

TRATAMENTO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ABUSO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E DROGAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.

A) Dependência como um distúrbio crônico

Embora o abuso e a dependência do álcool e drogas seja um distúrbio crônico existe uma expectativa da maioria dos clínicos de perceber o tratamento dessa condição como algo que possa ser feito agudamente como numa pneumonia ou subagudamente como numa tuberculose (O'Brien & McLellan, 1996). Com este tipo de expectativa irreal muitas vezes a idéia de tratamento fica associada com a idéia de desintoxicação de uma droga, ou seja após um período sem uso da substância o paciente estaria curado. Quando o paciente tem uma recaída, e a grande maioria mais cedo ou mais tarde terá, o tratamento é considerado um insucesso e mais uma desintoxicação é proposta como uma forma de proteger o paciente.

Nas últimas duas décadas o estudo das dependências evoluiu muito e hoje tem-se a tendência de considerar esse tipo de tratamento da mesma forma como tratamos a maioria das condições crônicas e recidivantes em medicina como hipertensão, asma, diabetes, etc(O'Brien & McLellan, 1996). Podemos dizer que praticamente todos os pacientes terão recaídas e muitos recairão várias vezes. Na realidade a prevenção da recaída é um dos aspectos mais importantes no processo de tratamento das dependências. Ao invés de considerarmos a recaída como uma má evolução do tratamento, consideramos como uma oportunidade do pacientes aprender sobre a sua dependência e desenvolver controles comportamentais que visarão interromper o uso crônico do álcool ou drogas. Esses controles comportamentais serão aperfeiçoados de uma forma mais efetiva quando o paciente estiver o mais perto possível do seu ambiente costumeiro. Aqueles pacientes que ficam muito tempo afastados do seu ambiente, correm o risco de conseguirem ficar abstinentes somente em ambientes protegidos. No entanto cada vez mais se incapacitarão para lidar com as pressões para beber que ocorrem no seu cotidiano.

Esta nova atitude em relação ao tratamento das dependências modificou a forma como os serviços públicos ou privados devem se organizar. O tratamento não deveria ser visto como um evento temporalmente delimitado mas como um processo no qual as recaídas, muito embora indesejáveis, deveriam ser oportunidades terapêuticas para o paciente reaprender a controlar o seu uso de álcool ou drogas. Não existe uma forma única de tratamento que possa dar conta da diversidade desses pacientes, e só uma avaliação adequada poderá dizer qual o tipo de tratamento poderá ser mais útil para determinado paciente. À semelhança das condições crônicas em medicina o paciente deverá permanecer em tratamento por vários meses ou mesmo anos buscando adequar a suas necessidades clínicas com a forma de tratamento mais eficiente no seu caso.

b) Quais são as evidências sobre a melhor forma de tratamento?

Um dos dados mais consistentes na literatura de tratamento de problemas relacionados com álcool e drogas é da eficácia da intervenção ambulatorial para esses pacientes (Monteiro, 1997). Mesmo os programas de desintoxicação ambulatorial são mais eficientes e têm um melhor custo benefício do que os que necessitam internação (Monteiro, 1997). Muito embora ainda não podemos descartar a possibilidade de alguns poucos pacientes se beneficiarem de internações, principalmente aqueles

com abstinência muito severa (Delirium Tremens, convulsões) ou com problemas clínicos graves. No entanto como apontou Heather em 1995 num relatório técnico para a Organização Mundial de Saúde, o melhor lugar para tratar esses casos mais graves deveriam ser unidades especializadas e não nas emergências dos hospitais gerais ou em unidades psiquiátricas sem especialização. Nas unidades especializadas parecem que obtêm uma maior taxa de permanência, menores taxas de abandono e maior taxa de abstinência do que no hospital geral ou nos hospitais psiquiátricos sem especialização.

Uma das questões mais bem estudadas em relação ao tratamento das dependências diz respeito ao local no qual o tratamento deveria ser feito, ou seja, se a internação é melhor do que o tratamento ambulatorial. O primeiro estudo avaliando essa questão foi feito por Edwards e col em 1977, quando um grupo de pacientes ficou pelo menos seis semanas internados numa enfermaria psiquiátrica recebendo um tratamento padrão e um outro grupo de pacientes recebeu um tratamento ambulatorial breve. Ao final de seis meses os dois grupos obtiveram o mesmo tipo de melhora. Após esse estudo inúmeros outros obtiveram os mesmos resultados. Duas revisões recentes avaliaram doze estudos controlados da efetividade da internação em relação ao ambulatório (McKay & Maisto, 1993). Essas duas revisões concluíram que para a maioria dos alcoolatras a internação não era melhor do que o tratamento ambulatorial. Mesmo quando comparamos somente a internação, o tempo que o paciente fica internado não parece ser um bom indicador da sua evolução. Longabaugh (1988) alocou aleatoriamente um grupo de pacientes para ficar um tempo longo numa enfermaria e um outro grupo para ficar um curto período de tempo. O grupo que ficou mais tempo teve um pior desempenho em relação ao consumo de álcool.

As evidências indicam que não é o local onde a pessoa recebe o tratamento, nem o tempo de internação que importa, mas sim o quão intenso e completo o tratamento é. Pacientes que participam de encontros terapêuticos (terapia individual, grupal, grupos de Alcoólicos Anônimos, etc) com mais frequência ao longo das primeiras semanas de tratamento evoluem melhor do que aqueles que participam com menor frequência. Nos últimos dois anos este aspecto do tratamento tem sido ainda mais estudado. No maior estudo já realizado nos EUA, mais de 2000 pacientes foram avaliados para tentar identificar quais os critérios que deveriam orientar para qual tratamento cada paciente deveria ser alocado. Este projeto chamado de MATCH, está tentando buscar critérios para alocar o paciente certo ao tratamento certo, partindo do princípio de que não existe um único tratamento que seja eficiente para uma condição tão heterogênea como a dependência de uma droga. Num futuro próximo teremos maiores informações para orientar-nos numa melhor alocação desses pacientes.

c) Qual é o melhor custo efetividade na organização de serviços para álcool e drogas

Num estudo clássico Holder e col (1991) buscou identificar quais os serviços que teriam um maior custo efetividade no tratamento do alcoolismo baseando-se: 1- nos achados dos "clinical trials"; 2 - custos do tratamento em settings diferentes; 3 - recomendações dos experts. Ele avaliou 33 tratamentos diferentes, que tinham evidências na literatura científica, que variou de hipnose à internação em hospital psiquiátrico. Paradoxalmente as modalidades de tratamento que tinham um custo menor, como intervenção breve, treinamento em auto-controle e treinamento de habilidades sociais, foram as que apresentaram maior efetividade. As modalidades com maior custo, como internação, psicoterapia baseada em insight apresentaram uma menor efetividade. Holder e col insistem que em termos de políticas de saúde, não deveríamos escolher um tratamento baseados no

custo mas sim na efetividade do tratamento. É uma feliz coincidência que os tratamentos mais efetivos são os mais baratos.

Godfrey (1994) também fez uma análise das implicações do custo-efetividade em termos de saúde pública. Ela mostra que é uma decisão racional que a maioria dos alcoolatras obteriam grandes benefícios de intervenções breves e simples. É muito melhor para uma comunidade oferecer intervenções mais simples para um grupo maior de paciente do que intervenções complexas para um grupo menor. Em termos de saúde pública é muito mais racional optar por maior número de pessoas em contato com os serviços. No entanto ela também recomenda que uma pequena parte dos recursos deveriam ser alocadas para internações, pois uma pequena fração dos pacientes acabam necessitando uma intervenção mais complexa por mais tempo.

UNIDADE COMUNITÁRIA DE ÁLCOOL E DROGAS – UCAD

Como já comentado em outro documento enviado a Secretaria de Saúde deveríamos criar algumas unidades onde a ênfase seria no tratamento comunitário e ambulatorial. Para tanto deveríamos começar criando 4 (quatro) unidades em cada região de São Paulo. A proposta das UCADs é trabalhar em nível extra-hospitalar com intervenções de baixo custo e efetivas. O objetivo principal da criação dessas quatro unidades será de se criar um modelo de intervenção que possa ser desenvolvido em outras regiões do estado de São Paulo.

a) Unidade do Jardim Ângela

Esta é a região mais violenta do estado com uma grande prevalência de uso de drogas e álcool. Além disso não existe nenhum recurso de saúde mental na área. Na realidade depois de pesquisa na região podemos conferir que não existe nem mesmo grupos de auto-ajuda como AA e NA. Esta unidade seria desenvolvida nas dependências de uma das igrejas (Ordem de Santo Mártires) e portanto não existe a necessidade de pagamento de aluguel do local. Para o início desta equipe será necessário:

- 2 Psiquiatras
- 2 Psicólogos
- 4 Enfermeiras
- 2 Assistentes Sociais
- 20 Agentes Comunitários

b) Unidade Itaquera

Nesta região seria necessário o aluguel de um imóvel no valor aproximado de R\$ 1.500,00. Além da equipe.

- 2 Psiquiatras
- 2 Psicólogos
- 4 Enfermeiras
- 2 Assistentes Sociais
- 20 Agentes Comunitários

c) Unidade Zona Norte

Nesta região seria necessário o aluguel de um imóvel no valor aproximado de R\$ 1.500,00. Além da equipe.

- 2 Psiquiatras
- 2 Psicólogos
- 4 Enfermeiras
- 2 Assistentes Sociais
- 20 Agentes Comunitários

d) Unidade Zona Oeste

Nesta região seria necessário o aluguel de um imóvel no valor aproximado de R\$ 1.500,00. Além da equipe.

- 2 Psiquiatras
- 2 Psicólogos
- 4 Enfermeiras
- 2 Assistentes Sociais
- 20 Agentes Comunitários