

AULA 18

DIA A DIA DAS CLÍNICAS: DROGAS ILÍCITAS

Dr. Marco Bessa entrevista o Dr. Ronaldo Laranjeira

Marco Bessa: As dependências químicas são hoje um grave problema de saúde pública no mundo inteiro e também no Brasil. Nós sabemos que epidemiologicamente o consumo de drogas vem aumentando muito no Brasil e também seguindo as estatísticas mundiais. Para enfrentar esse problema psiquiátrico bastante grave, nós sabemos que os nossos colegas que no dia-a-dia se deparam com esses casos e, muitas vezes, aqueles que não são treinados especificamente para trabalhar com esses pacientes enfrentam algumas dificuldades. Para auxiliar os nossos colegas no seu dia-a-dia, a ABP com esse seu Programa de Educação Continuada, tem a honra de convidar para discutir esses temas da dependência química o Dr. Ronaldo Laranjeira, que é uma pessoa referência na discussão das dependências químicas aqui no Brasil. É professor titular de psiquiatria na Universidade Federal do Estado de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres e é coordenador também da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da UNIFESP, e também do Instituto Nacional de Pesquisa em Álcool e Drogas.

Ronaldo Laranjeira: Eu gostaria de agradecer o convite. É uma honra estar aqui no Programa de Educação Continuada da ABP. Eu gostaria de concordar com o Marco Bessa, realmente o Brasil enfrenta um grande problema de drogas. Mas está tendo um certo paradoxo. O Brasil é um dos poucos países em que vem aumentando o consumo de drogas. No mundo existe uma tendência geral de um certo declínio, um declínio relativo. O Brasil está se destacando sendo um dos poucos países que está aumentando o consumo de cocaína e crack, por exemplo. Possivelmente isso é devido à falta de políticas nos últimos vinte anos, por exemplo. Políticas que pudessem deter esse aumento do consumo.

MB: Então Ronaldo, nós sabemos que epidemiologicamente o álcool e o tabaco são as drogas que mais atingem a população, mas a nossa preocupação nessa entrevista é com as drogas ilícitas, principalmente, a cocaína e a maconha. Então, no seu dia-a-dia, qual a importância, o impacto, que essas drogas têm?

RL: Acho que podemos salientar que, como está havendo um aumento global nos últimos vinte anos, do consumo, da experimentação, do consumo regular, tanto da maconha, quanto da cocaína e do crack, esse aumento global começa a ter um impacto na população que fica com necessidades clínicas. E é por isso que cada vez mais, quer seja no tratamento público ou no tratamento privado da psiquiatria, você vai ter um maior volume de pessoas procurando ajuda pela dependência química. Quer seja uma ajuda específica, a pessoa que é dependente química e busca uma ajuda especializada, quer seja na psiquiatria de uma maneira geral. Você falar dos quadros psicóticos... a chance de ter alguém com esquizofrenia e uso de maconha, por exemplo, é muito grande. Os quadros depressivos e a relação com as drogas ilícitas também é muito grande. É isso que vai impactar o papel do psiquiatra... de ele realmente precisar ser melhor aparelhado para lidar com essas condições.

MB: Começando com a cocaína especificamente. O crack nós sabemos que é uma forma degradada da cocaína e já existe há bastante tempo no Brasil, aqui em São Paulo há mais de 15 anos, em Curitiba e algumas outras capitais... mas ele passou a ter uma repercussão maior na imprensa, na mídia, quando passou a atingir Porto Alegre e agora o Rio de Janeiro... com bastante destaque e com bastante discussão. Quais são as diferenças principais que você observa na clínica daquele usuário tradicional que nós conhecíamos de cocaína, cocaína em forma de pó aspirada, e o uso de crack, que é uma forma fumada?

RL: A diferença é assim: quem faz o uso da cocaína aspirada pode manter o uso da cocaína por um bom tempo sem necessariamente ter grandes problemas. Ele às vezes consegue compatibilizar o uso até semanal da cocaína sem necessariamente ter um grande número de problemas sociais, no trabalho, familiar. Lógico que tem problemas mas é um nível relativamente contornável. O usuário de crack, assim que ele começa a usar o crack, a vida fica muito mais difícil de você gerenciar. A pessoa tende a ficar mais impulsiva, mais compulsiva pelo uso da droga e muda o comportamento... acaba se expondo ao comportamento relacionado ao tráfico ou à aquisição ou crimes mesmo para pessoas sustentar o crack. Então o crack ele é uma droga muito mais perigosa desse ponto de vista. Dependência se instala mais rapidamente e é associada com uma série de comportamentos que expõe à mortalidade ou a um risco grande de mortalidade. O estudo que nós fizemos aqui na Universidade Federal de São Paulo, acompanhando um grupo

de usuários de crack por 15 anos, mostra que 25% deles morreram nos primeiros cinco anos. A dependência do craque mata mais que, por exemplo, a leucemia.

MB: Então nós vamos dizer que o crack é devastador, do ponto de vista clínico... e social nem se fala, não é?

RL: Eu não consigo imaginar nenhuma outra situação em psiquiatria que tenha esse nível de mortalidade no curto prazo. Nenhuma doença psiquiátrica, vai morrer 25% em cinco anos, por exemplo. Nem em medicina de uma maneira geral é difícil... mesmo casos como leucemia que tem uma mortalidade alta você tem recursos que podem deter a mortalidade precoce da leucemia. Então é uma droga à parte, uma doença à parte dentro da própria psiquiatria.

MB: E como essas diferenças entre os usuários de crack e de cocaína... como elas se apresentam na clínica, no tratamento do paciente?

RL: Eu acho que também tem esse usuário de cocaína que usava cocaína antes e quando ele começa a usar o crack ele muda. Ele mesmo fala: "eu usei cocaína por dez anos, comecei a usar o crack e eu mudei". Mudou no que? Essa é a grande questão. Ele tende a ficar a mais impulsivo, tende a ficar mais desorganizado, tende a ficar mais compulsivo. O crack, e a cocaína também, mas o crack de forma mais intensa, ele acaba levando a um tipo de comprometimento cerebral que tem uma certa diminuição do fluxo sanguíneo na região pré-frontal. Isso faz a diferença. O usuário de crack tende a ter esse tipo de dano cerebral que muda o comportamento dele. E essa combinação de maior impulsividade, uma droga que causa mais dependência, a pessoa ficando mais compulsiva pelo uso normalmente ela vai caminhar para algum tipo de problema em relação a conseguir a droga. Ele vai torrar o dinheiro dele pessoal, ou vai começar a roubar a sua própria família, ou vai começar a traficar, ou vai roubar de uma maneira geral. É por isso que o crack está muito relacionado a um aumento da violência urbana e expondo essa pessoa a esse tipo de violência. Isso faz toda a diferença... porque esse vai ser uma pessoa muito mais relutante para vir para o tratamento e ficar em tratamento.

MB: Já que é uma doença bastante grave bastante complicada como é que está a estrutura pública hoje para o atendimento desses pacientes dependentes de crack? Pública no SUS, né? Tanto no Brasil quando aqui especificamente aqui em São Paulo?

RL: Acho que praticamente você pode dizer que não tem. Foi um grande engodo dizer que a criação dos CAPS possa dar conta primeiro da demanda da dependência química no Brasil. Se a gente levar em consideração só o álcool, por exemplo, a maioria dos CAPS não dão conta nem da demanda do álcool. Eles estão absolutamente desparelhados para lidar com uma droga como essa. Os profissionais do CAPS não têm treinamento para esse tipo de situação e mais do que isso você não tem um programa para tratamento de crack. Qual é o programa do Ministério da Saúde para lidar com uma doença tão complexa como essa? Não tem. Você teria que ter um programa e critérios para se colocar em tratamento, como facilitar a aderência desses pacientes, que tipo de medicação usar, quando você recorrer à internação, como você aparelhar essas famílias a lidar com essa situação, como você poder fazer uma associação com os grupos de ajuda como o Narcóticos Anônimos. Nada disso existe. A resposta do Ministério da Saúde para essa população que necessita do sistema SUS é de um completo abandono. Por isso que eu sustento que o Ministério da Saúde abandonou as famílias e os dependentes químicos especificamente do crack.

MB: Se a gente quiser usar de um eufemismo a gente poderia dizer que o Ministério da Saúde praticamente terceirizou esses pacientes para as comunidades terapêuticas, não é? Elas são as estruturas que de certa forma estão contendo esse drama social no Brasil hoje. Qual é sua experiência com essas comunidades terapêuticas?

RL: Eu também concordo que houve essa terceirização. Na medida em que o Ministério da Saúde fechou os leitos psiquiátricos que poderiam eventualmente se transformar em clínicas especializadas para dependência química e não deu essa opção no Brasil inteiro, fechou essa porta que poderia ser uma renovação das clínicas psiquiátricas especializadas, obviamente a população acabou recorrendo para as comunidades terapêuticas. São cerca de 2000 espalhadas pelo Brasil inteiro. Só que essas 2000 comunidades elas são muito heterogêneas. A maioria delas não tem contato com o a psiquiatria. Então aquela pessoa que... paradoxalmente o usuário mais grave, que precisa de internação, onde tem um maior nível de comorbidade, onde tem uma maior prevalência de comorbidade psiquiátrica, paradoxalmente a maioria dessas comunidades

terapêuticas se vangloriam de não usarem medicamentos, de não usar uma abordagem psiquiátrica. Então também, de alguma forma, elas acabam privando essa população de receber a melhor assistência médica possível. Obviamente tem algumas... uma minoria das comunidades terapêuticas que acabam fazendo um sistema misto que possa ter um cuidados psiquiátricos compatíveis com a gravidade da doença da dependência química.

MB: Então respondendo à pressão social e à pressão imposta pela mídia, o Ministério da Saúde recentemente anunciou que vai liberar ou já liberou em torno de 90 ou 100 milhões de reais para o tratamento desses pacientes em hospital geral. Como especialista nessa área qual a sua expectativa de resultados com esse tipo de intervenção?

RL: Minha expectativa é que, primeiro, acho não vai acontecer isso. Relutaria de achar que vai ter hospital clínico geral no Brasil que queira receber 20, 30 usuários de crack dentro da enfermaria de um hospital geral. Então acho que isso não vai acontecer. Mesmo se acontecer acho que, na verdade, um hospital geral é completamente desaparelhado para lidar com esse tipo de população. Usuário de crack tende a ser impulsivo, tende a roubar, tende a ter uma série de comportamentos no começo da desintoxicação que vai ser muito difícil em um ambiente do hospital geral você lidar com essa população. Então minha expectativa é a pior possível. Não deve acontecer ou se acontecer nós vamos perder quase 100 milhões em um tipo de intervenção que, infelizmente, não vai beneficiar esse usuário.

MB: Um outro ponto polêmico e que também foi muito discutido pela mídia, por conta de um caso dramático no Rio de Janeiro de um usuário que acabou assassinando a namorada, é que muitos profissionais (e até dentro do Ministério da Saúde) têm uma posição dizendo que a internação involuntária não é produtiva, ela não é eficaz. Então não adianta internar esse tipo de paciente. Quais são as evidências a respeito desse aspecto?

RL: Eu acho que isso não é verdade. O Ministério da Saúde convenientemente fica divulgando esse tipo de informação, mas as evidências científicas são bem ao contrário disso. O próprio Instituto Nacional de Dependências em Drogas e Álcool dos EUA mantém uma certa política dos treze princípios de um tratamento efetivo. E um desses princípios diz exatamente: o tratamento para ser efetivo não precisa ser voluntário. Ou seja, o tratamento involuntário, ou com algum grau de involuntaridade, ele pode ser tão

efetivo quanto o tratamento voluntário. Isso já foi muito bem estudado nos EUA, onde cerca de 50% das internações por dependência química acabam tendo algum grau de involuntaridade. Nos EUA o sistema judiciário é muito ativo no sentido de a pessoa que for pega com pequeno crime em relação ao uso de drogas ele vai para um sistema imposto. Também isso já foi muito bem estudado e não tenha dúvida que a internação involuntária ela pode ser tão efetiva quanto a voluntária, especificamente no caso de um usuário de crack em que ele está se expondo a um risco de mortalidade muito alto. Não tenho dúvida de que qualquer pessoa, por exemplo, da classe média que vê seu filho como usuário de crack, vai fazer de tudo vai gastar o dinheiro que for necessário para você receber o melhor tratamento possível e vai internar involuntariamente o seu filho. Se isso é válido para pessoas que têm recursos deveria ser válido também para o Sistema Único de Saúde. Você não pode privar a pessoa que depende do Sistema Único de Saúde direito de receber o melhor tratamento possível, que em algumas situações é a internação involuntária

MB: Com esse pano de fundo dessas dificuldades todas, quais são as sugestões e as dicas que você daria para o clínico psiquiatra nessas dificuldades do dia-a-dia com pacientes dependentes químicos de crack, que muitas vezes não aceitam o internamento, muitas vezes também em uma condição social precária, sofrendo ameaças dos traficantes, sem uma condição familiar que possam dar muito... a família às vezes já não sabe mais o que fazer. Que sugestões você dá para o clínico no dia-a-dia?

MB: Acho que esse é um tipo de paciente que requer um nível de planejamento diferente dos demais pacientes. Esse planejamento vai ter que ser feito com algum outro tipo de recurso. Só o psiquiatra às vezes fica difícil para lidar com uma situação como essa. Se não tiver o apoio da família, se não tiver o recurso, por exemplo, de não mínimo um grupo de ajuda mútua como o Narcóticos Anônimos, se ele não tiver esse tipo de ajuda, vai ser muito difícil o tratamento. O ideal é que tivesse além desse apoio da família, apoio desses grupos de ajuda mútua, eventualmente a possibilidade de uma internação para poder criar um período de estabilização no começo do tratamento de usuário de crack. Esse é o grande desafio: tirar a pessoa do meio onde ela está envolvida com o uso de crack, que eu chamo isso da “cultura do crack”... a pessoa vai para as bocas e ficam às vezes dias só usando crack, só conhece pessoas que está fazendo isso, ou vai arrumar dinheiro especificamente para o uso de crack... e então ela fica mergulhada nessa “cultura do crack”. Se a gente não tirar essa pessoa dessa “cultura do crack” e

colocar em um ambiente protegido vai ficar difícil. Às vezes você pode criar esse ambiente protegido e fazer o que eu chamo de uma internação domiciliar. Esse é um recurso que a gente pode usar se o paciente tiver minimamente com algum tipo de compromisso de ficar sob os cuidados da própria família, com regras, não sair sozinho, e você começar a fazer um tratamento a partir daí. Eu acho que se isso não for possível, às vezes a pessoa está muito impulsiva e não consegue, a fissura está muito grande, aí então realmente a internação se impõe. Então o que eu acho que seria um começo de um tratamento mínimo que o psiquiatra pudesse fazer seria realmente começar o período de estabilização com a internação domiciliar, com medicação que você possa estar usando, e expor essa pessoa... que a pessoa seja mergulhada em um sistema de recuperação utilizando, por exemplo, as reuniões do Narcóticos Anônimos.

MB: E quais seriam os pontos principais para uma boa avaliação de um paciente dependente químico de crack?

RL: Eu acho que obviamente tem que fazer uma avaliação global, da história de consumo ao longo da vida dessa pessoa, obviamente que não começa só com o crack, já começa com o uso anterior de outras drogas, e o que é muito comum obviamente é que a pessoa além do crack consumir outras drogas, como maconha, a própria cocaína e o álcool. O álcool, no caso, ele é muito importante de a gente fazer essa avaliação porque em algumas pessoas existe o álcool como um gatilho para o consumo quer seja do crack quer seja da cocaína. Isso do ponto de vista do planejamento futuro e tratamento é importante. Você tem que ter, em primeiro lugar, essa avaliação do consumo da droga. Em segundo lugar, para o psiquiatra é muito importante você identificar quais são as comorbidades envolvidas nessa pessoa. É muito difícil um usuário de crack não ter, além do consumo de crack, algum outro transtorno mental. Eu nomearia pelo menos algum nível de dano cerebral essa pessoa tem. Eu parto do princípio que o usuário de crack tem... já vem com algum tipo de dano cerebral que a gente às vezes a gente identifica na parte da impulsividade, na dificuldade de fazer comportamentos que requeiram disciplina, de ser mais impulsivo, e ser mais irracional nas suas escolhas. Então se você tem isso é muito provável que seja pela dificuldade na região do córtex pré-frontal... que é o que acaba interferindo. Esse é um fenômeno que é importante, porque uma parte da dificuldade dessa pessoa aderir ao tratamento é porque o cérebro dele não está funcionando apropriadamente. Agora, além disso, você vai ter que estar de olho nos sintomas que essa pessoa possa ter: sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, e

algum tipo de sintomas psicóticos. A gente vai ter que ficar de olho e identificar esse sintoma no sentido de planejar a psicofarmacologia em seguida.

MB: Uma outra face mais dramática da dependência do crack é que, especificamente no Brasil, ela começa muito cedo... a dependência. São usuários precoces, crianças, adolescentes que passam se a utilizar do crack, se expondo a situações sociais graves, como o envolvimento com o tráfico de drogas e muitas vezes prostituição, etc. Quais são as dificuldades maiores no atendimento desse tipo de população, de crianças e adolescentes?

RL: Não tenha dúvida que o Brasil nessa área, se na área de dependência química nós já estamos desassistidos, na área da infância e da adolescência nós estamos praticamente zerados. Se a gente for seguir o Estatuto da Criança e do Adolescente a gente só poderia internar essas pessoas em um ambiente específico para o adolescente. Só que isso não existe. O grande problema é esse, que você deixa com uma população que já é vulnerável por si só, que é o adolescente, usando uma droga que expõe a um alto risco de mortalidade, um alto risco de envolvimento com o tráfico, e com a criminalidade também, e você não tem como resgatar essa população. E quando você tenta resgatar, você não tem aonde internar desse tipo de adolescente. Esse é um dos grandes desafios que a gente tem nos dias de hoje.

MB: E quais seriam as sugestões para a organização de um bom serviço de atendimento ao dependente químico, e mais especificamente, ao dependente de crack?

RL: Eu acho que você tem que fazer uma rede para lidar com uma doença complexa. É a mesma coisa: se você vai tratar com câncer ou Aids, e nós temos um grande programa muito bom no Brasil para o tratamento da Aids, você cria uma rede para tratar uma doença complexa. O transtorno mental não é diferente disso. Você vai ter que eventualmente utilizar os CAPS. Você tem que ampliar a rede de CAPS. Você tem que ter um CAPS a cada pelo menos a cada 100.000 pessoas - esse é mais ou menos esse o parâmetro internacional... você ter uma unidade que possa dar conta de uma população de 100.000 pessoas. Mas dentro do programa CAPS - o CAPS virou um nome que salva as coisas - se você não tem programas baseados em evidências, que é para lidar com uma doença, por exemplo, do crack, você desenvolver qual é o melhor programa para você tratar esses usuários, simplesmente a criação de mais CAPS não resolve. Você teria

que criar realmente esses programas e treinar os profissionais que estão trabalhando no CAPS a desenvolver esse tipo de tratamento. Acho que essa seria uma coisa importante. Obviamente, o próprio CAPS deveria estar em contato com os cuidados primários de saúde. O próprio CAPS deveria ter, por exemplo, pelo menos uma moradia assistida. Você tivesse uma casa que pudesse dar uma retaguarda para aquelas pessoas que estão razoavelmente estáveis e poder, ao invés de se internar, ficar em uma moradia assistida. E aí você teria que ter também, além da moradia assistida, algum tipo de clínica para no mínimo ter a estabilização dessa pessoa. Ela ficar com um mês ou dois meses para poder estabilizar. Essa clínica especializada... ela poderia fazer internações voluntárias e involuntárias. E um outro aspecto é que dentro dessa rede de serviços você teria que ter também comunidades terapêuticas. Acho que tem um papel da comunidade terapêutica que se pudesse trabalhar junto com os CAPS junto com as moradias assistidas e as clínicas especializadas. Então é a criação dessa rede de serviços e poder utilizar de acordo com a necessidade do paciente.

MB: E no dia-a-dia do clínico quais são os principais eixos para um bom tratamento de um dependente químico?

RL: Eu acho que eu prefiro ver assim: esse é um tratamento que requer uma boa estrutura. Eu prefiro falar que teria que ter alguns eixos onde vai dar uma sustentação ao tratamento. Teria um eixo que eu chamaria de eixo da medicação, principalmente na fase inicial do tratamento psiquiátrico da dependência química... você vai ter que recorrer a algum tipo de medicação para ajudar o cérebro dessa pessoa estabilizar. A gente não pode esperar que uma pessoa que usa uma droga tão poderosa como o crack por anos a fio, que o cérebro dela não esteja completamente desorganizado do ponto de vista químico. Então você teria medicações que possam ajudar o cérebro dessa pessoa a se estabilizar. Aí você teria o eixo familiar e de como a família vai dar o apoio ao tratamento ao longo de meses. A gente tem que ter a expectativa de que essa é uma doença complexa e que vai necessitar de um longo período de tratamento. A gente não pode ter a expectativa de que vai se resolver em poucos meses. Estamos falando de alguns anos de tratamento. Teria um terceiro eixo que a gente chamaria de o eixo da pessoa se expor aos grupos de Narcóticos Anônimos. Achar aquela pessoa que possa, no começo do tratamento ir 90 dias, em 90 sessões, reuniões de grupos de Narcóticos Anônimos. Teria um quarto eixo que seria o eixo da ajuda psicológica. Se a pessoa conseguir ter acesso a alguém que utilize as técnicas de ajuda psicológica baseada em evidências, como por

exemplo: a terapia cognitivo-comportamental, as entrevistas motivacionais e as técnicas que a gente chama de prevenção em recaída. São várias estratégias psicológicas que tem muitas evidências que funcionam no tratamento de dependência química. O paciente deveria ter essa possibilidade desse quarto eixo de tratamento e ser exposto à essa ajuda psicológica mais organizada. E a gente poderia falar de um quinto eixo do tratamento que seria o que a gente chama de a reabilitação psicossocial. Ou seja, alguém que normalmente usa o crack, se expõe ao tratamento e pára de usar o crack, quando é uma história de sucesso... uma coisa é parar de usar a substância e a pessoa ter que refazer a sua rede social - é por isso que o eixo de se expor aos grupos de Narcóticos Anônimos é importante, porque a pessoa vai ter que refazer completamente a sua rede social - mas depois disso ela vai ter que reconstruir a vida. Uma coisa é parar de usar drogas e se estabilizar psiquiatricamente, outra coisa é a pessoa ter trabalho, voltar a estudar, e ter novamente um papel social relevante na construção da sua autonomia. Isso não ocorre no ar. Se você não tiver uma ajuda para essas pessoas... às vezes elas ficam muito em um limbo social e ainda com uma grande dependência econômica da família, o que também é desfavorável. Infelizmente, a dependência química é uma doença complexa que requer vários desses eixos para o tratamento dar certo. Hoje em dia nós temos uma visão otimista em relação ao tratamento. Se a pessoa puder obter esses cinco aspectos, esses cinco eixos... o tratamento dá certo. Só que infelizmente o nosso sistema público não consegue dar essa estrutura sustentada para tratar essa complexidade.

MB: Ronaldo, especificamente em relação ao eixo medicamentoso, quais são as suas sugestões que as evidências científicas apontam para o uso de medicações no tratamento dos dependentes de crack?

RL: Acho que essa é uma área que está avançando bastante. Está se investindo barbaridade, porque no mundo todo... que a cocaína está presente... tem uma insatisfação grande com relação às medicações. Até por isso está se buscando uma vacina. Os estudos recentes mostram que você ter uma vacina onde você dá para a pessoa... ela já há efeito em humanos, e ela é uma vacina especificamente que acaba se ligando a molécula da cocaína e não deixa a cocaína entrar no cérebro. Isso já é realidade. Nos próximos 2-3 anos vai virar comercialmente viável. Essa é uma estratégia não medicamentosa, mas vai no sentido de prevenir os usuários de se exporem ao uso da cocaína. Mas enquanto a gente não chega lá tem algumas medicações que recebem algum respaldo científico. No meu modo de ver a primeira delas eu diria que é o próprio

Dissulfiram. O Dissulfiram, que sempre foi usado aprovado pelo FDA para o tratamento de alcoolismo, ele tem uma ação no fígado no sentido de impedir o metabolismo do álcool e evitar a pessoa passar mal, mas além desse efeito no fígado, ele tem uma ação sutil no cérebro, que ele inibe a dopamina beta descarboxilase e que acaba aumentando sutilmente o nível de dopamina cerebral e parece que isso diminui a vontade da pessoa usar cocaína e crack. Então ela é uma droga barata, é um medicamento acessível, e que tem um efeito clinicamente relevante. Se a pessoa tem essa combinação, por exemplo, se o álcool é um gatilho para ela consumir a cocaína ou o crack, não tenho a menor dúvida que Dissulfiram é uma medicação indicada. Mas mesmo aquela pessoa que não usa o álcool, eu acho que ela é no mínimo uma medicação importante no sentido de diminuir um pouco a fissura da cocaína. Essa seria uma primeira medicação. A segunda medicação que foi recentemente lançada no Brasil é o Modafinil. Modafinil em uma dose de mais ou menos 200-400 mg por dia, é uma medicação que parece que diminui a vontade de usar a cocaína. A partir daí você tem algumas medicações que têm algumas evidências, como o Baclofen, Vigabatrina, o próprio Topiramato. São medicações que vai depender muito qual é o perfil de sintomas que essa pessoa tem. Tem evidências que eles funcionam, mas o que a gente vai ter que usar, infelizmente, muito desse componente de tentativa e erro com o usuário de crack. Isso sem falar, obviamente, de todo o arsenal psiquiátrico que para gente possa usar: os antidepressivos, medicações para a ansiedade, estabilizadores de humor e antipsicóticos, que também podem ser úteis para cada um dos pacientes. Por isso vai depender muito de qual é a comorbidade que a pessoa tem. A gente tem esse arsenal todo e vai depender um pouco da nossa sensibilidade de avaliar a psicopatologia sutil que a pessoa tem e de usar as medicações no sentido de estabilizar o cérebro da pessoa. Acho que é uma certa sensibilidade que a gente tem que desenvolver mas que vale a pena a gente de estar tentando e testando as medicações visando a estabilização cerebral.

MB: Nesse aspecto medicamentoso, de um ponto de vista bem prático, nos primeiros dias, nas primeiras semanas de desintoxicação, a gente sabe que o paciente passa por aquela fase depressiva, e muitas vezes ele já está com os sintomas de paranóia, de perseguição. Como você age clinicamente nessas situações? Você deixa o paciente sem medicação até ele desintoxicar para ver o que aparece ou o que permanece desse quadro ou você já intervêm medicamentosamente nesses primeiros dias?

RL: Eu tenho a tendência a ser mais intervencionista, porque o desconforto da pessoa que parou de usar a substância é grande. Se tem sintomas, por exemplo, paranóicos, eu não tenho dúvida de entrar com algum tipo de atípico. A quetiapina, por exemplo, é uma medicação que eu tenho usado bastante nesse período de estabilização. E aí obviamente vai depender do perfil sintomatológico. Mas como eu falei, a ajuda farmacológica melhora e vai aumentar a aderência ao tratamento. Os sintomas de abstinência não são necessários. A pessoa não precisa passar pelo sofrimento. Acho que até uma das nossas funções é aliviar o sofrimento, obviamente, tomando todo o cuidado para que a medicação não vire parte do sofrimento. Mas esse é um cuidado que a psiquiatria tem que fazer o tempo todo, evitar os efeitos colaterais. É por isso que tem que ir com uma certa sensibilidade mas buscando o conforto do paciente.

MB: Então, nesse aspecto, um outro ponto importante é que... nós sabemos que os benzodiazepínicos são drogas potencialmente indicativas de dependência. O paciente pode se tornar dependente e os dependentes químicos tem um risco maior. Nesses casos você evita usar os benzodiazepínicos ou usa por um período curto? Qual a sua experiência?

RL: Eu não vejo grandes problemas de, por um período, até 6 semanas de uso de benzodiazepínicos você está em uma faixa bastante segura. Isso não é muito diferente na dependência química. Se trazer um alívio sintomático eu vou estar usando. O impacto de a pessoa ficar sofrendo com algum tipo de sintoma de fissura, por exemplo, ou de instabilidade em relação à sua ansiedade ou depressão... o impacto disso é muito maior do que o risco marginal de usar isso por um curto período de tempo.

MB: Insônia também, não é?

RL: Insônia. Quer dizer, o desconforto é grande. Pessoas... às vezes a gente vê em filme, a pessoa passa síndromes de abstinência de opiáceos... como se ela tivesse que passar por um período de sofrimento. Eu acho que isso não se justifica. A gente tem que buscar o maior conforto possível nessa transição para a pessoa ver que tem benefícios em ela parar de usar a droga e um desses benefícios é ela se sentir mais confortável.

MB: Ela não precisa passar por uma espécie de purgatório, não é?

RL: Isso. Ser punida mais do que ela já foi pela própria droga.

MB: Em relação às drogas ilícitas nós temos também uma outra bastante importante que é a maconha, que também tem um impacto midiático bastante grande. Figuras importantes, personalidades importantes, entram na discussão sobre legalização, descriminalização, e eu acredito que isso acaba deixando o próprio psiquiatra clínico no dia-a-dia um pouco desorientado, um pouco confuso, porque existem argumentos fortes e respeitáveis de ambos os lados. Bom, qual é o impacto no dia-a-dia sua clínica da maconha? Qual o impacto que a maconha tem?

RL: Eu acho que a maconha tem um impacto grande em geral em psiquiatria. Você tem informações que mostram que mais de 12% dos casos de esquizofrenia não tivessem ocorrido se não tivesse usado a maconha. Então você tem um impacto mundial atualmente da maconha na psiquiatria. Dr. Robin Murray, psiquiatra inglês, mostrou isso de uma forma bastante consistente. Não tenho dúvida que é uma droga que acaba tendo uma repercussão do ponto de vista de saúde mental. Oposto a isso, as pessoas tendem a minimizar o impacto da maconha. A maconha tem uma mídia favorável, você pode ver que a maioria dos jornalistas, artistas, defendem o que eles chamam de descriminalização, é uma tendência da sociedade tolerar mais o uso da maconha. E, por outro lado, a psiquiatria científica cada vez mostra problemas decorrentes do uso da maconha. Então... existe essa discrepância. Nós psiquiatras tentando alertar que existe um custo, principalmente daquelas pessoas que começam um uso precoce e continuam usando maconha. Existe um risco, não só das doenças graves, como a esquizofrenia, mas da depressão, da apatia, de transtornos sutis de memória, de motivação, de isso impactar ao longo da vida do usuário. Isso é muito grande.

MB: No dia-a-dia especialmente os jovens vêm ao consultório, muitas vezes forçados pela família ao tratamento, além de eles não quererem se tratar, um dos argumentos fortes que eles usam é esse: maconha faz menos mal do que álcool e tabaco... maconha não causa dependência. Como você enfrenta esse tipo de posição e argumentação dos pacientes?

RL: Isso é muito comum. O jovem que vem ao consultório vem trazido pela família. A família está preocupada. O que eu costumo fazer é uma anamnese bem detalhada para tentar identificar alguns aspectos que a gente sabe que possam estar acometendo adolescentes que estão usando maconha. Não somente o desempenho acadêmico, escolar, se ele mudou, se a memória está sutilmente alterada – é uma coisa sutil – se a motivação dele continua a mesma, para ele não parar de fazer esporte. A pessoa que fazia um monte de coisas antes, depois do uso de maconha acaba ficando mais desmotivada. São essas alterações sutis no comportamento que eu tento me basear para conversar com o adolescente. Porque se for um debate intelectual sobre a maconha, a sociedade ainda não resolveu isso, está um debate grande... Você travar esse tipo de debate eu absolutamente desaconselho., desaconselho os familiares. Se você quiser informações científicas sobre a maconha você entra no site da ABP, dentro do departamento de dependência química tem o que a psiquiatria brasileira acha sobre a maconha. Desde se a maconha pode alterar a capacidade de dirigir veículos até o impacto na escola. Então essa é a informação que eu acho que a ABP já produziu, está lá, e a gente precisa sempre divulgar. Mas em relação ao adolescente, eu tento me basear naquilo que já está acontecendo. Se você realmente colocar uma lente de aumento, uma lupa, no comportamento desse adolescente, coisa que a família de certa forma já percebeu ou intuiu, você já vê alguns sintomas presentes. É você basear a discussão em: “olha, não vamos discutir a maconha de um modo geral, mas em você e na sua vida, quais são as pequenas alterações que já presentes, que vão ter algum desenvolvimento”. É isso que as evidências mostram: que adolescente que usa maconha precocemente... e regularmente, ele vai ter uma linha de desenvolvimento alterada. Pode ser sutilmente alterada, mas a tendência é que essa alteração permaneça.

MB: É como se a maconha interferisse no potencial do desenvolvimento desse adolescente, tanto do ponto de vista das capacidades cognitivas, quanto da vida social e as outras áreas, não é?

RL: É que são alterações sutis. A maconha tem uma imprensa boa. Porque aparentemente ela não causa o problema que o crack traz. Obviamente, se você comparar com o crack, que 25% das pessoas morrem em cinco anos, a maconha não mata as pessoas. Não tem overdose para o uso da maconha. Esse é o argumento. Mas o cigarro também... leva 40 anos para as pessoas morrerem de cigarro. O que a maconha causa são alterações sutis que fazem diferença. Aí depende do quanto você vai valorizar

esses comprometimentos neuropsicológicos do adolescente. Eu gostaria que meu filho usasse maconha aos 15 anos e permanecesse usando maconha? Acho que a resposta para maioria das pessoas é que não. É que a gente sabe que esse uso vai impactar sutilmente... mas em um período da vida que faz toda a diferença! Adolescência é um período onde o cérebro do adolescente está se especializando para ficar um cérebro adulto. É como se fosse uma nova formatação cerebral, que a gente chama de poda neuronal. O cérebro mais indiferenciado do adolescente vai se especializando para ficar um cérebro adulto.

MB: Vai se sofisticando, não é?

RL: Vai se sofisticando, se especializando. É um período onde isso está acontecendo... e se você nesse período você permite que a pessoa use maconha, a formatação cerebral vai ser diferente. Esse para mim é um fundo, é um argumento central, o quanto a gente tolera o quanto um adolescente possa perturbar essa formatação do seu cérebro e qual vai ser o impacto no médio e no longo prazo.

MB: Então um desses argumentos confusos que são difundidos pela mídia, pela Internet, existem sites especializados em defender a maconha, é a informação de que a maconha não causa dependência. Quais são as evidências e as informações científicas a esse respeito?

RL: Hoje, cientificamente, ninguém duvida mais que a maconha causa dependência. Você pode ver no DSM IV, DSM V, no próprio CID-10, na classificação psiquiátrica, a maconha está entre as drogas que causam dependência. A gente tem que saber qual o tipo de dependência. Uma boa parte dos usuários de maconha vai usar regularmente a maconha, praticamente todos os dias, usando um, dois, dez baseados por dia. É um padrão de dependência cada vez mais próximo do cigarro. Ninguém tem dúvida em relação a isso. É que as pessoas acabam usando o fato de a maconha inicialmente não causar um problema tão evidente e acabam achando que é uma droga natural e que não teria repercussão nenhuma. Nós não podemos esquecer que a fumaça da maconha tem mais de 400 substâncias e pelo menos o THC é principalmente o causador da dependência.

MB: E no dia-a-dia quais são as associações mais graves que você percebe tanto no adulto que usa maconha há muito tempo e no adolescente em relação aos transtornos psiquiátricos? Quais comorbidades?

RL: Você tem uma comorbidade mais geral que é... uma apatia. Por um longo período se chamou isso de "síndrome amotivacional". É um nome grande, mas quer dizer que a maconha produz aquela falta de iniciativa que predomina na maior parte dos usuários. Essa é uma condição de fundo. Há cada vez mais esquizofrênicos fazendo o uso da maconha e tendo uma complicação dos quadros psicóticos devido ao uso da maconha. Acho que essa é uma associação cada vez mais comum. As pessoas discutem que o fato de cada vez mais os esquizofrênicos estarem cada vez menos internados e cada vez mais na comunidade eles estariam usando a maconha, principalmente para aliviar alguns sintomas da própria psicose, mas piorando a psicose. Não tenho dúvida que, por muito tempo ainda, como está acontecendo nos países desenvolvidos, você vai ter esse problema de uma pessoa que tem um transtorno psiquiátrico grave piorando a sua evolução pelo uso da maconha. Esse é um grande desafio de como você lidar com esse tipo de situação. Mas, além disso, você vai ter uma associação muito grande com quadros de depressão e com quadros de ansiedade. Talvez sejam alguns dos quadros mais comuns que os psiquiatras vão ter no seu dia-a-dia em seus consultórios. Se você perguntar vai você ver que uma boa parte dos nossos pacientes com transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, tem ali, por trás, o uso da maconha que a pessoa não associa com o quadro de ansiedade e com a depressão e acha que isso não estaria fazendo mal para esse quadro psiquiátrico, quando, na realidade, eu não tenho dúvida que uma parte dos quadros de depressão e de ansiedade resistentes ao tratamento é que a pessoa não parou de usar maconha. Então eu acho que a gente tem que ficar atento a isso.

MB: Nos transtornos de ansiedade, o próprio transtorno de pânico está associado e muitas vezes o paciente não percebe essa vinculação, não é?

RL: É.

MB: No dia-a-dia, quais seriam os pontos principais para o tratamento de um paciente usuário de maconha? Claro que nós sabemos que, muitas vezes, eles são usuários de muitas substâncias. Mas aquele que é o problema principal é o uso da maconha?

RL: Acho que existe um número significativo de usuários de maconha que só usa maconha. Nós desenvolvemos até um laboratório específico para o uso de maconha na UNIFESP. Essas pessoas tendem a ter esse quadro de apatia, o que a gente chama de procrastinação... que é aquilo de ficar adiando tudo. Essa pessoa às vezes vem para tratamento, mas o grande problema é que elas não querem parar de usar a maconha. Elas gostariam de ter a diminuição dos sintomas que elas apresentam sem parar de usar a maconha. O usuário da maconha é dos mais recalcitrantes a parar de usar. Às vezes o paciente que tem problema com álcool fala: “eu sei que eu não posso mais de beber”. O usuário de maconha ele ainda acredita, apesar de todos os sintomas que ele tem no seu dia-a-dia, ele ainda gostaria de usar pouco e não ter os sintomas que ele apresenta. Então a primeira grande dificuldade é você motivar essa pessoa a interromper o uso. Os estudos têm mostrado que as técnicas motivacionais, quer seja terapia cognitiva, ou a própria entrevista motivacional, elas têm um impacto significativo no consumo de maconha. Grandes estudos, nos EUA principalmente, que avaliaram o impacto dessas técnicas motivacionais na dependência química mostraram que causa impacto no sentido de diminuição, até parada de consumo. Então, a pessoa ter acesso a essas técnicas motivacionais é importante. Como também algum tipo de monitoramento. Uma coisa que a gente não faz no Brasil é exame de urina com o sentido de controlar o uso ou não-uso da maconha. A gente não costuma fazer isso aqui no Brasil. Mas acho que isso é um instrumento, principalmente, com adolescentes. Se o adolescente se compromete com o profissional e a família que ele não mais vai usar a maconha, você pode fazer exames de urina. E a vantagem da maconha é que você pode fazer uma vez por mês. Como maconha se deposita no tecido gorduroso, ela leva um mês para sair da urina. Então, se você fizer um monitoramento mensal para mostrar que a pessoa não está usando ajuda a pessoa a se motivar a não usar. São aspectos motivacionais que a gente possa estar interagindo com o paciente. Porque muitas vezes a família fica em cima do paciente, monitora, principalmente o adolescente, vê se está com olho vermelho, não dá dinheiro para pessoa... e fica um inferno a vida da família do adolescente. A monitoração pelos exames de urina pode ser uma alternativa. Desde que obviamente o adolescente ou adulto aceite, é importante na motivação para essa pessoa parar de usar a maconha.

MB: E do ponto de vista farmacológico, existe algum medicamento que tenha alguma evidência de utilidade no tratamento da dependência da maconha?

RL: Esse é um grande *gap* no mercado. Nós não temos uma grande medicação que possa fazer a diferença no sentido de diminuir a vontade de usar a maconha. Acho que ainda deve surgir nos próximos anos alguma coisa. O que a gente tem que ficar sempre atento são as comorbidades psiquiátricas que possam estar ajudando. Eu destacaria lógico que aquelas que já falei: depressão, esquizofrenia, ansiedade. Acho que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade... na minha experiência clínica tenha visto muito essa relação de uso de maconha com déficit de atenção. Acaba acontecendo, no meu modo de ver, aquela pessoa que já tem déficit atencional, que já tem dificuldades na parte das funções executivas, quando ela começa a usar a maconha, além dessas duas áreas cerebrais que estejam comprometidas, ainda tem problemas de memória. Se a gente falar que você tem uma prevalência populacional de 5 a 7% de déficit de atenção e o uso da maconha por essas pessoas... ficam mais propensas ao uso de substâncias, acaba sendo uma população relevante do ponto de vista clínico relevante. Eu fico muito atento a essa comorbidade, principalmente adolescentes... porque eu acho que na experiência clínica, a gente tem uma boa chance de pegar um bom número dessa comorbidade com o uso de maconha.

MB: No dia-a-dia da clinica você observa diferença significativa no tratamento do homem e da mulher dependentes químicos?

RL: Um dos aspectos que a gente sempre tem que levar em conta é o perfil de problemas que o dependente acaba produzindo. Nesse sentido, você vai ver que o perfil de problemas dos homens tende a ser diferente do perfil de problemas das mulheres. É lógico que o homem sempre consome mais drogas e vai ter um perfil de maior envolvimento com a criminalidade, com o tráfico, por exemplo, com violência... isso é um perfil mais masculino. O das mulheres é um perfil diferente. Vai ter mais problemas em relação à esfera familiar. Se ela tem filhos... a gente não pode esquecer que um número significativo dos dependentes químicos tem prole, filhos, o que, no papel da mulher acaba merecendo um destaque especial.

MB: Nesse seu caso específico, quando você se depara com um paciente mulher que está grávida e que fez e faz uso ainda de drogas ilícitas como maconha e crack, nós sabemos das dificuldades de internação, quais as medidas práticas possíveis?

RL: Esse é um grande problema. Você tem alguns estados dos EUA em que mulher que está grávida e consumindo droga vai até para a prisão. Fica um período da gravidez presa ou sob um regime de custódia bem fechado no sentido de proteger a criança. No Brasil a nossa experiência tem sido muito ruim, porque a resposta do sistema público é muito lenta. Então eu já recebi adolescente usuária de crack, que estava grávida, e que a Vara da Infância e da Adolescência e a família foram de algum modo tão ineficientes, no sentido de... para mim isso é uma urgência! Não tenha dúvida que isso é uma urgência para moça grávida e para a criança. A gente precisaria ter procedimentos muito mais ágeis de proteger essa moça e essa criança. Mas a gente não tem. A gente fica realmente dependendo se a família da mulher está razoavelmente presente para poder agir. Mas, mais uma vez, com a dificuldade de praxe de não ter locais de internação, especialmente para mulheres. Essa é uma grande falha dentro de... um sistema pequeno... e com muitas falhas. A gente tem que internar. Por exemplo, mulheres... mesmo comunidades terapêuticas que aceitem mulheres... isso também é pouco.

MB: Quer dizer, esse também é um grande desafio então hoje no atendimento, não é? Bom... para encerrar a nossa conversa, o nosso bate-papo, mais algum ponto importante na questão do atendimento ou do dia-a-dia do dependente químico das drogas ilícitas, principalmente, que você gostaria de ressaltar e que possa, eventualmente, não ter sido conversado?

RL: Tenho na minha prática clínica... eu acho que um dos aspectos importantes é: como que a psiquiatria, que é todo o sistema formal de tratamento... a gente utiliza a psicopatologia, os medicamentos, os diagnósticos psiquiátricos, as técnicas baseadas em evidências, a parceria com outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais... quer dizer, um sistema formal de tratamento para melhorar a rede assistencial do dependente químico. Mas, para mim, um dos grandes desafios é, mesmo que a gente crie essas redes, é como nós estaremos nos comunicando com o setor informal de tratamento (que são os grupos de Narcóticos Anônimos, os Grupos de Amor Exigente, que prestam apoio a familiares)? Não pode esquecer... por exemplo, só de Amor Exigente são quase 1.000 grupos espalhados pelo Brasil inteiro. No meu modo de ver, é esse sistema de ajuda mútua que praticamente leva o tratamento da dependência química. A maior parte do tratamento é feita nesses lugares. Para mim o grande desafio é como o sistema do futuro no Brasil possa fazer uma parceria, uma sintonia, com o sistema formal profissionalizado, baseado em evidência, e trabalhando em conjunto com o sistema

comunitário e informal. Para mim esse é o grande desafio, da gente criar relações de confiança. Existe muita desconfiança da parte da psiquiatria com o setor de auto-ajuda, de ajuda mútua; o mesmo da ajuda mútua em relação à própria psiquiatria. Nós temos que ver que nós temos um problema em comum pela frente e que se nós buscarmos essa sincronia, com certeza, vai ser para o benefício de nossos pacientes.

MB: Dr. Ronaldo Laranjeira, em nome da Associação Brasileira de Psiquiatria, agradeço muito a sua participação. Sabemos que esse é um problema grave, complexo, que é um problema de toda a sociedade brasileira e que muitas questões não puderam ser abordadas, mas é que nós temos uma limitação de tempo, mas de toda forma acredito que foi bastante esclarecedor e vai ser bastante útil para nossos colegas no dia-a-dia da clínica psiquiátrica. Muito obrigado.

RL: Eu é que agradeço. Espero que a ABP continue nessa tarefa de levar informações ao psiquiatra, e levar principalmente modelos de intervenção que possam ser úteis no dia-a-dia do colega clínico.

Bibliografia:

[\[Cannabis abuse in patients with psychiatric disorders: an update to old evidence\]](#)

Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R.

Rev Bras Psiquiatr. 2010 May;32 Suppl 1:S41-5. Portuguese.

[\[Drugs legalization and public health\]](#)

Laranjeira R.

Cien Saude Colet. 2010 May;15(3):621-31. Portuguese.

[Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents.](#)

Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R.

Rev Bras Psiquiatr. 2010 Apr 30. pii: S1516-44462010005000007. [Epub ahead of print]

[Cost-effectiveness of home visits in the outpatient treatment of patients with alcohol dependence.](#)

Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira R, Ferraz MB.

Eur Addict Res. 2010;16(2):69-77. Epub 2009 Dec 19.

[The transtheoretical model and substance dependence: theoretical and practical aspects.](#)

Vilela FA, Jungerman FS, Laranjeira R, Callaghan R.
Rev Bras Psiquiatr. 2009 Dec;31(4):362-8. Epub 2009 Nov 13.

[Alcohol use patterns among Brazilian adults.](#)

Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R.
Rev Bras Psiquiatr. 2009 Nov 13. pii: S1516-44462009005000012. [Epub ahead of print]



[Prevalence of cannabis use in Brazil: data from the I Brazilian National Alcohol Survey \(BNAS\).](#)

Jungerman FS, Menezes PR, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Laranjeira R.
Addict Behav. 2010 Mar;35(3):190-3. Epub 2009 Sep 26.

[The use of disulfiram for alcohol-dependent patients and duration of outpatient treatment.](#)

Elbreder MF, de Humerez DC, Laranjeira R.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Apr;260(3):191-5. Epub 2009 Aug 5.



[Halfway houses for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for the organization of facilities.](#)

Reis AD, Laranjeira R.
Clinics (Sao Paulo). 2008 Dec;63(6):827-32. Review.

[Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years.](#)

Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R.
Subst Abus. 2008;29(3):71-9.

[Profile of cocaine and crack users in Brazil.](#)

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R.
Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 4:s545-57. Review.

[Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil.](#)

Jungerman FS, Laranjeira R.

Rev Panam Salud Publica. 2008 Jun;23(6):384-93.