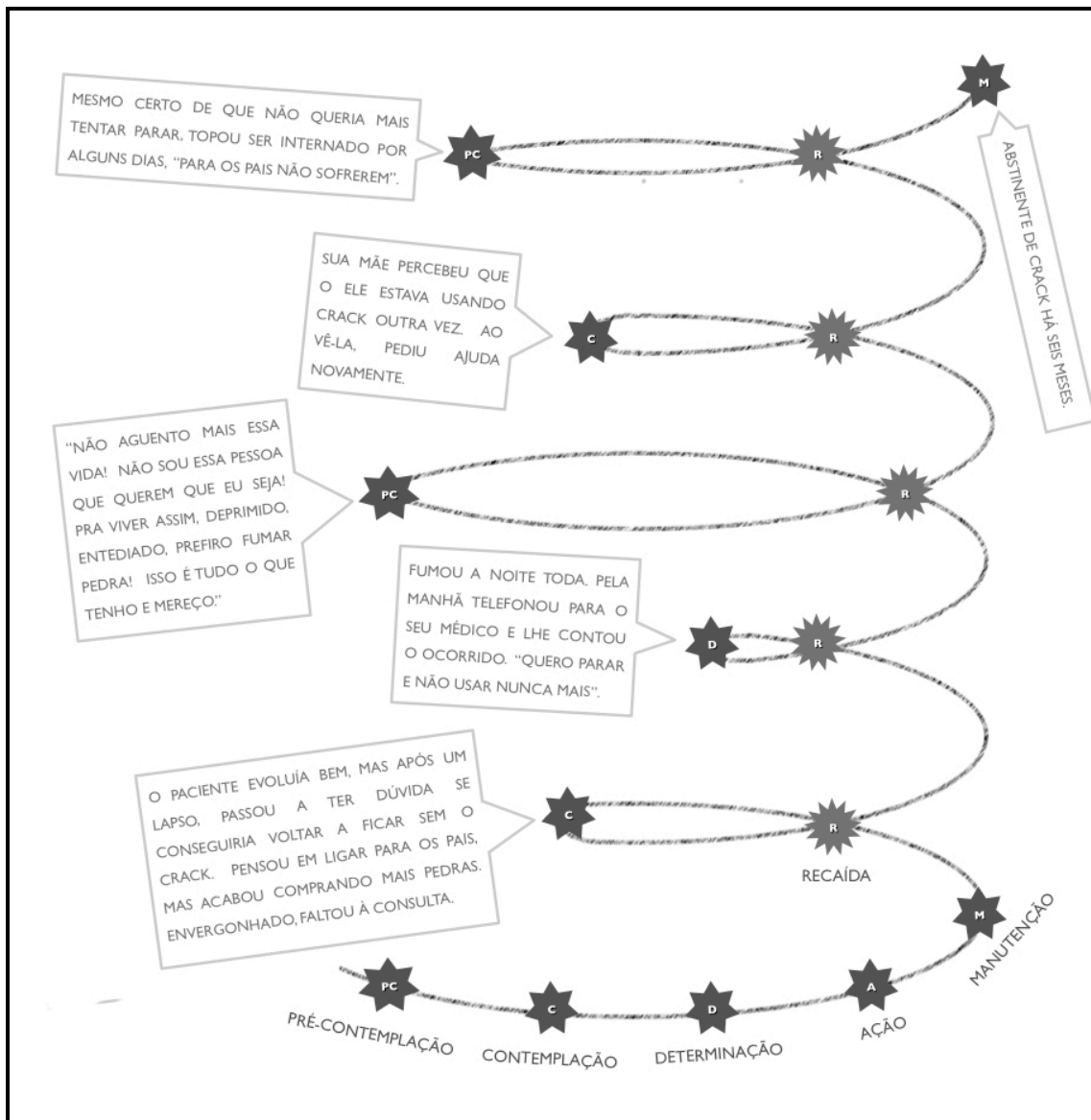


Figura 2: Os seis estágios da mudança e o modelo do espiral. A motivação é um estado de prontidão que se altera ao longo do tempo, podendo ser influenciada por inúmeros fatores, dentre esses a relação paciente e o profissional que o atende. Nessa dinâmica, a recaída é esperada, mas o efeito de violação da abstinência – propiciadora de culpa e sentimento de menos valia, pode levar o paciente de volta para qualquer um dos estágios anteriores. O papel do profissional da saúde é ajudar o paciente a superar a ambivalência e o desânimo decorrentes da recaída, aprender com o insucesso e retomar a trajetória da manutenção da abstinência (Miller & Rollnick, 1999).

Em cada nó, encontra-se a **recaída**, tida como um estágio normal da mudança (Miller & Rollnick, 1999), por meio da qual o paciente – assim como o profissional que o assiste – terá a oportunidade de repensar seu planejamento de recuperação, a fim de torná-lo mais eficaz. A recaída é um evento-chave do processo motivacional, pois a partir dela, o paciente pode regressar a qualquer um dos estágios anteriores (Jungerman & Laranjeira, 1999). O efeito de violação da

abstinência com sua carga de culpabilidade leva o paciente muitas vezes a abandonar o tratamento que vinha fazendo com êxito, sem comunicar à equipe responsável (Marlatt & Gordon, 1993). A situação é ainda mais imprevisível quando o suporte social não se faz suficientemente presente (Buckam *et al.*, 2008). Desse modo, buscar ativamente o paciente que falta ou questioná-lo sobre atrasos ou mudanças súbitas do humor e comportamento são atitudes motivadoras da mudança (Miller & Rollnick, 1999).

O terapeuta na EM tem o papel de estimular a motivação do paciente, buscando aumentar a possibilidade de mudança sem confrontar e tampouco impor ao paciente um curso de ação que não seja adequado ao momento pessoal dele (DiClemente, 1999). Cada estágio motivacional requer uma postura diferente (Quadro 3) (Figura 3). Na prática da EM é importante ter a clareza de que em qualquer paciente sempre existe uma prontidão para a mudança que deve ser eliciada.

Algumas das premissas básicas que auxiliam o profissional na prática da entrevista motivacional são: (1) a adoção de um estilo calmo e eliciador; (2) postura empática, espírito colaborativo no aumento da motivação para a mudança; (3) considerar a ambivalência natural; (4) a motivação para a mudança não deve ser imposta; (5) a resistência pode ser reduzida ou aumentada por meio das interações interpessoais; (6) o profissional é diretivo em auxiliar o paciente a examinar e resolver a ambivalência; (7) o relacionamento paciente-profissional deve ser amigável e colaborativo; (8) o paciente é responsável pelo seu progresso; (9) o profissional atua como um facilitador no processo, estimulando e apoiando a autoeficácia do paciente; (10) abstinência é a meta mais segura, porém os pacientes em pré-contemplação ou contemplação ainda não querem ou conseguem escolhê-la e precisam de estratégias intermediárias (Miller & Rollnick, 1999).

Quadro 3: Estágios motivacionais e postura profissional facilitadora da mudança.

Tipo de paciente	Modo de funcionamento	Técnica terapêutica	Condutas clínicas
Pré-contemplativo relutante	Não busca a mudança por falta de conhecimento ou inércia. Taxado de “resistente”, “relutante” ou “em negação”.	Dar feedback acerca de sua situação de modo empático e sensível.	<u>Todos os pré-contemplativos</u> Levantar dúvidas e aumentar a percepção dos problemas atuais.
Pré-contemplativo rebelde	Resistência hostil à orientação profissional; argumentativos e pouco colaboradores.	Dar opções de escolha e fluir com a resistência por meio de abordagens motivacionais.	Identificar outros problemas de alguma forma relacionados ao consumo.
Pré-contemplativo resignado	Passivos e anérgicos, “já tentaram de tudo” e “agora já é tarde demais para eles”.	Criar esperança e explorar as barreiras para a mudança.	Impossibilidade de estruturar programas de alta intensidade, pois o paciente não os considera relevantes.
Pré-contemplativo racionalizador	Informados e esclarecidos, sabem de tudo sobre drogas e discordam do que seja problemático para o outro. Consultas viram debate.	Empatia e escuta reflexiva. Evitar confronto e argumentação.	Em último caso, mostrar-se disponível e acessível caso o paciente sinta necessidade de ajuda.
Contemplativos	Ambivalente ao máximo, em busca de informação, não de comprometimento.	Balança decisória; dar feedback e informações pessoalmente relevantes; acentuar o lado positivo da mudança.	Não condicionar acordos ou tentar fechar estratégias em clima de resistência.
Determinados	Entusiasmado com a mudança; curta duração; deseja algo melhor para si; ambivalência oculta.	Aumentar o comprometimento; avaliar o nível de dificuldade do paciente para a abstinência – pouca habilidade = menor engajamento.	Antecipar problemas e armadilhas; inflexibilidade na hora de planejar é sinal de ambivalência.
Ação	O paciente em busca de apoio e referências externos.	Focalizar atividades bem-sucedidas; reafirmar o compromisso; aumentar a autoeficácia.	Plano de tratamento e metas realistas;
Manutenção	Oscilação na ambivalência, necessidade de um novo estilo de vida.	Facilitar e viabilizar a mudança sustentada a longo prazo.	Prevenção da recaída, treinamento de habilidades, manejo da recaída

Fonte: DiClemente CC. Entrevista motivacional e os estágios de mudança. In: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 1999. Pgs. 171-80.

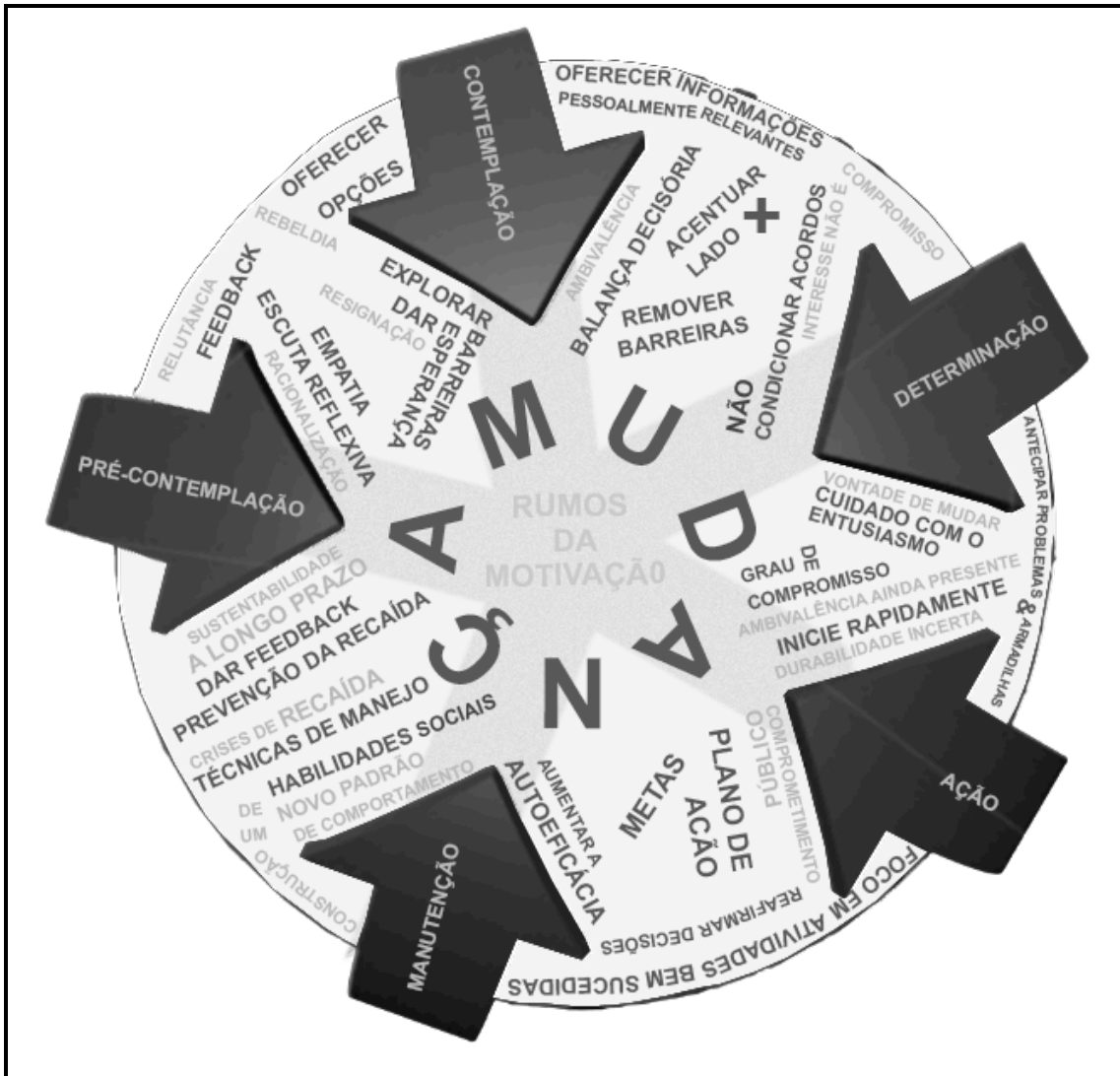


Figura 3: Todas as direções no sentido da mudança. A argumentação motivacional de adapta ao estágio do paciente. O objetivo é facilitar o processo de mudança do paciente, fazendo-o caminhar na espiral da motivação rumo à manutenção da abstinência. ‘Do outro lado do globo’, em cinza e ao lado esquerdo de cada seta encontram-se as principais características de cada estágio; na parte da frente do globo, em cinza escuro, as técnicas terapêuticas e condutas recomendadas em cada ocasião. Figura elaborada a partir da leitura do texto de Diclemente (1999).

Metodologia da entrevista motivacional

A reflexão é considerada a estratégia-chave na EM. Contudo, a metodologia consiste na utilização de cinco estratégias iniciais (Miller & Rollnick, 1999):

Perguntas abertas: Nesse estágio, a intenção é facilitar o paciente a falar o máximo possível e explorar sua ambivalência. Os questionamentos, normalmente, começam com “como”, “o quê”, “onde”, “quando”, “qual” ou “quem”, para que não sejam respondidas com apenas uma palavra.

Escuta reflexiva: É uma das habilidades fundamentais. Trata-se de averiguar o que o paciente quer dizer e “devolver” a fala dele por meio de afirmações que podem ser de quatro tipos: reflexão simples, reflexão amplificada, reflexão dupla e reflexão de sentimentos (Quadro 4).

Quadro 5: Modalidades da escuta reflexiva.

Modalidade	Definição	Vinheta clínica
Reflexão Simples	Repetição de uma palavra dita pelo paciente que o terapeuta considera importante.	Paciente (C) – Fiquei desmotivado o dia todo. Terapeuta (T) – Desmotivado?
Reflexão Amplificada	Devolução ao paciente do que ele disse de uma forma enfatizada ou mesmo exagerada. Cuidado com a entonação utilizada, visando a evitar aumento da resistência do paciente.	C - Eu paro de usar <i>crack</i> quando eu quiser. T - Então você quer dizer que tem controle absoluto sobre o <i>crack</i> ?
Reflexão Dupla	Constatação da fala do paciente e acréscimo do outro lado da ambivalência do mesmo, utilizando material fornecido previamente.	C - O <i>crack</i> me deixa mal humorado, mas não sou agressivo com minha família. T - Então você reconhece que o <i>crack</i> afeta seu humor. O que você não identifica são os prejuízos do uso no ambiente familiar.
Reflexão de Sentimentos	Focada no componente emocional da fala do paciente. Requer um vínculo mais estreito entre ambos.	C - Sinto-me muito deprimido. T - Esse sentimento tem lhe preocupado ultimamente.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 1999. Pgs. 171-80.

Reforço Positivo: Elogios e afirmações de apreciação e compreensão de comportamentos emitidos pelo paciente visando o fortalecimento de sua auto-estima e auto-eficácia.

Resumir: Destaque dos pontos principais do discurso do paciente ao longo do atendimento. Fazer resumos esporádicos é um forte indício para o paciente de que ele foi ouvido atentamente pelo profissional, além de dar uma visão mais geral ao paciente sobre seus próprios comentários.

Eliciar afirmações automotivacionais: O papel do terapeuta é estimular afirmações automotivacionais no paciente, gerando discrepância e visando à elaboração da ambivalência (Quadro 6).

Quadro 6: Afirmações automotivacionais.

Tipo de afirmação	Vinheta clínica
Reconhecimento do problema	Você considera seu consumo de <i>crack</i> um problema?
Preocupação	Como você se sente em relação ao uso de <i>crack</i> ?
Intenção de mudar	O que lhe fez achar que estava na hora de procurar ajuda?
Otimismo	Por que você acha que há possibilidade de parar de fumar <i>crack</i> ?

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 1999. Pgs. 171-80.

Estratégias gerais da motivação

Abaixo encontra-se um resumo das oito estratégias gerais de motivação que são facilitadoras do processo de mudança e da eficácia do tratamento.

Aconselhamento: O terapeuta como agente facilitador (para que o paciente consiga identificar o problema) e orientador (fornecer informações claras sobre a importância da mudança de comportamento e sugestões sobre mudanças específicas).

Remoção de barreiras: Auxiliar o paciente a identificar e superar de forma prática as barreiras existentes, que possam comprometer a motivação para o início do tratamento. Após identificá-las, o terapeuta tem a função de ajudar o paciente a removê-las. É possível que essa remoção exija um número maior de informações e estratégias cognitivas.

Proporcionar escolhas: Permitir que o paciente sinta-se livre e responsável pelas escolhas, oferecendo-lhe alternativas motivadoras disponíveis que considerem as necessidades e desejos dele para a adesão e condução do tratamento.

Diminuir o aspecto desejável do comportamento: Cabe ao terapeuta identificar os elementos que incentivam o paciente a querer manter o comportamento de uso de uma substância e promover uma reflexão sobre esse comportamento a partir de uma balança decisória que aborda as vantagens e desvantagens do comportamento atual.

Praticar a empatia: A empatia terapêutica é um aspecto que facilita a motivação, por meio da escuta reflexiva, para a mudança e a diminuição da resistência por parte do paciente.

Proporcionar feedback: Comumente as pessoas deixam de mudar por conta da falta de um retorno claro (feedback suficiente) acerca de seus comportamentos atuais. Tanto o uso de resultados de testes objetivos (ex. testagem de urina, neuropsicológico) ou a realização de um diário de automonitoramento (ex. registro diário da ocorrência ou não do uso da substância), assim como, manifestações de preocupação de familiares e amigos constituem formas de feedback.

Esclarecer objetivos: Estudos apontam que auxiliar as pessoas a estabelecer metas definidas colaboram com a mudança. As metas e o feedback atuam junto na geração de motivação para a mudança. Esclarecer feedback refere-se a onde a pessoa está e aos objetivos a serem alcançados.

Ajudar ativamente: Apesar da mudança ser uma decisão do paciente, normalmente, o terapeuta exerce influência nas tomadas de decisões. Não deve haver por parte do terapeuta a preocupação de não tomar iniciativas por receio em assumir a responsabilidade pela mudança de seu paciente.

O confronto e demais armadilhas que comprometem o processo de mudança

Para o sucesso da EM é necessário também evitar armadilhas que retardam ou dificultam o processo de mudança e geram resistência do paciente (Quadro 7)(Miller & Roolnick, 1999). O paciente deve ser estimulado a falar e *nunca ser confrontado*. Geralmente, o aparecimento do confronto envolve situações onde o ponto de vista do terapeuta se sobrepõe a do paciente, que, ao se sentir desconsiderado, rotulado ou coagido, assume uma postura de resistência em relação aos rumos escolhidos pelo profissional.

Quadro 7: Armadilhas que retardam ou comprometem o progresso do tratamento

Pergunta / Resposta

Perguntas abertas e a escuta reflexiva levam o paciente a responder de forma mais elaborada, tirando-os da passividade e das respostas curtas e objetivas – “sim” e “não”.

Confrontar a Negação

Geralmente envolvem situações onde o ponto de vista do terapeuta se sobrepõe a do paciente, que, ao se sentir desconsiderado, rotulado ou coagido, assume uma postura de resistência aos rumos escolhidos pelo profissional. A mais usual das armadilhas a serem evitadas.

Postura de especialista

O paciente fica numa posição passiva, inibido a participar e de assumir seu papel na condução do tratamento.

Rotular

Classificar um paciente com rótulos o estigmatiza (“Você é um dependente de *crack*”), suscitando resistência e impedindo que esse se exponha livremente e contribua para solucionar o problema.

Focalização Prematura

A priori, tanto o foco do terapeuta, quanto do paciente são relevantes para o sucesso da intervenção. Não pode haver, no entanto, disputa a favor de um deles. Por exemplo, é possível que o paciente se distancie e permaneça na defensiva caso o foco da discussão seja direcionado rapidamente para o uso de substâncias, quando seu estágio de motivação ainda não o fez identificá-lo como um problema. Posturas consonantes nesse quesito aumentam a motivação do paciente.

Culpar

Demandar tempo e energia para definir de quem é a culpa do problema coloca o paciente em posição defensiva. A atribuição de culpa é irrelevante e é prudente enfrentá-la de forma reflexiva e sem juízo de valor.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 1999. Pgs. 171-80.

No entanto, confrontar é diferente de contrariar ou se opor a algum ponto de vista ou comportamento do paciente. Atitudes assim por parte do terapeuta são muitas vezes necessárias para o sucesso do tratamento. Inclusive, alguns preceitos da entrevista motivacional, como o aconselhamento e a sua abordagem diretiva e reflexiva permitem ao terapeuta expor suas opiniões acerca do tratamento de modo bem claro e objetivo. Nesses casos, porém, isso é feito empaticamente e de modo centrado no paciente, considerando sempre suas necessidades e o seu ponto de vista.

O confronto, então, pode ser caracterizado como qualquer postura rotuladora, de afronto, que procura se impor a partir da autoridade de especialista, ou, para muito além das fronteiras da ética profissional e do bom-senso, da culpa, da agressão e da humilhação – “como foi que passamos a acreditar que um certo de tipo ser humano apresenta uma condição única que exige que utilizemos confrontação agressiva se quisermos ajudá-lo? Como se tornou possível, justificável e aceitável nos valermos de tais táticas hostis para o tratamento de certos comportamentos de dependência, quando essas mesmas abordagens

seriam vistas como resultado de, no mínimo, um mau julgamento (se não uma má prática) no tratamento da maior parte dos outros problemas médicos e psicológicos?” (Miller & Rollnick, 1999)

Estratégias para fortalecer o comprometimento coma mudança

Inicialmente, deve-se fazer um resumo da situação do paciente. Baseando-se nesta síntese será elaborado a relação da gama de todos os motivos possíveis para a mudança e reconhecer a ambivalência ou resistência por parte do paciente. O terapeuta procurará perceber quais as impressões que o paciente tem de seu problema; buscará reconhecer os pontos atraentes do antigo comportamento; o profissional fará sua própria avaliação da situação.

Deve-se perguntar ao paciente o que ele quer fazer e não o que ele deve fazer. Quanto mais o paciente falar, mais dados o profissional terá para melhor avaliar o grau de comprometimento. A escuta reflexiva é de total importância para esclarecer ao paciente alguns pensamentos que possam interferir no tratamento. O profissional pode fornecer orientações e informações de uma maneira impessoal, deste que solicitadas pelo paciente, o qual avaliará se essas informações são adequadas à situação dele. As respostas do paciente e as supostas orientações podem dar início a um plano de mudança e ação. Para isso, o paciente elaborará um plano de metas. Estas metas têm que ser claras e iniciadas da maneira que for melhor para o paciente. Definidas as metas, devem ser analisados os meios que serão usados para alcançá-las.

Elaborar com o paciente um formulário de plano de mudança é considerado:

- (1) Quais os principais motivos que me levam a querer mudar?
- (2) Quais os primeiros passos para a minha mudança?
- (3) Como executarei?
- (4) Quem poderia me ajudar para a mudança?

Desde que seja com o consentimento do paciente, um plano de ação público (divulgado para o cônjuge, familiares e outras pessoas indicadas pelo paciente) mostra um maior grau de comprometimento por parte do paciente. Quando há determinação por parte do paciente para executar a mudança de comportamento, a ajuda do profissional é fundamental para fortalecer esse compromisso.

A entrevista motivacional no tratamento da dependência de cocaína e crack

A entrevista motivacional é comprovadamente eficaz no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool (Project MATCH Research Group, 1998), mas já há evidências da validade do método para outras substâncias, como o tabaco, maconha e cocaína (McGovern & Carroll, 1999; Wanigaratne *et al.*, 2005). A entrevista motivacional é também *um estilo de abordagem e postura em relação ao paciente* (Miller, 1996) e compartilha metas e preceitos teóricos com diversos programas de tratamento (Carroll, 2005), razão pela qual a mesma é quase sempre combinada com modelos teóricos, como a prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais (NCCMH, 2008).

As *intervenções breves* em ambientes não-especializados – tais como unidades de atenção primária, pronto-socorros, escolas – ou para a abordagem de indivíduos pouco motivados, que requerem intervenções curtas e objetivas, têm utilizado a entrevista motivacional com eficácia (Walton *et al.*, 2010; Watchel & Staniford, 2010), não só pra a redução o consumo, mas com aumento da probabilidade de busca por tratamento especializado (Pilling *et al.*, 2010). A utilização da entrevista motivacional também tem se mostrado eficaz entre adolescentes em diversos ambientes e modelos de atendimento (Macgowan & Engler, 2010).

Há também evidência de sucesso entre usuários de cocaína em algumas situações (Carroll, 2005). Em um estudo-piloto, uma amostra de usuários de heroína e crack (n=29) foi aleatoriamente dividida em dois grupos. Um desses (n=17), participou de uma única sessão motivacional visando a aumentar a prontidão para interromper o consumo da droga, enquanto o outro (n=12) recebeu tratamento tradicional. Três meses depois, não havia diferença no padrão de consumo de crack entre os grupos, mas os participantes da sessão motivacional utilizavam menos heroína (Mitcheson *et al.*, 2007). Em outro estudo, um grupo de usuários de cocaína em tratamento com terapia cognitiva e doze passos, participou de duas sessões de terapia baseada na entrevista motivacional (n=82), enquanto outro (n=83) praticou meditação. Não houve diferenças quanto ao uso de cocaína, mas o grupo motivacional melhora superior do nível de emprego (Rohsenow *et al.*, 2003). Esses achados, apesar de iniciais, parecem

sugerir que a entrevista motivacional produz incrementos gerais, menos detectáveis quando os critérios de avaliação estão apontados para padrões de consumo e abstinência.

Curiosamente nesse mesmo estudo, os mais motivados no início do tratamento usavam mais cocaína um ano após a alta, em comparação com pouco motivados. Talvez a mensagem mais permissiva tenha um efeito menos organizador para os pacientes determinados (Rohsenow *et al.*, 2003). Além disso, o entusiasmo desses com a perspectiva de abstinência é muitas vezes superficial, desaparecendo frente a primeira dificuldade (DiClemente, 1999). Mais um sinal de que o estágio de determinação para a mudança não está isento de ambivalência e por isso nunca deve ser considerado um período de calma e inclinação certa para a abstinência.

Discussão

A entrevista motivacional é ao mesmo tempo uma técnica e um estilo de tratamento. As qualidades do último são irrefutáveis e representam o paradigma atual de como se posicionar e conduzir o tratamento perante as dificuldades do paciente de mudar e buscar a abstinência – empatia e escuta reflexiva, num ambiente livre de confrontações é o mínimo de se espera de qualquer proposta embasada de tratamento. Essas concepções colocam-na ao lado de todas as demais linhas de tratamento.

Quanto a técnica, por ser centrada nas necessidades e experiências do paciente, a entrevista motivacional identifica e trabalha com a ambivalência e a motivação deste, gerando um forte impulso para o comportamento de mudança. A efetividade da EM, está intimamente ligada ao estágio de motivação do paciente e à utilização de estratégias adequadas de maneira empática e objetiva, estimulando sua auto-eficácia a partir do momento em que consegue reconhecer seu problema e realizar as mudanças propostas. Essa técnica não confrontativa e semi-estruturada é apropriada para pacientes em todos os estágios de mudança. De maneira geral, os estudos de intervenções clínicas com entrevista motivacional observaram reduções significativas no uso de substâncias e melhora global da qualidade de vida. Com relação à cocaína, as poucas

evidências documentadas e comentadas na seção anterior, se mostraram em consonância com os demais estudos. Não se observou, porém, um impacto direto sobre o consumo da substância. Isso pode ser explicado pelo fato de os estudos terem utilizado a intervenção breve com esses pacientes, tradicionalmente considerados mais indicados para intervenções prolongadas e intensivas. Além disso, abordagens cognitivas e baseadas em teorias de aprendizado social parecem ser mais estruturantes para esses pacientes, o que justifica a combinação entre ambas. Desse modo, a entrevista motivacional é um estilo de tratar para todas as horas e uma técnica objetivada em melhorar a prontidão para a mudança, que será então construída entre o paciente e os profissionais que o assistem, de acordo com as abordagens de eficácia cientificamente comprovada que mais lhes agradar.

Referências Bibliográficas

Buckman JF, Bates ME, Morgenstern J. Social support and cognitive impairment in clients receiving treatment for alcohol- and drug-use disorders: a replication study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008 Sep;69(5):738-46.

Cahill M, Adinoff B, Hosig H, Muller K, Pulliam C. - Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav* 28:67-79, 2003.

Carroll KM. Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2005 Oct;7(5):329-36.

Carroll KM, Libby B, Sheehan J, Hyland N. Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *Am J Addict*. 2001 Fall;10(4):335-9.

Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE; National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. Motivational

interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend.* 2006 Feb 28;81(3):301-12. Epub 2005 Sep 28.

Castro M, Passos S. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiquiatria Clínica (USP. Impresso)*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 330-335, 2005.

Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R - Estrutura Fatorial da Stages of Readiness and Treatment Eagerness Scale (Socrates) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Rev Bras Psiq* 26(2):91-107, 2004.

Jungerman F, Laranjeira R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *J Bras Psiquiatr* 1999; 48(5): 197-207, 1999.

Marlatt GA, Gordon JR. *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Marlatt GA, Witkiewitz K. Problemas com álcool e drogas. In: Marlatt GA, Donovan DM. *Prevenção da Recaída – Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

McGovern MP, Carroll KM. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2003 Dec;26(4):991-1010.

Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull.* 1985 Jul;98(1):84-107.

Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav.* 1996 Nov-Dec;21(6):835-42.

Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Socrates). *Psychol Addict Behav* 10(2):81-9, 1996.

Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para mudanças de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.

NCCMH – National Collaborating Centre for Mental Health. Drug misuse psychosocial interventions - National Clinical Practice Guideline Number 51. London: BPP & RCPSYCH; 2008. Disponível online em URL: <http://www.bps.org.uk>.

Pantalon MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. Psychol Addict Behav 17(2):91-7, 2003.

Pilling s, Hesketh K, Mitcheson L. Psychosocial interventions for drug misuse – a framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions. London: BPS & NHS; 2010. Disponível online em URL: <http://www.bps.org.uk>.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change – implications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47(9):1102-14.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcohol Clin Exp Res. 1998 Sep;22(6):1300-11.

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Apr;55(513):305-12.

Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a General Hospital and a general population sample. Gen Hosp Psych 21:348-53, 1999.

Ryan RM, Plant RW. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addict Behav* 20(3):279-97, 1995.

Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM and Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 858-862.

Wachtel T, Staniford M. The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literature. *J Clin Nurs*. 2010 Mar;19(5-6):605-20.

Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC, Cunningham RM. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 304(5):527-35.

Wanigaratne S, Davis P, Pryce K, Brotchie J. The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. London: NHS; 2005. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Tratamento medicamentoso

Hamer Nastasy Palhares Alves & Marcelo Ribeiro

Introdução

A dependência, do ponto de vista estritamente biológico, é uma condição caracterizada pela saliência do desejo de consumir uma substância psicoativa, na vigência de respostas inibitórias ineficazes (Heidebreder & Hagan, 2005). O crescente detalhamento da circuitaria neuronal do cérebro e a construção de modelos neurobiológicos capazes de explicar os mecanismos envolvidos nos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, tem motivado a pesquisa por medicamentos cujos mecanismos sejam capazes de auxiliar no tratamento dessas condições (Quadro 1).

Quadro 1: Mecanismos de ação farmacológica propiciadores de abstinência.

Redução da vontade
Supressão da fissura
Alívio dos sintomas de abstinência
Diminuição / inibição do comportamento de busca

Fonte: Heidebreder & Hagan, 2005

O uso de medicamentos no tratamento da dependência química é considerado como um dos princípios para o tratamento eficaz (NIDA, 2009) e, no caso da cocaína, deve ser focado tanto na tentativa de controle da dependência em si, como também nas comorbidades psiquiátricas que são bastante freqüentes nos pacientes em questão. O objetivo desse capítulo é apresentar os fármacos mais utilizados para o manejo e tratamento da dependência dessa substância. O tratamento das comorbidades, não será abordado nesse capítulo, devido ao vasto número de transtornos associados e às particularidades envolvidas em cada uma das estratégias farmacoterápicas.

Modelos farmacológicos da dependência de cocaína

Quatro perfis farmacológicos guiam a maioria das pesquisas sobre medicamentos para a dependência de cocaína (Gorelick *et al.*, 2004): (1) fármacos que atuam de modo idêntico à cocaína, porém de forma mais branda e prolongada, visando ao alívio dos sintomas de abstinência, sem no entanto provocar reforço; (2) fármacos que ocupam e bloqueiam todos os receptores relacionados aos efeitos desejados da substância, visando à extinção de seu comportamento de busca; (3) fármacos que agem em outros sistemas, mas que indiretamente antagonizam os efeitos desejados ou aliviam efeitos indesejados como a fissura; por fim (4) fármacos que alteram o metabolismo da cocaína, tornando-a indisponível no cérebro, como é o caso das vacinas.

Entre os modelos utilizados para a execução de tais estratégias medicamentosas, cinco merecem destaque (Vocci *et al.*, 2005) (Quadro 2): (1) a ação da cocaína sobre os sistemas monoaminérgicos – dopamina, serotonina e noradrenalina – (2) o modelo do reforço condicionado, (3) o *priming* induzido pela cocaína, (4) o estresse como fator desencadeante da recaída e (5) a inibição dos mecanismos de controle corticais (Quadro 2). A investigação desses modelos implica necessariamente no estudo dos sistemas de transmissão das monoaminas – dopamina, serotonina e noradrenalina – e dos sistemas GABA e glutamato, ambos envolvidos no controle da excitabilidade do sistema nervoso (Ross & Peselow, 2009; Kampman, 2010).

Quadro 2: Modelos da dependência da cocaína, bases neurobiológicas e intervenções farmacoterapêuticas em desenvolvimento.

Modelo	Base neurobiológico	Estudos em andamento
Ação da cocaína sobre o sistema das monoaminas – dopamina, serotonina e noradrenalina.	Bloqueio da recaptação de dopamina e serotonina, com aumento do seu efeito sobre os receptores. Secundariamente, há redução dos mesmos, gerando alterações de humor, abstinência e fissura.	Agonistas parciais D₂ Redução da fissura Antagonistas D₁ & D₃ Extinção de comportamentos de busca e sintomas de desconforto
Reforço condicionado	Amígdala, giro do cíngulo anterior, córtex orbitofrontal e pré-frontal dorsolateral.	Antagonistas canabinóides Agonistas parciais D₃ Agonistas GABA-B Antagonistas AMPA Agonista GABA B – baclofen Extinção de comportamentos de busca e sintomas de desconforto
<i>Priming</i> ou resposta à reintrodução	Dopaminérgicas e glutamatérgicas.	Agonistas D₁ Agonistas dopaminérgicos Agonistas NMDA Antagonistas AMPA Redução da sensibilidade aos efeitos agudos da cocaína.
Modelo do estresse	Sistema noradrenérgico e fator hipotalâmico de liberação da corticotropina (CRF)	Antagonistas CRF Extinção de comportamentos de busca.
Controle cortical	Córtex pré-frontal	Modafinil Redução da fissura e melhora da cognição.

Fonte: Heidebreder & Hagan, 2005; Vocci *et al.*, 2005

A partir do **Quadro 2**, é possível notar, ainda que de modo esquemático, que a dependência da cocaína decorre de alterações neurobiológicas em diversos sítios e modos de interação. Há inúmeros estudos para o desenvolvimento de novos medicamentos para a dependência de cocaína, mas a complexidade da ação farmacológica da substância impede a obtenção de moléculas capazes de

antagonizar ou compensar todos os seus efeitos com precisão (Vocci *et al.*, 2005; Kampman, 2010).

Medicamentos disponíveis

Nos últimos trinta anos, inúmeros medicamentos foram testados para o tratamento da dependência da cocaína mas os resultados foram ineficazes para a maioria, inconclusivos para boa parte e parcialmente eficazes para uma minoria (van den Brink & van Ree; 2003; Ross & Peselow, 2009). Entre as medicações que têm demonstrado algum efeito, destacam-se o topiramato, dissulfiram, ácido valpróico, modafinil e vigabatrina. Apesar deste efeito não ser homogêneo e certamente eficaz, o uso pode causar diferença clínica em casos selecionados. Nesses casos, o uso de medicamentos pode tanto facilitar o início da abstinência – e o conseqüente engajamento nas terapias psicossociais – quanto tornar menos prováveis as chances de recaída (Kampman, 2010). Algumas recomendações válidas sempre que se utiliza um medicamento para o tratamento da dependência de cocaína encontram-se relacionadas no Quadro 3.

Quadro 3: Cuidados na administração de medicamentos para a dependência de cocaína.

- * Prever interações entre a medicação prescrita e álcool, cocaína e outras substâncias – alto risco de recaída.
- * Orientar o paciente quanto a efeitos colaterais, modos de proceder nestas circunstâncias – deixar uma fonte de contato para essas situações.
- * Orientar pacientes e familiares quanto aos efeitos esperados visando não gerar demasiado e contra-producente otimismo farmacológico. Ou seja, lembrá-los que o *status* atual da psicofarmacoterapia da dependência de cocaína ainda é o de papel coadjuvante.
- * Avaliar a necessidade de controles de dose e monitoramento por terceiros, devido ao risco de auto-agressão e de consumo do medicamento em situação de recaída, mesmo na ausência de ideação suicida. A impulsividade e o desespero motivados por uma recaída podem ser força motriz de tentativas não planejadas de suicídio.

Topiramato

O mecanismo de ação do topiramato aumenta o tônus do sistema de neurotransmissão GABA e inibe os receptores AMPA/cainato do sistema glutamato. Esse aumento da atividade inibitória (GABA) e bloqueio da excitatória (glutamato) provoca uma redução da liberação de dopamina no *nucleus accumbens*, parte integrante do sistema de recompensa (Kampman, 2010). Desse modo, o perfil farmacológico do topiramato, ao menos em teoria, reduz a magnitude dos efeitos da cocaína e o comportamento de busca pela substância (Johnson, 2005). Apesar de metanálises não apontarem significância estatística na resposta positiva desse anticonvulsivante no tratamento da dependência de cocaína (Alvarez *et al.*, 2010; Minozzi *et al.*, 2010), estudos com amostras pequenas, mas controlados com placebo indicaram ação positiva do topiramato para esse fim (Kampman *et al.*, 2004). Observa-se, para diversos pacientes, que o efeito se dá a partir de 200mg (Gorelick *et al.*, 2004), com melhores resultados entre 300 e 400mg por dia (Johnson, 2005).

Dissulfiram

A propriedade farmacológica do dissulfiram que resulta em aversão ao álcool é conhecida desde a década de trinta e se tornou formalmente reconhecida e aprovada como medicamento para a dependência do álcool e a partir dos anos cinqüenta (Gaval-Cruz & Weinshenker, 2009). A substância bastante conhecida no tratamento da dependência do álcool, apareceu recentemente como o medicamento mais apoiado por evidências no tratamento do dependente de cocaína (Lingford-Hughes *et al.*, 2004; Gaval-Cruz & Weinshenker, 2009; Barth & Malcolm, 2010).

Além de inibir a aldeído desidrogenase, mecanismo da ação terapêutica aversiva, visando a deixar o sujeito mais atento e organizado a fim de evitar a recaída e os efeitos adversos do consumo de bebida (Skinner *et al.*, 2010), o dissulfiram atua também no sistema dopaminérgico, inibindo a conversão de dopamina em noradrenalina, por meio do bloqueio das enzimas dopamina- β -hidroxilase (DHB) e monoamina oxidase B (Gorelick *et al.*, 2004; Barth & Malcolm, 2010). Além de aumentar a disponibilidade de dopamina no cérebro, tais mecanismos

favoreceriam tanto na redução dos episódios de consumo cujo “gatilho” é, frequentemente, o álcool quanto na redução do desejo pelo consumo de cocaína em si (Gaval-Cruz & Weinshenker, 2009). Ao tornar a experiência do consumo menos agradável para o paciente, o dissulfiram colabora, desta forma, para a extinção comportamental (Barth & Malcolm, 2010). Além de sentir menos prazer, alguns pacientes utilizando o fármaco relatam mais ansiedade durante o episódio de uso, sugerindo também a existência de sintomas aversivos (Kampman, 2009). Apesar de a capacidade inibitória do dissulfiram sobre a DHB ser provavelmente a responsável pela modulação dos efeitos de recompensa e aversão à cocaína, o mais importante nessa propriedade parecer ser sua habilidade em reduzir as taxas de recaída, especialmente a precipitada pelo estresse (Gaval-Cruz & Weinshenker, 2009). Apesar do otimismo em relação ao fármaco, revisões sistemáticas observaram evidências parciais acerca da sua eficácia, mas reconhecem que ainda é necessário produzir mais estudos sobre o tema (Pani *et al.*, 2010).

A dose diária preconizada de dissulfiram é de 250 – 500mg ao dia. A ação e metabolização do fármaco são bem toleradas e relativamente seguras, ficando contraindicada para portadores de hepatopatias graves, como hepatite descompensada e cirrose (Castro & Baltieri, 2004). O paciente deve ser bem orientado quanto aos riscos do *efeito antabuse* secundário à ingestão de álcool. Nessas circunstâncias, o aumento de aldeído na circulação provoca desde alterações de desconforto físico e psíquico, tais como rubor facial e torácico, calor, náuseas, inquietação e reações de pânico, até complicações graves como depressão respiratória, alterações neurológicas e convulsões, arritmias cardíacas, choque cardiogênico e infarto agudo do miocárdio, podendo levar à morte (Jerónimo *et al.*, 2009). Desse modo, antes do início do tratamento, é recomendável o consentimento esclarecido por escrito do paciente, com aprovação de um de seus familiares. Alterações cognitivas ou comorbidades que comprometam o entendimento adequado dos riscos envolvidos, a presença de ideação suicida ou de comportamentos impulsivos de difícil manejo possuem contraindicação ao menos relativa para esse medicamento.

Modafinil

O modafinil é um estimulante do sistema nervoso central. Assim como a cocaína, mas de forma mais branda, o modafinil bloqueia a recaptação de dopamina e noradrenalina, aumentando a concentração desses no cérebro (Karila *et al.*, 2008). A molécula ainda é capaz de aumentar a atividade do sistema glutamato, geralmente deficitário pelo uso crônico de cocaína. Tal compensação poderia bloquear o efeitos euforizante da cocaína e prevenir a reinstalação do comportamento de busca (Kampman, 2010). Por se tratar de um agente estimulante moderado, o modafinil pode auxiliar o usuário de cocaína a iniciar a abstinência ao contrabalancear o déficit dopaminérgico e a anedonia freqüentes, diminuindo a intensidade e freqüência dos episódios de fissura, bem como os sintomas de abstinência (Kampman, 2010). Nesse sentido, o modafinil foi estudado em pacientes em ensaio clínico placebo controlado, com significativamente mais amostras de urina negativas para a cocaína que o placebo (Dackis, 2005). Outros estudos abertos também têm observado melhora nos índices de retenção ao tratamento e de abstinência, quando administrado em doses entre 200 – 400mg ao dia (Gorelick *et al.*, 2004).

Apesar dos achados iniciais promissores, estudos de metanálise consideraram os resultados sobre o uso de estimulantes, como o metilfenidato e o modafinil, para tratamento de usuários de cocaína inconclusivos (Castells *et al.*, 2010). Desse modo, a confirmação desta eficácia aguarda resultados de novos estudos.

Vacina

Vacinas de cocaína vem sendo desenvolvidas a partir modelos animais e testadas em seres humanos com o propósito de sensibilizar o sistema imune a produzir anticorpos específicos para a cocaína (Martell *et al.*, 2009). Nesse contexto, que a cocaína for consumida e chegar à circulação será atacada por anticorpos, que se ligarão a ela formando imunocomplexos grandes demais para atravessar os vasos sanguíneos e a barreira hematoencefálica (Orson, 2008). Assim, a cocaína não atingiria o sistema nervoso central, e, por conseguinte, não produziria os efeitos euforizantes e de reforço (Martell *et al.*, 2009).

Vacinas vem sendo desenvolvidas para o tratamento da dependência de cocaína e várias outras substâncias psicoativas. A vantagem dessa modalidade terapêutica é que vacinas não possuem propriedades psicoativas e seus efeitos imunizantes duram vários meses (Karila *et al.*, 2008). Uma das vacinas para cocaína em desenvolvimento requer administrações de 3 a 5 doses, sendo necessárias 6 a 10 semanas iniciais para produzir níveis de anticorpos suficientes para serem efetivos (Martell *et al.*, 2009). Uma re-vacinação é necessária cerca de 4 meses após a última dose, uma vez que o nível de anticorpos declina com o passar do tempo. Em termos gerais, a vacina tem sido bem tolerada e não tem apresentado eventos adversos importantes. Os desafios que essa terapêutica enfrenta são a inabilidade em produzir um volume mínimo suficiente de anticorpos em grande parte dos pacientes vacinados (somente cerca de 38% atingem esse nível) e em manter seu efeito ao longo do tempo (o bloqueio durou apenas 2 meses) (Martell *et al.*, 2009).

Outras drogas

Mais de sessenta medicamentos de várias classes farmacológicas já foram testados no tratamento da cocaína com resultados inconclusivos (Ross & Peselow, 2009). Desse modo, não há estudos que justifiquem o uso de antidepressivos (Silva *et al.*, 2010), de antipsicóticos (Amato *et al.*, 2007), do agonista opióide Naltrexone (Lingford-Hughes, 2004), de agonistas dopaminérgicos (Soares *et al.*, 2010), ou do estabilizador do humor Carbonato de Lítio (Lingford-Hughes, 2004) para o tratamento da dependência de cocaína. Os agonistas glutamatérgicos (Ross & Peselow, 2009) e diversos anticonvulsivantes (Minozzi *et al.*, 2010) também compõem essa lista.

Discussão

O alívio dos sinais e sintomas de abstinência e da fissura, redução ou eliminação da vontade e a extinção dos comportamentos de busca, além do tratamento de comorbidades, são algumas das metas da farmacoterapia aplicada à dependência química. Ausentes o desconforto físico e psíquico, aumentaria assim a

disponibilidade do indivíduo para focalizar e solucionar conflitos internos e externos, cujo o estresse deixa-o vulnerável e predisposto ao uso de substâncias psicoativas.

No entanto, a situação atual da psicofarmacoterapia da dependência da cocaína não permite que ela ocupe papel de destaque no tratamento. A combinação da farmacoterapia com outras abordagens demonstra mais eficácia do que estratégias isoladas (Carroll *et al.*, 1994). O tratamento multidisciplinar é a melhor forma de intervenção nestes casos e permite uma resposta mais completa às necessidades dos usuários de cocaína e *crack*, que exigem abordagens mais intensivas e prolongadas que os dependentes de outras substâncias (Duailibi *et al.*, 2008).

Referências

Alvarez Y, Farré M, Fonseca F, Torrens M. Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2010 Jan;38(1):66-73

Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD006306.

Barth KS, Malcolm RJ. Disulfiram: an old therapeutic with new applications. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2010 Mar;9(1):5-12.

Carroll KM, Rousaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH: Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine users, *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51: 177-87.

Castro AL & Baltieri DA. Tratamento farmacológico da dependência do álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(Supl 1):43-46.

Dackis CA. New treatments for cocaine abuse. Drug Disc Today Ther Strategies. 2005; 2: 79-86.

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 4:s545-57.

Gaval-Cruz M, Weinshenker D. Mechanisms of disulfiram-induced cocaine abstinence: antabuse and cocaine relapse. Mol Interv. 2009;9(4):175-87.

Gorelick DA, Gardner EL, Xi ZX. Agents in development for the management of cocaine abuse. Drugs. 2004;64(14):1547-73.

Heidbreder CA, Hagan JJ. Novel pharmacotherapeutic approaches for the treatment of drug addiction and craving. Curr Opin Pharmacol. 2005;5(1):107-18.

Johnson BA. Recent advances in the development of treatments for alcohol and cocaine dependence: focus on topiramate and other modulators of GABA or glutamate function. CNS Drugs. 2005;19(10):873-96.

Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. Drug Alcohol Depend. 2004;75:233-40.

Kampman KM. What's new in the treatment of cocaine addiction? *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Oct;12(5):441-7.

Karila L, Gorelick D, Weinstein A, Noble F, Benyamina A, Coscas S, Blecha L, Lowenstein W, Martinot JL, Reynaud M, L epine JP. New treatments for cocaine dependence: a focused review. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2008;11(3):425-38.

Jer nimo A, Meira C, Amaro A, Campello GC, Granja C. Choque cardiogênico por dissulfiram. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92(3): 43-5.

Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt DJ. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 18, 293-335, 2004.

Martell BA, Orson FM, Poling J, Mitchell E, Rossen RD, Gardner T, Kosten TR. Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66(10):1116-23.

Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima RA, Pani PP, Silva ML, Soares B, Vecchi S. Anticonvulsants for cocaine dependence [ahead of print]. *Cochrane Datab Syst Rev* 2010; 4: Art. No. CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment – a research-based guide. Second Edition. Baltimore: NIDA/NIH; 2009.

Orson FM, Kinsey BM, Singh RA, Wu Y, Gardner T, Kosten TR. Substance abuse vaccines. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1141:257-69.

Pani PP, Trogu E, Vacca R, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD007024.

Ross S, Peselow E. Pharmacotherapy of addictive disorders. *Clin Neuropharmacol.* 2009 Sep-Oct;32(5):277-89.

Silva de Lima M, Farrell M, Lima Reisser AA, Soares B. Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Feb 17;2:CD002950.

Soares B, Lima Reisser AA, Farrell M, Silva de Lima M. Dopamine agonists for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Feb 17;2:CD003352.

Van Den Brink W, Van Ree JM. Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003 Dec;13(6):476-87.

Skinner MD, Coudert M, Berlin I, Passeri E, Michel L, Aubin HJ. Effect of the threat of a disulfiram-ethanol reaction on cue reactivity in alcoholics [ahead of print]. *Drug Alcohol Depend* 2010 doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.06.011.

Vocci FJ, Acri J, Elkashef A. Medication development for addictive disorders: the state of the science. *Am J Psychiatry.* 2005 Aug;162(8):1432-40.

CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK

Reabilitação

Reabilitação psicossocial & gerenciamento de caso

Lígia Duailibi & Marcelo Ribeiro

Introdução

Reabilitação Psicossocial é um conjunto de medidas, intervenções e prescrições por meio das quais os indivíduos com transtornos mentais desenvolvem habilidades e estruturam os apoios de que necessitam para viver, aprender, aprimorar sua socialização e trabalhar no ambiente em que escolheram viver (Hughes & Weinstein, 1999) (Quadro 1). Ela favorece a abertura de espaços de negociação entre o paciente, sua família e a sociedade, auxiliando o paciente a estabelecer contatos sociais mais assertivos, que lhe permitirão uma integração social mais efetiva e ampliação de sua rede social (Saraceno, 2001).

Nesta perspectiva, reabilitar também consiste na reconstrução da identidade do indivíduo, devolvendo-lhe o respeito de seus pares e auxiliando-o na recuperação de sua singularidade, melhorando sua qualidade de vida (Compton, 2003). Em suma, um "processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia com a minimização das incapacidades de forma a promover uma vida funcional na comunidade" (Wu *et al.*, 2003).

A reabilitação psicossocial consiste em um processo complexo, uma vez que necessita da articulação de várias instâncias, políticas específicas voltadas para a área e, sobretudo, capacitação técnica dos profissionais (NHS, 2002). O desafio de formular uma política específica de prevenção, tratamento e reabilitação de dependentes de *crack*/cocaína numa lógica que permita a singularidade e a reinserção social dos indivíduos tem sido tema dos diversos estudos nessa área (Pinho *et al.*, 2008).

Quadro 1: Valores fundamentais da reabilitação psicossocial

Abordagem centrada no indivíduo, em sua dignidade, longe de qualquer rotulação ou estigma.

Foco no desempenho das atividades cotidianas.

Dar apoio sempre que requerido ou necessário.

Foco nas preferências do indivíduo ao longo do processo.

Foco no contexto específico onde a pessoa vive, aprende, se socializa e trabalha.

Incluir os pares do indivíduo em todos os aspectos da reabilitação.

Avaliar as estratégias de reabilitação escolhidas impactam positivamente na vida do indivíduo

Foco na melhora do sucesso e satisfação pessoal, mesmo na vigência das dificuldades pessoais.

Fonte: Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2002.

Reabilitação psicossocial e dependência química

A dependência química é uma relação alterada entre o indivíduo e o seu consumo de substâncias (Edwards & Gross, 1976). Essa relação é marcada pela busca de prazer imediato, de forma impulsiva, muitas vezes justificada pela vontade incontrolável de usar a mesma. Também faz parte desta relação, em níveis distintos de gravidade, a priorização do uso em detrimento de outras atividades cotidianas. Isso leva ao estreitamento do repertório destes usuários, empobrecendo habilidades adquiridas e impedindo o surgimento de novas (Gigliotti & Bessa, 2004).

Quando o usuário de substâncias psicoativas procura tratamento, por melhor que seja a percepção de seus problemas, muitos já possuem vários prejuízos em diversos campos da vida, tais como saúde física e mental, escola, trabalho, vida familiar, compromissos sociais e atividades sócio-culturais. A perda ou ausência de habilidades nestas áreas contribuem para a manutenção do seu estado, aumentam a dependência em relação ao suporte familiar e social e diminuem as chances de sucesso do tratamento (Buckman *et al.*, 2008). Desse modo, assim que o consumo é interrompido, se iniciam as atividades de reabilitação psicossocial, a por meio das quais o indivíduo construirá *um novo estilo de vida*, incompatível com o consumo de drogas e mais adequado aos objetivos e metas da abstinência.

A reabilitação psicossocial, desta forma, ocupa uma parte importante no processo terapêutico da dependência química, devendo ser o objetivo primordial desenvolver nesses pacientes habilidades que resultem em maior grau de autonomia em diversas áreas da vida cotidiana, tais como: atividades ocupacionais, lazer, saúde, nutrição, finanças, autocuidados, uso de transporte, atividades domésticas etcétera (Minkoff, 2001).

Estratégias da reabilitação psicossocial no tratamento da dependência química

As estratégias de reabilitação psicossocial são construídas a partir de um minucioso *processo de avaliação* – vide os capítulos da seção homônima – cujos objetivos essenciais estão dispostos no **Quadro 2**.

Quadro 2: Objetivos da avaliação inicial

- * Detectar e tratar qualquer emergência ou problema agudo
- * Confirmar se o paciente está usando drogas – anamnese, exames clínicos, testagem de drogas
- * Avaliação da gravidade da dependência
- * Identificação de problemas físicos e mentais
- * Identificação de problemas sociais – moradia, emprego, violência doméstica, vitimização
- * Avaliação dos fatores de proteção e risco
- * Determinação das expectativas do paciente com relação ao tratamento e prontidão para a mudança
- * Determinação da necessidade de medicamentos específicos para o tratamento da dependência
- * Informação sobre menores de idade sob a responsabilidade dos que buscaram auxílio profissional

Fonte: Department of Health (England) and the devolved administration.. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive; 2007.

O processo de avaliação fornece os subsídios para a elaboração do *plano de atendimento*. As informações provenientes de três campos da avaliação de reabilitação psicossocial auxiliam a construção desse plano (McGovern *et al.*, 2006): (1) as condições de vida e o grau de satisfação dos pacientes em relação a elas; (2) o bem-estar psicológico dos pacientes (afeto positivo e negativo, auto-estima, etc.) e (3) o repertório de habilidades e competências, capacidades e limites

funcionais, tais como as habilidades motoras/instrumentais, intelectuais, sociais e sensoriais dos pacientes na vida cotidiana.

Além da preocupação com a resolução dos problemas agudos – sintomas de intoxicação ou abstinência, urgências clínicas ou psiquiátricas, situação de rua etcétera – o plano de atendimento conterà a estrutura do tratamento, incluindo os serviços, atividades oferecidas e as metas, elaborados em ambiente multidisciplinar, com a participação ativa do paciente e seu grupo de convívio (NHS, 2006A). Diversas estratégias estão incluídas nesse plano, visando a atingir seus objetivos no tratamento da dependência química, podendo ser classificadas em estratégias individuais e ambientais. As individuais envolvem o tratamento farmacológico e psicológico, treinamento de habilidades sociais, reabilitação cognitiva e no emprego, aconselhamento voltado para a motivação e prevenção de recaída, acompanhamento terapêutico, redes de apoio social e lazer (WHO, 1996). As ambientais, al as políticas públicas de saúde e dependência química, bem como a correta política de alocação de recursos, melhoria dos ambientes residenciais e institucionais, serviços de boa qualidade (quality assurance), associados à formação de recursos humanos (equipe especializada e interdisciplinar) (WHO, 1996).

Gerenciamento de caso

A dependência química afeta inúmeras áreas do funcionamento do usuário em graus diferentes de intensidade. Tal multiplicidade e variabilidade tornam quase sempre necessária a constituição de um *pool* de serviços e profissionais, visando à construção e implementação de um plano de atendimento eficaz. Nesse contexto, o ***gerenciamento de caso*** é definido como um conjunto de intervenções que visa a facilitar desfechos do tratamento esperados (Figlie & Laranjeira, 2004). Isso acontece por meio do estabelecimento de um *continuum* de gravidade de problemas, ao longo do qual se posicionam e associam uma gama variada de equipamentos de saúde para oferecer atendimento de baixa a alta intensidade. O modelo se preocupa também em garantir uma transição de um nível de intensidade para o outro sem transições abruptas ou delongas. O

gerenciamento de caso popularizou-se sem um protocolo específico, uma vez que ele depende da diversidade de adaptações aos ambientes locais e socioculturais (Figlie & Laranjeira, 2004). Ainda assim algumas funções específicas do gerenciamento de caso na dependência química foram descritos (Quadro 3).

Quadro 3: Funções do gerenciamento de caso na dependência química.

1. Fornecer suporte individualizado aos clientes e seus familiares.
2. Auxiliar o paciente na solução de problemas.
3. Auxiliar no suporte da família e empregabilidade do cliente.
4. Facilitar o acesso ao tratamento.
5. Facilitar o acesso a interconsultas para tratamentos específicos em caso de necessidade.
6. Manter-se alerta às mudanças nas necessidades e problemas do paciente durante o curso do tratamento;
7. Garantir ao paciente que ele poderá ser contatado e encorajado a retornar ao tratamento em caso de abandono;
8. Reforçar e dar continuidade ao processo de tratamento, em modo menos intensivo, dando seguimento ao tratamento no sentido de fornecer suporte na reabilitação do paciente na comunidade, identificando precocemente futuras dificuldades.

Fonte: Marshman J. The treatment of alcoholics: An Ontario perspective. Report of the task force on treatment services for alcoholics. Toronto: Addiction Research Foundation; 1998.

O gerenciamento de caso é indicado para dependentes químicos cuja reabilitação se encontra com frequentemente ameaçada pela vigência de prejuízos sociais e individuais (NHS, 2006B) . Nesses casos é benéfica a criação de plano de atendimento que garanta acesso de diferentes serviços, suprima ao máximo carências individuais, familiares ou assistenciais e permaneça como a referência do indivíduo para qualquer intercorrência clínica ou necessidade de atualização do plano de atendimento (Figlie & Laranjeira, 2004).

Três características do gerenciamento de caso estão especialmente relacionadas aos propósitos da reabilitação psicoassocial: (1) o pragmatismo e ajuda ativa na resolução dos problemas cotidianos e aquisição de novas habilidades sociais; (2) postura antecipatória, a partir do conhecimento do curso natural da dependência e da recuperação, procurando se adiantar aos riscos e armadilhas;

(3) e flexibilidade no atendimento das necessidades e nas mudanças necessárias ao longo do tratamento (SAMHSA, 1998).

No planejamento do gerenciamento de caso é importante levar em conta a duração, intensidade, avaliação e tipo de serviço, tendo em mente o (1) público-alvo – idade, sexo, raça, severidade e cronicidade dos problemas; (2) os objetivos do programa são importantes para evitar desentendimentos na implementação; (3) o ambiente ou setting, – quanto maiores forem as conexões do profissional com outros serviços, sejam estas formais ou informais, maior será a qualidade do tratamento; (4) equipe especializada em dependência química e multidisciplinar; (5) um gerente de caso – profissional de referência – com formação acadêmica, identidade profissional, compromisso com a filosofia do local de tratamento, conhecimento e experiência sobre dependência química, prontidão para pesquisar as diferentes áreas de vida do cliente, conhecimento das características da população, bem como do sistema de serviço (Figlie & Laranjeira, 2004).

O papel do profissional de referência

No processo terapêutico da clínica da dependência, para gerenciar o caso e esta equipe especializada e multiprofissional, surge a figura do profissional de referência (*keyworker*) de cada paciente. Algumas das funções relevantes do profissional de referência neste contexto estão dispostas no **Quadro 4**.

Quadro 4: Funções do profissional de referência (*keyworker*)

1. Identificar as necessidades específicas, determinando os pontos fortes e fracos, bem como as necessidades do cliente;
2. Planejar, desenvolvendo uma proposta específica para cada cliente;
3. Fazer intervenções de prevenção da recaída
4. Estabelecer uma conexão com outros serviços, seja na rede formal ou informal de saúde.
5. Auxiliar o encaminhamento das necessidades sociais do indivíduo
6. Monitorar e avaliar o caso, visualizando os progressos obtidos.
7. Monitorar a situação da família de pais / mães-dependentes químicos
8. Facilitar o amparo legal em caso de necessidade.

Fonte: Sullivan, 1981; Intagliata 1982; Johnson & Rubin, 1983; Sullivan *et al.*, 1992.

Os usuários de *crack*, devido ao nível de gravidade da dependência e de comprometimento individual e social comumente observados, com muita frequência necessitam de abordagens intensivas, ainda que em ambiente ambulatorial. Para esses, a presença intensiva do profissional de referência, principalmente nos estágios iniciais tem demonstrado ser útil para o manejo das situações de risco e para o reforço do propósito da abstinência (NHS, 2008). Tal manejo inclui não apenas o paciente, mas também seus familiares.

Desse modo, o objetivo-maior do profissional de referência é garantir a obtenção máxima de benefícios para o seu paciente, auxiliando-o no acesso a serviços de qualidade e a melhores prognósticos. Esse profissional tem papel primordial na elaboração e coordenação do plano de atendimento, podendo fazê-lo somente com o paciente ou em ambiente multidisciplinar (NHS, 2007).

A reabilitação psicossocial como “clínica ampliada” e o acompanhante terapêutico

O conceito de clínica ampliada faz referência a excelentes projetos de reabilitação psicossocial que vem sendo desenvolvidos, tendo como “setting” não apenas os equipamentos de saúde tradicionais, mas igualmente a rua, a cidade, o habitat do usuário. Isso vem corroborar que esta é uma prática de articulação, de preservação ou recuperação da história das pessoas, realizadas com o “auxílio” da figura do acompanhante terapêutico. Mostra, também, que, enquanto

muitos profissionais “esperam” eternamente as condições ideais que às vezes não chegam nunca, outros, criativos e envolvidos, fazem de cada lugar, de cada momento, a oportunidade para pôr em prática técnicas de reabilitação dentro do “setting” real da vida das pessoas. “Consideramos este como o melhor laboratório para o desenvolvimento de práticas reais e contextualizadas, onde o interesse pela vida e reabilitação das pessoas transcende as limitações de estrutura física” (Saraceno, 2001). Este autor faz referência às intervenções extramuros que têm seu foco centrado na farmacologia e na psicoterapia.

A prática do AT promove ações capazes de ampliar e criar repertórios, sejam estes internos ou externos. Sua função pode ser adequada para o manejo de situações agudas (sintomas de abstinência), para auxiliar in loco a resolução de conflitos familiares, dificuldades sociais e favorecer o processo de retomada e/ou aquisição de espaços de convívio social. Além disso, o acompanhante passa a ser um interlocutor entre a equipe terapêutica e o ambiente de convívio do dependente (Mauer & Resnizky, 1987).

Considerando a produção de um novo projeto de atendimento, voltado para os princípios da reabilitação psicossocial, o dispositivo clínico do AT tem a marca da interdisciplinaridade, podendo se associar como uma estratégia a mais em serviços tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Ambulatórios de Saúde Mental, e, mesmo, os serviços de internação caracterizados pela prática multiprofissional e articulados às disciplinas de Terapia Ocupacional, Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social, voltados ao atendimento e solução dos problemas pessoais, grupais e sociais, determinantes e determinados por alterações do comportamento e da afetividade. Requisitos para tornar-se um AT (Mauer & Resnizky, 1987): alto grau de comprometimento, interesse por trabalhar em equipe, capacidade de estabelecer empatia e vínculo com o paciente, flexibilidade em estabelecer limites fortes, ausência de preconceitos e estereótipos e formação específica .

Discussão

O tratamento a ser proposto ao dependente de *crack* exige a criação de arranjos que facilitem a aproximação entre profissionais, pacientes e seu ambiente de

vida, possibilitando a construção e o acompanhamento de projetos terapêuticos contextualizados às necessidades peculiares a cada paciente, seja na sua relação interna, com o seu sofrimento, com o tratamento e com o meio social que habita. Um dos arranjos destinados a tal finalidade é o trabalho do gerente de caso (*keyworker*), organizado através de profissionais ou equipes de referência, cujas fronteiras de atuação encontram-se flexibilizadas com o intuito de ampliar sua capacidade de compreensão e intervenção sobre as necessidades do globais paciente (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Seu funcionamento baseia-se na formação de vínculo entre pacientes e profissionais e na organização e coordenação do tratamento, de tal modo que, mediante a elaboração compartilhada do projeto terapêutico, um profissional tome para si os encargos do acompanhamento do paciente em seus diferentes aspectos, tais como: questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras.

Reabilitar pode ser entendido, como um processo de restabelecimento “contratual” do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (Kinoshita, 2001). A contratualidade, neste caso, estará determinada primeiramente pela relação estabelecida com os próprios profissionais que o atendem. Depois pela capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do sujeito possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se. A autonomia passa a ser entendida como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações enfrentadas no cotidiano. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. O tratamento e a reabilitação são perspectivas indissociáveis e deveriam ocorrer com a mesma equipe, na mesma instituição (Goldberg, 2001). Para um paciente com intensa dificuldade decorrente de sua dependência, é bastante delicado e difícil estabelecer laços com pessoas diferentes e lugares desconhecidos, sendo muitas vezes essa a forma como se apresentam os locais e profissionais (Goldberg, 2001).

A reabilitação psicossocial tornou-se um paradigma de sucesso terapêutico dentro das políticas de saúde mental contemporâneas. Talvez seja a única

atividade terapêutica que aconteça em locais escolhidos pelo paciente a partir de seus próprios referenciais. Tal movimento pelos espaços coletivos, objetiva despertar no paciente, experiências seguras capazes de ampliar, criar e restaurar o manejo de seus arredores sociais. A importância de se estabelecer parcerias e possuir referenciais que facilitem o processo de reinserção social de seus pacientes é fundamental para o sucesso no tratamento na clínica da dependência química.

A reabilitação psicossocial do dependente químico, contribui para os seguintes aspectos: resgate de sua auto-estima; retomada da realização de atividades que fazia anteriormente ao início dos sintomas de seu transtorno mental; e ou inauguração de outros repertórios sociais saudáveis; motivação para novamente buscar o lazer e conviver de forma mais saudável no seu meio familiar e social; criação de momentos de confronto de seu estado mental com a realidade, possibilitando modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida.

Referências

Amarante PDC. - A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC (org). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2004.

Compton, W.I.; Cottler, L.B.; Jacobs, J.L.; Bem-Abdallah, A.; Spitznagel, E.L. - The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry* 160: 890-895, 2003.

Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. *Rev Psiquiatr Clín* 2008; 35(1): 82-88.

Saraceno, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

Anthony WA, Cohen MR, Danley KS. The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation In: Ciardello JA, Bell MD. Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders. 2nd London (GB): The Johns Hopkins Press; 1991.

Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. Psychiatric Rehabilitation (2nd ed.). Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2002.

Bachrach L. High quality services for mentally ill individuals : social and political implications. In: III Congress of The World Association for Psychosocial Rehabilitation; 1991; Montreal. Montreal (Ca): WAPR; 1991. Compton, W.I.; Cottler, L.B.; Jacobs, J.L.; Bem-Abdallah, A.; Spitznagel, E.L. - The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. Am J Psychiatry 160: 890-895, 2003.

Buckman JF, Bates ME, Morgenstern J, Cohen LJ. Work and mental health. Social psych psych epidem 1990; 25: 108-13. Social support and cognitive impairment in clients receiving treatment for alcohol- and drug-use disorders: a replication study. J Stud Alcohol Drugs. 2008 Sep;69(5):738-46.

DH – Department of Health (England) and the devolved administration.. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive; 2007.

Edwards G, Gross M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal 1976;1:1058-61.

Figlie Neliana Buzi, Laranjeira Ronaldo. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(suppl.1): 63-7.

Flexer RW, Solomon PL. Psychiatric rehabilitation in practice. USA: Andover Medical Publishers; 1993.

Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatr 2004; 26(supl.1): 11-3.

Goldberg J. Reabilitação como processo: O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo:Hucitec; 2001.

Hughes, R. & Weinstein, D. (1999). Best Practices in Psychosocial Rehabilitation. Columbia, MD: IAPSRs.

Intagliata J. Improving the Quality of Community Care for the chronically Mentally Disabled: The role of Case Management. Schizophrenia Bulletin, 1982;8:655-74.

Johnson PJ, Rubin A. Case management in mental health: A social work domain? Soc Work 1983;28:49-6.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo:Hucitec; 2001.

Marshman J. The treatment of alcoholics: An Ontario perspective. Report of the task force on treatment services for alcoholics. Toronto: Addiction Research Foundation; 1998.

Mauer, S. K. & Resnizky, S. (1987). Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório de uma estratégia clínica. (W. P. Rosa, Trad.). Campinas: Papyrus.

McGovern, M.P.; Xie, H.; Segal, S.R.; Siembab, L.; Drake, R.E. - Addiciton treatment services and co-occurring disorders: prevalence estimates, treatment practices, and barriers. J Subst Abuse Treat 31: 267-275, 2006.

Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad. Saúde Pub 2010 26(6): 1153-1162.

Minkoff K. - Best practices: developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. Psychiatr Serv 52: 597-599, 2001.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of adult drug misusers – update 2006 London: DH; 2006. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Summary of the NECTOS study of specialist *crack* services. London: DH; 2006. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NHS – National Treatment Agency for Substance Drug misuse – psychosocial interventions. London: DH; 2007. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. Rev Psiquiatr Clín 2008; 35(1): 82-88.

Pitiá ACA, Furegato ARF. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. Interface (Botucatu) 2009; 13(30): 67-77.

Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(suppl.1): 59-62.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27. Baltimore: NIH; 1998. Disponível em URL: <http://store.samhsa.gov/home> .

Saraceno, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

Silva Filho JF. South America. In: Farkas M. International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation; 1999; Boston. Boston (MA): Boston University; 1999.

Sullivan JP. Case management. In: JA Talbott, editor. The chronically mentally ill. New York: Human Sciences Press; 1981. p.119-31.

Sullivan WP, Wolf JL, Hartmann DJ. Case management in alcohol and drug treatment: Improving client outcomes. Families in society. The J Contemp Serv 1992;73:195-201.

WHO – World Health Organization. Rehabilitation psychosocial – a consensus statement. Geneva: WHO; 1996. Disponível em URL: <http://www.who.int> .

Wu, L.T.; Ringwalt, C.L.; Williams, C.E. - Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance use problems. Psychiatr Serv 2003; 54: 563-69.

Reabilitação Neuropsicológica

Cláudia Regina Serapicos Salgado & Marcelo Ribeiro

Introdução

A reabilitação cognitiva tem por objetivo corrigir, organizar e estimular as funções cognitivas que apresentam-se prejudicadas, visando ao desenvolvimento de um pensamento mais organizado, crítico e autônomo. Dessa maneira, é capaz de contribuir para o bom prognóstico de adolescentes e adultos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (Allen *et al.*, 1997).

Segundo Fals-Stewart & Lam (2010), pacientes inseridos em programas de reabilitação cognitiva apresentam maior comprometimento com o tratamento e maior porcentagem de dias em abstinência pós-tratamento. Por considerar que a presença dos déficits cognitivos entre pacientes com abuso de substâncias têm implicações relevantes, os autores apontam a necessidade de envolver esses pacientes em diferentes propostas terapêuticas que incluam o contato, a codificação e a incorporação de novas informações que os auxiliarão, ao longo do tratamento, iniciar e executar planos de reorganização de seu comportamento. Dessa forma, melhoras nos processos cognitivos implicam, diretamente, em melhoras na mudança de comportamento.

A neuropsicologia avalia quantitativamente, por meio dos testes neuropsicológicos, e qualitativamente, por meio de observações e anamnese, a relação entre o funcionamento cerebral e o comportamento do paciente, envolvendo seus aspectos cognitivos, sensoriais, motores, emocionais e sociais (Howieson e Lezak, 1992). Atenção, Raciocínio, Habilidades Acadêmicas, Percepção Visual e Visuoconstrução, Produtividade, Memória, Linguagem, Comportamento e Aspectos Emocionais são algumas das capacidades avaliadas através de entrevistas, observação e baterias de testes padronizados.

Os resultados de uma avaliação neuropsicológica não apenas indicam os prejuízos, mas também revelam as funções que se mantêm preservadas (Banks, 2002). Esse segundo aspecto é de grande relevância, pois, certamente, são as funções preservadas que servirão de suporte para reabilitação das funções prejudicadas que, à medida que são estimuladas, intervêm positivamente na adesão ao tratamento da dependência química.

Dependência química e a reabilitação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica traz importantes contribuições para a investigação das alterações das capacidades cerebrais ocasionadas pelo uso de drogas e/ou por outros transtornos, possivelmente, associados (Horton-Jr, & Horton-III, 2008). No *setting* de tratamento da Dependência Química, a reabilitação neuropsicológica é, atualmente, um serviço de apoio destinado àqueles que já realizaram uma avaliação psiquiátrica ou neuropsicológica e, por conta do uso e abuso de substâncias psicoativas, tiveram algumas de suas funções cognitivas prejudicadas (Horton-Jr, & Horton-III, 2008). Dentre essas funções, podemos destacar a memória, atenção, percepção, linguagem (função executiva), que abrangem, basicamente, a capacidade de planejamento, organização, automonitoramento e execução de tarefas (Paraherakis *et al.*, 2001).

O uso crônico de substâncias psicoativas, sobretudo quando associado a outros transtornos psiquiátricos, evidenciam os déficits cognitivos (Wobrock *et al.*, 2007). Além disso, tais déficits podem ser mais duradouros naqueles pacientes que iniciaram o uso precocemente, ou seja, durante o período em que o cérebro ainda encontrava-se em desenvolvimento (Jager & Ramsey, 2008).

Função executiva

Diante de um quadro de dependência química, a função executiva ou o conjunto das funções superiores, merece destaque. A definição de função executiva inclui a capacidade de iniciar ações, planejar e prever meios de resolver problemas, antecipar conseqüências e mudar as estratégias de modo flexível, monitorando o comportamento passo a passo e comparando os resultados parciais com o plano original (Cunha & Novaes, 2004).

Na vigência de déficits ou alterações nessa função, os prejuízos são facilmente notados por um comportamento impulsivo, assistemático, não planejado. Não há

flexibilidade no pensamento. A percepção da realidade é, praticamente, episódica. Não há percepção global. É possível também notar restrições no pensamento hipotético-inferencial, dificuldade em distinguir fatos relevantes e irrelevantes, carências de instrumentos verbais para comunicar respostas adequadas, apatia e esquecimento. Dessa forma, deparamo-nos com um quadro comportamental bastante desorganizado (Cunha & Novaes, 2004; Horton-Jr, & Horton-III, 2008).

A função executiva exerce um papel central no processo de dependência, tanto no controle do impulso em usar a droga como na dificuldade em interromper o uso. Engloba ações complexas que dependem da integridade de vários processos cognitivos, emocionais, motivacionais e volitivos, os quais estão intimamente associados ao funcionamento dos lobos frontais (Almeida *et al.*, 2010). Dessa forma, a reabilitação neuropsicológica, buscando melhoras na qualidade de vida dos pacientes, tem um campo de abrangência bastante amplo, pois, muitas vezes, além da reabilitação dos aspectos cognitivos, trata das questões emocionais e alterações de comportamento, integrando psicoterapia e orientação aos familiares (Cunha & Novaes, 2004; Horton-Jr, & Horton-III, 2008).

O objetivo desse capítulo é evidenciar o trabalho de reabilitação cognitiva que, não necessariamente encontra-se associado, à figura profissional neuropsicólogo pois, em muitas circunstâncias, esse trabalho tem sido desenvolvido junto a profissionais da área de educação, pedagogos e psicopedagogos, em parceria com psicólogos e neuropsicólogos.

Plasticidade cerebral e reabilitação neuropsicológica

A busca do prazer é uma das atividades inerentes ao ser humano. O reconhecimento dos comportamentos que nos proporcionam prazer ocorre em nosso cérebro, numa região denominada Sistema de Recompensa Cerebral (WHO, 2004). Esses prazeres podem ser obtidos através de recompensas naturais, como por exemplo, a relação sexual ou o ato de comer; ambos, comportamentos diretamente relacionados à sobrevivência da espécie humana. No entanto, recompensas artificiais também são reconhecidas como geradoras de prazer pelo Sistema de Recompensa. É o caso das substâncias psicoativas como maconha, cocaína, álcool, LSD entre outras (Esch & Stephano, 2004).

Todas as sensações de prazer estão relacionadas à liberação principalmente de dopamina no sistema de recompensa cerebral, cujo circuito começa na área tegumentar ventral, situada na região cinzenta do tronco cerebral. A partir daí os impulsos atingem o núcleo accumbens e seguem para o córtex pré-frontal. Todas as drogas de abuso, direta ou indiretamente, atuam nesse circuito de recompensa estimulando os neurônios e aumentando a produção, liberação ou inibição da recaptção da dopamina, o que aumenta a quantidade de dopamina na fenda sináptica (WHO, 2004).

A exposição do cérebro a agentes químicos neurotóxicos, como as drogas ilícitas, têm influência no funcionamento cognitivo (Hyman, 2005). Existem efeitos cognitivos que podem ser considerados agudos, ou seja, presentes em curto espaço de tempo, enquanto as substâncias psicoativas estão circulantes no sistema nervoso central; e os efeitos cognitivos crônicos, que podem persistir por semanas, meses ou anos depois da última exposição à droga, podendo ou não ser reversíveis (Novaes, 2007). A reversibilidade dos prejuízos cognitivos é a intenção primeira da reabilitação neuropsicológica. O quanto é possível reverter é incerto. Porém, a estimulação cognitiva, por influência da plasticidade cerebral, contribui significativamente para a minimização dos déficits relacionados à atenção, abstração, fluência verbal, memória entre outros (Berchtold *et al.*, 2010).

Neuroplasticidade e reabilitação cognitiva

Plasticidade refere-se à habilidade de mudanças que o sistema nervoso apresenta ao longo do nosso desenvolvimento. Graças à essa habilidade para mudanças, é possível aprender coisas novas durante a vida. A plasticidade decorre de processos de maturação neuronal controlados, ou seja, de mudanças neurobiológicas características desde as primeiras sinapses, ainda no período pré-natal, prolongando-se, ordenadamente, até a complexidade de um cérebro adulto (Gage, 2004).

No caso da reabilitação neuropsicológica / cognitiva, a plasticidade pode ser manifestada a partir da alteração dos hábitos cognitivos. Atendendo às diferentes demandas, para cada paciente propõe-se um programa de reabilitação composto de exercícios e técnicas que buscam estimular, sobretudo, as funções do córtex pré-frontal – planejamento, julgamento, abstração, resolução de problema, emoção (Tallal, 2004).

O treinamento pode induzir mudanças na organização cortical que refletem a habilidade plástica do sistema nervoso em adquirir e reter novas informações. A região do córtex pré-frontal participa de aspectos superiores do controle motor, do planejamento e da execução do comportamento, tarefas que requerem a integração da informação com o passar do tempo (Gazzaniga, 2006). A região do córtex pré-frontal participa também dos

processos de tomada de decisões e planejamento de estratégias, afinal, é responsável por ordenar sequência de ações, elaborar julgamentos, capacidade de abstração, vontade, fluência do pensamento, respostas afetivas e determinação para realizar uma ação (Kalivas & Volkow, 2005).

A recuperação de funções cognitivas depende tanto da plasticidade neural - habilidade do cérebro de recuperar uma função através de proliferação neural, migração e interações sinápticas - quanto de plasticidade funcional - grau de recuperação possível de uma função através de estratégias de comportamento alteradas (McCoy *et al.*, 1997). Esses reajustes nada mais são do que modificações provocadas pela experiência. Isso é possível porque grupos de neurônios, em diferentes regiões, possuem diferentes funções. Essas áreas se interconectam para que tenhamos as complexas respostas comportamentais, como por exemplo, o controle motor e os processos cognitivos, que por sua vez, incluem memória, atenção, planejamento, linguagem etcétera (Petrosini *et al.*, 2009). Quando algumas dessas áreas apresentam-se prejudicadas e há um trabalho de estimulação, neurônios próximos assumem algumas funções dos neurônios que perderam parte de suas propriedades, seja por decorrência de lesões, pelo envelhecimento ou pelo uso crônico de drogas (Leal-Galicia, 2008).

Técnicas de reabilitação neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica utiliza três grandes abordagens, visando à melhora do padrão de funcionamento cognitivo dos pacientes: ***modificação do ambiente, estratégias compensatórias e abordagens restauradoras*** (Witsken *et al.*, 2008). O primeiro, busca diminuir o impacto ambiental sobre a piora cognitiva, como a adequação de atividades acadêmicas ou que envolvam as funções cognitivas superiores (função executiva) nas primeiras semanas de abstinência. As estratégias compensatórias procuram minimizar a importância de algumas funções prejudicadas enfatizando aquelas que se encontram íntegras – o uso de agendas para organizar o cotidiano de pacientes com déficits de memória e atenção. Por fim, as técnicas restauradoras, que procuram aprimorar e dar ênfase ao desempenho de funções e habilidades previamente aprendidas serão discutidas na seção seguinte.

Psicopedagogia e reabilitação cognitiva

Psicopedagogia é uma ciência de caráter interdisciplinar que tem como objeto de estudo a aprendizagem humana: como se aprende, suas variações, os fatores implicados, como ocorrem as alterações na aprendizagem, como reconhecê-las, como tratá-las e preveni-las (Bossa, 2000). Apoiada no conceito da transdisciplinaridade, faz uso da integração e síntese de vários campos do conhecimento. A intervenção psicopedagógica estabelece conexões entre saúde e educação, colaborando na identificação das melhores condições de aprendizagem que o paciente, inserido no tratamento da dependência química, poderá dispor para beneficiar-se do programa de reabilitação das funções cognitivas alteradas (Fernandez, 1991).

Levando em consideração a matriz de aprendizagem que integra corpo, organismo, inteligência e desejo, a psicopedagogia, propõe estratégias de estimulação, visando à reabilitação cognitiva. Para isso, faz uso de recursos bastante diversificados: exercícios de raciocínio lógico-matemático, enigmas, jogos que representam situações-problema, atividades de compreensão leitora, produção textual e ampliação do vocabulário, listagens, atualidades, atividades mnemônicas, desenhos, pinturas, organização de agenda, levantamento de interesses, role-play, auto-avaliações e sessões psicoeducativas para a abordagem de conceitos relacionados à clínica da dependência química e à reabilitação neuropsicológica e psicossocial, conforme o programa avança (Quadro 1).

Quadro 1: O campo da reabilitação neuropsicológica

Reinserção Acadêmica: orientação, preparação e acompanhamento do processo de reinserção à escola/faculdade. Por conta do estreitamento de repertório e saliência, critérios indicativos da dependência química, grande parte dos pacientes encontram-se afastados ou em situações bastante delicadas no que diz respeito às questões do ensino regular. Diferentes procedimentos precisam ser empregados para que seja viabilizado ao paciente a possibilidade de retorno ao meio acadêmico: educação à distância, aulas particulares, orientação de estudos, orientação para vestibular, encaminhamento para orientação vocacional, pesquisa e encaminhamento para cursos técnicos, cursos de extensão e especialização.

Organização das atividades profissionais: engajamento à rotina, planejamento da agenda e orientações para atualização profissional.

Planejamento financeiro: noções básicas de economia e finanças para implementação gradativa do auto-gerenciamiento.

Documentos pessoais: regularização, procedimentos para arquivamento, obrigações civis.

Gerenciamento da residência: limpeza, abastecimento, organização.

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Discussão

A maioria dos usuários de estimulantes que se recuperam possuem funcionamento cognitivo preservado desde o início do tratamento (Reske & Paulus, 2008). Aqueles que apresentam déficits relacionados ao uso crônico de cocaína, têm mais dificuldade em aderir aos programas de tratamento e se beneficiar deles, pois são em grande parte baseados em modelos de cognitivos de aprendizado de novas habilidades e evocação assertiva das mesmas (Aharonovich *et al.*, 2003; Turner *et al.*, 2009). Nessas condições, os índices de insucesso do tratamento dos pacientes são extremamente elevados (Bates *et al.*, 2006; Reske & Paulus, 2008). A abstinência geralmente melhora o funcionamento cognitivo dos usuários (Buckman *et al.*, 2008), mas a extensão da mesma não pode ser determinada previamente por meio da aplicação de escalas ou da realização de exames clínicos e de imagem (Beske & Paulus, 2008).

A reabilitação neuropsicológica tem sido utilizada com melhora do prognóstico, do funcionamento social e da qualidade de vida de pacientes com seqüelas de traumatismo craniano (Cernich *et al.*, 2010), com piora cognitiva secundária à esclerose múltipla (Mattioli *et al.*, 2010) e com diagnóstico de esquizofrênia (Wobrock *et al.*, 2007; Kurzban *et al.*, 2010), bem como entre estudantes com déficits de aprendizagem (Feuerstein *et al.*, 1985). Não há evidências de eficácia do método sobre dos sintomas iniciais de perda de memória e atenção na doença de Alzheimer (Clare & Woods, 2004; Brennan *et al.*, 2009).

Idealmente, a reabilitação das funções cognitivas possibilita a ampliação das estratégias de reconstrução da autonomia, dos processos decisórios e melhora o sentimento de competência, interferindo positivamente no controle da impulsividade, na compreensão dos conceitos abstratos, planejamento da rotina, habilidades de comunicação, entre outros. (Petrosini *et al.*, 2009; Berchtold *et al.*, 2010). Tais desenvolvimentos provavelmente favoreceriam à manutenção da abstinência e o bom prognóstico no tratamento da dependência química, mas ainda não há evidências sobre o quanto é possível reverter esse padrão cerebral entre os usuários de substâncias psicoativas (Beske & Paulus, 2008).

Nesse campo, os achados ainda são conflitantes, pois os estudos existentes, além de recentes e pouco numerosos, ainda não investigaram o campo específico da dependência química. Além disso, ainda não foi possível estabelecer a dose e a frequência necessária do tratamento eficaz, bem como se os ganhos atingidos possuem durabilidade (Buckman *et al.*, 2008). Há evidências esparsas e pouco promissoras de que a estimulação cognitiva quando aplicada em conjunto com o treinamento de habilidades sociais (THS) melhora mui discretamente o desempenho cognitivo de esquizofrênicos (Galderisi *et al.*, 2010) e pacientes com danos cerebrais (Rasquin *et al.*, 2010). A reabilitação neuropsicológica não se mostrou mais eficaz do que a abstinência em ambiente controlado para a melhora de déficits cognitivos reversíveis, como os da síndrome de abstinência do álcool (Peterson *et al.*, 2002). Desse modo, há necessidade de mais estudos sobre o tema, a fim de se elucidar os padrões de melhora cognitiva possíveis com a reabilitação e o quanto a extensão dos déficits primários ou secundários ao uso de substâncias psicoativas compromete o sucesso desses programas.

Entre os *usuários de substâncias psicoativas cognitivamente prejudicados*, a influência do suporte social é preponderante: quando determinado grupo de convívio do paciente apóia a abstinência e participa de sua implementação, os índices de uso de substâncias são extremamente baixos. Contrariamente, quando o apoio social é incentivador – por exemplo, a família têm um padrão de consumo de álcool, incentiva a bebida e ao menos um dos membros usa drogas – os índices de consumo e insucesso de tratamento atingem quase a totalidade dos usuários (Buckman *et al.*, 2008). Desse modo, o estabelecimento de controles comportamentais a partir da construção de um suporte social adequado, continente e presente é no mínimo tão importante quanto as estratégias de reabilitação cognitiva e deve ser organizado antes de qualquer esforço de reabilitação neuropsicológica.

Referências Bibliográficas:

Aharonovich E, Nunes E, Hasin D. Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug Alcohol Depend.* 71: 207-211, 2003.

Allen DN, Goldstein G, Seaton BE. Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsychol Rev.* 1997 Mar;7(1):21-39.

Almeida P. Revisão: Funcionamento executivo e uso de maconha. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* [online]. 2008, vol.30, n.1, pp. 69-76.

Banks ME. The role of neuropsychological testing and evaluation: when to refer. *Adolesc Med.* 2002 Oct;13(3):643-62.

Bates ME, Pawlak AP, Tonigan JS, Buckman JF. Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change. *Psychol Addict Behav.* 2006 Sep;20(3):241-53.

Berchtold NC, Castello N, Cotman CW. Exercise and time-dependent benefits to learning and memory. *Neuroscience.* 2010 May 19;167(3):588-97.

Brennan L, Giovannetti T, Libon DJ, Bettcher BM, Duey K. The impact of goal cues on everyday action performance in dementia. *Neuropsychol Rehab* 2009; 19(4): 562-82.

BOSSA N. A. *A psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p.21.

Cernich AN, Kurtz SM, Mordecai KL, Ryan PB. Cognitive rehabilitation in traumatic brain injury. *Curr Treat Options Neurol*. 2010 Sep;12(5):412-23.

Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychol Rehab* 2004; 14(4):385-401.

CUNHA, P.J.; NOVAES, M. A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 23-27.

Esch T & Stefano GB. The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. *Neuroendocrinology Letters* 2004; 25(4):235-51.

FALS-STEWART W.; LAM, W.K. Computer-assisted cognitive rehabilitation for the treatment of patients with substance use disorders: a randomized clinical trial. *Experimental Clinical Psychopharmacology*. 2010, Feb;18(1):87-98.

Fernandez A. *A inteligência aprisionada*. Porto Alegre: ArtMed, 1991; p. 47-77.

Feuerstein R, Hoffman MB, Jensen MR, Rand Yaacov. Instrumental enrichment intervention program structural cognitive modifiability: theory and practice. In: Segal JW, Chipman SF, Glaser R. *Thinking and learning skills*. Volume 1 – relating instruction to research. Hillsdale: LEA; 1985

Gage FH. Structural plasticity of the adult brain. *Dialog Clin Neurosci* 2004; 6(2): 135-142.

Galderisi S, Piegari G, Mucci A, Acerra A, Luciano L, Rabasca AF, Santucci F, Valente A, Volpe M, Mastantuono P, Maj M. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Jun;260(4):305-15.

GAZZANIGA, M. S.; IVRY, R.; MANGUN, G. *Neurociência Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Higbee, PS, BantaM EO. Confronting Intergenerational Substance Abuse Patterns in a Rural School Setting. In: SAMHSA. *Bringing Excellence To Substance Abuse Services in Rural And Frontier America*. Technical Assistance Publication (TAP) Series 20. Baltimore: SAMHSA; 1981.

HOWIESON, D.B.; LEZAK, M.D. The neuropsychological evaluation. In: [ALMEIDA, Priscila Previato](#); *et al.*. *Revisão: Funcionamento executivo e uso de maconha. Revista Brasileira de Psiquiatria*. [online]. 2008, vol.30, n.1, pp. 69-76.

Horton-Jr, AM & Horton-III AM. Brief and Comprehensive Neuropsychological Assessment of Alcohol and Drug Abuse. In: D'Amato RC, HartlageLC. (Editors) *Essentials of Neuropsychological Assessment Treatment Planning for Rehabilitation*. New York: Springer Publishing Company; 2008. pp. 293-314.

Hyman SE. Addiction: a disease of learning and memory. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug;162(8):1414-22.

Jager G, Ramsey NF. Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev*. 2008 Jun;1(2):114-23.

Kalivas PW & Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1403-13.

Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Aug;12(4):345-55.

Leal-Galicia P, Castañeda-Bueno M, Quiroz-Baez R, Arias C. Long-term exposure to environmental enrichment since youth prevents recognition memory decline and increases synaptic plasticity markers in aging. *Neurobiol Learn Mem.* 2008 Oct;90(3):511-8. Epub 2008 Aug 19.

Mattioli F, Stampatori C, Bellomi F, Capra R, Rocca M, Filippi M. Neuropsychological rehabilitation in adult multiple sclerosis [ahead of print]. *Neurol Sci.* 2010 Jul 17 DOI: 10.1007/s10072-010-0373-7.

MCCOY, K.D.; GELDER, B.C.; VanHORN, R.E.; DEAN, R.S. (1997). Approaches to the Cognitive Rehabilitation of Children with Neuropsychological Impairment. In SANTOS, Flávia Heloísa dos. Reabilitação neuropsicológica pediátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, set. 2005, vol.25, no.3, p.450-461. ISSN 1414-9893.

Meier M, Garcia S. Mediação da aprendizagem. Contribuições de Feuerstein e Vygotsky. Curitiba, 2007. p. 162-168.

Messerer J, tHun E, Meyers G, Lerner J. Feuerstein's Instrumental Enrichment: A New Approach For Activating Intellectual Potential In Learning Disabled Youth *J Learn Disabil* 1984; 17: 322-25.

Novaes MAFP Efeitos do uso da maconha na cognição e contribuições da Neuropsicologia. In: CORDERO, D.C.; BUZI, Neliana; LARANJEIRA, Ronaldo. Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência Química. São Paulo: Roca, 2007 p 140 - 156.

Paraherakis A, Charney DA, Gill K. Neuropsychological functioning in substance-dependent patients. *Subst Use Misuse.* 2001 Feb;36(3):257-71.

Peterson MA, Patterson B, Pillman BM, Battista MA. Cognitive recovery following alcohol detoxification: A computerised remediation study. *Neuropsychol Rehab* 2002; 12(1): 63-74.

Petrosini L, De Bartolo P, Foti F, Gelfo F, Cutuli D, Leggio MG, Mandolesi L. On whether the environmental enrichment may provide cognitive and brain reserves. *Brain Res Rev*. 2009 Oct;61(2):221-39.

Rasquin SM, Bouwens SF, Dijcks B, Winkens I, Bakx WG, van Heugten CM. Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabil*. 2010 Oct;20(5):760-77. Epub 2010 Jun 1.

Reske M, Paulus MP. Predicting treatment outcome in stimulant dependence. *Ann N Y Acad Sci*. 2008 Oct;1141:270-83.

Tallal P. Improving language and literacy is a matter of time. *Nat Rev Neurosci*. 2004 Sep;5(9):721-8.

Turner TH, LaRowe S, Horner MD, Herron J, Malcolm R. Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Dec;37(4):328-34.

WHO – World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve: WHO; 2004. Disponível online in URL: <HTTP://www.who.int> .

Witsken DE, D'Amato RC, Hartlage LC. Understanding the Past, Present, and Future of Clinical Neuropsychology. In: D'Amato RC & Hartlage LC. *Essentials of Neuropsychological Assessment Treatment Planning for Rehabilitation*. New York, Springer Publishing Co. 2008.

Wobrock T, Sittinger H, Behrendt B, D'Amelio R, Falkai P, Caspari D. Comorbid substance abuse and neurocognitive function in recent-onset schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Jun;257(4):203-10.

Grupos de Autoajuda

Ligia Bonacim Duailibi, Maria de Fátima Rato Padim, Marcos Vieira Pequeno, Júlio Nieto Soares & Marcelo Ribeiro

Introdução

Os grupos de autoajuda representam uma alternativa relevante para o tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas (Edwards *et al.*, 2005), incluindo os dependentes de *crack*. Por se tratar de uma alternativa não profissional, cujo o histórico é pouco conhecido pelo público, vale falar brevemente sobre o seu surgimento e modo de funcionamento.

Antecedentes históricos

Os grupos de mútua ajuda, nos moldes como são conhecidos hoje, surgiram nos EUA, em 1935, com os “Alcoólicos Anônimos” (AA), criado por Bill Wilson, então dependente de álcool, e pelo médico Robert Smith. Juntos, iniciaram um processo de recuperação baseado na ajuda mútua. Essa união resultou na criação da *Alcoholics Foundation* (1938) e na publicação do livro *Alcoholics Anonymous* (1939), um guia para a sobriedade, baseado na prática dos *Doze Passos* (Quadro 1) (Wilson, 1994). A idéia básica do grupo é de que uma pessoa que tinha um problema com seu consumo excessivo de álcool e tivesse o desejo de parar de beber, pudesse compartilhar o seu problema com outra pessoa em situação similar e se ajudarem mutuamente a permanecerem sóbrios (Edwards *et al.*, 2005; NA, 2010).

Com o desenvolvimento da “irmandade” de AA, outras pessoas, com outros problemas de dependências passaram a utilizar a idéia e o formato de AA para poderem se tratar de seus problemas. A partir dos anos 50 surgiram outras “irmandades” que adotaram como base o conhecimento de AA como tratamento – Al-Anon (Familiares e Amigos e Alcoólicos Anônimos); NA (Narcóticos Anônimos); Nar-Anon (Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos); DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos); CCA (Comedores Compulsivos

Anônimos) e FA (Fumantes Anônimos) entre outras “irmandades” que tomaram emprestados de AA a base de seus programas de recuperação (AA, 2010; NA, 2010). Nos anos 70 o programa de NA (Narcóticos Anônimos) chegou ao Brasil. Este programa tomou como base a programação de AA como base de recuperação para os dependentes químicos, ou “adictos”, como se autodenominam. Narcóticos Anônimos fez uma adaptação do programa de AA e o utiliza para a recuperação dos dependentes. NA não faz distinção entre substâncias, incluindo o próprio álcool como uma das drogas a serem evitadas .

Preceitos fundamentais

A essência dos Alcoólicos Anônimos é o modelo espiritual: *o alcoolismo é entendido como uma condição na qual o indivíduo torna-se incapaz de superar-se por si só*. A esperança de mudança consiste em entregar a vida a uma força superior e a partir daí, segui-la rumo à recuperação (Edwards *et al.*, 2005). Wilson e Smith acreditavam em alguns preceitos fundamentais à recuperação: [1] praticar os Doze Passos, [2] confiar em um Poder Superior, [3] dividir experiências, forças e esperanças, [4] manter-se ativo, [5] um dia após o outro pelo resto de nossas vidas (“só por hoje não bebi”), [6] um aperto de mão, um sorriso e um abraço são sempre possíveis (Miller & Hester, 2003).

No início, os primeiros membros de AA tentaram diversos moldes e formas para se ajudarem mutuamente, recorreram a conhecimentos experimentados em outros grupos terapêuticos, religiosos e acadêmicos até chegarem a um formato que se tornou sucesso e teve grande adesão quando formatado e adotado por seus membros (AA, 2010). A idéia básica é de que os membros de AA se ajudassem mutuamente a parar de beber, se reuniriam com regularidade em locais fixos e pré-determinados para compartilhar suas experiências e se apoiarem no intuito de permanecerem abstinentes do uso de álcool, ou “sóbrios”, termo que utilizavam e utilizam até hoje (Edwards *et al.*, 2005; AA, 2010).

Nos programas de NA é uma prática utilizar-se o termo “adicção” ao invés de dependência. Os membros de NA entendem que a “adicção” é uma doença física,

mental e espiritual, que afeta todas as áreas da vida do “adicto” e não apenas a sua relação com o consumo de substâncias. Portanto, os membros de NA não se limitam a pensar em sua doença com o foco em usar, ou não usar substâncias. Mas sim, em como a adicção pode afetar seu comportamento e suas atitudes (NA, 1976). Os membros de NA afirmam que a adicção atua em três níveis concomitantemente: o físico – uso compulsivo de drogas; o mental – desejo incontrolável que leva ao uso; e o espiritual – total egocentrismo. Apesar de os NA possuírem uma visão diferente da conceituação clássica da medicina, não há empecilhos, tampouco divergências intransponíveis para que haja uma forma de atuação conjunta entre os modelos médicos e psicológicos e os programas de autoajuda no tratamento da “dependência química” ou “adicção” (NA, 1976; NA, 2010). A eficácia dessa combinação já foi constatada por diversos estudos (Humphreys *et al.*, 2004).

O processo de recuperação

A prática dos doze passos (Quadro 1) como um modo de vida são a linha mestra do processo de recuperação, segundo o referencial teórico de AA/NA (Edwards *et al.*, 2005). No Primeiro Passo, essencial para o sucesso do programa, o dependente assume sua impotência em relação ao consumo das substâncias envolvidas e às situações e emoções conexas. A recuperação começa pela admissão dessa impotência. Essa nova condição leva o dependente aos dois Passos seguintes: a consciência de um Poder Superior provedor da sanidade perdida e a aceitação dessa ajuda. O Quarto e o Quinto Passos tratam do autoconhecimento e da autocrítica, exercidos a partir da construção de um inventário pessoal e discussão do mesmo com outro membro de AA/NA. Entre o Sexto e o Nono Passos matura-se o processo de mudança e reparação, que serão mantidos e cultivados pela prática do Décimo, Décimo-primeiro e Décimo-segundo Passos (Sant’Anna & Ferreira, 2010).

Quadro 1: Os doze passos dos Alcoólicos Anônimos

1° PASSO	Admitimos que éramos impotentes perante a dependência de álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2° PASSO	Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.
3° PASSO	Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4° PASSO	Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5° PASSO	Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6° PASSO	Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7° PASSO	Humildemente rogamos a Deus que nos livrasse de nossas imperfeições.
8° PASSO	Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9° PASSO	Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10° PASSO	Continuamos a fazer o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11° PASSO	Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação à nós, e forças para realizar essa vontade.
12° PASSO	Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos dependentes de álcool e praticar estes princípios em todas as áreas de nossas vidas.

Fonte: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Alcoólicos Anônimos. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: ARTMED; 2005.

Com o intuito de proporcionar com código de conduta para a prática, os costumes e os relacionamentos dentro e fora do ambiente de AA/NA e da prática dos Doze Passos, Bill Wilson compilou um conjunto de princípios denominados por ele as Doze Tradições (Quadro 2) (Sant'Anna & Ferreira, 2010). Por intermédio dessas, os grupos de AA/NA mantêm sua unidade e se relacionam entre si e com o mundo exterior. Preceitos como unidade, autodeterminação e gestão, anonimato e igualdade fundamentam as Tradições.

Quadro 2: As Doze Tradições dos Alcoólicos Anônimos

- 1º. O nosso bem estar comum deve vir em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de NA.
- 2º. Para o nosso propósito comum existe apenas uma única autoridade – um Deus amoroso que pode se expressar na nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança, eles não governam.
- 3º. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar.
- 4º. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em assuntos que afetem outros grupos ou NA como um todo.
- 5º. Cada grupo tem apenas um único propósito primordial – levar a mensagem ao adicto que ainda sofre.
- 6º. Um grupo de NA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de NA a nenhuma sociedade relacionada ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade ou prestígio nos desviem do nosso propósito primordial.
- 7º. Todo grupo de NA deverá ser totalmente auto-sustentável, recusando contribuições de fora.
- 8º. Narcóticos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, mas nossos centros de serviço podem contratar trabalhadores especializados.
- 9º. NA nunca deverá organizar-se como tal; mas podemos criar quadros de serviço ou comitês diretamente responsáveis perante aqueles a quem servem.
- 10º. Narcóticos Anônimos não tem opinião sobre questões alheias; portanto o nome de NA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.
- 11º. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração , não em promoção; na imprensa, rádio e filmes precisamos sempre manter o anonimato pessoal.
- 12º. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar princípios acima de personalidades.

Fonte: Sant'Anna & Ferreira, 2010.

Reuniões & Grupos de AA / NA

As reuniões de AA/NA, apesar de possuírem algumas poucas regras de funcionamento, desde os primeiros tempos, nunca foram conduzidas ou coordenadas por profissionais da área da saúde, não sofrem qualquer tipo de fiscalização, não possuem qualquer tipo de vínculo religioso, não mantêm registro das coisas ditas durante a reunião ou impõem qualquer tipo de regra que pudesse tornar desconfortável a frequência ou permanência dos interessados no programa (Quadro 3).

Quadro 3: Tipos e formatos de reunião de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos

Formato: partilhas, discussões temáticas, de recém-chegados, estudos da literatura de AA/NA.

Tamanho & duração: o tamanho do público é variável, com reuniões grandes (mais de 100 pessoas) e pequenas (cinco ou menos). Duração média das reuniões: 90 – 120 minutos.

Reuniões abertas e fechadas: à primeira têm acesso todos os interessados, incluindo parentes e amigos de membros, curiosos e pesquisadores; à segunda, apenas membros.

Reuniões de interesses especiais: algumas reuniões podem ter focos específicos de gênero ou para algum tema relacionado à prática de AA/NA.

Reuniões administrativas ou de serviço: trata de assuntos referentes à organização do grupo, como eleição de novos servidores para o trabalho em prol do grupo, programação de eventos específicos, prestação de contas, entre outros.

Fonte: Adaptado de Sant'Anna & Ferreira (2010).

Os participantes das reuniões se autodenominam *membros de AA/NA* e, por possuírem uma relação de ajuda mútua tratam-se como irmãos – daí a idéia de “irmandade” (Edwards et al, 2005). A chegada para a primeira reunião marca o ingresso e afiliação do indivíduo à irmandade. Não existe qualquer restrição *a priori*, apenas a vontade de deixar de usar álcool ou qualquer outra substância psicoativa (NA, 1976).

As reuniões são a base do tratamento oferecido, possuindo importância central no funcionamento do AA/NA. O objetivo da abstinência é claro, mas não é necessário interromper o consumo previamente ao ingresso no programa. O acolhimento, a troca de experiência e o “efeito espelho”, ou seja, a busca de ajuda por intermédio de pessoas que sofrem dos mesmos males são as técnicas que norteiam a prática dos Doze Passos dentro desses grupos (Sant'Anna & Ferreira, 2010).

Os *adictos em recuperação* há mais tempo têm importantes papéis, entre esses participar da administração do grupo e ajudar os mais novos a alcançarem a sobriedade. Nesse último caso, podem funcionar como *padrinhos* ou *madrinhas* dos recém-chegados dando-lhes sugestões e aconselhamentos, oferecendo seu telefone para eventualidades, antecipando situações de perigo e recaída e

entregando as *fichas de tempo limpo* para os seus afilhados (Sant'Anna & Ferreira, 2010) (Quadro 4).

Quadro 4: Fichas de tempo limpo	
Fichas são chaveiros com o símbolo da irmandade, entregues ao membro conforme o período de tempo limpo de cada <i>'alcoólatra'</i> / <i>'adicto'</i> em <i>recuperação</i> . Cada cor de ficha se refere a um período livre da substância.	
Branca	Ingresso no programa
Laranja	30 dias
Verde	60 dias
Vermelho	90 dias
Azul	6 meses
Amarela	9 meses
Branco-fluorescente	1 ano
Cinza	1 ano e meio
Preta	2 anos e além

Fonte: Sant'Anna & Ferreira (2010).

Dessa forma, a partir de metas de curto prazo, vivendo “um dia de cada vez”, participando das reuniões, valorizando e sendo valorizado pelos companheiros e dividindo responsabilidades, o tratamento baseado na prática dos Doze Passos busca não apenas a abstinência, mas a construção de um novo código de valores e de um estilo de vida marcado pelos preceitos da sobriedade – “serenidade para aceitar o que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para saber a diferença. Só por hoje, funciona” (Sant'Anna & Ferreira, 2010).

Espiritualidade

O programa de AA/NA tem a espiritualidade como um de seus pilares (Edwards *et al.*, 2005). No entanto, é preciso distinguir o “espiritual” do “religioso”. O “Poder Superior” no qual acreditam os membros da irmandade possui diversas denotações, podendo ser considerada “Deus” propriamente, mas igualmente qualquer outra força transcendente – um Deus do Panteão Grego, a Humanidade, a Família, um profissional da saúde, etc (Sant'Anna & Ferreira, 2010). Além disso, a espiritualidade se correlaciona com vários temas, tais como relacionamentos,

“essência” ou força interior, busca de significados, espírito versus matéria, sendo a religião apenas um deles (Edwards *et al.*, 2005). O *caráter espiritual não-religioso* pode incluir indivíduos de todos os credos, bem como agnósticos e ateus (Sant’Anna & Ferreira, 2010).

Desse modo, a adesão ao programa não está condicionada a nenhum tipo de conversão religiosa, como muitos acreditam, inclusive profissionais da saúde, que perdem assim a oportunidade de indicar um recurso eficaz de tratamento para seus pacientes (Vedertus *et al.*, 2010). Por fim, vale considerar que a espiritualidade tem sido diretamente relacionada ao sucesso do tratamento da dependência química e que os dependentes de drogas apresentam melhores índices de recuperação quando seu tratamento é permeado por alguma abordagem espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico (Sanchez & Nappo, 2007).

O Modelo Minnesota

A popularidade do método de tratamento proposto pelos Alcoólicos Anônimos fez com este chegasse às clínicas de tratamento. Na década de cinquenta, um psiquiatra e um psicólogo estruturaram um programa dessa natureza no *Wilmer State Hospital*, em Minnesota, sendo posteriormente adotada por uma organização, não-lucrativa, *Hazelden*, localizada em *Center City*, no mesmo estado. Essa versão institucional do AA ficou conhecida como **Modelo de Minnesota** e influenciou inúmeros outros programas em clínicas e comunidades terapêuticas de todo o mundo (Chappel & DuPont, 1999).

Quadro 5: Componentes essenciais do Modelo Minnesota

Interação total entre a equipe de tratamento e os internos em recuperação.

Foco no modelo de doença e relação com a irmandade de Doze Passos.

Promover o envolvimento da família.

Ênfase na abstinência de todas as substâncias psicoativas – não existe, por exemplo, “estar sóbrio” ou “estar limpo” de cocaína e usar maconha, ou “estar limpo” de maconha e beber.

Ênfase na educação e orientação do paciente e seus familiares.

Plano de tratamento individualizado.

Continuum de cuidados pós-internação, integrando diversos serviços e grupos de autoajuda – “salas”.

Fonte: Chappel & DuPont, 1999.

Geralmente, o tratamento começa em regime fechado e isolado, podendo durar vários meses. Nessa fase, há um programa intensivo de terapia de grupo, palestras, leituras e reuniões de AA. O tratamento internado é sucedido por reuniões em *salas de Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos*. A equipe é composta por antigos usuários, que completaram os Doze Passos com sucesso e passaram a colaborar com a recuperação de outros (Edwards *et al.*, 2005). Esse modelo influenciou e até hoje influencia boa parte das comunidades terapêuticas em todo o mundo, especialmente nos Estados Unidos e no Brasil.

Grupos de NA e a dependência de substâncias psicoativas

NA não faz uma abordagem diferenciada aos dependentes de *crack* e o programa de recuperação que é aplicado para qualquer outra substância é o mesmo aplicado para essa. As primeiras evidências científicas sobre a eficácia dos grupos de autoajuda como método eficaz no tratamento da dependência química foram produzida pelo Projeto MATCH (Project MATCH Research Group, 1998). O estudo acompanhou por três anos uma amostra representativa de usuários de álcool (n=952) de diferentes serviços estadunidenses, que receberam as seguintes abordagens: entrevista motivacional, terapia cognitivo comportamental e grupos de doze passos. Não houve diferença entre as três, mas o grupo de doze passos produziu melhores resultados entre os dependentes sem comorbidade. A participação em grupos de autoajuda melhora o prognóstico tanto de pacientes internados (Etheridge *et al.*, 1999), quanto dos que são tratados ambulatorialmente

(Morgenstern *et al.*, 2003). A freqüência aos grupos deve ser pelo menos semanal (Fiorentine, 1999).

O sucesso da abordagem dos AA/NA parece não estar relacionado apenas ao comparecimento às reuniões, mas também ao engajamento nas demais atividades do programa. Um estudo com usuários de álcool (n=103) que iniciaram o programa de doze passos identificou a existência de três grupos: aqueles com ótima resposta ao programa (35%), com resposta parcial (42%) e os não-responsivos (22%). Os primeiros além do comparecimento às reuniões – especialmente as iniciais – também buscavam aconselhamento constante com outros membros e com o seu padrinho; os parciais, compareciam às reuniões, mas pouco ou nada se aconselhavam; ao passo que os não-responsivos mal compareceram às reuniões. Os índices de recaída nos grupos foram respectivamente: 12%, 24% e 60% (Morgenstern *et al.*, 1996). Desse modo, o *envolvimento* com o programa é essencial para manutenção da abstinência ao longo do tempo (Chappel & DuPont, 1999). Achados semelhantes foram relatados em estudos com usuários de cocaína (Worley *et al.*, 2008). Alguns comportamentos relacionados ao envolvimento com grupos de autoajuda estão relacionados no Quadro 6 (Morgenstern *et al.*, 1997).

Quadro 6: Atitudes que denotam envolvimento no programa de Doze Passos

Comparecimento às reuniões de AA/NA – inicialmente o esquema de 90 dias / 90 reuniões e depois em bases regulares, com freqüência igual ou maior que três vezes por semana.

Conversas, debates e aconselhamento com o padrinho

Comparecimento às Reuniões de Passos

Engajamento nas reuniões de serviço

Leitura das publicações de AA/NA e outros referenciais do programa

Procura e acolhimento de novos membros de AA/NA

Prece e meditação

Aconselhamento com padrinho de AA/NA, leitura dos preceitos do “Big Book” e/ou partilha em sala de AA/NA antes de tomar uma decisão pessoal importante.

Fonte: Morgenstern *et al.*, 1996.

Além disso e buscando um paralelo com outras abordagens teóricas da dependência química, a participação em grupo de AA/NA aumenta a autoeficácia,

a motivação para a mudança e fortalece as habilidades de enfrentamento relacionadas ao consumo de álcool e drogas (Morgenstern *et al.*, 1997).

Discussão

Hoje no Brasil o NA está representado em quase todo o território nacional e possui cerca de 1.000 grupos espalhados pelos estados brasileiros, possuindo cerca de 2.700 reuniões semanais. Os grupos de NA funcionam nos mais diversos locais, notadamente em salas alugadas junto a instituições ou organizações que acreditam na importância de NA nas comunidades onde estão inseridas (NA, 2010). Isso demonstra o potencial do programa para a ações de saúde pública, pois além de eficaz, é facilmente acessível e gratuito (Humphreys *et al.*, 2004). Os grupos de autoajuda, além de potencializarem as ações terapêuticas de outras linhas de abordagem, reduzem os custos do tratamento, tanto para o usuários de substâncias psicoativas e sua família, quanto para o Estado (Humphreys & Moos, 2007).

Vale ressaltar que o Programa de 12 Passos de NA, apesar de não possuir uma abordagem científica, e sendo um programa criado por leigos, também funciona muito bem se aplicado conjuntamente com outras abordagens terapêuticas. Em nada comprometendo ou entrando em divergências com outras linhas de atuações, sejam elas médicas, psiquiátricas, psicológicas, psicanalíticas, terapêuticas ou de qualquer outra natureza científica (Humphreys *et al.*, 2004, Humphreys & Moos, 2007).

Para concluir, um trecho do “Texto Básico de Narcóticos Anônimos” que corrobora com a idéia explicitada acima (NA, 2010): “**NA** é uma irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior. Somos **adictos** em recuperação, que nos reunimos regularmente para ajudarmos uns aos outros a nos mantermos limpos. Este é um programa de total **abstinência** de todas as drogas. Há somente um requisito para ser membro, o desejo de parar de usar. (...) Sugerimos que você mantenha a mente aberta e dê a si mesmo uma oportunidade. Nosso programa é

um conjunto e princípios escritos de uma maneira tão simples que podemos segui-los nas nossas vidas diárias. O mais importante é que eles **funcionam**. (...) **NA** não tem subterfúgios. Não somos filiados a nenhuma organização, não temos matrículas nem taxas, não há compromissos escritos, nem promessas a fazer a ninguém. Não estamos ligados a nenhum grupo político, religioso ou policial e, em nenhum momento, estamos sob vigilância. **Qualquer pessoa** pode juntar-se a nós, independente da raça, identidade sexual, crença, religião ou falta de religião.”

Desta forma, Narcóticos Anônimos se mostra como uma alternativa, ou co-terapia, importante e relevante no tratamento de dependentes de *crack* e de outras substâncias, pois trata-se de um programa no qual o interessado participa de maneira voluntária, gratuita e vivencia uma experiência de interação com outras pessoas que compartilham do mesmo problema que os levaram a buscar um grupo de mútua ajuda.

Referências

AA – Alcoólicos Anônimos [site]. [Citado 12 out 2010]. Disponível em URL: <http://www.aa.org.br> .

Chappel JN, Dupont RL. Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Addict Dis* 1999; 22(2): 425-46.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Alcoólicos Anônimos. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: ARTMED; 2005. PP. 249-57.

Etheridge RM, Craddock SG, Hubbard RL, Rounds-Bryant JL. The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend*. 1999 Dec 1;57(2):99-112.

Fiorentine R. After drug treatment: are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999 Feb;25(1):93-116.

Humphreys K, Wing S, McCarty D, Chappel J, Gallant L, Haberle B, Horvath AT, Kaskutas LA, Kirk T, Kivlahan D, Laudet A, McCrady BS, McLellan AT, Morgenstern J, Townsend M, Weiss R. Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *J Subst Abuse Treat*. 2004;26(3):151-8.

Humphreys K, Moos RH. Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jan;31(1):64-8.

Miller WR & Hester RK. Treatment for alcohol problems: toward an informed eclecticism. In: Miller WR. *Handbook of alcoholism treatment approaches – effective alternatives*. Allyn & Bacon; 1995.

Morgenstern J, Kahler CW, Frey RM, Labouvie E. Modeling therapeutic response to 12-step treatment: optimal responders, nonresponders, and partial responders. *J Subst Abuse*. 1996;8(1):45-59.

Morgenstern J, Labouvie E, McCrady BS, Kahler CW, Frey RM. Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(5):768-77.

Morgenstern J, Bux DA, Labouvie E, Morgan T, Blanchard KA, Muench F. Examining mechanisms of action in 12-Step community outpatient treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Dec 11;72(3):237-47.

NA – Narcóticos Anônimos [site]. [citado em 12 out 2010]. Disponível em URL: <http://www.na.org.br>.

NA – Narcóticos Anônimos. NA White Booklet. Narcotics Anonymous World Services, Inc; 1976. Disponível em URL: <http://www.na.org> .

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998 Sep;22(6):1300-11.

Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. Psiquiatr Clin* 2007; 34 (suppl 1): 73-81.

Sant'Anna WT, Ferreira BS. Grupos de autoajuda no tratamento do dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca; 2010. PP. 448-78.

Vederhus JK, Laudet A, Kristensen O, Clausen T. Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: comparing Norway to the United States. *J Subst Abuse Treat.* 2010 Oct;39(3):210-7.

Wilson W. The Society of Alcoholics Anonymous. *AM J Psychiatry* 1994; 151: 259-62.

Worley M, Gallop R, Gibbons MB, Ring-Kurtz S, Present J, Weiss RD, Crits-Christoph P. Additional treatment services in a cocaine treatment study: level of services obtained and impact on outcome. *Am J Addict.* 2008 May-Jun;17(3):209-17.

CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK
CRACKCRACKCRACKCRACKCRACKCRACK

Ambientes de tratamiento

Comunidade Terapêutica

Laura Fracasso & Marcelo Ribeiro

Introdução

Comunidades terapêuticas são ambientes de internação especializados, que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando ao alcance e manutenção da abstinência – inicialmente em ambiente protegido, com encaminhamento posterior para internação parcial e /ou ambulatório, conforme as necessidades do paciente (NHS, 2002).

Esse modelo, fundamentado desde os primeiros tempos como uma **abordagem de auto-ajuda**, manteve essa característica essencial e diversificou-se, englobando e combinando com eficácia outros modelos psicossociais vigentes, tais como a prevenção da recaída e a técnicas motivacionais, além de inúmeros serviços adicionais relacionados à família, à educação ou trabalho e à saúde física e mental (De Leon, 2003).

Comunidades terapêuticas no Brasil

No Brasil, em 30 de maio de 2001, a diretoria colegiada da 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 de Diretoria Colegiada – RDC 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), segundo Modelo Psicossocial (ANVISA, 2001) (Quadro 1).

O regulamento oferece a seguinte conceituação sobre Comunidade Terapêutica: “São serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativa (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 orientados, 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.”

Quadro 1: Pontos-chave do Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas (SPA) (ANVISA, 2001)

1. Histórico: como se chegou a RDC 101/01 e quais as contribuições recebidas.
2. Conceituação: qual a conceituação da abordagem Comunidade Terapêutica
3. Critérios para o Tratamento de Pessoas com Transtornos decorrentes de Uso ou Abuso de SPA. As dimensões envolvidas para a definição do padrão de comprometimento de dependência são:
 - Adesão: grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação.
 - Manutenção: grau de resistência à continuidade do tratamento.
 - Comprometimento Biológico
 - Comprometimento Psíquico
 - Comprometimento Social, Familiar e Legal
 - Critérios de Elegibilidade: as pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito biológico e/ou psíquico não são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção.
4. Procedimentos do Serviço de Tratamento a Pessoas com Transtornos decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas.
5. Recursos Humanos dos Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos decorrentes do uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas.
6. Infra – Estrutura Física
7. Monitoramento

Comunidades Terapêuticas e dependência química

Filosofia do tratamento

A comunidade terapêutica considera o uso de drogas apenas o sintoma – o problema é a pessoa inteira, com uma vida em crise, incapaz de manter-se abstinente, seriamente disfuncional do ponto de vista social e interpessoal, tomando atitudes e condutas antissociais. 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 (De Leon, 2003). Nesse contexto, a cultura da recuperação promove a aprendizagem e a cura. Os indivíduos recebem ajuda ajudando aos demais, responsabilizando-se tanto pela própria recuperação e quanto ao menos em parte pela recuperação de seu companheiro (De Leon, 2003).

Os doze passos e as doze tradições dos Alcoólicos Anônimos (AA) são a base dos programas de recuperação oferecidos pelas comunidades terapêuticas. 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 (NHS, 2002; De Leon, 2003). Alguns modelos igualmente baseados na filosofia dos doze passos, tais como o Modelo de Minnesota (NHS, 2002), 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 do indivíduo se relacionar com seus pares (De Leon, 2003).

Objetivos

O objetivo específico das comunidades terapêuticas é tratar o indivíduo como todo e o objetivo da recuperação é transformar positivamente estilos de vida e identidades pessoais. Para isso, uma série de programas e metas são oferecidos 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 semi-controlado.
2. Vida comunitária com outros usuários em recuperação.
3. Ênfase na divisão de responsabilidades com companheiros de recuperação e conselheiros.
4. Aconselhamento suportivo e 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: Edições Loyola; 2003.

Há quatro dimensões comportamentais visadas para que o indivíduo opere a ressocialização terapêuticamente objetivada (Tims & De Leon, 1994): [1] o *desenvolvimento individual*, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras, melhor habilidade para lidar com a emoção e construção da identidade; [2] a *mudança de aspectos subjetivos do comportamento*, relacionada às experiências e percepções do indivíduo quanto as circunstâncias externas que fomentam 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; [3] a *incorporação de princípios comportamentais e sociais*, tais como a auto-eficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e [4] a *integração social*, possível apenas se pautada pela cooperação, conformidade e comprometimento.

Indicações

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a presença dos critérios diagnósticos para uso nocivo (APA, 1994) (Quadro 3) e/ou dos critérios diagnósticos para dependência química (Edwards & Gross, 1976) (Quadro 4) indicam a internação em comunidades terapêuticas.

Quadro 3: Critérios DSM-IV para uso nocivo (abuso) de substância

- C.** Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos da comunidade terapêutica, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:
- (e)** uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes, relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p.e., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionadas ao uso de substância; ausências, suspensões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)
 - (f)** uso recorrente da substância nas quais isso representa perigo físico (p.e., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substâncias)
 - (g)** problemas legais (p.e., detenções por porte ou conduta desordeira relacionada à substância)
 - (h)** uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p.e., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)
- D.** Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência para esta classe de substância.

Quadro 4: Critérios diagnósticos para dependência de substâncias psicoativas

- * **Sensação subjetiva de compulsão ou perda do controle sobre o consumo**
A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância.
- * **Tolerância**
A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
- * **Síndrome de abstinência**
O surgimento de sinais e sintomas de desconforto físico e psíquico, de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
- * **Evitação ou alívio dos sintomas de abstinência**
O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência.
- * **Saliência ou relevância do uso**
O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
- * **Estreitamento do repertório de consumo**
Adoção de padrões de consumo estáticos e estereotipados, com o intuito de manter uma regularidade do uso.
- * **Reinstalação dos sintomas da dependência**
O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência.

Em relação às demais modalidades e ambientes de tratamento, a comunidade terapêutica é apropriada e eficaz para qualquer perfil de usuário com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas (Hubbard *et al.*, 2003). 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 (NHS, 2002) e mais problemas sociais, educacionais, vocacionais, comunitários e familiares relacionados ao consumo de substância (NIDA, 2002). Para esses indivíduos, a abordagem das comunidades terapêuticas, possuem especificidades capazes de auxiliar seu processo de recuperação (Laffaye, 2008).

Quadro 5: 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 representam uma ameaça constante de recaída.

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

A admissão nas comunidades terapêuticas é voluntária. Alguns serviços têm a abstinência como um critério de entrada, mas para outras, a prontidão para o tratamento é suficiente, ficando a desintoxicação integrada à proposta de recuperação (NHS, 2002).

Equipe de atendimento

As comunidades terapêuticas possuem um corpo de funcionários diversificado, que combina profissionais tradicionais e não-tradicionais (De Leon, 2003). Ele pode ser composto por psicólogos, assistentes sociais, 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 assumiu papéis cada vez complexos na administração e nos cuidados da comunidade até tornar-se um *funcionário da comunidade*. Isso lhe confere um papel *suis generis*, com impacto norteador para os residentes em recuperação: ambos estão igualmente envolvidos no processo de recuperação, mas diferentemente posicionados nesse (De Leon, 2003). Partindo dessa realidade, que combina experiência, empatia e responsabilidade pelo conquistado, o funcionário recuperado exerce diversas funções, dedicando-se ao tratamento como educadores, conselheiros e supervisores comunitários (De Leon, 2003) (Quadro 5).

Quadro 5: 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 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 G. A Comunidade Terapêutica. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

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 (NHS, 2002; NIDA, 2002).

Eficácia da comunidade terapêutica para o dependência de cocaína / crack

As internações de longa duração possuem índices de retenção menores do que as internações de curta duração (SAMHSA, 2009). No entanto, a porcentagem de usuários de cocaína que retornam ao consumo da droga após o término do tratamento parece ser menor entre os pacientes em regime de internação prolongada, em comparação com os que receberam tratamentos breves (Hubbard *et al.*, 2003). Considerando que a retenção ao tratamento é um critério bom prognóstico, garantir a conclusão do mesmo é fundamental. Nesse sentido, a prontidão do paciente para o tipo de internação proposta pode auxiliar o profissional da saúde na escolha do melhor ambiente para aquele momento.

As internações de longa duração são eficazes no tratamento da dependência química. Um estudo com usuários de substâncias psicoativas (n=10.010) de diversos tipos de serviço (n=96) espalhados pelos Estados Unidos entrevistou os participantes em três momentos: na vigência do tratamento, um e cinco anos após a alta do programa (Hubbard *et al.*, 2003). Entre os usuários de cocaína em regime de internação longa desse estudo, apenas uma pequena porção consumia a substância um ano depois (18%), mas o índice voltou a subir no quinto ano (26%). Entre a admissão e o último seguimento, houve redução significativa do envolvimento em crimes aquisitivos e de problemas relacionados ao álcool, bem como aumento dos níveis de emprego. Quando os usuários de *crack* e cocaína inalada em regime de internação prolongada desse mesmo estudo foram comparados, observou-se que os primeiros possuíam piores indicadores sociais e menor retenção ao tratamento (Rowan-Szal *et al.*, 2000).

Outro estudo com pacientes usuários de heroína e *crack* (n=418) de diversos serviços (n=54) britânicos acompanhou a evolução desses após um, dois e

quatro/cinco anos pós-alta (Gossop *et al.*, 2003). Quase quarenta por cento dos pacientes estavam abstinentes após cinco anos, com redução das taxas de crimes aquisitivos e problemas psicológicos. Houve redução do consumo de *crack* entre os que utilizavam a substância antes do início do tratamento, mas o consumo de álcool permaneceu inalterado.

Um estudo com usuários de substâncias psicoativas (n=249) de uma comunidade terapêutica espanhola comparou aqueles que concluíram e os que abandonaram o tratamento e observaram um índice de recaída superior entre os que não completaram o programa (63%) em relação aos que completaram (10%). Mais recentemente, um estudo de abrangência nacional acompanhou em dois intervalos – um e quatro anos após a alta – usuários do sexo masculino de diversas substâncias (n=2796) que estiveram internados em comunidades terapêuticas estadunidenses (n=88), que ofereciam programas de tratamento com duração de 60 – 90 dias (Laffaye *et al.*, 2008). A adesão a programas de doze passos foi o maior fator de proteção para adesão ao tratamento e manutenção da abstinência pós-alta.

Discussão

Desafios posteriores à regulamentação das comunidades terapêuticas brasileiras

As comunidades terapêuticas oferecem abordagens eficazes para o tratamento da dependência química, especialmente para pacientes graves, com dependência severa, refratários a abordagens ambulatoriais e comprometimentos psicossocialmente (De Leon, 2003; Laffaye *et al.*, 2008). Nos últimos dez anos, as comunidades terapêuticas brasileiras receberam regulamentação dos órgãos sanitários, tendo como marco regulatório a publicação das normas mínimas de funcionamento das comunidades terapêuticas (ANVISA, 2001). 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 (SENAD, 2007) cadastrou 9503 serviços de tratamento para dependência química, enviou questionários para 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.

Ainda assim existe um enfrentamento entre o modelo comunitário de tratamento e a área da saúde, devido ao desconhecimento de toda esta evolução da abordagem das comunidades terapêuticas, bem como do não reconhecimento da mesma na política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, mesmo diante do fato das comunidade terapêuticas estarem contempladas no eixo tratamento da Política Nacional sobre Drogas da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) (Brasil, 2005), revisada e construída coletivamente, através de cinco fóruns regionais, em 2005.

Por outro lado, muito deste enfrentamento deve-se ao fato de que grande parte das comunidades terapêuticas, ainda não estar adequada às normas mínimas de funcionamento, prestando assim um desserviço aos usuários e familiares destes. Não é correto, porém, que as comunidades terapêuticas que estão cumprindo a regulamentação da RDC 101/01, procurando prestar um serviço de qualidade, não sejam reconhecidas, incluídas e respeitadas na rede de serviço de álcool e outras drogas.

As comunidades terapêuticas contemporâneas vêm paulatinamente associando sua experiência de recuperação baseada na espiritualidade e na filosofia dos doze passos com modelos psicológicos de orientação cognitivo-comportamental, como a prevenção da recaída, e psicodinâmica (Watson, 1992). Profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais vem sendo absorvidos pelo modelo (NHS, 2002). Novas técnicas, tais como o aprendizado social e o treinamento de habilidades, foram instituídas em alguns lugares (De Leon, 1994). 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. Um modelo cada vez mais pronto, eficaz e livre de estereótipos para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Referências

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 nº101 de 30 de Maio de 2001. Brasília; 2001.

APA – American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 1994.

Brasil. Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília (DF): Gabinete de Segurança Institucional.

Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas (Senad). Fundação Universitária de Brasília – UNB. Depto de Serviço Social. CICAD Comisión Interamericana para El Control del Abuso de Drogas. Mapeamento das Instituições Governamentais e Não Governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao consumo de Álcool e outras Drogas no Brasil em 2006/2007. Brasília: 2007.

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

De Leon G. The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Therapeutic Communities: advances in research and application [monograph online]. Rockville: NIDA; 1994. Available from: <http://165.112.78.61/pdf/monographs/144.pdf>.

Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br Med J 1976;1(6017):1058-61.

Fernández-Hermida JR, Secades-Villa R, Fernández-Ludeña JJ, Marina-González PA. Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study. Eur Addict Res. 2002 Jan;8(1):22-9.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction. 2003 Mar;98(3):291-303.

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 Ocomunidade terapêutica;25(3):125-34.

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.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Research Report Series - Therapeutic Community: who receives treatment in a therapeutic community? [online]. Rockville: NIDA; 2002. [cited 2010 Set 19]. Available from: URL: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Therapeutic/Therapeutic2.html>.

Ribeiro, Laranjeira & Messas. Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas. In: Lopes AC [editor]. Tratado de Clínica Médica. São Paulo; Roca; 2005 Páginas 2491 - 2501.

Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson DD. Treatment retention of *crack* and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction Res Theor* 2000; 8(1): 51-64.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. The TEDS Report: Treatment Outcomes among Clients Discharged from Residential Substance Abuse Treatment: 2005. Rockville: SAMHSA; 2009.

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas. 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. Disponível em URL: <http://>

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 [monograph online]. Rockville: NIDA; 1994. Available from: <http://165.112.78.61/pdf/monographs/144.pdf>.

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

Moradia assistida para dependentes químicos

Ronaldo Laranjeira, Márcia Fonsi Elbreder & Marcelo Ribeiro

Introdução

O tratamento da dependência química de boa qualidade é efetivo para reduzir ou interromper o consumo de substâncias psicoativas, a fim de melhorar a saúde clínica dos usuários e prevenir danos, bem como aumentar seu funcionamento social (NHS, 2002). Desse modo, um modelo eficaz de tratamento, além de se preocupar com as repercussões físicas e psíquicas do uso prolongado de substâncias pelo paciente, deve também estar atento para as necessidades sociais desses indivíduos – existência de problemas legais, desemprego, perda dos vínculos familiares, situação de rua etcétera (Ribeiro, 2010).

Problemas agudos com moradia – tais como violência e conflitos em família, abandono, expulsão ou despejo – comprometem seriamente o prognóstico do tratamento (Marsden *et al.*, 2008). Nesse sentido, a moradia assistida é um equipamento de grande utilidade para o suprimento de tais necessidades. Em primeiro, porque oferece o apoio logístico essencial para a subsistência do paciente – a falta de moradia é uma situação altamente estressante, que pressiona e desorganiza o paciente, deixando-o pouco disponível para planejar sua abstinência, enfrentar os problemas relacionados ao consumo e preparar seu futuro. Segundo, proporciona oportunidade de convívio com outros indivíduos em ambientes normatizados e livres de álcool, tabaco e outras drogas. Por fim, fortalece a motivação do paciente em manter-se abstinente – e desse modo, apto a permanecer nesse ambiente, usufruindo dos ganhos relacionados a sua abstinência bem-sucedida.

Esses ambientes terapêuticos são normalmente complementares e estão ligados a um programa principal, geralmente sediado em uma unidade ambulatorial ou de hospital-dia. Para terem o direito de permanecer ali, os moradores devem se manter abstinentes e dispostos a viver em um contexto semi-independente, com

regras criadas em comum acordo com outros moradores, com o intuito de prepará-los para uma vida inteiramente independente na comunidade. Os ambientes de apoio à moradia melhoram a retenção ao tratamento ambulatorial, diminuindo significativamente o abandono precoce (Hitchcock *et al.*, 1995).

Moradia assistida e dependência química

Objetivos

A moradia assistida é um ambiente de transição, que facilita a retomada da autonomia do paciente (Reis *et al.*, 2008), seja essa partindo da internação, da situação de rua ou da perda das condições de moradia por diversos motivos. Além disso, cria uma atmosfera parecida com uma casa confortável – com móveis e utensílios domésticos – permitindo a integração e a convivência com a vizinhança, por meio de atividades simples, tais como ir às compras ou à igreja (Budson, 1978).

Alguns pacientes com transtornos mentais têm dificuldades em conviver com seus familiares. No caso da dependência química, muitas vezes, a longa e conturbada duração do consumo de álcool e outras drogas promove um desgaste das relações entre o usuário e seus familiares. Por outro lado, a situação familiar desfavorável pode se tornar um fator de risco para a manutenção do consumo. Para essas situações, as moradias assistidas são capazes de eliminar um fator altamente estressante, cuja ausência e superação podem melhorar o relacionamento do paciente e seus pares, reforçando sua rede de apoio. (De Leon, 2003; Reis *et al.*, 2008).

Em vários municípios de Maryland nos EUA, foi criado em 1975 o sistema Oxford House, entidade não-governamental, que atualmente compreende mais de 20 residências. Sua premissa central é estimular a recuperação e promover moradia para os dependentes de álcool que desejam interromper o uso. O sistema é gerenciado pelos próprios moradores e auto-suficiente, a ajuda de profissionais é solicitada em casos especiais, não é filiado ao Alcoólicos Anônimos (AA), mas as pessoas são estimuladas a participar das reuniões (Manual Oxford House, 1990;

Nealon-Woods *et al.*, 1995; Jason *et al.*, 2007; Reis *et al.*, 2008). No estado da Califórnia, EUA, há mais de 400 casas em modelos similares, com uma regra de ouro: abstinência total, em casos de recaída a pessoa é retirada da casa, a fim de evitar uma “contaminação” entre os outros membros.

Moradias Assistidas específicas para dependência química

As moradias assistidas para dependência química, também denominadas *dry houses*, *halfway houses* ou *sober house*, têm como objetivo promover uma rede social de apoio para aqueles que não necessitam ser internados, mas que se beneficiam de uma estrutura suportiva de tratamento por meio da convivência em um grupo que busca abstinência estável igualmente (Reis *et al.*, 2008). Desse modo, funcionam como uma espécie de comunidade terapêutica urbana, a qual possibilita tratar o indivíduo dentro da comunidade em que reside, porém longe do âmbito familiar desfavorável. Essas moradias possuem caráter transitório, entretanto sem tempo pré-definido de permanência, participação voluntária de pessoas que estão desintoxicadas e estáveis, sem permissão da violação da abstinência.

Trata-se de um *modelo social de recuperação*, que consiste em viver com papéis definidos, regras e exercer a responsabilidade junto aos demais membros da moradia. Há uma grande diversidade de tratamentos oferecidos nesses serviços, a maioria inclui o tratamento não-formal e prática dos 12 passos, além de frequência aos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) e/ou Narcóticos Anônimos (NA) (Reis *et al.*, 2008). Em algumas casas, a participação nesses grupos de ajuda mútua é condição para residir.

Eficácia da moradia assistida para dependência química

Estudos internacionais comprovam alguns dos benefícios desse tipo de abordagem demonstrando que pacientes que permanecem maior tempo nas residências possuem melhora na produtividade e diminuição do uso e abuso de substância após sair da casa (Booth, 1981). O encaminhamento dos problemas de moradia e vocacionais está relacionado com os melhores padrões de abstinência

entre os que procuram tratamento, em especial os que possuem mais demandas sociais .

Outras pesquisas indicam desfechos positivos com relação aos tratamentos oferecidos pelas diversas moradias assistidas, entre esses resultados destacam-se: menores taxas em admissões em serviços de desintoxicação, menor dependência aos serviços de assistência pública, menor envolvimento com o sistema criminal de justiça ou prisões, estabelecimento de vínculo empregatício após a alta, tendência a menor número de admissões em hospitais de emergência, menores custos médicos e legais ao serviço público (Annis *et al.*,1979; Ryswyk *et al.*, 1981; Walker *et al.*, 1982; Baskin *et al.*,1983; Huselid *et al.*, 1991; Fischer, 1996; Jason *et al.*, 2007; Reis *et al.*, 2008).

Discussão

Apesar de ratificado nos EUA, Inglaterra e outros países europeus, o sistema das Moradias Assistidas ainda é pouco utilizado no Brasil, talvez em decorrência do modelo médico de recuperação ser mais utilizado, dificultando visualizar políticas públicas que considerem outras abordagens, como o modelo social de recuperação para implantação de novas práticas.

Por ser uma opção de baixo custo as Moradias Assistidas poderiam ser totalmente possíveis para a realidade brasileira. Propostas como um modelo segmentado de residência para melhora da efetividade do sistema, como por exemplo, a segmentação com programas exclusivos para tratamento de cada substância e dividida por gêneros, a fim de melhorar a adesão e a motivação dos residentes. Uma meta possível também seria moradias mais complexas com apoio maior de uma equipe profissional multidisciplinar para dependentes de *crack*, por constituir uma população que exige maior suporte. Outra proposta seria inserir o modelo anexado aos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, como meio de diversificar a opção de tratamento e combinar modelos tradicionais com novos.

Há diversos modelos de recuperação da dependência química com inúmeras abordagens e estratégias de tratamento. A combinação desses considerando suas evidências de sucesso e aplicabilidade, aumenta a eficácia e as chances de abstinência estável para muitos indivíduos. Todas as práticas funcionam quando bem aplicadas às necessidades de cada paciente - não há estratégias simples e isoladas que conduzam à cura simples e conclusiva de uma condição altamente complexa como a dependência de substâncias psicoativas (Edwards *et al.*, 2005).

Levando-se em conta o grande índice de abandono ao tratamento e a dificuldade em manter a abstinência de substâncias psicoativas, a discussão sobre disponibilidade dos serviços e a escolha de atendimento consoante com a gravidade da dependência e com as necessidades individuais são componentes que precisam ser debatidos à exaustão. Para que possamos aumentar as chances de adesão dos pacientes aos serviços ou ainda, criar atendimentos que não só atendam as necessidades básicas, mas que também ofereça um ambiente de tratamento que leve em consideração a dignidade e a recuperação dos laços sociais como elementos indispensáveis à manutenção da abstinência, temos muito que progredir no tocante à diversificação dos ambientes e das linhas de atendimento, pois o sucesso dos tratamentos instituídos no Brasil ainda é bastante tímido (Ribeiro, 2010).

Referências

Annis HM, Liban CB. A follow-up study of male halfway-house residents and matched nonresident controls. *J Stud Alcohol*. 1979;40:63-9.

Baskin D, Missouri C. A Treatment Outcome Study of Alcohol Halfway House Residents in the South Bronx. *The International Journal of the Addictions*. 1983;18:551-58.

Booth R. Alcohol Halfway Houses: Treatment Length and Treatment Outcome. *The International Journal of Addictions*. 1981;16:927-34.

Budson RD. The Psychiatric Halfway House. A Handbook of Theory and Practice. 1ª ed. Pittsburg: University of Pittsburg Press; 1978. p.278

De Leon G. A Comunidade terapêutica. Teoria , Modelo e Método. 1ªed. Editora Loyola; 2003.

Edwards G, Marshall EJ & Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Miazzi AEF (trad). 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Fischer EH. Alcoholic patients' decisions about halfway houses. What they say, what they do. J Subst Abuse Treat.1996;13:159-64.

Golomb SL & Kocsis A. The Halfway House. On The Road to Independence. 1ª ed. Brunner/Mazel Publishers: New York, 1988. p.256.

Hitchcock HC, Stainback RD, Roque GM. Effects of halfway house placement on retention of patients in substance abuse aftercare. Am J Drug Alcohol Abuse. 1995; 21(3):379-90.

Huselid RF, Self EA, Gutierrez SE. Predictors of successful completion of a halfway-house program for chemically-dependent women. Am J Drug Alcohol Abuse. 1991;17:89-101.

Jason LA, Olson BD, Ferrari JR, Majer JM, Alvarez J, Stout J. An examination of main and interactive effects of substance abuse recovery housing on multiple indicators of adjustment. Addiction. 2007;102:1114-21.

Manual de la Oxford House. Una idea basada en un sistema seguro para la rehabilitación de alcohólicos que se auto-ayudan. Oxford House, Inc., Arlington, Virginia, Trans Text; 1990.

Marsden J, Farrell M, Bradbury C, Dale-Perera A, Eastwood B, Roxburgh M, Taylor S. Development of the Treatment Outcomes Profile. *Addiction*. 2008; 103(9):1450-60.

Nealon-Woods MA, Ferrari JR, Jason LA. Twelve-step program use among Oxford House residents: spirituality or social support in sobriety? *J Subst Abuse*. 1995;7:311-8.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Ribeiro M. Organização de serviços de tratamento para dependência química: parte I – o estrutural – enquadre terapêutico. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010.

Reis AD, Laranjeira R. Halfway house for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for facilities organizations. *Clinics* 2008; 63(6):827-32.

Ryswyk CV; Churchill M, Velasquez J, Mcguire R. Effectiveness of Halfway House Placement for Alcohol and Drug Abusers. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*. 1981-82;8:499-512.

Vidal CEL. Avaliação das Habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

Walker K, Sanchez-Craig M, Bornet A. Teaching Coping Skills to Chronic Alcoholics in a Coeducation Halfway House: II. Assessment of Outcome and Identification of Outcome Predictors. *British Journal of Addictions*. 1982;77:185-96.

Ambulatório especializado

PARTE I: Estrutura, funcionamento e indicações

Marcelo Ribeiro & Luciane Ogata Perrenoud

Introdução

Uma unidade ambulatorial especializada é um centro de tratamento multidisciplinar, composto por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e educadores. Todos esses profissionais estão preparados para diagnosticar e acompanhar casos de maior gravidade, estando familiarizados com as abordagens mais específicas para a dependência química, dentro de suas respectivas áreas de atuação (Edwards *et al.*, 2005; SAMHSA, 2006). Esses serviços funcionam como referência para as unidades primárias de saúde e hospitais gerais e psiquiátricos. Também podem estar preparadas para a promoção de atividades de pesquisa, ensino, capacitação e prevenção (Edwards *et al.*, 2005). Desse modo, constituem não apenas um referencial terapêutico, mas também acadêmico e de saúde pública.

O ambulatório é um ambiente que permite diferentes níveis de atendimento. Desse modo, mostra-se adequado tanto para pacientes que necessitam de cuidados pontuais, por vezes com frequência mensal, quanto para os que necessitam de cuidados intensivos, muitas vezes em regimes quase diários, tal qual o modelo do hospital-dia. O ambulatório também é apropriado para o tratamento de longo prazo de um mesmo usuário, provendo a ele um ambiente estável e viável, independentemente da gravidade e das oscilações de seu quadro. Não há critérios de inclusão formais para o tratamento ambulatorial. No entanto, ele se mostra mais adequado para os pacientes capazes de comparecer com assiduidade às sessões e atividades programadas e de alterar seus próprios comportamentos, tornando-se mais assertivos no enfrentamento das situações de risco e crises (Washton, 1998).

O tratamento intensivo em ambulatório (TIA)

Apesar de se adaptar a inúmeras situações, o atendimento intensivo é a modalidade terapêutica mais importante e amplamente aceita para esse ambiente (Washton, 1998); em primeiro, porque permite que os pacientes se tratem sem sair de sua comunidade, mantendo seus vínculos afetivos, estudantis e / ou profissionais; em segundo porque a equipe multidisciplinar encarregada dos casos não apenas se preocupa com a meta da abstinência, mas também com os fatores de risco e as barreiras que ameaçam o seu alcance (Washton & Stone-Washton, 1993). Desse modo, o tratamento ambulatorial também funciona como um espaço de treinamento e consultoria para a resolução dos problemas do paciente.

Princípios gerais do atendimento

Alguns princípios norteiam a prática em saúde mental nessas unidades (Quadro 1). Além dos preconizados para qualquer ambiente de tratamento, como fácil acesso, utilização de abordagens motivacionais e adaptação às necessidades do paciente, o ambulatório intensivo preocupa-se especialmente com a adesão e permanência de seus pacientes (*retention*), bem como com a reconstrução de seus vínculos afetivos e de sua integração social (SAMHSA, 2006).

Quadro 1: Os 14 princípios do tratamento ambulatorial intensivo

7. Um modelo de atenção disponível para um amplo espectro de indivíduos.
8. Acesso direto e acolhedor.
9. Utilização de estratégias de motivação visando à adesão e permanência do paciente.
10. Construção de uma aliança terapêutica a partir do estabelecimento de vínculos de confiança entre o profissional da saúde e o paciente.
11. A permanência do paciente é o objetivo prioritário.
12. Investigação das necessidades do paciente e adequação do serviço de tratamento a elas.
13. Cuidados e intervenções devem ser providos dentro de um plano de tratamento de longo prazo, ajustado às necessidades do paciente.
14. Monitoramento da abstinência.
15. Auxílio à integração dos pacientes em grupos de apoio social.
16. Medicamentos para o manejo do uso de substâncias psicoativas e / ou de comorbidades devem ser prescritos quando indicados.
17. Abordagens educativas sobre dependência e recuperação voltadas tanto para o paciente, quanto sua família.
18. Membros da família e de grupos de convívio do paciente devem ser incluídos.
19. Apenas os materiais de orientação e treinamento baseados em evidência científica devem ser utilizados.
20. A administração do programa deve ser sempre avaliada e melhorada.

Fonte: SAMHSA, 2006

Frequência e duração dos cuidados

Geralmente, os pacientes que freqüentam o ambulatório intensivo têm atividades agendadas de 3 – 5 vezes por semana (NHS, 2006; SAMHSA, 2006), podendo essas serem fixas – como grupos tradicionalmente marcados para alguns horários – ou adequadas segundo a conveniência do paciente – psicoterapia e terapia ocupacional individuais (NHS, 2006). Em relação ao tempo, a *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) considera que um ambulatório intensivo deve oferecer pelo menos nove horas semanais de atividade, com duração mínima de noventa dias (SAMHSA, 2006).

Estrutura do tratamento

O ambulatório é o espaço mais comumente associado à implementação do *plano de tratamento*. A elaboração do plano também é realizada nesse ambiente, mas muitas vezes começa a ser feita antes, durante a internação breve para desintoxicação ou durante a longa, em clínicas ou comunidades terapêuticas. Aspectos relacionados ao plano de tratamento, tais como as estratégias para permanência do pacientes utilizadas, a intensidade do tratamento, a natureza das intervenções oferecidas e o papel do profissional de referência foram descritos no capítulo 2: “O Plano de Tratamento”.

A *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), a agência governamental estadunidense encarregada de pesquisar, produzir e disseminar conhecimento, protocolos e práticas cientificamente embasadas para o tratamento da dependência química, divide a rotina terapêutica dos ambulatórios intensivos em quatro estágios (Quadro 2). A estrutura do atendimento, inicialmente mais intensiva e envolvendo mais profissionais e serviços vai paulatinamente se tornando mais esporádica e centrada na figura do *profissional de referência*, conforme o usuário vai recuperando sua autonomia e redes de apoio social. Essa maneira de conceber e funcionar dos ambulatórios intensivos também é corroborada por outras agências de tratamento (NHS, 2006).

Quadro 2: Estágios do tratamento ambulatorial intensivo

PRIMEIRO ESTÁGIO – Engajamento

O objetivo desse estágio é aderir o paciente ao tratamento, auxiliando-o na resolução de crises vigentes, envolvendo a ele e sua família na construção do plano de atendimento. Essa fase pode durar de dias a semanas. É uma fase de intenso trabalho de avaliação – da dependência, motivacional, clínica & psiquiátrica – incluindo DST-AIDS – dos fatores de proteção e risco e cognitiva. Também é o momento de avaliar a rede social de apoio e buscar as compensações para as carências e pontos de vulnerabilidade.

SEGUNDO ESTÁGIO – Melhora inicial

A manutenção da abstinência alcançada é o objetivo central, ao lado do apoio às mudanças no estilo de vida implementadas pelo paciente, identificação de situações de risco e evitação de estímulos, resolução de problemas pessoais, tais como encaminhamentos médicos, moradia e/ou conflitos pessoais, e participação em grupos de autoajuda. A frequência ao ambulatório nas duas primeiras fases vai de 3 – 5 vezes por semana. Testes de drogas na urina podem favorecer a abstinência nessa fase, desde que realizados em comum acordo.

TERCEIRO ESTÁGIO – Manutenção

Esse estágio, marca o começo da redução das atividades ambulatoriais, que passa a funcionar como um ambulatório tradicional, com consultas acontecendo uma ou duas vezes por semana. O objetivo agora é consolidar a abstinência, melhorar o funcionamento psicossocial e a qualidade dos relacionamentos, fazer o treinamento de habilidades, acessar outras áreas problemáticas, muitas vezes aparentemente não relacionadas à dependência de substâncias psicoativas. Além disso, deve-se proteger os ganhos conquistados – por exemplo, moradia, reaproximações com parentes e amigos específicos, emprego, etc. Testes de drogas na urina podem favorecer a abstinência, desde que realizados em de comum acordo. Essa fase pode durar meses ou anos.

QUARTO ESTÁGIO – Continuidade dos cuidados em ambiente comunitário

O objetivo agora não é apenas o de manter a abstinência, mas também as mudanças no estilo de vida alcançadas. O paciente deve ganhar autonomia em relação ao programa de tratamento paulatinamente, ao mesmo tempo em que demonstra estar ligado a redes de suporte social consistentes e estáveis; possuir conexões com grupos de amigos e familiares que o apóiam e lhe provêm auxílio; e ter estabelecido novos interesses e fontes de autonomia. Esse estágio se estende por anos e não tem prazo para terminar.

Fonte: SAMHSA, 2006

Atividades oferecidas

O ambulatório intensivo oferece uma série de atividades aos usuários de substâncias psicoativas (SAMHSA, 2006) (Quadro 3). Além disso, é capaz de dar orientação e de favorecer a aproximação entre o usuário e sua família, por meio de grupos de orientação e educação sobre drogas voltados para pais, cônjuges e filhos; de encaminhar os familiares dos pacientes para serviços médicos e/ou psicológicos; ou de realizar encontros periódicos entre os profissionais, o paciente e sua família, para avaliar do andamento das atividades – sempre com o consentimento prévio do paciente – a aumentar a ligação entre ambos (SAMHSA, 2006). De acordo com os capítulo 2, “O plano de tratamento” e capítulo 15,

“Reabilitação psicossocial e gerenciamento de caso”, o *profissional de referência* é o responsável pela condução das atividades e na integração dos diferentes profissionais e serviços envolvidos.

Quadro 3: Atividades oferecidas pelos ambulatórios especializados com atividades intensivas

Grupos de diversas modalidades – de apoio, psicoeducativas, de prevenção da recaída, além de outros.

Abordagens psicossociais individuais de natureza motivacional, cognitivo-comportamental ou de apoio.

Programas educativos e preventivos, incluindo abordagem de comportamentos sexuais de risco / DST-AIDS

Farmacoterapia

Monitoramento do consumo de substâncias psicoativas / teste de drogas

Manejo de caso

Cobertura 24 horas para o manejo de crises

Psicoterapia individual

Treinamento vocacional

Associação com outras estruturas de apoio para encaminhamento: moradia-assistida, educação, transporte, apoio aos cuidados com os filhos / crianças, grupos de apoio comunitários, como organizações sociais (OS) baseadas na comunidade, igrejas, etc.

Fonte: SAMHSA, 2006

Lapsos e recaída no ambiente ambulatorial

O lapso é uma intercorrência comumente encontrada durante o tratamento da dependência química, especialmente quando esse acontece em ambiente ambulatorial, constituindo assim um de seus grandes desafios (Edwards *et al.*, 2005). *Lapsos são retornos pontuais ao consumo, seguidos por períodos estáveis de abstinência* (APA, 1994). Nesses casos, apesar de comprometerem a credibilidade do paciente, junto a família e a si próprio, como alguém capaz de se tornar e se manter abstinente, não costumam cursar com prejuízos concretos. Uma parte dos pacientes, porém, pode evoluir para a *recaída*, ou seja, *a retomada ou a reinstalação do comportamento de consumo anterior* (APA, 1994), situação obviamente indesejada e comprometedora todo o esforço terapêutico implementado.

Dessa forma, o lapso não apenas põe em xeque a motivação e a convicção dos pacientes em relação à abstinência, como os fazem questionar a capacidade e a eficácia do tratamento para a conclusão desse objetivo. Muitos deles, envergonhados ou desacreditados, simplesmente deixam de comparecer às consultas, principalmente porque os lapsos são mais freqüentes nas primeiras semanas, quando o vínculo terapêutico ainda não está bem estabelecido (Miller & Rollnick, 2001). O sentimento de fracasso também atinge igualmente a família, que reage ora com desesperança, ora sentindo-se traída pelo que costuma interpretar como 'promessas de abstinência em vão' do paciente (Edwards *et al.*, 2005).

Desse modo, faz parte do tratamento desenvolver o mais rápido possível um plano de prevenção da recaída com o paciente e seus familiares (NHS, 2006; SAMHSA, 2006). Inicialmente, evitar estímulos, privilegiando a permanência no ambiente domiciliar é a melhor estratégia (Conde *et al.*, 2005). Em seguida inicia-se uma exposição gradual às situações de risco, principalmente quando o paciente e a família passam a ficar mais atentos e capazes de identificar e antever os "gatilhos" que conduzem os pacientes de volta ao consumo. A equipe de saúde deve monitorar o paciente com o intuito de antecipar às situações de risco – por exemplo, preocupando-se ativamente com faltas, atrasos ou piora do desempenho e da participação dos pacientes nas sessões; ou alertando-os, de forma empática e direta, sempre que se notar aumento da irritabilidade ou da impulsividade entre eles (Ribeiro *et al.*, 2005). O teste de drogas pode ser utilizado com uma forma de monitoramento, especialmente quando o paciente o considera um aliado, não um perseguidor que deve ser despistado a todo custo (Stitzer *et al.*, 2007).

Por fim, é importante que haja um planejamento da equipe ambulatorial para os momentos de recaída (SAMHSA, 2006). A detecção e intervenção rápida é a melhor estratégia. Dessa maneira, o paciente deve ser prontamente contatado quando falta a uma sessão e a família, orientada a procurar o serviço quando houver indícios de que o paciente voltou a consumir alguma droga. O efeito de violação da abstinência – vide o capítulo 12: "Prevenção da recaída e treinamento de

habilidades sociais” – deve ser um foco de preocupação por parte da equipe. Não há consenso sobre o quando se deve informar ao paciente e sua família que o lapso é um evento freqüente no tratamento, atingindo 70% dos usuários nos primeiros noventa dias e quase 90%, no primeiro ano (Ribeiro *et al.*, 2005). De qualquer forma, o paciente deve receber uma mensagem clara e acolhedora acerca do interesse real da equipe por ele, isento de julgamentos e impassível de sofrer abalos decorrentes de lapsos ou recaídas (Miller & Rollnick, 1999).

Eficácia do ambulatório especializado para o tratamento da dependência de cocaína / crack

O ambulatório é um serviço eficaz para o tratamento da dependência de cocaína. Um estudo com usuários de substâncias psicoativas (n=10.010) de diversos serviços de saúde (n=96) e cidades dos Estados Unidos (n=11), observou que a maior redução na prevalência do consumo de cocaína um ano depois do término estava associada à permanência em tratamento ambulatorial (Hubbard *et al.*, 2003). Da mesma forma, um estudo britânico acompanhou por seis meses os usuários de heroína e crack (n=14.6560) de diversos serviços ambulatoriais (n=816) e observou uma redução no consumo de ambas as drogas frente à aplicação de intervenções psicossociais e farmacoterapia (Marsden *et al.*, 2009). Em outro estudo, um serviço de atendimento comunitário estadunidense ofereceu tratamento ambulatorial intensivo para um grupo de usuários de cocaína e crack (n=151) (Campbell *et al.*, 1998). A duração do programa era de dois anos, dividido em três fases, com redução progressiva da intensidade de cuidados até chegar ao planejamento dos cuidados pós-tratamento e à alta. Os autores observaram melhora nos índices de gravidade da dependência – conforme a pontuação na *Addiction Severity Index* (ASI) –, bem como dos transtornos mentais associados, entre esses a esquizofrenia e a depressão maior.

Outros estudos longitudinais, no entanto, demonstram que modalidades menos intensivas, como o atendimento individual uma vez por semana, produzem resultados semelhantes em termos de abstinência e melhora do desempenho

social, especialmente quando se compararam pacientes com alto grau de motivação para o tratamento (Weinstein *et al.*, 1998). O ambulatório intensivo é um serviço de saúde dispendioso, devido ao nível elevado de especialização de sua equipe e ao tempo que disponibiliza para cada paciente. Desse modo, deve se restringir aos pacientes com padrões mais graves de dependência, com problemas médicos e psiquiátricos associados e com menor apoio social, mas que talvez ficasse ainda mais debilitado caso o paciente fosse internado (McLellan *et al.*, 1998).

Os Centros de Apoio Psicossociais – Álcool e Drogas (CAPS-AD)

O Brasil possui ambulatórios especializados para o tratamento da dependência química há mais de duas décadas (Castel & Malbergier, 1989; Nery-Filho *et al.*, 1989; Passos & Camacho, 1998; Figlie *et al.*, 2001). Inicialmente, essas unidades existiam apenas nos grandes centros urbanos, quase sempre vinculadas às universidades, servindo também como instrumento de pesquisa para o tratamento da dependência química (Figlie *et al.*, 1999; Jungerman *et al.*, 2000), mas com capacidade reduzida para satisfazer as demandas de saúde pública da população em geral. Naquela ocasião, os pacientes eram atendidos em ambulatórios de saúde mental ou internados em hospitais psiquiátricos gerais, cuja a estrutura era voltada para pacientes com transtornos do humor ou esquizofreniformes, deixando esses pacientes completamente desassistidos pelo poder público.

A partir do início dos anos 2000, o Ministério da Saúde normatizou as diretrizes para a criação e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD) (Brasil, 2002). Segundo esta portaria, o CAPS é um serviço de atenção ambulatorial diária totalmente voltado ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. O serviço está indicado para municípios com mais de 70 mil habitantes, com funcionamento nos dias úteis, das 08 às 18 horas. Além de ser uma unidade terapêutica especializada, também é responsável pelo gerenciamento da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas de sua região. Ele está incumbido, ainda, da supervisão e da capacitação das

equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais. Os CAPS possuem equipe multidisciplinar e opções diversificadas de serviços, que os colocam em uma posição intermediária entre o ambulatório exclusivamente dedicado ao atendimento clínico e as unidades comunitárias ou hospitais-dia (Quadro 4).

Quadro 4: Estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD)		
Características	Atividades assistenciais	Equipe técnica
* serviço ambulatorial de atenção diária	* atendimento individual (clínico, psicológico,...)	* 01 médico psiquiatra
* acompanhamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo	* atendimento em grupos (psicoterapia, suporte,...)	* 01 enfermeiro com formação em saúde mental
* funcionamento das 8 às 18h, com um terceiro turno opcional até às 21h	* oficinas terapêuticas	* 01 médico clínico
* Dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso	* visitas e atendimentos domiciliares	* 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
* organizador da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas	* atendimento à família	* 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
* regulador da porta de entrada da rede assistencial local	* atividades comunitárias	
* supervisor de serviços de atenção a usuários de drogas	* os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.	
* supervisor e capacitador das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local	* atendimento de desintoxicação	

Fonte: Brasil – Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

Recentemente, foram criados os CAPS-AD 24 horas, que além dos serviços disponibilizados e das responsabilidades de gestão realizadas pelo CAPS-AD regular, funciona diariamente de modo ininterrupto, inclusive nos feriados e finais de semana. Esse tipo de equipamento de saúde está indicado para municípios com 200mil habitantes ou mais (Brasil, 2010).

Os CAPS-AD representaram um avanço inquestionável para o tratamento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (CREMESP, 2010).

No entanto, esse serviço altamente especializado e dotado de especificidades não é suficiente e eficaz para tratar todas as necessidades dos dependentes químicos. Desse modo, excetuando-se os pacientes com indicação para esse modelo de atendimento, ficam de fora os usuários refratários às abordagens ambulatoriais, bem como os casos de gravidade moderada, que necessitam mais de equipamentos de apoio psicossocial, do que de supervisão especializada. Além disso, uma parte considerável da rede atual de CAPS ainda possui precariedades marcantes, tais como inexistência de retaguarda para internação psiquiátrica ou emergências médicas, falta de integração com outros serviços de apoio social, ausência de capacitação profissional e insuficiência do quadro pessoal (CREMESP, 2010). Desse modo, há necessidade de aprimoramento desse modelo de tratamento e de criação de outros equipamentos de saúde, uma vez que as demandas dos pacientes são melhor atendidas quando diferentes ambientes de tratamento são combinados numa rede de serviços de atendimento.

Referências

APA – American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 1994.

Brasil – Portaria n.º 336/GM. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [Publicado no Diário Oficial da União; 2002 Fev 19].

Brasil - Portaria nº 2.841. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Publicado no diário Oficial da União; 2010 Set 21].

Campbell J, Gabrielli W, Laster LJ, Liskow BI. Eficácia do tratamento intensivo em ambulatório do abuso de substâncias. J Addict Dis [edição portuguesa] 1998; 2(2): 43-53.

Castel S, Malbegier A. Farmacodependências: estudo comparativo de uma população atendida em serviço especializado: 1984-1988. Rev ABP-APAL 1989; 11(3): 126-32.

Conde IL, Ustárrroz JT, Landa N, López-Goñi JJ. Deshabituação de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. Adicciones 2005; 17(2): 121-9.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo – uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade. São Paulo: CREMESP; 2010.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Ambientes de tratamento, papéis profissionais e organização de serviços de tratamento. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: ARTMED; 2005.

Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. J Bras Psiquiatr 1999; 48(10): 471-8.

Figlie NB, Pillon SC, Castro AL, Laranjeira R. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. J Bras Psiquiatr 2001; 50(5/6): 169-179.

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 Ocomunidade terapêutica;25(3):125-34.

Jungerman FS, Almeida RAM, Laranjeira R. Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. J Bras Psiquiatr 2000; 49(3):61-8.

Marsden J, Eastwood B, Bradbury C, Dale-Perera A, Farrell M, Hammond P, Knight J, Randhawa K, Wright C; National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group. Effectiveness of community treatments for heroin and *crack* cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Lancet*. 2009 Oct 10;374(9697):1262-70.

McLellan T, Hagan TA, Meyers K, Randall M, Durell J. Tratamento “intensivo” em ambulatório do abuso de substâncias: comparação com o tratamento em ambulatório “tradicional”. *J Addict Dis [edição portuguesa]* 1998; 2(2): 85-111.

Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para mudanças de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Nery-Filho A, Oliveira AJMMP, Farias AMN, Lima CTS, Tavares LAL, Costa MHP, Araújo MA, Barbosa MM, Carrera SMO. A experiência da Bahia -1985/1988. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. In: Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas; 1988; São Paulo. Anais. São Paulo: Departamento de Psicobiologia – Universidade Federal de São Paulo; 1989. p.39-64.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. London: DH; 2006. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Passos SRL, Camacho LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas (NEPAD – UERJ). *Rev Saúde Pub* 1998; 32(1): 64-71.

Ribeiro M, Laranjeira R, Messas GP. Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas. In: Lopes AC [editor]. *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo; Roca; 2005 Páginas 2491 - 2501

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment – quick guide for clinicians based on TIP 47. Baltimore: NIH/SAMHSA; 2006.

Stitzer ML, Petry N, Peirce J, Kirby K, Killeen T, Roll J, Hamilton J, Stabile PQ, Sterling R, Brown C, Kolodner K, Li R. Effectiveness of abstinence-based incentives: interaction with intake stimulant test results. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Oct;75(5):805-11.

Washton AM. Evolução do tratamento intensivo em ambulatório (TIA) como uma modalidade de tratamento “legítima”. *J Addict Dis [edição portuguesa]* 1998; 2(2): 21-7.

Washton AM, Stone-Washton N. Outpatient treatment of cocaine and *crack* addiction: a clinical perspective. *NIDA Res Monog* 1993; 135: 15-30.

PARTE II: Centro de Apoio Psicossocial-Álcool e drogas (CAPS-AD) – Novas Tecnologias para a “Cracolândia” (São Paulo/SP): um Modelo Terapêutico de Transição

Ana Cecília Petta Roselli Marques, Maria Aparecida Ranieri & Ronaldo Laranjeira

Introdução

A cocaína e o *crack* são consumidos por 0,3% da população mundial, cuja maior parte está nas Américas¹. A cocaína ressurgiu no Brasil nos últimos vinte anos^{2,3}. Desde lá, novos padrões de consumo e apresentações da substância foram introduzidos, assim como atingiu todos os segmentos sociais, o que aumentou, conseqüentemente, a busca por tratamento^{4,5,6}. No início da difusão do *crack*, os meninos em situação de rua e os usuários de drogas injetáveis (UDIs) eram seus principais adeptos⁷. Logo a seguir, cerca de 2% dos estudantes brasileiros já usavam cocaína pelo menos uma vez na vida (a terceira substância ilícita mais utilizada) e 0,2%, o *crack*⁸. A população de usuários era jovem, com predomínio de 20 a 30 anos⁹. Nos últimos 10 anos, segundo os relatórios internacionais, triplicou o número de usuários no Brasil¹⁰.

Em função da dificuldade na detecção precoce, na busca por tratamento e na adesão, um Modelo Terapêutico de Transição Baseado em Evidências Científicas (MTBEC) foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) Centro, por ser este o serviço especializado mais próximo da “Cracolândia”, localizada na região central do município de São Paulo, com gestão mista da Prefeitura Municipal de São Paulo e Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Princípios fundamentais foram levados em consideração para o desenvolvimento do MTBEC, e entre eles destacam-se¹¹:

- O paciente e sua família têm direito à universalidade, equidade e integralidade dos cuidados, por meio das melhores práticas, baseadas em evidências científicas e ajustadas à realidade e aos recursos locais.

- A dependência de drogas é uma doença crônica, determinada por fatores biopsicossociais, porém tratável, e deve ser abordada em todos esses determinantes, por equipe multidisciplinar, que deve conduzir o paciente a um processo de desintoxicação, a fim de que seja elucidado seu diagnóstico e ele possa participar ativamente do planejamento de seu projeto terapêutico individualizado.
- Cada paciente deve ter, além de um tratamento fundamentado nas suas necessidades, a pesquisa de outras morbidades, muito comumente associadas, e, portanto, uma rede assistencial ampla e diversa deve ser acessada facilmente após os primeiros cuidados especializados.

Os primeiros resultados, obtidos nos 10 meses de aplicação do MTBEC (de fevereiro a dezembro de 2009) foram:

- Do perfil epidemiológico: dentre os 984 pacientes que buscaram o serviço, 48% eram dependentes de cocaína, o triplo dos anos anteriores (2007 e 2008), e, entre eles, 68% (314) eram usuários de *crack*. A maior parte da amostra total (72%) era constituída por homens poliusuários, mas detectou-se um número de mulheres 2 vezes maior que nos anos anteriores no mesmo serviço. A idade média da amostra foi de 32,3(dp3) – antes 39(dp2) –, homens solteiros, escolarizados (apenas 5% eram analfabetos), sendo que aproximadamente 1/3 estava morando com os familiares.

- Do modelo: no primeiro trimestre do MTBEC a acessibilidade ao tratamento triplicou, avaliada pelo número de casos novos/mês (de 40 chegou a 130) e pelo número de atendimentos/mês (de 300 chegou a 1003). A média de casos novos/dia foi de 15,9 (antes 1,3). A grande maioria dos pacientes (94%) relatou sobre a expectativa de obter a abstinência com o tratamento; 92% consideraram o tratamento entre bom e ótimo, mas apenas 15% permaneceram aderidos à fase 1 (desintoxicação, estabilização e diagnóstico), 3% foram encaminhados para internação em enfermarias especializadas de Hospitais Psiquiátricos e 1% dos pacientes foram encaminhados para uma Comunidade Terapêutica, que, integrada à rede assistencial, era supervisionada pela equipe do CAPSad.

- Da gestão e da equipe: a autonomia conferida à supervisão pela parceria foi um fator essencial para o desenvolvimento do MTBEC, associada ao fato de que foi possível completar a equipe para o trabalho em dois turnos de 6 horas. Todos os profissionais foram treinados para aplicar o MTBEC, adaptaram-se rapidamente ao modelo e o consideraram factível. A boa avaliação foi recíproca, tanto da gestão, como da equipe.

Estudos em população clínica mostram que a busca por tratamento entre os usuários de *crack* parece ser mais precoce e aquela que mais aumentou nos últimos anos, em comparação aos de cocaína intranasal¹². Os pacientes que utilizam *crack* são poliusuários, mais frequentemente usam o álcool, o tabaco e a maconha, o mesmo perfil encontrado em ambulatórios e na comunidade: homens jovens, desempregados, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de drogas injetáveis e comportamento sexual de risco^{13,14,15}. O perfil encontrado neste estudo apresentou algumas diferenças quanto à faixa etária, ao gênero, à escolaridade e à situação familiar.

O dependente de *crack* é um paciente de difícil adesão ao tratamento, que exige abordagens mais intensivas¹⁶. Fatores que dificultam o acesso ao tratamento são o não reconhecimento do uso como um problema, o preconceito, assim como a dificuldade para conseguir este acesso¹⁷. Entre os fatores que promovem melhor adesão, foram observados: a farmacoterapia, o encaminhamento a grupos de ajuda mútua, o atendimento às mães e familiares e o atendimento médico geral¹⁸. Na amostra estudada observou-se um número muito maior de usuários buscando e iniciando o tratamento, assim como um aumento da adesão, em comparação ao modelo anterior. Práticas mais ajustadas às necessidades locais foram desenvolvidas, como a entrada imediata, uma equipe de crise para o pronto atendimento, a adaptação do formato semi-intensivo para desintoxicação rápida e prevenção de recaída, a inclusão da família desde o início da intervenção e a criação de uma rede com recursos formais e informais.

Considerando as evidências apontadas, faz-se necessário que os CAPSad reestruturem o formato de atendimento e o modelo de intervenção. Sugere-se que a supervisão e o treinamento da equipe sejam permanentes e que as intervenções sejam baseadas em evidências científicas adaptadas aos recursos do Sistema Único de Saúde, com articulação dos recursos disponíveis. Na vigência do aumento do consumo do *crack*, enfermarias especializadas devem ser criadas nos diferentes ambientes hospitalares, pois os CAPSad não estão preparados para cuidar da intoxicação e da síndrome de abstinência de cocaína/*crack*, quadros graves, cujos protocolos ainda não estão disponíveis, contribuindo para o abandono e confirmando a necessidade de uma mudança urgente do modelo assistencial para a dependência no Brasil.

Referências

1. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. Available from: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.
2. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. Rev ABP-APAL. 1993; 15(4):121-7.
3. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso do “*crack*” em São Paulo: fenômeno emergente? Rev ABP-APAL. 1994; 16(2):75-83.
4. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine: profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. Substance Use & Misuse. 1999; 34(11):1527-48.
5. Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP. *Crack* cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. Subst Use Misuse 1996; 31(4):519-27.

6. Ferri CP. Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999. 165 p.
7. Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend.* 2001; 63(1):79-85.
8. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1ª e 2ª graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 2004.
9. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (CEBRID/ SENAD); 2005.
10. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2009. Available at: www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2009/June/global-coverage-of-the-world-drug-report-2009.html
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment – a research-based guide. Second Edition. Baltimore: NIDA/NIH; 2009.
12. Nappo SA, Galduroz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs.* 2001; 33(3): 241-53.
13. Ribeiro M. Seguimento de cinco anos com usuários de *crack*: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005. 83 p.

14. Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young *crack* cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2004; 99(9):1133-5.
15. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):545-57.
16. Passos SRL. Fatores associados ao abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas entre pacientes de um centro de referência no Rio de Janeiro [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1996. 130 p.
17. Ferri CP, Gossop M, Rabe-Hesketh S, Laranjeira R. Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction*. 2002; 97:825-32.
18. Campbell J, Gabrielli W, Laster LJ, Likow BI. Eficácia do tratamento em ambulatório do abuso de substâncias. *J Addict Dis [Ed Port]*. 1998; 2(2): 43-54.

Hospital-dia

Lilian Ribeiro Caldas Ratto, Luciane Ogata Perrenoud & Marcelo Ribeiro

Introdução

Os serviços de internação parcial para dependência química, entre os quais se encontra o hospital-dia, são equipamentos de saúde altamente estruturados, baseados na comunidade e com inúmeras possibilidades de atuação (Schene *et al.*, 1988; NHS, 2002). Há duas modalidades de hospital-dia mais recorrentes, que podem aparecer isoladas ou combinadas: (1) programas de atenção que visam a apoiar e potencializar tratamentos psiquiátricos e psicológicos ambulatoriais em andamento e (2) centros que oferecem todo o tratamento de forma estruturada (Marshall *et al.*, 2001).

De qualquer forma, o hospital-dia possui propostas terapêuticas objetivas, bem definidas e limitadas no tempo, quase sempre e indissolavelmente voltadas tanto para o tratamento das complicações clínicas relacionadas ao consumo de substâncias e quanto para a reabilitação psicossocial do paciente (NHS, 2002). As abordagens são habitualmente intensivas, 4 – 5 vezes por semana, mas propostas intermediárias ou ‘quase-ambulatoriais’, especialmente nos períodos de transição e término, podem ser encontradas (Ribeiro, 2010).

Tecnicamente, trata-se de um serviço de transição, podendo funcionar como uma opção mais intensiva em relação ao atendimento ambulatorial ou menos em relação à internação hospitalar. Sendo assim, sua natureza intermediária coloca-o constantemente em o risco de subutilização, tendo em vista o desconhecimento de suas indicações e à cultura arraigada de internação integral (Raimundo *et al.*, 1994). Apesar disso, o hospital-dia tem trazido boas propostas para o tratamento de pacientes dependentes químicos que necessitam de uma supervisão mais constante, oferecendo um programa similar ao hospitalar, porém com menos restrições (Ferigolo *et al.*, 2007). Alguns requisitos para o funcionamento eficaz do hospital-dia é estar integrado a um sistema organizado de atenção emergencial ou de internação integral (Raimundo *et al.*, 1994).

Hospital-dia e dependência química

Objetivos

A principal função do hospital-dia é aliar a existência de um ambiente protegido e propício à abstinência com atividades capazes de melhorar o desempenho individual e social do paciente (Quadro 1). O ambiente permite, ainda, a desintoxicação de casos leve / moderados, a avaliação detalhada e precisa do diagnóstico psiquiátrico e psicossocial do indivíduo e atividades de prevenção da recaída, tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas e solução de complicações sociais.

Quadro 1: Objetivos do hospital-dia no tratamento da dependência química

14. Melhorar o funcionamento social e reabilitação comunitária
15. Desenvolvimento de habilidades sociais e de metas educacionais e vocacionais
16. Independência pessoal e responsabilidade – possibilitando ao usuário cultivar e manter suas redes de suporte social e familiar durante o tratamento.
17. Conseguir resultados em diversos campos da vida – saúde física e mental, funcionamento social etcétera.
18. Manejo clínico de casos com complexidade moderada / grave, mas que possuem apoio familiar / amigos capaz de cooperar com a abordagem intensiva do hospital-dia.

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Indicações

As populações atendidas nesse serviço são dependentes que possuem capacidade para se manter abstinente por períodos curtos de tempo, podendo ser indicado para pacientes com história de desistência do tratamento ambulatorial ou de recaída imediata após hospitalização (Ferigolo *et al.*, 2007). Outros grupos que podem se beneficiar desse equipamento são os pacientes em crises agudas (manejo de abstinência), adolescentes, mulheres, pacientes com comorbidades psiquiátricas (depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia)

(Ribeiro, 2010). O sistema também é ideal para usuários de drogas injetáveis que necessitam de cuidados intensivos (Pechansky *et al.*, 2001). A necessidade de abordagens intensivas para o usuário de estimulantes, entre esses de *crack*, levou à criação de hospitais-dia específicos para esses pacientes (NHS, 2002).

Equipe de atendimento e atividades oferecidas

O hospital-dia é um ambiente multidisciplinar por excelência e para muito além da área da saúde, por se preocupar igualmente com o tratamento clínico e com a reabilitação psicossocial (Ribeiro, 2010). As atividades possíveis em hospital-dia são: atividades recreativas, tomada de medicação supervisionada, grupos terapêuticos (motivação e prevenção de recaída), orientação para atividades rotineiras instrumentais de vida diária (Quadro 2). Grupos de auto-ajuda e aconselhamento baseado nos doze passos também podem ser combinados dentro ou fora desse ambiente de tratamento (Witbrodt *et al.*, 2007).

Quadro 2: Programas comumente oferecidos pelos hospitais-dia.

1. Aconselhamento, trabalho em grupo e atividades suportivas
2. Aconselhamento e grupos de auto-ajuda
3. Informação sobre comportamento de risco e sexo seguro
4. Terapias complementares – acupuntura, arteterapia, etcétera
5. Educação – parceria com escolas, reforço escolar, aprendizado vocacional
6. Treinamentos – cognitivos, vocacionais
7. Emprego – apoio ao paciente na busca e manutenção do trabalho
8. Apoio à moradia

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Eficácia do hospital-dia no tratamento da dependência de cocaína / crack

Há poucos estudos sobre a eficácia desse ambiente de tratamento para a dependência química e ainda menos no que se refere ao *crack*, o que impede qualquer afirmação conclusiva e consensual sobre o tema. Considerando os

estudos com pacientes psiquiátricos não-dependentes de substâncias psicoativas, o hospital-dia se mostra uma opção tão eficaz quanto a internação e o ambulatório, sendo mais barato que a primeira e mais caro que o segundo (Marshall *et al.*, 2001).

Para dependentes químicos em geral, o sistema de hospital-dia parece ser tão eficaz quanto a internação prolongada (Witbrodt *et al.*, 2007), trazendo a vantagem da não exclusão do indivíduo de seus grupos sociais (Kerr-Correa *et al.*, 1994). Apesar de não se passar em hospitais-dias, um estudo com usuários de substâncias psicoativas (n=1939) de vários serviços ambulatoriais e de internação (n=36) da Califórnia (EUA) observou que as abordagens intensivas e consideradas satisfatórias pelos pacientes apresentaram os melhores índices de retenção e conclusão por esses (Hser *et al.*, 2004).

Um estudo de seguimento comparou usuários de *crack* em tratamento ambulatorial (n=39) e em hospital-dia (n=40) e observou que apesar da preferência pelo segundo, não houve diferença nos índices de abstinência três meses depois. No entanto, ambos os grupos receberam premiações pelo período em abstinência, o que provavelmente contribuiu para igualar os resultados (Marlowe *et al.*, 2003). Outro estudo com usuários de cocaína (n=111) em tratamento internado e em hospital-dia constatou que a taxa de adesão foi maior entre os pacientes internados. Sete meses depois, porém, ambos os grupos obtiveram o mesmo padrão de melhora, no que se refere ao consumo, funcionamento social e problemas físicos. O custo do tratamento em hospital-dia foi 40 – 60% menor do que a internação (Alterman *et al.*, 1994).

Discussão

Apesar de o hospital-dia ser uma proposta intermediária ao tratamento de internação integral e do sistema ambulatorial, o mesmo possui especificidades, oferecendo um ambiente favorável para avaliações diagnósticas amplas e detalhadas, especialmente do paciente grave, que necessita de tratamento coordenado, intensivo e multidisciplinar.

O hospital-dia é indicado para todo indivíduo que necessita de supervisão contínua ou para aqueles com falta de motivação para a abstinência ou recaídas freqüentes, incluindo os que não possuem um ambiente familiar e social favoráveis, ou ainda com habilidades sociais comprometidas. Por fim, constitui um ambiente propício ao tratamento quando há presença simultânea de fatores de risco que ameaçam constantemente ou impedem a abstinência em ambiente ambulatorial não-intensivo e de fatores de proteção, por exemplo o trabalho ou convívio com pessoas estruturantes, que não podem ser simplesmente suprimidos por uma internação.

Referências

Alterman AI, O'Brien CP, McLellan AT, August DS, Snider EC, Droba M, Cornish JW, Hall CP, Raphaelson AH, Schrade FX. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *J Nerv Ment Dis.* 1994 Mar;182(3):157-63.

Ferigolo M. Centros de atendimento da dependência química. Porto Alegre: Editora AAPEFATO. 152p; 2007.

Kerr-Corrêa F, Rossini MGC, Bergamo MLN, Levy MB, Ribeiro MBS, Fortes SMD. O hospital-dia de Botucatu-UNESP: uma experiência de 12 anos. *Rev ABP-APAL* 1994; 16(3): 89-93.

Hser YI, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatr Serv.* 2004 Jul;55(7):767-74.

Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS, Merikle EP, Tran GQ, Platt JJ. Day treatment for cocaine dependence: incremental utility over outpatient counseling and voucher incentives. *Addict Behav.* 2003 Mar;28(2):387-98.

Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D, Bond GR, Huxley P, Tyrer P. Systematic reviews of

the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess.* 2001;5(21):1-75.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Pechansky F *et al.*. Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de Rede Social. *Cad Saude Publica* 2001, 17(1): 195-204.

Raimundo AMG, Banzato CEM, Santos VA, Palmieri TC. Hospital-dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos de literatura. *J Bras Psiquiatr* 1994; 43(4):205-11.

Ribeiro M. Organização de serviços de tratamento para dependência química: parte I – o estrutural – enquadre terapêutico. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010.

Schene AH, Lieshout PAHV, Mastboom JCM. Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:515-22.

Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D, Moore C. Day hospital and residential addiction treatment: randomized and nonrandomized managed care clients. *J Consult Clin Psychol.* 2007 Dec;75(6):947-59.

Enfermaria especializada

Sérgio Duailibi & Marcelo Ribeiro

Introdução

A enfermaria especializada é um serviço voltado para o atendimento de pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas, construída e organizada a partir da necessidade de avaliação, acompanhamento médico - vinte e quatro horas por dia - e trabalho multidisciplinar intensivo, incluindo atividades ocupacionais, de desenvolvimento de redes sociais e de prevenção da recaída (NHS, 2002).

Habitualmente, tais enfermarias têm programas específicos, equipe especializada em dependência química, tempo previamente determinado de internação e protocolos de encaminhamento específicos (Sousa & Oliveira, 2010). Desse modo, representam alternativas aos hospitais psiquiátricos tradicionais, pois evitam internações prolongadas, que aumentam o risco de isolamento e perda de habilidades, de vínculos sociais e de cidadania (Ferreira *et al.*, 2005).

Enfermarias especializadas: um desafio

As enfermarias brasileiras de desintoxicação para álcool e drogas vêm sendo organizadas dentro dos hospitais gerais (Ribeiro, 2010; Sousa & Oliveira, 2010), sendo a expansão dessas unidades de tratamento para fora das instituições acadêmicas um desafio enfrentado nos dias atuais (Dalgalarrongo, 1990).

Uma das explicações para a dificuldade de se desenvolver mais enfermarias especializadas no Brasil seriam as políticas públicas orientadas para serviços extra-hospitalares, que deixaram de lado as internações, por acreditar que a criação de uma rede ambulatorial intensiva e eficiente diminuiria a quantidade de internações ou excluiria essa necessidade (Dalgalarrongo, 1990). A enfermaria, então, passou a ser vista com resistência por muitos adeptos da reforma psiquiátrica, que buscavam outros modelos e ambientes de atenção à saúde mental e consideravam qualquer tipo de internação como cerceamento da liberdade do indivíduo. O oposto, porém, aconteceu: o apressado esvaziamento

de hospitais, sem o concomitante esforço de implantação de serviços substitutivos à internação, gerou uma enorme demanda desassistida (Araújo *et al.*, 2003; Formiga *et al.*, 2009), privando os pacientes de um ambiente terapêutico protegido e estruturado que poderia integrar suas opções de tratamento.

Aumento da demanda

Uma pesquisa realizada por Noto *et al.* (2002) examinou as internações hospitalares decorrentes do uso de psicotrópicos no Brasil ao longo dos anos de 1988 até 1999 (n=726.429). Entre essas, o álcool foi responsável por cerca de 90% das internações. No entanto a proporção de internações decorrentes do uso de outros psicotrópicos cresceu consideravelmente ao longo dos anos, passando de 4,7 por cento (em 1988) para 15,5 por cento (em 1999). A cocaína e seus derivados foram os psicotrópicos cujas internações mais cresceram no período, passando de 0,8 por cento (em 1988) para 4,6 por cento (em 1999). Esses dados mostram a necessidade de uma maior atenção aos casos que precisam de internação e a falta implantação de programas e equipes especializados em acolher, tratar e intervir na redução do consumo de substâncias psicoativas nesses centros.

Enfermaria especializada e dependência química

Objetivos

Em enfermarias especializadas são um espaço de estabilização e motivação. Durante esse período os pacientes podem receber além do tratamento farmacológico, atendimento psicoterapêutico individual e em grupos e terapia ocupacional (NHS, 2002). A intenção é sensibilizar os pacientes para os problemas ocasionados pela dependência e motivá-lo a manutenção do tratamento em um ambiente ambulatorial ou em regime de internação prolongada se for o caso (Ribeiro, 2010). Também pode ser utilizada para melhorar a rede de apoio social do paciente, por intermédio da aproximação com a família / amigos, do mapeamento das necessidades sociais do paciente e da busca por equipamentos de atenção psicossocial para encaminhamento após a alta.

Quadro 1: Objetivos do tratamento em enfermaria especializada

19. Avaliação completa do status físico, psicológico, psiquiátrico e social do paciente – realizada preferencialmente por escalas de avaliação específicas.
20. Determinação do nível de gravidade da dependência – uma ou mais substâncias.
21. Avaliação dos fatores de proteção e risco.
22. Avaliação da rede social e familiar, buscando melhorar o relacionamento entre esses.
23. Desenvolvimento de um programa de cuidados durante a internação.
24. Prescrição de medicamentos, quando indicados, visando à estabilização de sintomas de abstinência, ao tratamento de comorbidades, ou como estratégia de prevenção da recaída – por exemplo, o uso de dissulfiram para evitar o retorno do consumo de álcool pós-alta.
25. Oferecer ao paciente um período de recuperação livre de drogas.
26. Oferecer intervenções psicológicas, tais como entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e prevenção da recaída.
27. Oferecer teste e informações sobre HIV, hepatite B & C e demais DST.
28. Avaliação as necessidades de tratamento de curto e longo prazo do paciente, procurando viabilizá-las no decorrer da internação.
29. Formular um programa de tratamento pós-alta, seja esse ambulatorial ou internação de longa duração, combinado ou não com outras intervenções a partir das necessidades do pacientes – por exemplo: terapias focadas no trauma, terapia familiar, etcétera.

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

Indicações

Em alguns casos, internação não só é útil, como necessária a preservação da vida do paciente (CREMESP, 2003). As complicações clínicas, situações de intoxicação aguda ou a síndrome de abstinência pioram a gravidade do consumo de substâncias e podem necessitar internação hospitalar. Em linhas gerais, os critérios para internação, são: intoxicação grave, abstinência grave, complicações clínicas, comorbidades psiquiátricas, insucesso de tratamentos ambulatoriais ou em ambientes de menor complexidade, risco iminente para o paciente e para outras pessoas (risco de suicídio, desvinculação social e familiar, consumo na gestação, auto e/ou heteroagressão) (Quadro 2).

Quadro 2: Indicações de internação em enfermaria especializada

1. Sintomas de abstinência com difícil manejo ambulatorial.
2. Complicações e comorbidades físicas e mentais.
3. Poliuso de substâncias em situação caótica, comprometendo o funcionamento do paciente e dificultando sua determinação para a abstinência.
4. Gravidez e uso de substâncias psicoativas.
5. Dificuldade em manter-se abstinente e completar o tratamento ambulatorial.
6. Dificuldade em lidar com o tratamento ambulatorial devido a um isolamento social excessivo ou por falta de apoio familiar e / ou de amigos.

Fonte: NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

A enfermaria especializada tem sido um ambiente tradicionalmente associado aos procedimentos de desintoxicação de álcool e drogas (Ribeiro, 2010). O termo *desintoxicação* é definido como um tratamento para dependência química, cuja intenção é tratar os sintomas de abstinência decorrentes do uso prolongado.

A internação de pacientes com complicações associadas, apesar de indicada para enfermaria especializada, deve ser feita criteriosamente, pois a atitude voluntária de busca por ajuda, a cooperação e envolvimento nas atividades propostas e uma postura voltada para o convívio com os demais pacientes dentro das normas dos serviço, são pré-requisitos essenciais para a internação nesse tipo de ambiente terapêutico. De outro forma, sem a participação dos pacientes nas rotinas e atendimentos oferecidos, o processo terapêutico global ficaria seriamente comprometido ou mesmo inviabilizado. Além disso, a enfermaria especializada, diferentemente de um hospital geral, não possui estrutura para o cuidado de casos graves, que demandam mais atenção do que a própria dependência química, sejam esses tanto de natureza psiquiátrica – como surtos psicóticos e de mania ou depressões graves com risco de suicídio – quanto clínica – como queimaduras extensas, diabetes ou hipertensão arterial descompensada.

Equipe de atendimento e atividades oferecidas

O tratamento oferecido dentro das enfermarias é multidisciplinar, composto por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e educadores (Quadro 3). Todos são devidamente especializados e capacitados para o diagnóstico e o manejo de casos difíceis, bem como familiarizados com as abordagens mais especializadas para a dependência química, dentro de suas respectivas áreas de atuação. Grupos de auto-ajuda e aconselhamento baseado nos doze passos também podem ser combinados dentro ou fora desse ambiente de tratamento.

Quadro 3: Programas comumente oferecidos pelas enfermarias especializadas.

9. Grupo de pacientes baseado em abordagens motivacionais e prevenção da recaída
10. Atendimento psicológico individual
11. Grupos de família
12. Terapia ocupacional em grupo ou individual
13. Atividades de educação física
14. Farmacoterapia para o manejo da fissura e o tratamento de comorbidades
15. Aconselhamento, trabalho em grupo e atividades suportivas
16. Aconselhamento baseado nos doze passos e grupos de auto-ajuda
17. Informação sobre comportamento de risco e sexo seguro

Fonte: Ribeiro M. Organização de serviços de tratamento para dependência química: parte I – o estrutural – enquadre terapêutico. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010.

Duração

A internação em enfermaria especializada para o tratamento da dependência química dura em média de duas a quatro semanas, podendo chegar a oito em situações (NHS, 2002). O tempo de internação acompanha o período de maior intensidade dos sintomas. Durante esse período, os pacientes podem receber, além do tratamento farmacoterápico, atendimento psicoterapêutico individual e em grupo, além de terapia ocupacional.

Eficácia da enfermagem especializada para dependência química no tratamento da dependência de cocaína / crack

A internação breve, quando isolada, é menos eficaz do que modelos de internação ou ambulatoriais de longa duração (Hubbard *et al.*, 2003), o que reforça o conceito de que a desintoxicação é apenas a primeira etapa do tratamento da dependência (NIDA, 2009). O tratamento em ambiente internado está relacionado à melhora dos padrões de consumo e à abstinência de substâncias psicoativas, com eficácia semelhante à abordagem ambulatorial ou em hospital-dia (Gossop *et al.*, 2002; Witbrodt *et al.*, 2007). Quanto à adesão, o monitoramento dos diversos serviços de tratamento britânicos para dependência química (2003 – 2004) constatou-se que a taxa de retenção e conclusão do tratamento em regime de internação atinge 41% dos pacientes (NHS, 2006). Outro levantamento britânico monitorou apenas de serviços de tratamento para usuários de *crack* (2003). Como havia poucos serviços de internação específicos para essa população, não foi possível o desenvolvimento de avaliações detalhadas de eficácia e custo desse modelo, mas o estudo observou que uma parte considerável dos pacientes que concluíram o tratamento de internação relatou benefícios para sua saúde, sentia-se motivada e permaneceu abstinente durante a admissão (NHS, 2007).

Discussão

Um tratamento eficiente dependerá de uma boa avaliação de cada caso por meio de um diagnóstico metuculoso, para que possa ser possível estabelecer um pareamento mais adequado desse indivíduo com os vários tipos de tratamentos existentes atualmente (Marques, 2001). Independentemente do ambiente escolhido, a intensidade e a qualidade do tratamento oferecido são fatores preditivos de retenção e conclusão do processo terapêutico (Hser *et al.*, 2004). A situação do paciente e seu contexto social e familiar é que vão ser determinantes para o encaminhamento deste para um tratamento mais adequado.

Não há estratégias simples e isoladas que conduzam à cura simples e conclusiva de uma condição altamente complexa como a dependência de substâncias psicoativas (Edwards *et al.*, 2005). Desse modo, os tratamentos devem ser combinados considerando suas evidências de sucesso e aplicabilidade, isso

aumenta a eficácia e as chances de abstinência estável para muitos indivíduos. Nesse contexto, a enfermaria especializada é um modelo adequado e aplicável a muitas situações e momentos do tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, apesar de ainda ser considerada por muitos a 'última-opção-depois-que-nada-funcionou' (NHS, 2006). Ao contrário, pode ser um ambiente propício para uma internação breve (≤ 7 dias) em momentos de crise motivacional, com iminência ou mesmo vigência de recaída, possibilitando o reestabelecimento imediato da abstinência, com prejuízos mínimos aos vínculos afetivos e profissionais; um espaço adequado e tradicionalmente utilizado para desintoxicação com planejamento psicossocial concomitante para o pós-alta – e por isso mais eficaz do que a desintoxicação realizada em hospital geral (NHS, 2006); e por fim, uma opção para resolução de crises potencialmente danosas para o paciente e seu grupo de convívio – tais como fracasso em interromper o uso de drogas durante a gravidez, ruptura com a família e expulsão do lar devido ao consumo, comportamentos compulsivos de alto risco, como troca de sexo por drogas ou crimes aquisitivos, além de outros.

Referências

Araújo RB, Gimeno LID, de Mello RM, Ruschel EB, Benevides LS, Nichetti RC. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro-RS. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2003; 25 (2): 346-352.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Usuários de substâncias psicoativas. São Paulo: CREMESP/AMB; 2003. Disponível em URL: <http://www.cremesp.org.br> .

Dalgalarro P. Repensando a internação psiquiátrica: A proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospital geral [dissertação]. Campinas (SP): Unicamp; 1990.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Miazzi AEF (trad). 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Ferreira FGKY, Luz JÁ, Obrzut-Neto L, Santos KA. Uma visão multiprofissional humanizada no tratamento da pessoa com dependência química em enfermagem psiquiátrica de um hospital geral no Paraná. *Cogitare Enferm* 2005; 10(2):54-62.

Formiga LT, Santos RCS, Dumcke TS, Araujo RB. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. [Rev HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul](#) 2009; 29(2):120-126.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. Changes in use of *crack* cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend*. 2002;66(1):21-8.

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 Oct;25(3):125-34.

Marques ACPR. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Rev IMESC* 2001; 3: 73-86.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. London: DH; 2006. Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. National evaluation of *crack* cocaine treatment and outcome study (NECTOS) – A multi-centre

evaluation of dedicated *crack* treatment services. London: DH; 2007 Disponível em URL: <http://www.nta.nhs.uk>.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment – a research-based guide. Second Edition. Baltimore: NIDA/NIH; 2009.

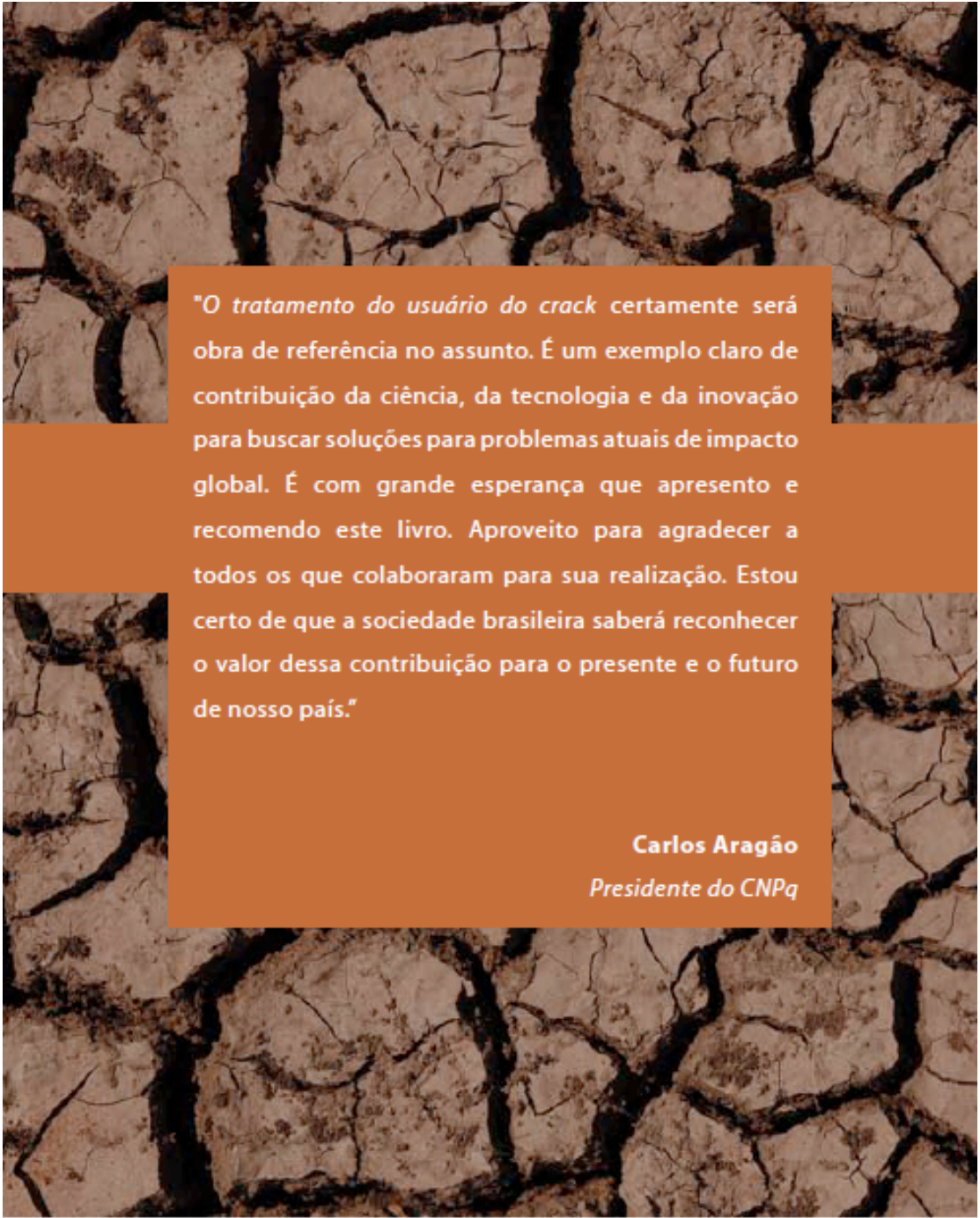
Noto AR, Moura YG, Nappo S, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. J Bras Psiquiatr 2002; 51(2):113-121.

Ribeiro M. Organização de serviços de tratamento para dependência química: parte I – o estrutural – enquadre terapêutico. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010.

Sousa FSP, Oliveira EN. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. [Ciênc Saúde Coletiva](#) 2010; 15(3):671-677.

Wallace BC. Cocaine dependence treatment on an inpatient detoxification unit. J Subst Abuse Treat. 1987;4(2):85-92.

Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D, Moore C. Day hospital and residential addiction treatment: randomized and nonrandomized managed care clients. J Consult Clin Psychol. 2007 Dec;75(6):947-59.



"O tratamento do usuário do crack certamente será obra de referência no assunto. É um exemplo claro de contribuição da ciência, da tecnologia e da inovação para buscar soluções para problemas atuais de impacto global. É com grande esperança que apresento e recomendo este livro. Aproveito para agradecer a todos os que colaboraram para sua realização. Estou certo de que a sociedade brasileira saberá reconhecer o valor dessa contribuição para o presente e o futuro de nosso país."

Carlos Aragão
Presidente do CNPq