

Gerenciamento de Caso em Dependente de Cocaína

Dr. Sérgio de Paula Ramos - Psiquiatra e Psicanalista. Membro da equipe da Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre. Presidente da ABEAD.

Introdução

Trabalho há exatos 33 anos com dependentes químicos. O que apresento a seguir é a tradução, na minha prática clínica, da medicina baseada em evidências, razão pela qual optei por um texto na primeira pessoa do singular. Esclareço preliminarmente que meus pacientes, tipicamente, advêm das classes média e alta e que minha proposta de trabalho pode não se aplicar a outras realidades.

Acolhimento e Diagnóstico

Dependentes de cocaína demandam horário para a primeira consulta, ou incitam seu familiar a fazê-lo, em situações de crise. Portanto, sempre que possível, reservo um horário diário para este tipo de pedido, de tal forma que consigo marcar esta consulta para o mesmo dia, ou o mais tardar, para o dia seguinte. Na alternativa de já no primeiro telefonema ficar evidente ser um caso para hospitalização, prefiro marcá-la para o hospital com o objetivo de proceder imediatamente a internação. Com tais posturas o que pretendo transmitir é o reconhecimento da emergência e minha disponibilidade para assumir o paciente e sua rede social de apoio, no mais das vezes sua família.

Quando o paciente é jovem, a pergunta, ao telefone, é se os pais devem vir antes ou se prefiro que o paciente o faça. Invariavelmente sugiro que decidam sobre o que acharem melhor, uma vez que ainda não os conheço, e começo o atendimento por quem se apresentar. Esta regra também é aplicada quando a demanda partir do cônjuge.

Sou pontual e receptivo, tentando criar um clima acolhedor e de cooperação. Não ignoro a gravidade do relatado, mas trabalho demonstrando esperança, num olhar dialético. Significa isso que se me apresentam a situação de forma pessimista, tento sublinhar aspectos positivos, se, ao contrário, o otimismo irrealístico for a tônica, trato de criar dissonâncias perguntando mais sobre o relatado. Minha postura é a de um clínico que ouve, pergunta, pergunta mais ainda para melhor esclarecer-se e oportunamente opina.

Dependentes de cocaína que estejam intoxicados não são pacientes com indicação de psicanálise nem de psicoterapia psicanalítica, portanto não vejo nenhuma vantagem em uma atitude neutra por parte do terapeuta. Neutralidade é um instrumento que diz respeito a uma técnica que aqui não se aplica. Por isso, enfatizo, tento ser o mais caloroso e acolhedor possível, sem que isso implique, claro, em uma atitude sedutora.

Nas primeiras entrevistas estou interessado, pela ordem, em:

- 1) criar uma relação de cooperação
- 2) conhecer o paciente, sua história de vida e de sua família
- 3) formular diagnósticos sobre o consumo de cocaína, de outras drogas e demais comorbidades
- 4) avaliar as condições psíquicas e financeiras do paciente e da sua rede social de apoio

Criar uma relação de cooperação é tudo. Projetos terapêuticos bem sucedidos são obras de criação coletiva e não imposições ditadas pela sapiência do profissional.

Conhecer o paciente, sua história e de sua família é o ponto de partida necessário para a ulterior proposta terapêutica. Costumo repetir que não trato drogados, trato sim pessoas, com problemas e qualidades. Com derrotas e conquistas.

Se a cooperação entre paciente, família e terapeuta é o alicerce de um bom tratamento, a adequada formulação diagnóstica é seu pilar de sustentação. Quais são as drogas consumidas pelo paciente? Frequência, quantidades, conseqüências de cada uso? Tem comorbidades? Qual? As mais freqüentes, de eixo 1, são com transtorno de humor e transtorno de hiperatividade, com ou sem déficit de atenção. No eixo 2, personalidade anti-social deve ser investigada tomando-se sempre o cuidado de avaliar se possíveis transtornos de conduta foram observados mesmo em períodos de abstinência.

Refiro-me à avaliação psíquica do paciente e de sua família como o processo de observação das condições de ego dele e do grupo para suportar mudanças de estilo de vida que poderão vir a ser convenientes. Quanto às questões financeiras, desnecessário dizer o quanto as orientações preconizadas deverão se subordinar às mesmas.

Tenho aprendido que existem, em nossa cultura, sobretudo dois tipos de cocainômanos. O jovem, em geral com vida familiar e estudantil detonada, que é sustentado pelos pais, e o adulto bem posicionado, familiar e profissionalmente, que apresenta-se com grau variado de declínio. Em ambos os grupos é relevante saber-se sobre quem irá pagar o tratamento e tornar a fonte pagadora parte presente do contrato, não só nos aspectos financeiros estritos, mas também nos objetivos do tratamento, pois é comum em famílias disfuncionais que a melhora do paciente possa ser sabotada com o "sumiço do dinheiro" para pagar o tratamento.

O Projeto Terapêutico

Idas e vindas, abstinência e recaídas são as regras na evolução do tratamento de um cocainômano, razão pela qual penso que estas possibilidades devam ser colocadas desde o início para o paciente e sua família. Períodos bons, e de tratamento ambulatorial, poderão ser alternados com outros, de recaídas e de necessidade de nova hospitalização. Neste sentido é curioso perceber que quando um hipertenso ou um diabético apresentam recrudescimento de sintomas os pacientes pensam que devem voltar a seu médico, com dependentes químicos de uma maneira geral, mas com os de cocaína de uma maneira particular, o que lhes ocorre é mudar de médico. Outro médico, outra clínica, o processo começa praticamente do zero e se imputa ao facultativo o que, na realidade, é a evolução natural do processo terapêutico.

Com esta visão, obrigo-me a discutir todas estas possibilidades de antemão, tentando fomentar um horizonte mais amplo para nossa relação terapêutica. Aceno comumente com dois anos de tratamento e explícito a possibilidade de recaídas e até de novas hospitalizações.

Primeiras Etapas do Tratamento

O Che Guevara, que era médico, recomendava "firmeza sempre, mas sem jamais perder-se a ternura", é uma boa conduta com estes pacientes com quem a flexibilidade tão adequada no planejamento de qualquer tratamento, não pode ser confundida com frouxidão e menos ainda com convivência. Uma coisa é oportunizarmos ao paciente a chance de perceber a realidade de seu envolvimento com cocaína, outra é a submissão do profissional às suas manifestações patológicas. Este é o motivo pelo qual proponho que trabalhem com objetivos modestos e circunscritos no tempo. O aconselhamento de "abstinência de todas as drogas para o resto da vida desde já", sob esta óptica, deve ser substituído por "quem sabe podes tentar não usar nada até amanhã, quando conversaremos novamente".

Caso consiga, poderemos propor novos pequenos desafios. Caso contrário, a hospitalização deverá ser proposta com maior facilidade.

A primeira etapa do tratamento servirá para construirmos a aliança terapêutica e dirimirmos nossas dúvidas diagnósticas. Em casos de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, uma consideração útil é que a quase totalidade das medicações interage negativamente com as drogas de abuso. Portanto, pacientes que necessitem ser medicados e não consigam se abster delas terão boa indicação para hospitalização.

Na construção do vínculo com o profissional, costumo brincar que traficante não faz feriadão, não tira férias e sempre atende o celular. Se quisermos, portanto, ter alguma chance teremos que ser tão ou mais disponíveis, objetivo que será de mais fácil execução para aqueles de nós que trabalhamos em equipe. Em todo o caso, sinto-me na obrigação de informar que todos meus pacientes dispõem de meu telefone celular.

A construção da verdade

O poeta gaúcho, Mário Quintana, escreveu que "a mentira é a verdade que esqueceu de acontecer". Nossos pacientes não mentem, nos ensinava o Professor Carol Sonenreich nos anos 70, eles nos contam a verdade deles. Ocorre que enquanto não puderem compartilhar conosco sua verdade o percurso não lhes será favorável.

Tendo presente esta consideração adentro no tema dos testes de urina, ou de fio de cabelo, para drogas. Uso-os sempre como um notável recurso acessório na construção de uma relação verdadeira. Solicito-os duas vezes por semana de forma continuada nos primeiros 6 meses de tratamento. Seu resultado, no entanto, é restrito à nós dois, ou seja, eu e o paciente.

Metas compartilhadas

Mais cedo ou mais tarde será discutido o assunto da abstinência. Já disse antes que prefiro as compartilhadas, mesmo que modestas, do que as ambiciosas com as quais apenas eu possa estar identificado.

Idealmente, demonstram as pesquisas, para um dependente grave de cocaína está recomendado a abstinência da mesma e das demais drogas que usa. As recaídas em cocaína, por mais das vezes, iniciam pelo álcool e embora todos conheçamos casos de cocainômanos que tenham conseguido parar seu consumo desta droga e que persistem no consumo de maconha, por exemplo, esta não é a regra. Baseado nisso, sempre que consigo a adesão do paciente à idéia, proponho que se abstenha de álcool, maconha, demais drogas que usa e cocaína. Mais recentemente tenho aprendido ser vantajoso, inclusive, a abstinência de tabaco, para o que prescrevo o protocolo específico de anti-depressivo (bupropion) + terapia de reposição de nicotina.

Após 1 ou 2 anos de abstinência se um jovem propuser o retorno do consumo de álcool será algo que poderá ser experimentado em condições controladas.

É interessante destacar-se que tratamentos têm começo meio e fim. Alcançar as metas de maneira estável é colocar no horizonte o assunto alta, que em casos de boa evolução, costuma ocorrer em algum momento entre o primeiro e segundo ano de tratamento.

Alguns contatos, mensais que sejam, nos primeiros meses no pós-alta é prática freqüente.

Técnica Terapêutica

Entrevistas motivacionais, prevenção da recaída e terapia cognitivo-comportamental são as preconizadas nas fases iniciais de tratamento. Quando, no entanto, a abstinência se estruturar, não raro e sequencialmente, passo a ter intervenções mais psicodinâmicas. Alguns poucos pacientes, abstêmios há pelo menos 1 ano que tenham condições de ego e financeiras podem evoluir para uma indicação de análise.

Terapia de Família

Não tenho tido a sorte de encontrar famílias funcionais nos casos que sou chamado para atender. Portanto, indico terapia de família sempre. Muitas vezes tal orientação é seguida. Nestes casos o prognóstico melhora