

Organização de Serviços para o Tratamento dos Problemas Relacionados com Álcool e outras Drogas no Departamento de Psiquiatria da FCMSC

1 - Introdução

A organização dos serviços que tratam de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas evoluiu muito nos últimos quinze anos. Longe estão os dias nos quais os serviços eram baseados exclusivamente em uma só filosofia de tratamento como os alcoolatras anônimos ou psicanálise, onde pensava-se que as pessoas dependentes eram muito semelhantes entre si e que poderiam beneficiar-se de um tratamento único. Atualmente busca-se uma diversidade de serviços que possa dar conta da grande heterogeneidade dos pacientes que buscam tratamento. O objetivo desta introdução é fazer um breve histórico do conceito de dependência de álcool e drogas e esclarecer como a evolução deste conceito afetou a forma como organizamos os serviços nos dias de hoje.

O que é dependência ?

A história dos conceitos clínicos de beber em excesso tem mais de dois séculos. Se por um lado a humanidade bebe desde os tempos bíblicos foi somente a partir da revolução industrial na Inglaterra que o beber transformou-se num problema médico. Este fato deveu-se principalmente a uma maior oferta de álcool devido a uma produção mais eficiente o que ocasionou uma diminuição do preço principalmente na forma de destilados (gin). A partir daí os médicos começaram a observar um número cada vez maior de pessoas que bebiam muito. Durante o século XIX conceitos como dipsomania e alcoolismo crônico surgiram na Europa. No começo do século XX, a influência dos Alcoólicos Anônimos nos EUA consolidou a idéia de alcoolismo como uma doença que seria caracterizada principalmente pela perda do controle do beber. O grande problema dessas idéias é que consideravam alcoolismo como uma condição de tudo ou nada, ou alguém era ou não era alcoolatra. A consequência dessa idéia de doença é que existiria um tratamento único que poderia ser útil para todos os alcoolatras. Progressivamente as pesquisas científicas não corroboraram essa idéia e atualmente os grupos de auto ajuda baseados nos AA, embora úteis em qualquer organização de serviços, são apenas uma das inúmeras estratégias utilizadas.

Atualmente o conceito adotado pela OMS é o da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA). A diferença em relação aos conceitos anteriores é que dependência deveria ser visto como uma condição que variaria ao longo de um *continuum* de severidade. Alguém poderia ser pouco, moderado ou muito dependente. À semelhança, por exemplo, da ansiedade, pois não basta sabermos se alguém é ansioso, o importante é identificarmos a intensidade da condição para decidirmos o melhor tratamento. Dependência seria um comportamento apreendido, um desenvolvimento de uma série de ações e influências que contribuiriam para este estado. A tabela 1 apresenta os sete sintomas que estariam presentes na SDA.

Tabela 1 - Sintomas da Síndrome de Dependência do Álcool

Sintomas	Identificação
<p>- Estreitamento do Repertório do Beber</p> <p>- Saliência do comportamento de busca do álcool</p> <p>- Aumento da tolerância ao álcool</p> <p>- Sintomas repetidos de abstinência</p> <p>- Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber</p> <p>- Sensação subjetiva de necessidade de beber</p> <p>- Reinstalação da síndrome após abstinência</p>	<p>- No começo a pessoa bebe com uma certa variabilidade. A medida que fica mais dependente, começa a beber todos os dias, a maior parte das vezes à noite. Progressivamente, mesmo o padrão do beber no dia começa a mudar, pois passa a beber também no horário do almoço. Quando a dependência chega ao clímax, bebe logo ao acordar e continua bebendo mais ou menos a cada hora do dia. Portanto o beber perdeu a sua flexibilidade.</p> <p>- O indivíduo tenta dar prioridade ao ato de beber ao longo do dia, mesmo nas situações socialmente inaceitáveis (por exemplo, no trabalho, quando está doente, dirigindo veículos, etc).</p> <p>- Aumento da dose para obter o mesmo efeito ou capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações sanguíneas de álcool.</p> <p>- Os sintomas de abstinência mais marcantes como tremor intenso e alucinações só ocorrem nas fases mais severas da dependência. No início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam muito pouca incapacitação. Sintomas de ansiedade, insônia e irritabilidade podem não ser atribuídos ao uso de álcool. Três grupos de sintomas podem ser identificados: físicos (tremores, náusea, vômitos, sudorese, cefaléia, câimbras, tontura); afetivos (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão); sensopercepção (pesadelos, ilusões, alucinações visuais, auditivas ou tácteis)</p> <p>- Este é um sintoma que nas fases mais severas da dependência fica muito claro e a pessoa bebe pela manhã para sentir-se melhor. Mas ele também está presente nas fases mais iniciais quando a sua identificação necessita um pouco mais de cuidado. A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade e não atribuir isto à abstinência.</p> <p>- Existe uma pressão subjetiva para beber. Este sintoma foi atribuído no passado a uma compulsão. Atualmente considera-se como uma tendência psicológica a buscar alívio dos sintomas de abstinência.</p> <p>- Após período de abstinência que pode ser de dias ou meses, assim que a pessoa volta a beber passa em curto espaço de tempo a beber no mesmo padrão de dependência antigo.</p>

Qual a diferença entre dependência e os problemas oriundos do uso de drogas ?

Uma vantagem adicional em relação ao conceito de dependência é que faz uma distinção entre o que é dependência de uma droga do ponto de vista clínico e os problemas originados dessa dependência. Existiria portanto duas dimensões distintas: de um lado uma dimensão relacionada com a psicopatologia do beber e do uso de qualquer droga de outro, e uma dimensão enfocando uma série de problemas decorrentes do uso dessas substancia. A figura 1 mostra esquematicamente essas duas dimensões. No eixo horizontal teríamos a dimensão dependência com a intensidade variando ao longo de um continuum. No eixo vertical, teríamos a dimensão problemas, variando também ao longo de um continuum. No ponto `A' teríamos aquelas situações nas quais, a medida que alguém aumenta o seu grau de dependência, aumenta também a probabilidade de desenvolver uma série de problemas, como, por exemplo, físicos, psiquiátricos, familiares e profissionais. No ponto `B' , teríamos aquelas condições nas quais, apesar de o indivíduo não ser dependente, ou ter baixos níveis de dependência, ele pode apresentar problemas sérios. Por exemplo, indivíduos que bebem e imediatamente venham a dirigir um veículo podem sofrer um acidente sério, muito embora eles possam não ser dependentes, teriam sofrido uma consequência séria decorrente do uso inapropriado de álcool. No caso do fumo durante décadas a pessoa ficaria no ponto `C', pois embora estando dependente da nicotina não apresentaria grandes problemas físicos. No entanto após um período prolongado fumando ele teria grandes probabilidades de passar rapidamente do ponto `C' para o ponto `A'.

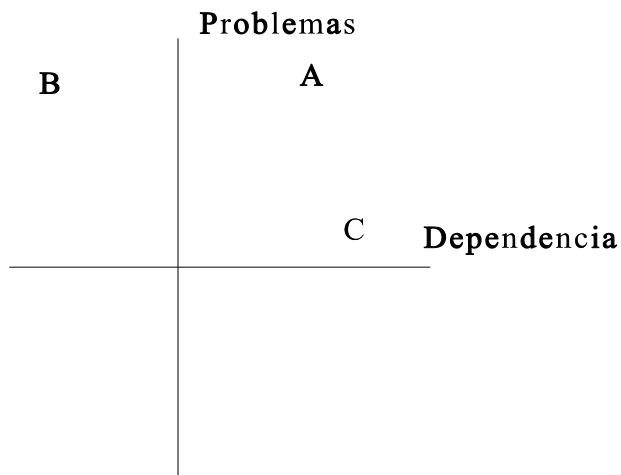


Fig 1. Desenho esquemático da relação entre dependência e problemas

Como esses conceitos influenciaram a organização de serviços ?

Entender essa distinção entre problemas e dependência é muito importante pois coloca em perspectiva as diferentes formas de tratamento e ajuda. Os pacientes que buscam tratamento acabam tendo uma grande heterogeneidade de problemas e de severidade de dependência. Para cada droga, e muitas vezes para a mesma droga, o processo de dependência e problemas podem aparecer de uma forma diferente. Por exemplo, o abuso de álcool pode produzir uma série de problemas diferentes no

homem e na mulher. No caso da mulher é muito mais comum existir associação entre o consumo de álcool e sintomas depressivos do que no homem. Muito embora o dano cerebral pelo álcool seja comum nos homens ele também é relativamente mais frequente na mulher. Toda uma série de condições psiquiátricas (depressão, ansiedade, dano cerebral, etc) está associada ao uso de álcool e uma identificação precoce facilita em muito a adesão e a efetividade do tratamento. Outros tipos de problemas aparecerão quando a população que busca tratamento é de usuários de drogas. Essa população tende a ser mais jovem e o consumo de drogas, que no nosso meio atualmente significa cocaína/crack, estará associado a outros tipos de problemas psiquiátricos (distúrbios de personalidade, ansiedade, distímia, quadros psicóticos, etc) e sociais.

Devido a esta complexidade de aparecimento desses problemas o tratamento do abuso de álcool e outras drogas deixou de ser um terreno fácil onde tudo vale e passou a requerer um conhecimento técnico bastante sofisticado além de uma organização dos serviços complexa. O NIDA (National Institute of Drug Abuse) dos EUA recomendam que deveria existir cinco componentes num tratamento efetivo para esses problemas:

1 - Avaliação (Assessment): Deve-se fazer uma avaliação a mais completa possível para determinar as necessidades e os problemas do paciente. Este é o primeiro passo para identificar os fatores que contribuíram para o desenvolvimento do abuso de drogas, e o mais importante do ponto de vista do tratamento, identificar os fatores que estariam mantendo esse abuso. Só através de uma avaliação completa é que pode-se determinar o tratamento mais adequado para cada caso.

2 - Pareamento do Paciente ao Tratamento (Patient-Treatment Matching): A idéia de parear os pacientes com certas características ao tratamento certo é bastante nova no tratamento das dependências, mas tornou-se o componente que distingue um sistema de tratamento sofisticado de um mais simples. Deve-se buscar um tratamento que leve em consideração a personalidade, background, tempo de uso de uma substância, e os problemas resultantes.

3 - Serviços com Várias Opções de Tratamento (Comprehensive Services): Deve-se incluir tratamento para álcool bem como outras drogas e levar-se em conta a grande variedade de problemas de saúde, familiares, psicológicos e legais que esses pacientes estão enfrentando.

4 - Prevenção de Recaída (Relapse Prevention): A recaída é um dos fenômenos mais comuns após qualquer tentativa de tratamento com pacientes dependentes. Deixou-se nos últimos 15 anos de considerar como sucesso somente aqueles pacientes que não tivessem mais recaídas e passou-se a considerar que a recaída era mais a norma do que a exceção. Partiu-se portanto para considerar a recaída dentro de uma perspectiva pragmática. Já que a maioria dos pacientes recaem, o que torna o tratamento das dependência mais próximo de outras condições de tratamento crônico na medicina, deveria-se buscar formas de prevenir a recaída. Foi exatamente isto que foi feito nesses últimos anos e atualmente programas de prevenção de recaídas deveriam ser incorporados em qualquer programa de tratamento.

5 - Avaliação dos Resultados (Accountability): Avaliar o que foi feito com o paciente é de fundamental importância para determinar se o tratamento proposto foi o melhor e identificar, se o tratamento não estiver funcionando completamente, quais as medidas adicionais que deveriam ser

feitas. Além da avaliação dos resultados do tratamento de cada paciente individual deveria-se buscar fazer uma auditoria regular na organização de serviços como um todo.

2 - Componentes fundamentais na organização de serviços do Departamento de Psiquiatria da FCMSC

Como discutido acima deve-se buscar uma diversidade nos serviços de tratamento aos usuários de álcool e drogas. No entanto essa organização de serviços deveria ser orientada por alguns princípios. Em primeiro lugar os serviços deveriam ser criados baseados ao longo de um continuum de complexidade. Ou seja, devemos ter desde um tipo de tratamento altamente estruturado, como uma enfermaria sofisticada com toda a estrutura psiquiátrica para uma avaliação rápida e eficiente para os principais problemas médicos, até um ambulatório bem menos estruturado onde o paciente poderia vir e participar de alguns grupos de apoio. Em segundo lugar esses serviços oferecidos deveriam ser integrados como num sistema, onde o paciente seria encaminhado para níveis menos complexos de intervenção à medida que ocorresse uma melhora. Todos os diferentes níveis de tratamento estariam avaliando constantemente a evolução do paciente e o seu aproveitamento dos serviços oferecidos. Abaixo descrevemos os componentes principais dos serviços que poderiam ser criados.

a) Enfermaria Psiquiátrica com um Programa de Tratamento para Problemas Relacionados com Álcool e Drogas.

Pode-se argumentar que nos últimos dez anos houve um grande aumento no número de locais que internam usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo. Nem mesmo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo sabe exatamente o número dessa clínicas, mas com certeza podessa dizer que deve ir além de uma centena espalhadas principalmente pelo interior do estado. Vários problemas ocorrem com este tipo de internação. Em primeiro lugar essas clínicas tendem a basear-se em algum tipo de ideologia de tratamento baseado na maior parte das vezes exclusivamente na recuperação ou dos Alcoólicos Anônimos ou nos Narcóticos Anônimos, quando como já discutido acima este modelo de tratamento vem recebendo pouco suporte científico. Em segundo lugar essas internações tendem a ser por demais prolongadas, muitas vezes por mais de seis meses, quando toda a literatura técnica tem demonstrado que esse tipo de internação não é melhor do que internações curtas seguidas de acompanhamento ambulatorial. Em terceiro lugar essas clínicas não oferecem um acompanhamento ambulatorial consistente e estruturado após a alta, tornando o risco de recaída para esses pacientes muito grande. E em quarto lugar a avaliação psiquiátrica desses pacientes tende a ser muito superficial, sendo que o tratamento sendo focalizado por demais no uso das drogas, não oferecendo a oportunidade de um tratamento adequado para os distúrbios psiquiátricos associados.

Portanto no nosso meio necessitamos de uma enfermaria que seja muito mais sofisticada em termos do diagnóstico psiquiátrico e para isto seria uma vantagem criar um local onde pudesse existir ao mesmo tempo uma avaliação da crise relacionada ao uso de drogas e das complicações psiquiátricas associadas. Para tanto seria desejável uma enfermaria psiquiátrica onde além de leitos psiquiátricos gerias houvesse um programa específico para álcool e drogas. As internações devem ser relativamente curtas, no máximo de duas semanas, onde durante este período seria tratado a crise pela qual o paciente foi trazido (intoxicação aguda e crônica, depressões associadas ao uso, episódio psicótico, crise de ansiedade, e outros problemas agudos). Em seguida o paciente deveria ser

encaminhado para as demais opções de tratamento ambulatorial.

b) Hospital Dia - HD

O Hospital Dia é uma modalidade de tratamento um pouco menos estruturada do que a internação. A vantagem é que as instalações físicas não necessitam ser num ambiente hospitalar, podendo ser em uma casa nas imediações. Nesse local 20 pacientes poderiam ser tratados com atividades grupais e terapias individuais ao longo do dia e todos os dias úteis da semana. Deve-se dividir esses pacientes em dois grupos: uso de álcool e uso de drogas. A vantagem de se dividir esses pacientes em dois programas distintos é que parece existir um maior aproveitamento quando isto ocorre. A população de usuários de álcool tende a ser mais velha e ter alguns problemas distintos dos usuários de drogas.

As atividades terapêuticas que deveriam ser oferecidas são: 1) grupos focais para discutir as dificuldades de se permanecer abstinente. Nesses grupos a técnica utilizada é baseada no modelo cognitivo-comportamental focalizado no problema uso de álcool e drogas; 2) terapia ocupacional onde as atividades a serem desenvolvidas focalizaria nas atividades de lazer que nas pessoas dependentes estão completamente desestruturadas e sem uma organização consistente dessas atividades o paciente não se recupera; 3) grupos de prevenção de recaída onde de uma forma intensiva discutirá os fatores de risco envolvidos numa eventual recaída; 4) terapias individuais cognitivo-comportamental onde as necessidades individuais desses pacientes seriam cuidadas; 5) orientação familiar onde deveria-se esclarecer como a família poderia ajudar no tratamento.

c) Ambulatório Intensivo

Para muitos pacientes não é necessário a participação de um hospital dia (HD), mas eles beneficiam-se de uma forma de tratamento intensiva ambulatorial. Pode-se utilizar as mesmas instalações e profissionais que organizam o HD mas o paciente poderia participar somente de uma atividade diária quer seja grupal ou individual. As modalidades de tratamento podem ser as mesmas do que o HD. Associado ao ambulatório intensivo pode-se recorrer ao que chamamos de internação domiciliar, onde o paciente fica o tempo todo em casa e só sai nas primeiras semanas acompanhado de familiares para se tratar.

d) Modalidades Ambulatorial de Tratamento

O sistema ambulatorial de tratamento deve buscar diversificar ainda mais as opções de tratamento visando atingir uma população ainda maior do que as intervenções mais estruturadas como descritas acima. As atividades ambulatoriais devem ser organizadas de acordo com a demanda da população que busca ajuda, e não existe uma única forma de organização desses serviços. Baseado na experiência dos últimos dois anos na organização do serviço ambulatorial da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo algumas modalidades de atendimento podem de antemão serem sugeridas.

1 - Desintoxicação Ambulatorial: A maior parte dos usuários de álcool e drogas não precisam de internação para desintoxicação. Duas enfermeiras bem treinadas, sob orientação de um psiquiatra, podem atender diariamente esses pacientes, avaliando as suas necessidades físicas e psicológicas. Aqui também é necessário dividir a desintoxicação do álcool e da cocaína que apresentam tipos diferentes de abordagem.

2 - Grupos Terapêuticos: Vários grupos específicos de pacientes podem ser organizados. A vantagem de organizar grupos mais homogêneos de pacientes é que poderíamos ser mais específicos e focalizados na abordagem. Por exemplo; grupos de pacientes que estão a pouco tempo abstinentes (até seis semanas); grupos de pacientes abstinentes por mais de seis semanas; grupos de prevenção de recaídas, para pacientes com várias recaídas; grupos de mulheres com problemas de álcool e drogas; grupos de pacientes com problemas físicos; grupos de adolescentes; grupos de adolescentes com problemas com a polícia, etc.

3 - Orientação Familiar: Usa-se a expressão orientação familiar ao invés de terapia familiar de uma forma proposital pois a maioria das famílias que têm problemas com álcool e drogas beneficiam-se de uma orientação estruturada baseada em informação e orientação geral. Somente um grupo pequeno de famílias necessitaria de terapia familiar propriamente dita. Esta orientação pode ser as mais diversas possíveis. Por exemplo: grupos de orientação familiar quando a pessoa com problema com álcool e drogas não quiser vir para tratamento; grupos de casais onde um dos conjuges tiver problemas com álcool; grupos de família de adolescentes usuários de drogas, etc