

O texto a seguir foi extraído da Tese de Doutorado “Aids e usuários de cocaína: Um estudo sobre comportamentos de risco”, defendida na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pela Dra Renata Azevedo. A numeração dos capítulos foi mantida conforme o original.

2 - Substâncias Psicoativas

2.1- Histórico

Em todas as sociedades sempre existiram drogas. Entende-se assim produtos químicos, de origem natural ou de laboratório, que produzem efeitos sentidos como prazerosos, sobre o SNC. Estes resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta. Na verdade, os homens sempre tentaram modificar o humor, as percepções e sensações por meio de SPAs, com finalidades religiosas ou culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente prazerosas (BUCHER, 1995).

O ser humano sempre procurou fugir de sua condição natural cotidiana, empregando substâncias que aliviassem seus males ou que propiciassem prazer. À semelhança de certos animais, usuários intermitentes de drogas, o homem primitivo aparentemente mostrou-se portador de uma certa sabedoria, como se uma fronteira separasse o possível do perigoso (CALANCA, 1991). Com o passar dos séculos esse tipo de auto regulação, esse senso inato de limites desapareceu .

O recurso às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável ou até mesmo banal. Numa perspectiva histórica podemos dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX (BERGERET, 1991).

Antigamente, tais usos faziam parte de hábitos sociais e ajudavam a integrar as pessoas na comunidade através de cerimônias, rituais e festividades. Eles não se mostravam tão perigosos pois estavam sob o controle da coletividade. Hoje, tais costumes encontram-se esvaziados em consequência das grandes mudanças sócio econômicas e os prejuízos do consumo vêm se mostrando graves.

Segundo ANDRADE (1998), como dizia Freud em “*Mal Estar na Civilização*”: “o serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que com auxílio desse amortecedor de preocupações é possível em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade”.

O consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal da humanidade.

Problemas relacionados ao abuso de certas substâncias narcóticas já têm ocorrido desde o fim do século passado e já eram alvo da preocupação internacional. Naquela época, porém, o número de substâncias disponíveis com potencial para uso problemático era bem menor.

Inicialmente marginal, concentrado em certas regiões do planeta, o fenômeno disseminou-se no mundo inteiro predominando nos países industrializados. Ambas as guerras mundiais vieram sucedidas pelo consumo de drogas pesadas pelos adultos. Após os anos sessenta a droga atingiu uma população cada vez mais jovem, num movimento de crítica a todo sistema ocidental de valores (CALANCA , 1991).

Na atualidade, convivemos com um crescimento significativo no consumo de substâncias psicoativas, que vem acompanhado do uso em idades cada vez mais precoces e do desenvolvimento de substâncias novas e vias de administração alternativas de produtos já conhecidos, com incremento nos efeitos e aumento no potencial de desenvolvimento de dependência, como temos observado no consumo de cocaína pela via pulmonar, na forma de *crack*.

A sociedade como um todo tem se questionado sobre as motivações deste aumento no uso de SPAs. Parte das justificativas apoiam-se no contexto sócio político

que reforça os valores baseados no consumismo e prazer imediatista, associado à pauperização de importante parcela da população em todo o mundo. Apesar disto, tal explicação mostra-se insuficiente quando temos diante de nós um adolescente que intoxicado, coloca-se como incapaz de conseguir pensar sua vida longe de sua substância

de escolha. Considero portanto, que muito há a compreender deste trinômio sujeito- droga- momento de vida para que possamos de fato oferecer-lhes algo que lhes faça um maior sentido do que a anestesia efêmera e cara proporcionada pelos produtos psicoativos.

2.2- Conceitos Básicos

Na atualidade, dependência química, toxicomania, drogadição, são alguns dos termos utilizados pra nomear esta situação clínica, bastante prevalente e muitas vezes grave.

Tal variedade de nomenclaturas, indica estarmos lidando com uma área que traz em si uma multiplicidade de concepções e ideologias, ora aproximam-se da medicina, ora do direito, ora da antropologia, ora da psicologia e de algumas outras áreas; mostrando que neste campo, ainda temos mais perguntas do que respostas, embora a pluridisciplinariedade venha contribuindo com uma ampliação na compreensão da relação do homem com as drogas.

Em função disto, e com o objetivo de tentar explicitar os termos aqui utilizados, a seguir serão sumarizados alguns conceitos para a compreensão do tema proposto, bem como para o desenvolvimento deste trabalho.

- **Droga ou substância psicoativa** - Substâncias que ao entrarem em contato com o organismo, sob diversas vias de administração, atuam no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração (OMS, 1981). Ainda, segundo OLIVENSTEIN (1982), são substâncias utilizadas na busca de alívio de tensões internas, como angústia ou tristeza.

As duas definições, embora não excludentes, trazem dois aspectos fundamentais na área da drogas: a ação química do produto e a motivação individual para utilizá-lo.

Assim estabelecida a definição de “*droga*”, podemos tentar compreender as relações do indivíduo com estes produtos.

Segundo a OMS (1974) **os principais motivos para experimentação de SPAs** são:

- a -satisfação de curiosidade a respeito dos efeitos das drogas ;
- b - necessidade de participação em um grupo social ;
- c - expressão de independência ;
- d - ter experiências agradáveis, novas e emocionantes ;
- e - melhora da “criatividade”;

- f - favorecer uma sensação de relaxamento ;
- g - fugir de sensações / vivências desagradáveis .

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (1981), **os principais fatores de risco para o consumo são:**

- a - indivíduos sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas ;
- b - com uma saúde deficiente ;
- c - insatisfeitos com sua qualidade de vida ;
- d - com personalidade deficientemente integrada ;
- e - com fácil acesso às drogas .

A partir destes pressupostos, torna-se necessário, para melhor compreensão do tema, classificar as SPAs, como será apresentado no próximo tópico.

2.3 - Classificação das substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas podem ser classificadas sob vários pontos de vista. Neste trabalho, abordar-se-á duas possibilidades, descritas a seguir :

- **Classificação legal** - esta forma de classificação, embora de utilidade limitada do ponto de vista clínico, é fundamental na compreensão da dinâmica do sujeito com sua droga de escolha. Aqui as SPAs são divididas em lícitas e ilícitas, impingindo uma noção jurídica do permitido e do proibido dentro de uma determinada sociedade, numa determinada época. Tal critério classificatório tem sido amplamente criticado por sua arbitrariedade, já que, oscilante em variados locais e momentos sócio políticos, não permite ou proíbe baseando-se no potencial risco individual e social do consumo de uma substância.

Diante disto esta formulação tem passado por revisões, pressionada pela sociedade que tenta o estabelecimento de uma norma justa, ou seja, compatível com os valores contemporâneos.

A atual legislação brasileira, permite o consumo e a venda de tabaco, bebidas alcoólicas e medicamentos psicotrópicos, sendo os dois últimos sob algumas restrições. As demais substâncias utilizadas como “drogas”, são consideradas de consumo, porte e venda ilegais, de acordo com a Lei 6368 de 21 de outubro de 1976, que “dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica” (GRECO

FILHO, 1992). Esta lei contém 47 artigos, divididos em cinco capítulos : da prevenção, do tratamento e da recuperação, dos crimes e das penas, do procedimento criminal e disposições gerais.

A segunda forma aqui trazida para classificar as substâncias psicoativas, divide-as de acordo com a sua ação no SNC, como a seguir :

• **Classificação pela ação no sistema nervoso central** (adaptado de LARANJEIRA & NICASTRI, 1996)

1. Depressores da atividade do SNC :

Substâncias que tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial (diminuição das inibições, da crítica) e um aumento da sonolência, posteriormente. São exemplos desta classe : álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e solventes.

2. Estimulantes da atividade do SNC :

Substâncias que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desta classe: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína .

3. Perturbadores da atividade do SNC :

Substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (dentre os quais alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação globais do SNC. São exemplos desta classe : *cannabis* e derivados, LSD25, *ecstasy* e anticolinérgicos .

2.4 - Epidemiologia

Segundo WOODAK (1998), o consumo de drogas ilícitas constituía um problema em alguns poucos países há uma geração. Ao longo do anos 60, o uso de drogas se estendeu a diversos países desenvolvidos. Nos anos 80, o consumo de drogas ilícitas começou a se estender à maioria dos países em desenvolvimento. No início dos anos 90, estimava-se que existiam no mundo mais de 5 milhões de usuários de drogas injetáveis, envolvendo mais de 120 países (STIMSON, 1998).

Estas mudanças refletem um incremento contínuo no cultivo e produção globais de drogas ilícitas. Mudanças tecnológicas no âmbito dos transportes, comunicações e computação tornaram o comércio ilícito

destas substâncias menos trabalhoso e dispendioso para os traficantes de drogas, ao passo que tornaram o controle deste mesmo tráfico muito mais complexo para as autoridades.

A demanda por substâncias ilícitas parece ser maior em populações com níveis elevados de desemprego entre os jovens, dificuldades de moradia, oportunidades educacionais limitadas, serviços de saúde deficientes e em bairros desassistidos e com elevada criminalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995), portanto, o Brasil no atual contexto social, apresenta-se como forte candidato a produzir consumidores em potencial.

Nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado no Brasil. Embora menos elevado do que nos EUA e Europa, a situação preocupa as autoridades de saúde e educação. De fato, este consumo propaga-se em todas as camadas da população, sobretudo urbana atingindo cada vez mais aquelas de baixa renda. Não se trata apenas de produtos ilícitos, mas também e principalmente do abuso de muitos produtos lícitos como álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos e inalantes. O conjunto destas práticas abusivas acarreta um alto custo social, além de pesados sofrimentos físicos e morais aos usuários, às famílias e à comunidade como um todo.

Acrescenta-se a este quadro a disseminação da AIDS a partir da década de 80. O vírus HIV infecta parcelas crescentes das populações vivendo em situações de risco. Ele se dissemina mais, hoje em dia, entre usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais, representando assim um foco de propagação que atinge toda a sociedade.

Dados do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS (1996) indicam que o uso de SPAs tem se constituído em um dos principais problemas de saúde pública no Estado de São Paulo, especialmente na população jovem e demonstra um contínuo aumento de consumo dessas substâncias nesta população.

SCIVOLETTO & ANDRADE (1999) referem que os levantamentos epidemiológicos, nacionais e internacionais, mostram que apesar da existência de tendência de manutenção ou até redução do consumo de SPAs em geral, está crescendo o consumo de cocaína entre adolescentes, principalmente de cocaína fumada (*crack*). Ainda que a proporção de usuários de cocaína seja menor do que o verificado para outras drogas, como os solventes e maconha, por exemplo, preocupa a velocidade com que este aumento vem ocorrendo.

Não se pode esquecer, porém, que nem todo consumo de SPAs é problemático em si, havendo situações clínicas e critérios diagnósticos para tentar sistematizar e homogenizar a compreensão do espectro que associa o homem, o consumo de drogas e a sua gravidade.

QUADRO IV : Abuso de substâncias

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:

-uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.

-uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico.

-problemas legais recorrentes relacionados à substância.

-uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência da substância para esta classe de substância.

Fonte: DSM-IV (1995)

Os critérios diagnósticos para a dependência de SPAs evoluíram significativamente em dois sentidos: o primeiro deles diz respeito a criação de critérios globais para dependência de substâncias psicoativas, independente de serem elas lícitas ou ilícitas; os critérios são portanto mais gerais, havendo apenas a especificação do tipo de substância por um carácter que a designa, como estabelecido na CID-10 (VIDE QUADRO V).

No segundo sentido, a modificação dos critérios deu-se através de uma valorização dos critérios qualitativos, que dizem respeito à relação de prioridade que o sujeito estabelece com a droga em detrimento de critérios quantitativos, que em geral dividiam as dependências em físicas e psíquicas com uma certa hierarquia dos critérios físicos, como tolerância e sintomas de abstinência.

QUADRO V: Síndrome de dependência/ F1x.2

- Conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. A CID-10 propõe as seguintes diretrizes para o diagnóstico:
- Presença de pelo menos três ou mais critérios durante o ano anterior:
 - a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
 - b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
 - c) um estado de *abstinência* fisiológico quando o uso da substância

cessou ou foi reduzido como evidenciado por : síndrome de abstinência característica para a substância ou uso da mesma com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

d) evidência de *tolerância*, de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas ;

e) abandono progressivo de prazeres ou interesses em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos ;

f) persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de consequências nocivas.

QUADRO VI: Dependência de substância

- A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:
- *Tolerância*, definida por qualquer dos seguintes aspectos:
 - uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado.
 - Acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância.
 - *Abstinência*, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - Síndrome de abstinência característica para a substância;
 - a mesma substância (ou uma estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 - A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
 - Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
 - Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da substância, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
 - Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
 - O uso da substância continua, apesar de haver um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Fonte: DSM-IV (1995)

Segundo OLIVENSTEIN (1989), no sentido amplo, a toxicomania é a resultante da interação de três elementos :

- a **substância psicoativa**, com suas propriedades farmacológicas, sejam elas de entorpecimento ou euforia;

-o **sujeito**, com características de personalidade não redutíveis a uma estrutura psicopatológica estanque mas com um conjunto dinâmico de elementos onde a fragilidade egóica desempenha um papel fundamental (SILVEIRA, 1995);

-o **contexto sócio- cultural**, onde se realiza este encontro do indivíduo e a droga.

Os toxicômanos se caracterizam por um padrão de uso de drogas em que o elemento dependência assume papel de destaque na relação dual indivíduo-droga. O toxicômano é um indivíduo que se vê diante de uma realidade objetiva e subjetiva insuportável a qual não consegue modificar ou a ela adaptar-se.

A conduta toxicomaniaca apresenta-se então como alternativa para a situação: diante da impotência completa frente a uma realidade insuportável, somente lhe resta como recurso a modificação da percepção dessa realidade através da utilização da droga. Nessa fase a droga cumpre o seu papel viabilizando a existência do toxicômano (SILVEIRA, 1986).

O critério abaixo explicitado (VIDE QUADRO VII e VIII), denominado abstinência, era um dos mais valorizados no diagnóstico da dependência a uma SPA até a década de 70; atualmente, com a priorização dos critérios psíquicos, teve seu valor redimensionado, principalmente devido ao crescimento do consumo de substâncias como a cocaína, que apresentam importante potencial de desenvolvimento de dependência, porém, com uma sintomatologia física pobre na fase de abstinência se comparada com substâncias depressoras do SNC. Por outro lado, ampliou-se o conceito de abstinência, que abarca hoje também os sintomas psíquicos surgidos na redução ou parada do consumo de uma determinada substância psicoativa.

QUADRO VII: Estado de abstinência/ F1x.3

- Um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa de uma substância, após uso repetido e usualmente prolongado e/ ou uso de altas doses daquela substância. O início e curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados ao tipo de substância e a dose que vinha sendo utilizada imediatamente antes da abstinência. O estado de abstinência pode ser complicado por convulsões.

QUADRO VIII: Abstinência de substância

- A. Desenvolvimento de uma síndrome específica à substância devido à cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado da substância.
- B. A síndrome específica à substância causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Fonte: DSM-IV (1995)

2.6 - Breves Considerações Sobre Co-morbidade

O conceito de co-morbidade vem sendo, há 30 anos, aplicado às síndromes diagnósticas clínicas e há menos de 15 anos, na psiquiatria, referindo-se a síndromes patológicas que ocorrem simultaneamente em um indivíduo. Este termo, construído a partir de *morbidade*, apresenta uma série de imprecisões, eventualmente não estabelecendo relações causais precisas entre os diagnósticos apresentados (LEITE et al., 1999).

O consumo de substâncias psicoativas pode ser tanto causa, consequência, ou somente estar associado a outros quadros psiquiátricos. Existe controvérsia no que se refere à extensão da co- morbidade entre transtornos mentais e abuso de substâncias (LEITE & ALI RAMADAN & ALVES, 1999).

As possíveis relações entre uso de drogas e psicopatologia segundo MEYER (1986) seriam :

- Sintomas ou transtornos psiquiátricos constituindo um fator de risco para o comportamento de consumo
- Sintomas ou transtornos psiquiátricos modificando o curso da dependência química no sentido de seu agravamento, resposta ao tratamento, apresentação clínica e prognóstico
- Sintomas psiquiátricos surgindo em consequência de intoxicações crônicas por SPAs
- Transtornos psiquiátricos surgindo como consequência do uso e persistindo após a cessação do consumo
- Uso de substâncias e sintomas psicopatológicos (ambos antecedendo e como consequência) alternando-se no tempo
- Condições psicopatológicas ocorrendo em indivíduos dependentes, porém com frequência semelhante à encontrada na população geral, não sugerindo uma correlação entre o consumo e a dependência

Para a síndrome apresentada ser considerada relacionada ao consumo de substâncias psicoativas, esta deve instalar-se durante o uso ou em período inferior a um mês após a interrupção do consumo, sendo que os sintomas devem corresponder à(s) substância(s) utilizada(s). O transtorno primário, por outro lado, geralmente se desenvolve anteriormente ao início do consumo (LEITE et al., 1999).

Dados da última fase do estudo ECA (Epidemiological Catchment Area), realizado em cinco cidades dos EUA, envolvendo 20.000 indivíduos da população geral, sugerem que mais da metade das pessoas que abusam de outras drogas, que não o álcool, apresentam ao menos uma patologia mental em co-morbidade (NICASTRI & ANDRADE, 1992).

Os transtornos psiquiátricos que apresentam maiores taxas de co-morbidade com o consumo de SPA são: transtorno de ansiedade (28%), aqui inclusos transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada; em seguida, transtornos do humor (26%), transtorno de personalidade anti-social (18%) e esquizofrenia (7%).

A partir da avaliação de diversos estudos de co-morbidade entre dependência química e outros transtornos psiquiátricos MILLER (1994) refere que :

- a prevalência de sintomas psiquiátricos em grupos de dependentes é maior do que no restante da população;
- a prevalência de sintomas psiquiátricos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas é maior do que o diagnóstico de transtorno psiquiátrico nesse grupo independente do uso;
- taxas de prevalência de dependência são maiores do que taxas de doenças psiquiátricas;

- taxas de prevalência para co-morbidade de dependência em populações com transtorno psiquiátrico são semelhantes à população geral, exceto para esquizofrenia e transtorno de personalidade anti-social;

- taxas de prevalência para co-morbidade entre dependentes varia de acordo com a seleção da amostra porém está mais próxima da realidade do que avaliar co-morbidade entre pacientes psiquiátricos. É fundamental que se tenha conhecimento da ocorrência de tal associação posto que as medidas terapêuticas que frequentemente apresentam bons resultados para portadores de um dos transtornos isoladamente, terão resultados bastante precários quando utilizadas para populações de indivíduos que apresentem co-morbidade. Por outro lado, quando os sintomas psiquiátricos ocorrem em consequência do consumo de drogas, e.g., um quadro psicótico paranóide induzido por cocaína, a intervenção e o prognóstico serão bastante diversos do que seriam se os sintomas apresentados fossem devido a esquizofrenia, por exemplo. Ainda levando em conta possíveis relações etiológicas, há situações em que o diagnóstico psiquiátrico precede o consumo de substâncias, sendo talvez este uso uma tentativa de “aliviar-se” de sintomas desconfortáveis; como por exemplo a utilização de cocaína na tentativa de “tratar” um quadro depressivo de base, ou o abuso de álcool em quadros ansiosos.

Por outro lado, deve-se ser criterioso no estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos em usuários de drogas, especialmente na sua associação com transtorno de personalidade anti-social. Tal diagnóstico parecia ser extremamente prevalente nesta população, porém, tem-se observado que tal quadro frequentemente referia-se a comportamentos anti-sociais, relacionados à manutenção do consumo e subcultura da droga, não estabelecendo, necessariamente um diagnóstico. Esta associação, por décadas relegou os dependentes químicos a um lugar desprivilegiado nas medidas de atenção em saúde. Embora ainda tenhamos grande dificuldade em estabelecer uma relação de causa e efeito na associação de transtornos psiquiátricos e consumo de drogas, é mister que investiguemos corretamente tal possibilidade diagnóstica, com vistas à escolha terapêutica mais adequada para cada indivíduo em cada situação.

2.8 - Tratamento

O aspecto fundamental na abordagem terapêutica das dependências químicas repousa na adequada definição do diagnóstico e dos objetivos do tratamento. Tal colocação, à primeira vista óbvia, na realidade aborda alguns dos pontos cruciais nesta área.

O cuidadoso estabelecimento do diagnóstico, realizado através de uma minuciosa anamnese psiquiátrica, com especial ênfase na relação do usuário com o(s) seu(s) produto(s), os fatores desencadeantes e atenuantes do quadro, além do padrão de consumo, avaliação da existência de co-morbidades e avaliação

do estado mental e físico são fundamentais por estarmos tratando de uma situação clínica que tem interfaces com as questões legais e sociais em que está inserido o sujeito. Além disto, o clareamento da visão de tratamento por todos os envolvidos é fundamental.

A tentativa de estabelecer, o mais precisamente possível as expectativas investidas no tratamento, tanto para o indivíduo, como para sua família, e por que não dizer para o profissional ou instituição que se propõe a auxiliá-lo no percurso do tratamento, evitando ou ao menos minimizando o risco de que cada agente envolvido no tratamento caminhe num sentido diferente e por vezes contrário aos demais, gerando grande sofrimento para o dependente e sua família.

As principais possibilidades terapêuticas serão portanto definidas a partir das avaliações supracitadas, podendo constar de :

- Abordagens baseadas na reestruturação da personalidade e compreensão psicodinâmica das dependências, podendo ser de caráter individual, grupal e /ou familiar
- Abordagens que compreendem a dependência química como um aprendizado e portanto as tratam através de técnicas cognitivas que podem ser de caráter individual ou grupal
- Abordagens medicamentosas, que se propõe a tratar a intoxicação e a abstinência, uso de produtos de substituição e tratamento das co-morbidades que possam estar presentes
- Abordagens de auto-ajuda, de caráter grupal, que visam a manutenção da abstinência utilizando recursos de fortalecimento da rede social e modelos identificatórios

Tais possibilidades terapêuticas podem ser utilizadas unitariamente, associadas entre si ou com outras possibilidades de abordagem dentro de uma gama extensa de propostas que buscam em última análise propiciar ao dependente o modelo terapêutico que mais se adequa às suas características de personalidade e momento de vida.

Há basicamente dois “**momentos**” no tratamento da dependência química :

- a **desintoxicação**, que compreende o processo de retirada da(s) droga(s), que na maior parte dos casos poderá ser de caráter ambulatorial. O processo de retirada, gradual ou abrupto levará em conta o tipo de droga, o padrão de consumo e o indivíduo que a utiliza; para tal, poderão ser utilizados medicamentos de substituição ou fármacos que visem atenuar os sintomas de abstinência e
- a **manutenção**, que consiste no tratamento propriamente dito, já que aqui o sujeito irá reavaliar sua relação com o produto e as modificações objetivas e subjetivas que deverá empreender para manter sua meta de abstinência ou uso controlado. Nesta fase poder-se-á lançar mão de um arsenal de técnicas de caráter individual, grupal, familiar e outros como supra citado. Embora existam várias alternativas terapêuticas em dependência química, tem-se tentado estabelecer, através do acompanhamento sistemático

de instituições de tratamento e seguimento a longo prazo de dependentes, algumas diretrizes a serem levadas em conta nesta área.

A seguir, algumas sistematizações relevantes no manejo do dependente são expostas nos QUADROS IX, X, XI e XII, os quais descrevem respectivamente: dificuldades no tratamento do dependente, integrantes do tratamento eficaz da dependência, etapas da promoção de abstinência e indicações de tratamento hospitalar para dependentes químicos.

QUADRO IX: Dificuldades no tratamento do dependente

- Expectativas irreais a respeito do processo terapêutico;
- Manutenção do consumo mesmo após o início do tratamento;
- Recaídas muito frequentes;
- Características peculiares de algumas drogas (compulsão, sintomas de abstinência).

Fonte: WASHTON (1989)

QUADRO X: Integrantes do tratamento eficaz da dependência

- Estrutura definida de tratamento;
- Processo terapêutico em etapas;
- Abstinência completa de substâncias psicoativas;
- Inclusão de aspectos psicoeducacionais;
- Envolvimento de familiares no tratamento;
- Análises toxicológicas;
- Terapia de grupo.

Fonte: WASHTON (1989)

QUADRO XI: Etapas da promoção de abstinência

- Identificação de desencadeantes externos e internos do desejo de usar a droga e criar estratégias para evitá-lo.

- Estruturação de uma nova rotina de substituição aos rituais de obtenção e consumo de droga.
- Psicoeducação dirigida a fatores relacionados ao uso compulsivo.

Fonte : WASHTON (1989)

QUADRO XII: Indicações de tratamento hospitalar para dependentes químicos

- Paciente com ameaça de suicídio ou comportamento autodestrutivo.
- Paciente heteroagressivo.
- Presença de complicações clínicas importantes.
- Uso de substância(s) que requeira(m) abstinência assistida.
- Falhas recorrentes na abstinência a nível ambulatorial.
- Ausência ou escassez de suporte social.

Fonte: LEITE & CABRAL (1999)

Finalizando, (FOCCHI et al., 1999) sintetizam alguns fatores preditivos para um bom prognóstico no tratamento da dependência a SPAs :

- Pacientes que procuram tratamento voluntariamente, reconhecendo o seu problema, suas consequências e sua gravidade, evoluem melhor que aqueles que se vêem obrigados pela família, justiça ou empregador e negam ou minimizam o seu problema com drogas.
- Pacientes que tomam a responsabilidade de sua recuperação para si evoluem melhor que aqueles que colocam a responsabilidade no programa ou no clínico, esperando uma cura rápida.
- Pacientes que têm uma história de bom funcionamento, incluindo um emprego e vida familiar estáveis além de ausência de problemas psiquiátricos prévios, evoluem melhor que aqueles que têm uma história de funcionamento errático, relacionamentos destrutivos e tumultuados e o uso de muitas drogas diferentes, como auto medicação para sintomas depressivos, disfóricos e outros estados negativos do humor.
- Pacientes que demonstram disposição e habilidade para seguir as requisições do tratamento, especialmente no cumprimento do contrato, evoluem melhor do que aqueles que barganham as regras e tendem a fazer quase tudo da sua forma particular.