

Distribuição Gratuita - Venda Proibida

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00059985D19



Secretaria Nacional
de Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança
Institucional



615.7822
S623P
V. 5
DEP. LEGAL

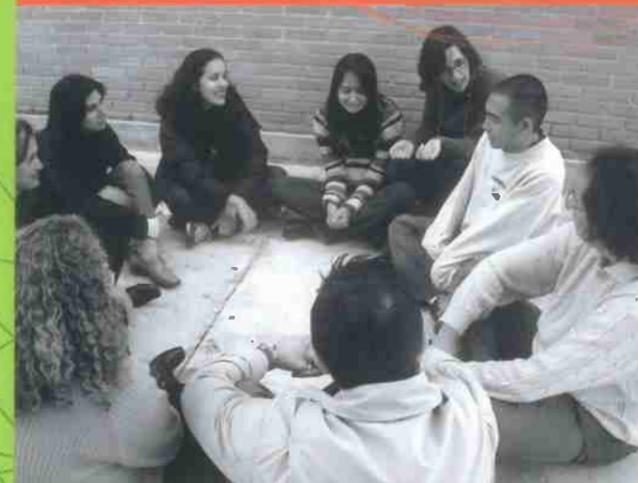
EAD

PERA

Encaminhamento de
pessoas dependentes
de substâncias
psicoativas

5

SUPERA



Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento

Módulo 5

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

01. Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
02. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
03. Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
04. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas
05. Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos
06. Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas
07. Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5

Coordenação do módulo Flávio Pechansky

Brasília
2008

1154302
615.7822
SG2BP
v65
Dep legal

MJ - BIBLIOTECA

**Encaminhamento de pessoas dependentes de
substâncias psicoativas: módulo 5**

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Vice-Presidente da República
José Alencar Gomes da Silva

Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional
Jorge Armando Felix

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Encaminhamento de pessoas dependentes de
substâncias psicoativas: módulo 5

Coordenação do módulo Flávio Pechansky

Brasília
2008

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
Coordenação de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2008 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, Departamento de Psicobiologia, Departamento de Informática em Saúde - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: CD-ROM

Disponível também em: <<http://www.supera.org.br/senad>>

Tiragem desta edição: 5.500 exemplares

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Edição: 2008

Planejamento visual e gráfico: Laboratório de Educação a Distância do Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD

Esplanada dos Ministérios - Bloco "A" - 5º andar - sala 523 - CEP 70050-903

Brasília - DF www.senad.gov.br

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Napoleão de Barros, 1038 - Vila Clementino - 04024-003 - São Paulo . SP

Linha direta SUPERA - Fone/Fax: 0800 770 1757

Homepage: www.supera.org.br/senad e-mail: faleconosco@supera.org.br

E56

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas:
módulo 5 / coordenação do módulo Flávio Pechansky. - Brasília :
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.
66 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência
de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção
social e Acompanhamento / coordenação geral Paulina do Carmo Arruda
Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-60662-12-8

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle
I. Pechansky, Flávio II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira III. Formigoni,
Maria Lucia Oliveira de Souza IV. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas
sobre Drogas V. Série.

CDD - 615.7883

SUPERA

5
módulo

ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS

Coordenação: Flávio Pechansky

SUMÁRIO

Objetivos de ensino	1
CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias	2
ÁLCOOL	2
NICOTINA	4
OPIÓIDES	5
Bibliografia Consultada	7
Atividades	8
CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias	9
Por que tratar dependentes químicos?	9
Como definir psicoterapia?	10
A aliança (vínculo) terapêutica	14
Como saber se uma psicoterapia está caminhando na direção certa?	17
Bibliografia Consultada	19
Atividades	20
CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias	21
Um pouco de história...	21
Filosofia	22
Profissionais	24
Centros de Tratamento	25
Conclusão	25
Bibliografia Consultada	26
Atividades	27
CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas	28
Movimento das Comunidades Terapêuticas (CT)	28
Dependente Químico: um ser humano	30
Substâncias Psicoativas	31
Comunidade Terapêutica (CT)	32
Bibliografia Consultada	38
Atividades	39
CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos	40
Por que Terapia Comunitária?	40
Os Objetivos da Terapia Comunitária (TC)	41
A escolha do terapeuta	42
A Intervenção Terapêutica	44
As abordagens terapêuticas	46
Síntese	47
Bibliografia Consultada	49
Atividades	50
CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas	51
Epidemiologia	52
Presença de uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais	52
Diagnóstico	54
Tratamento	55

SUPERA

Bibliografia Consultada	57
Atividades	58
CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária .59	
Conceito de Redução de Danos (RD).....	59
História da RD e formas de atuação.....	60
Argumentos favoráveis e contrários à Redução de Danos	61
Implantação dos serviços responsáveis pela prática e organização na rede de saúde das estratégias de Redução de Danos (os chamados Caps álcool e drogas - Caps-ad)	62
Possibilidades e relações necessárias com os programas de atenção comunitária à saúde	63
Bibliografia Consultada	65
Atividades	66

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, os participantes do curso deverão estar aptos a:

- Descrever o tratamento farmacológico utilizado para pacientes dependentes do uso de álcool, nicotina e opióides;
- Reconhecer a psicoterapia como alternativa de tratamento de dependentes de substâncias psicoativas;
- Identificar as características dos grupos de auto-ajuda e sua contribuição no tratamento das dependências;
- Caracterizar Comunidades Terapêuticas e seu papel no tratamento das dependências;
- Descrever a Terapia Comunitária e reconhecer sua ação terapêutica;
- Conceituar Co-morbidade e descrever suas formas mais freqüentes;
- Enumerar as Estratégias de Redução de Danos para prevenção e assistência ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, integrando-as às estratégias e ações de saúde comunitária.



1. Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
2. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
3. Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
4. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas
5. Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos
6. Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas
7. Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky e Lisia Von Diemen**Nota dos Organizadores**

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Os medicamentos utilizados no tratamento dos problemas com álcool e outras drogas visam tratar a intoxicação, a síndrome de abstinência ou a síndrome de dependência das substâncias psicoativas.

Este capítulo abordará o tratamento farmacológico somente para o uso de **álcool, nicotina e opióides**, porque são substâncias que têm medicações específicas para essas situações.

Tópicos

1. Álcool
2. Nicotina
3. Opióides

ÁLCOOL

Síndrome de abstinência ao álcool (SAA)

O **objetivo** do tratamento da SAA é prevenir a ocorrência de:

- convulsões,
- *delirium tremens* e
- morte por complicações da SAA.

O tratamento farmacológico da síndrome de abstinência de álcool inclui os seguintes medicamentos:

- **Benzodiazepínicos (tranquilizantes, calmantes):**

Os benzodiazepínicos de longa ação (diazepam e clordiazepóxido) são as medicações de escolha para o tratamento da SAA, pois são seguros e efetivos para prevenir e tratar convulsões e delírios. Os benzodiazepínicos **não devem ser utilizados se o paciente estiver intoxicado por álcool**.

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky e Lisia Von Diemen**Atenção!!**

Para pacientes idosos e indivíduos com problemas hepáticos, recomenda-se a utilização de benzodiazepínicos de ação mais curta, como o lorazepam, por exemplo. Sua dose varia de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados.

- **Haloperidol:**
é uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada para tratar agitação e alucinação. No entanto, pode aumentar o risco de convulsões.
- **Tiamina (vitamina B1):**
a suplementação de tiamina é importante para a prevenção da síndrome de Wernicke, principalmente em pacientes desnutridos. Apesar de muitos não apresentarem deficiência de tiamina, ela deve ser prescrita regularmente para todos os pacientes em SAA, pois não apresenta efeitos adversos ou contra-indicações. A dose utilizada é 300 mg/dia, via oral, sendo que nos primeiros 7-15 dias deve ser utilizada de forma intramuscular.

Dependência de álcool:

- **Dissulfiram:**
essa medicação foi aprovada para uso no tratamento da dependência de álcool na década de 40 e, desde então, tem sido muito utilizada, apesar de sua eficácia não estar comprovada. O dissulfiram inibe a metabolização do álcool, causando reações desagradáveis quando o paciente consome álcool. Essas reações vão desde rubor facial, suor, náuseas e palpitações, até reações mais intensas como falta de ar, diminuição da pressão arterial, tontura e convulsões. Reações graves são menos comuns, mas podem ocorrer, como infarto do miocárdio, perda da consciência, insuficiência cardíaca e respiratória e morte. A intensidade das reações irá depender da dose da medicação e da quantidade de álcool consumida.

**Atenção!!**

O paciente sempre deve ser informado sobre as reações provocadas pela medicação (dissulfiram) e deve ser orientado a não consumir álcool em hipótese alguma (para alguns pacientes, vinagre, perfume e desodorante podem ocasionar reações leves).

A dose usual é de 1 a 2 comprimidos de 250 mg, ao dia, e esse medicamento pode ser utilizado regularmente ou apenas em situações de risco, apresentando custo baixo. Sugere-se que seu uso ocorra em um programa de tratamento para dependência de álcool.

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

Flávio Pechansky e Lisia Von Diemen

• **Naltrexone:**

essa medicação foi aprovada para tratamento da dependência de álcool, em conjunto com intervenções psicossociais (ex: psicoterapia, orientação individual e familiar). Os estudos iniciais sugeriam que a medicação diminuía os efeitos prazerosos do álcool e, com isto, também diminuía a vontade de beber. Os resultados dos testes em pacientes alcoolistas mostraram que o naltrexone, quando combinado com intervenções psicossociais, diminuía em 50% a chance de recaída, diminuía a vontade de beber e o número de dias bebendo.

A medicação é geralmente bem tolerada e os efeitos adversos mais comuns são náuseas, dor de cabeça, ansiedade e sonolência. Utiliza-se o naltrexone na dose de 50 mg, uma vez ao dia. Entretanto, é uma medicação cara para a realidade brasileira, com custo mensal em torno de duzentos reais.

• **Acamprosato:**

é a medicação mais nova, aprovada para tratamento do alcoolismo, é efetiva na redução da recaída de pacientes, além de aumentar o número de dias de abstinência de álcool. É vendida em comprimidos de 333 mg e, em adultos com mais de 60 kg, a dose indicada é de dois comprimidos, 3 vezes ao dia, com um custo mensal de cerca de cento e sessenta reais. Os efeitos adversos mais comuns são diarreia, dor de cabeça, náusea, vômito e azia. O acamprosato não tem interação com álcool e pode continuar sendo utilizado mesmo que o paciente tenha recaído.

**ATENÇÃO!!**

Acamprosato não deve ser utilizado em pacientes com problemas hepáticos ou renais graves.

NICOTINA

O tratamento farmacológico da dependência de nicotina pode ser realizado pela reposição de nicotina ou pelo uso de determinados medicamentos.

A reposição de nicotina é feita com **goma de mascar** ou **adesivo de nicotina** (patch), que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde treinado, sendo considerado um método seguro no tratamento da dependência, além de ser popular e econômico.

A terapia de reposição de nicotina alivia os sintomas de abstinência e diminui a chance de recaída, principalmente se estiver associada com medicação e/ou aconselhamento.

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

Flávio Pechansky e Lisia Von Diemen

Vale ressaltar:

A reposição de nicotina não é indicada para mulheres grávidas, para menores de 18 anos e para pacientes com problemas cardiovasculares graves. Vários medicamentos têm sido estudados com o objetivo de verificar seus efeitos de manter a abstinência de nicotina, no entanto, o único comprovadamente eficaz foi a bupropiona.

• **Goma de mascar:**

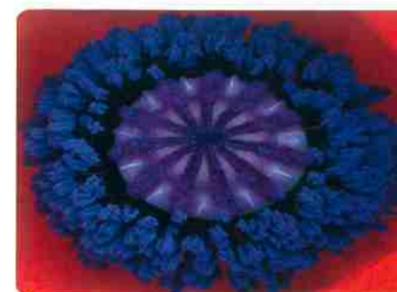
recomenda-se utilizar uma goma de 2 mg ou de 4 mg por hora, para dependentes mais graves, embora possa ser utilizada também nos intervalos, caso apareçam sintomas de abstinência. O paciente deve ser orientado a mastigá-la devagar e, para evitar intoxicação, suspender o cigarro. É recomendado evitar o uso de café, suco e refrigerante imediatamente antes e depois de utilizar a goma, pois eles diminuem sua absorção.

• **Adesivos de nicotina:**

estão disponíveis em formulações de 7, 14 e 21 mg, que devem ser prescritos de acordo com a gravidade da dependência, considerando que cada 1 mg equivale a cerca de 1 cigarro. Devem ser aplicados pela manhã, uma vez ao dia, em regiões musculares sem pelos, variando o local de aplicação, que pode ser repetido a cada 3 ou 4 dias. A redução da dosagem deve ocorrer lentamente, podendo durar até um ano.

• **Bupropiona:**

é um antidepressivo que se mostrou eficaz em aumentar o tempo de abstinência e reduzir o aumento de peso, devendo ser prescrito cerca de uma a duas semanas antes de o paciente parar completamente com o uso do cigarro. A dose pode ser iniciada com 150 mg, uma vez ao dia, e passar para duas vezes ao dia, após alguns dias. Quando o indivíduo parar completamente o uso do cigarro, a reposição de nicotina pode ser iniciada.

OPIÓIDES

Os opióides apresentam um grande potencial de abuso e dependência, tanto os lícitos (morfina, meperidina, codeína) quanto os ilícitos (heroína). As medicações são utilizadas para tratar a abstinência ou a dependência dessas substâncias.

• **Metadona:**

É um opióide sintético de meia-vida longa, utilizado para eliminar os sintomas de abstinência e como tratamento de manutenção. A dose inicial é de 15 a 30 mg via oral ao dia, podendo ser aumentada conforme os sintomas do paciente. Ela deve ser calculada por equivalência, a partir do opióide que o paciente estava utilizando. Essa substância pode ser utilizada por períodos longos em conjunto com intervenções psicossociais (ex: psicoterapia, orientação individual e familiar) e deve ser retirada lentamente.

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky e Lisia Von Diemen**Importante!!**

A metadona também causa dependência, mas a desintoxicação é mais fácil, pois causa menos sintomas de abstinência. Estudos mostram que o uso de metadona pouco interfere na vida diária dos pacientes, considerando-se que sua administração é oral, uma vez ao dia, e tem custo baixo. Os resultados obtidos com o uso da metadona para o tratamento da abstinência de opióides mostram redução importante da gravidade dos sintomas de abstinência, principalmente quando usada como parte de um programa de tratamento (apoio psicossocial).

- **Buprenorfina:**

Vários trabalhos demonstraram a eficácia deste medicamento no enfrentamento da síndrome de abstinência e na manutenção do tratamento. Alguns estudos sugerem que a buprenorfina pode causar menos sintomas de abstinência do que a metadona, apresentando também menor potencial para abuso.

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky e Lisia Von Diemen**Bibliografia Consultada**

1. Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am.Fam.Physician* 2005; 71 (3):495-502
2. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J, Jr. Alcohol withdrawal syndrome. *Am.Fam.Physician* 2004; 69 (6):1443-1450
3. Laranjeira R, Nicastri S, Jeronimo C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev.Bras.Psiquiatr.* 2000; 22 (2):62-71
4. Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien CP. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin. Psychopharmacol* 2006; 26 (3):290-302
5. Williams SH. Medications for treating alcohol dependence. *Am.Fam.Physician* 2005; 72 (9):1775-1780
6. Castro LA, Baltieri DA. The pharmacologic treatment of the alcohol dependence. *Rev.Bras.Psiquiatr.* 2004; 26 Suppl 1:S43-S46
7. Marques AC, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MT, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev.Bras.Psiquiatr.* 2001; 23 (4):200-214
8. Malbergier A. Tabagismo. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas* 2001; 2 (S1):47-51
9. O'Connor PC. Tratamento farmacológico de pacientes dependentes de opiáceos: mais um ponto de vista. *Neuro Psico News* 2001; 33:3-13
10. Von Diemen L, Kessler FH, Pechansky F. Drogas: Uso, abuso e dependência. In: Duncan B, Schimidt MI, Giuliani E (eds.), *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2004: 917-931

CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky e Lísia Von Diemen**Atividades****Teste seu conhecimento**

1 -) No tratamento da dependência de nicotina, é possível afirmar que:

- A prescrição de bupropiona (Ziban®) sem outro tratamento é comprovadamente eficaz
- O melhor tratamento é a combinação de reposição de nicotina, bupropiona e terapia comportamental
- A fluoxetina é eficaz no tratamento da dependência de nicotina
- A terapia de reposição de nicotina pode ser utilizada em mulheres grávidas
- Nenhuma das anteriores



2 -) Com relação ao uso de dissulfiram, para tratamento da dependência de álcool, é possível afirmar que:

- Ele causa muito efeito adverso, mesmo sem uso concomitante de álcool
- Os sintomas mais comuns, quando associado a pequena quantidade de álcool, são: rubor facial, suor e náuseas
- A medicação pode ser administrada por um familiar sem o conhecimento e a concordância do paciente
- O dissulfiram é uma medicação nova, aprovada recentemente para uso na dependência de álcool
- Nenhuma das anteriores

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky**Nota dos Organizadores**

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

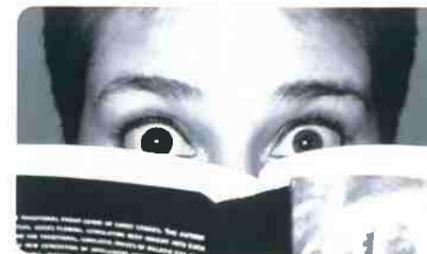
Tópicos

- Por que tratar dependentes químicos?
- Como definir psicoterapia?
- A aliança (vínculo) terapêutica
- Como saber se uma psicoterapia está caminhando na direção certa?

Por que tratar dependentes químicos?

Muitos profissionais de saúde pensam que não vale a pena investir na identificação, abordagem e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, acreditando que estes seriam arrogantes, negadores, desafiadores e pouco cooperativos. Na verdade, como em qualquer modalidade de tratamento, há indicações, contra-indicações, e formas específicas de abordagem que podem favorecer o sucesso ou o fracasso de uma psicoterapia para pacientes usuários de drogas. Um dos objetivos deste capítulo é mostrar que o atendimento a estes pacientes é possível, funciona e pode ter seus resultados avaliados, além de ser bastante gratificante, quando se utilizam as técnicas adequadas.

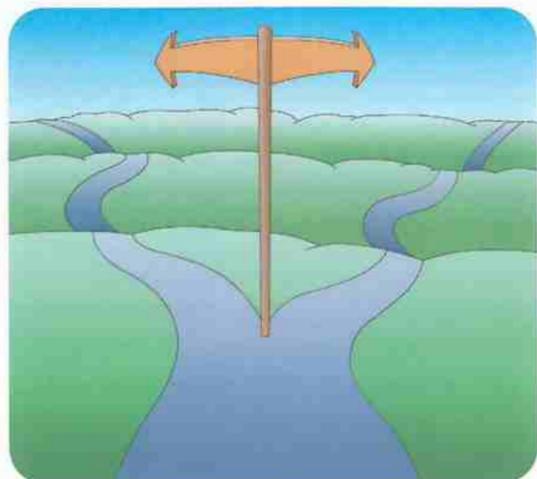
Pacientes em uso abusivo ou em dependência de substâncias psicoativas sempre foram alvo de preconceito. Entretanto, do ponto de vista clínico, o tratamento em psicoterapia de um dependente de drogas é possível de ser realizado, desde que sejam seguidas determinadas regras. Neste capítulo, discutiremos algumas das características das psicoterapias adaptadas para pacientes dependentes de drogas e suas indicações.



Uma boa forma de compreender o tratamento para dependentes de drogas, seria considerar a psicoterapia como uma mistura de psicoterapia de apoio com um foco específico, associada a técnicas cognitivo-comportamentais. Como você verá, a capacidade de usar várias técnicas combinadas e uma boa dose de criatividade são fundamentais para o correto atendimento destes pacientes, além de um conhecimento teórico sólido.

“O resultado do tratamento está diretamente relacionado à escolha correta da técnica utilizada”

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky



Como definir psicoterapia?

“Psicoterapia é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas”.

Woody (2003)

Qual é a melhor atitude de um psicoterapeuta ao abordar dependentes químicos?

“Os psiquiatras que preservaram seu conhecimento médico e se consideram clínicos em primeiro lugar podem ser os terapeutas mais efetivos no campo da dependência química”.

Zimberg (1978)

No entanto vale ressaltar que estas técnicas não são exclusivamente de uso de psiquiatras. Elas podem ser aplicadas por diferentes profissionais de saúde com treinamento em abordagem de pacientes com problemas emocionais.



Importante!!

De uma forma geral, um bom psicoterapeuta para dependência de substâncias psicoativas deve ser capaz de:

- lidar com as frustrações próprias ao tratamento de uma doença crônica,
- conhecer um pouco de psicofarmacoterapia,
- ter uma certa dose de objetividade, persistência, e
- ser muito afetivo.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky

O quadro abaixo enumera alguns elementos que fazem com que os terapeutas tenham mais sucesso com a psicoterapia para dependentes de drogas.



Características que auxiliam a estruturar uma psicoterapia de dependência química

1. Conhecer a farmacologia das drogas abusadas, a subcultura da dependência e programas de auto-ajuda.
2. Estar aberto a trabalhar com pacientes com características crônicas e aceitar seus problemas. Estabelecer com o paciente uma relação positiva e de apoio.
3. Estabelecer objetivos claros no tratamento e estar constantemente informado sobre o sucesso do paciente com a abstinência e outros aspectos do tratamento. Deixar o paciente saber que o terapeuta reconhece seu progresso na terapia.
4. Considerar outros recursos de tratamento além da psicoterapia, estruturando ao máximo um programa de tratamento. Tomar a responsabilidade de associar o paciente a outros serviços conforme necessário.
5. Envolver membros importantes da família do paciente no processo de tratamento.
6. Direcionar a psicoterapia para os pacientes com maiores comprometimentos psiquiátricos. É este subgrupo que pode se beneficiar mais dos recursos adicionais.



Quais os principais tipos de psicoterapia aplicáveis à dependência de substâncias psicoativas?

Existem dezenas de formatos de psicoterapia, muitos deles desenvolvidos para dependentes de substâncias. O **quadro a seguir** sumariza os principais modelos, e os compara entre si, além de compará-los com o primeiro modelo (AA), que não é definido como um modo de psicoterapia.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo	Características e Pressupostos	Vantagens	Desvantagens	Indicações
12 passos (AA, Al-Anon, Al-A-Teen, NA, DQA)	Não médico (leigo); Grupo de auto-ajuda; Utiliza o conceito de doença irreversível.	Custo baixo; Muito acessível; Apoio grupal por dependentes já recuperados.	Conceito moral; Grupo como única modalidade de tratamento psicoterapêutico.	Dependentes com baixa auto-estima; Pacientes que respondem a abordagens sociais e de grupo; Pacientes que não questionam o modelo.
Entrevista motivacional	Não utiliza conceito de "doença"; Aplicada nas fases iniciais de tratamento; Centrada no paciente e na empatia do terapeuta;	Não gera resistências e sim busca contorná-las; É abrangente; Aborda ambivalências.	Há necessidade de treinamento específico por parte do terapeuta.	Para pacientes com grande nível de negação sobre seus problemas e que tenham bastante capacidade de verbalização.
Intervenção Breve e técnicas de moderação	Abordagem não estigmatizante (por exemplo, não lida com a expressão "alcoolismo"); A meta é abordar os "problemas" objetivamente.	Custo e tempo reduzidos; Centrado em metas parciais; Boa adesão; Sem estigma.	Necessita alto índice de motivação; Não aborda outros componentes emocionais; Não é útil para pacientes que não têm hábito de registrar comportamentos.	Dependentes em grau leve/moderado (beber controlado); Dependentes sem complicações clínicas.
Prevenção de recaída	Estimula aumento da auto-confiança; Característica preventiva; Encara a recaída como parte do processo.	Custo e tempo reduzidos; Objetivos visíveis; Boa adesão.	Necessita de alto índice de motivação; Não aborda outros componentes emocionais.	Dependentes em grau moderado; Dependentes sem complicações clínicas.
Terapia de família	Centra o problema e sua resolução no âmbito familiar ("a família é que tem o problema"); Utiliza o conceito de co-dependência.	Aborda sistematicamente diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares.	Não permite foco individualizado no dependente; Pode necessitar mais de um terapeuta.	Famílias gravemente disfuncionais; Famílias com mais de um dependente; Famílias com prejuízos importantes causados pelo uso de substâncias e com impacto nos filhos.
Psicoterapia dinâmica	Centrada no estilo de relacionamento interpessoal do dependente através da utilização de drogas; Busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas.	Profunda; Permite grande auto conhecimento por parte do paciente.	Necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados; Pode necessitar de outros tratamentos auxiliares; Necessita grande treinamento por parte do terapeuta.	Pacientes em abstinência; Contra-indicada para dependentes graves, com muita dificuldade de controlar consumo; Pacientes com condições de compreensão psicológica (capacidade de "insight").

Boa parte destas modalidades de tratamento será abordada neste curso em outros capítulos e módulos. Nosso foco é o desenvolvimento de **psicoterapia dinâmica** para o dependente de drogas.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky

Quais as características principais da psicoterapia dinâmica para dependentes de drogas?

A psicoterapia dinâmica para dependência química é uma adaptação de técnicas originariamente desenvolvidas para outros modelos de tratamento, como a ansiedade e a depressão. Ela envolve um trabalho sistemático e intensivo com o dependente, na tentativa de compreender os elementos psicológicos relacionados ao início ou à manutenção de uso de substâncias psicoativas.

Desta forma, o terapeuta utiliza-se de técnicas originárias da psicanálise para desenvolver com o paciente um aumento de sua capacidade de compreensão de si e de seu mundo interno.



Quais os principais objetivos deste modelo de psicoterapia?

- Aquisição e manutenção da vida abstinente da substância (incluindo a capacidade de lidar com a frustração, decorrente da falta do prazer de consumir substâncias psicoativas);
- Aquisição ou recuperação de mecanismos psicológicos que ficaram disfuncionais ou não foram devidamente desenvolvidos em função de sua dependência.

Qual o modelo teórico utilizado?

Existem vários modelos. Um dos mais utilizados na literatura atualmente é o que considera a relação entre sintomas psiquiátricos e uso de droga como uma forma de "automedicação".

"O abuso e a dependência de substâncias estão intimamente ligados às tentativas do indivíduo de lidar com o mundo externo e interno".

Murphy e Khantzian (1995)

Desta forma, o uso de substâncias psicoativas seria uma tentativa de balancear essas funções desorganizadas com a vivência do efeito provocado pela droga. De acordo com esta teoria, **o uso de drogas seria causado por um desequilíbrio no desenvolvimento da estrutura emocional do indivíduo que, na tentativa de "lidar" com sua ansiedade, depressão, sentimentos de raiva ou desconforto subjetivo, aprendeu a utilizar os efeitos das drogas para obter sensações.**

Murphy e Khantzian sugerem que o uso de substâncias psicoativas estaria a serviço "das defesas" contra impulsos e sentimentos pouco compreendidos pelo paciente.

Essa relação aparente entre sintomas psicológicos e abuso de substâncias psicoativas proporciona a base lógica para a utilização de psicoterapia no tratamento da dependência. Se o desconforto psicológico pode ser reduzido pelo progressivo autoconhecimento, o paciente tem uma melhor oportunidade de diminuir ou parar o uso da droga. Entretanto, mesmo que a compreensão teórica seja adequada, em relação ao paciente, o tratamento psicoterápico não será eficaz se uma boa relação com o terapeuta não for devidamente desenvolvida.

Isto é fundamental em **TODAS** as psicoterapias. No caso do dependente de drogas, assim como em outras doenças emocionais, esse relacionamento é bastante frágil, devendo ser objeto de atenção constante por parte do terapeuta.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky

A aliança (vínculo) terapêutica



Há fortes evidências de que a forma como paciente e terapeuta se relacionam no processo de tratamento terá efeito no seu resultado, seja em psicoterapias de uma forma geral, seja nas psicoterapias dinâmicas para dependência de drogas. Essa relação se chama tecnicamente de “**aliança terapêutica**”. Ela pode ser influenciada por muitos fatores e diversos estudos já foram realizados com o objetivo de identificá-los. O **quadro abaixo** resume os principais:



Fatores que podem influenciar a qualidade da aliança terapêutica

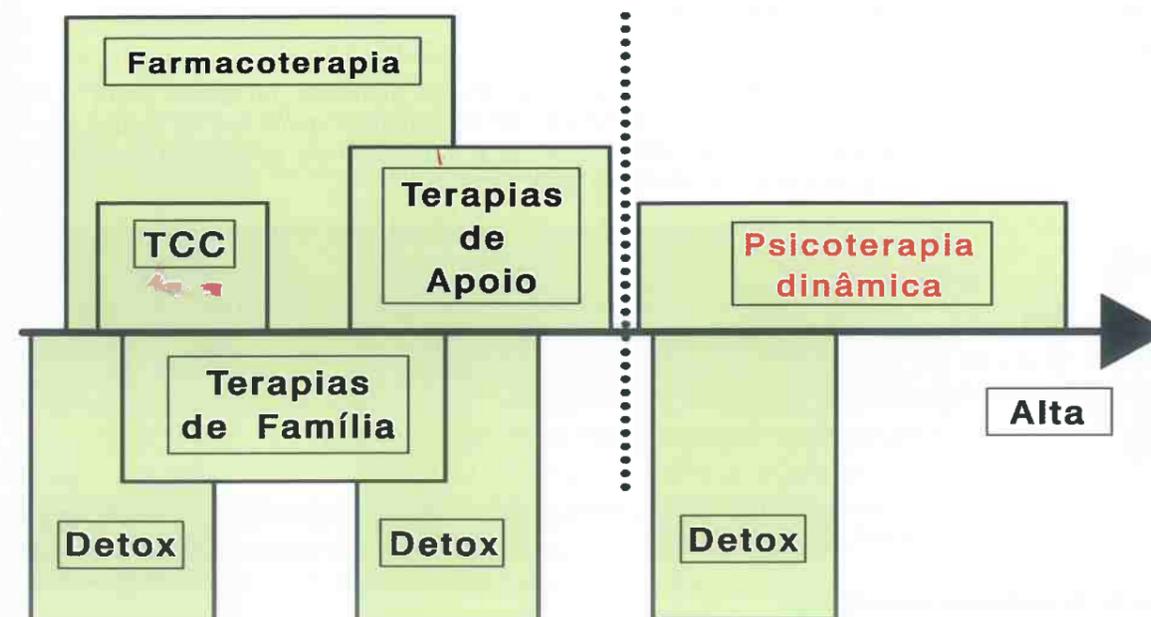
- Livre expressão dos sentimentos, por parte do paciente para o terapeuta, e compreensão sem preconceitos por parte de ambos;
- Privilégio do processo de escuta a partir da atenção, compreensão e simpatia;
- Aceitação inicial dos mecanismos de defesa que o paciente utiliza, porque uma abordagem precoce desses mecanismos pode aumentar a resistência do paciente;
- Atitude positiva com o paciente quanto aos objetivos e metas estabelecidos para o tratamento

Como é o tratamento?

É importante saber o momento adequado para iniciar a psicoterapia para dependentes de drogas, que deve ser iniciada com o paciente já **desintoxicado**.

Na figura a seguir, observa-se que o foco da psicoterapia incide no momento em que o paciente está estabilizado, do ponto de vista clínico, e já manifestou alguma tentativa de interrupção do uso de drogas, com auxílio técnico ou não. É impossível iniciar uma psicoterapia de forma adequada com o paciente intoxicado, ou ainda manifestando sintomas agudos de desintoxicação.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky



Neste exemplo, vemos um paciente que, nas fases iniciais de tratamento, recebeu diversos componentes de atendimento:

- terapia cognitivo-comportamental (TCC);
- abordagens de orientação familiar;
- terapia de apoio e psicofármacos.

Além disso, é possível verificar que o paciente apresentou três episódios onde foi necessário hospitalizá-lo para desintoxicação (Detox), inclusive durante o processo de psicoterapia. Observe, entretanto, que neste último episódio já não foi necessária a utilização de técnicas auxiliares de tratamento, seguindo-se com a psicoterapia até a alta. Isso se explica pelo fato de que o paciente teria apresentado maior conhecimento sobre os mecanismos emocionais que estão ligados ao processo de recaída e manutenção de sua vida sob uso de drogas.

Imagina-se que o terapeuta tenha trabalhado com o paciente os elementos associados aos impulsos pelo uso de drogas, já durante o seu processo de recuperação da recaída em si.

Objetivos da psicoterapia para dependentes de drogas:

- abstinência;
- elaboração de vivências traumáticas;
- redefinição de valores;
- mudança nos padrões de relacionamento pessoal e compreensão de suas próprias sensações.



MJ - BIBLIOTECA

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

Flávio Pechansky

Esses objetivos podem ser assim descritos:

• Abstinência:

É um objetivo comum a todas as modalidades de tratamento para drogas. Entretanto, no que se refere à psicoterapia, a busca de abstinência é feita por meio de uma combinação de ações (comportamentos de recusa e evitação de consumo), semelhantes às realizadas por outras técnicas associadas à compreensão psicológica ("insight"), do porquê o indivíduo tende a repetir o comportamento de buscar e utilizar drogas.



ATENÇÃO!!

Neste caso, a identificação dos mecanismos psicológicos que "estão por trás" da recaída é de fundamental importância, uma vez que permite conhecer as resistências normalmente vinculadas a reações de defesas bastante imaturas, que estão impedindo o processo de amadurecimento do indivíduo sem a utilização de drogas.

Na psicoterapia, a repetição do exame das situações de abstinência/recaída é que permite a compreensão psicológica sobre o que cada um destes fenômenos significa para o paciente.

• Elaboração de vivências traumáticas

Todos os usuários de drogas, sem exceção, apresentam histórias de vida complicadas. Segundo a teoria de Khantzian, já mencionada anteriormente, o "sistema" utilizado pelo paciente para lidar com os fatos traumáticos do seu desenvolvimento é a utilização de drogas. Neste caso, **o uso da substância seria um mecanismo compensatório para regular as relações entre o ambiente psicológico interno do indivíduo e o mundo real.** Diante da retirada das substâncias, o indivíduo necessita retomar a compreensão do impacto dessas vivências traumáticas em sua vida. É pelo contínuo processo de compreensão dessas vivências sem a utilização de drogas que o indivíduo irá progressivamente amadurecer.

• Redefinição de focos vitais

O mundo de um usuário de drogas, independente da intensidade da dependência, tem como único ou principal foco a droga e sua obtenção, reduzindo a importância de outras relações vitais, como: trabalho, relações amorosas e conjugais, família. No processo de recuperação, o terapeuta deverá auxiliar o paciente a identificar as distorções destes focos vitais, reorientando-o para uma recuperação do que é considerado por ambos como mais adequado.

• Mudança nos padrões de relacionamento interpessoal

Dependentes de drogas, em função da perda dos focos vitais, "endurecem" suas relações pessoais. Este endurecimento gera um estilo de comportamento nas relações interpessoais que é mediado pelo uso de drogas. Por exemplo, expor sentimentos é percebido como "mais fácil" para um alcoolista, quando ele está intoxicado, do que quando está sóbrio.



ATENÇÃO!!

Além disso, o constante uso de substâncias por parte do paciente, acima de qualquer outra necessidade afetiva, gera nos familiares mais próximos um sentimento de impotência e até mesmo repulsa por ele, e pode provocar um afastamento do paciente dependente das relações afetivas mais importantes. A recuperação dessas alianças afetivas se dá lentamente e pelo exame das relações interpessoais mais próximas, mas nem sempre toda a recuperação é possível.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

Flávio Pechansky

• Aumento da capacidade de compreensão de suas próprias sensações

Usuários de drogas apresentam dificuldades para compreender e expressar seus sentimentos. Ainda não se sabe se este fenômeno é causa ou consequência do uso de drogas. O que é evidente, na psicoterapia de um dependente de drogas, é o fato de que, quando afastado da droga, o paciente apresenta muita dificuldade em identificar e dar nome às sensações que apresenta. É tarefa da psicoterapia auxiliar o paciente a expressar livremente suas emoções e progressivamente aprender a definir o que está percebendo de si.

Como saber se uma psicoterapia está caminhando na direção certa?



Existem elementos que direcionam o resultado de uma psicoterapia, e que ajudam a compreender se uma psicoterapia caminha na direção desejada. Veja alguns desses elementos no quadro abaixo.



Elementos relacionados a sucesso

- Alguns dos principais objetivos do tratamento foram formulados antecipadamente e mantidos em foco;
- O terapeuta empregou tempo e energia suficientes para introduzir o paciente no tratamento e comprometê-lo com sua manutenção;
- O terapeuta dedicou atenção ao desenvolvimento de uma relação positiva para auxiliar o paciente;
- O terapeuta e o paciente se mantiveram informados sobre a manutenção e o comprometimento do paciente com todo seu programa de tratamento. Ambos buscaram seguir as normas previamente combinadas, como: a evitação do consumo de drogas não prescritas no tratamento e a manutenção da abstinência, no mínimo nos dias de atendimento psicoterapêutico.

Sinais indicativos de impasse no tratamento

- Recaídas repetidas sem sinal de interrupção do consumo;
- Excesso de "ataques simbólicos" ao tratamento e ao terapeuta, como:
 - Atrasos, faltas;
 - Mudanças por parte do paciente, não combinadas previamente com o terapeuta;
- Aumento das defesas do paciente, com a utilização de mecanismos negação, projeção, racionalização.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky**Em resumo:**

- Uma psicoterapia para dependência de drogas tem etapas e técnicas próprias;
- O sucesso da psicoterapia está associado ao conhecimento da técnica e à sua utilização adequada, por parte do terapeuta;
- O terapeuta deve utilizar os fenômenos naturais do processo de recuperação (abstinência / recaída / abstinência) para conhecer os fenômenos psicológicos envolvidos na dependência de drogas.

E quando o processo não está sendo eficaz?

Nem todos os pacientes têm indicação para este tipo de psicoterapia. Em especial, alguns pacientes com grave comorbidade psiquiátrica (graves doenças mentais ou perturbações severas de personalidade) podem não se adaptar a este formato de tratamento. É importante que o profissional identifique se isto está acontecendo, para que um tratamento paralelo (por exemplo, farmacoterapia) seja iniciado, ou para que o paciente seja encaminhado a outro tipo de atendimento.

Uma última "DICA":

Não desista na primeira tentativa, pois se trata de uma doença. Dependentes químicos são extremamente mal compreendidos em suas necessidades. O processo de ouvi-los com atenção seguramente lhes trará bem-estar e conforto no seu processo de recuperação, e você terá contribuído um pouco para que o quadro de dependência se modifique.

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky**Bibliografia Consultada**

1. KHANTZIAN, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 42, 1259- 1264.
2. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, Q'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Jun;42(6):602-11
3. MURPHY, S.L. and KHANTZIAN, E.J. (1995). Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton, AD (Ed.): *Psychotherapy and substance abuse*. Nova York, Guilford Press, P.161-175.
4. Woody, GE. 2003 (2003). Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. *The American Journal of Addictions* 12: S19-S26
5. Zimberg S. Principles of alcoholism psychotherapy, in Zimberg, S., Wallace, J., & Blume, S.B. (Eds). *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*, Nova York, Plenum Press, 3-18, 1978

CAPÍTULO 2: Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias
Flávio Pechansky**Atividades****Teste seu conhecimento**

1 -) Entre os elementos abaixo, indique aquele que não faz parte regular do tratamento em psicoterapia dinâmica de dependentes químicos:

- Atendimento psicoterápico da família
- Exame da abstinência
- Atenção à aliança terapêutica
- Revisão dos focos do tratamento

**CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias**
John E. Burns e Walter Labonia Filho**Nota dos Organizadores**

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Tópicos

- Um pouco de história
- Características
- Filosofia
- Profissionais
- Centros de Tratamento
- Conclusão

Um pouco de história...

Carl Gustav Jung tratou, por meio de psicanálise, de um alcoólatra, Roland Hazard, banqueiro americano de uma rica família, durante o ano de 1931. Sem resultado satisfatório, Jung recomendou que Roland procurasse uma "experiência espiritual ou religiosa". Roland se envolveu num movimento evangélico, o Oxford Group, e livrou-se de sua dependência. Formou-se, a partir de então, um subgrupo de alcoólatras dentro do Oxford Group, que posteriormente fundaram o Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935, em Akron, Ohio. As raízes religiosas continuam presentes nesse movimento até os dias de hoje.

O "AA" cresceu rapidamente e estima-se que hoje existam 98.710 grupos com 1.989.124 membros, em 150 países diferentes. No Brasil, há cerca de 6.000 grupos com 121.000 membros.

A experiência do AA foi aplicada a outras patologias e hoje existem centenas de tipos de grupos de auto-ajuda dedicados a problemas como tabagismo, sexo, jogo e alimentação.

VOCÊ SABIA?

O grupo que mais cresce é o de Narcóticos Anônimos (NA), com mais de 25.000 reuniões semanais no mundo inteiro e cerca de 300.000 membros. O Brasil tem aproximadamente 1.500 reuniões semanais de NA e 15.000 membros.

Todas essas organizações de auto-ajuda têm grupos paralelos e similares para os amigos e familiares do dependente e utilizam, para identificar o tipo de grupo, nomes como AI-Anon para AA e Nar-Anon para NA.

CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

John E. Burns e Walter Labonia Filho



CARACTERÍSTICAS

Os grupos de auto-ajuda, baseados no modelo de AA, têm como único requisito à participação, o desejo de não beber, e quaisquer duas pessoas, com esse desejo, podem formar um grupo.



Existem pesquisas sobre isso?

Não existem registros dos membros e nenhum grupo recebe doações: **são totalmente auto-sustentáveis**. Uma vez que os membros entram e saem livremente, grupos formam-se e desaparecem com frequência, tornando **impossível conseguir números exatos** dos membros atuantes, o que dificulta as pesquisas.

Existem, porém, membros muito dedicados que organizam **serviços de informação** e produzem uma **literatura especializada**. Escritórios locais estão integrados a uma estrutura internacional.

A **sede do AA** está localizada em **Nova Iorque** e tem um orçamento anual de 10 milhões de dólares.

A **sede do NA** está localizada na **Califórnia** e tem despesas de 4 milhões de dólares custeadas por doações de membros e venda de literatura.

Com essa organização, podem aparecer tentativas de imposição de normas e rituais e, às vezes, surgem lideranças informais. A grande maioria dos membros de grupos de auto-ajuda é alheio a essa estrutura, entrando, saindo e formando novos grupos com quem podem se identificar e se sentir confortáveis.

Filosofia

Doze Passos são sugeridos aos membros de grupos de auto-ajuda como um processo útil para atingir e manter a abstinência. Foram escritos no plural e no passado, como sugestões dos primeiros alcoólatras que tiveram sucesso na aplicação do programa, no espírito de **"se você quer o que nós temos, pode fazer o que nós fizemos"**:



Importante!!

Os AA, além do afeto e acolhimento, demonstram, a cada momento, muita disponibilidade em relação aos membros do grupo, em casos e necessidades.

CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

John E. Burns e Walter Labonia Filho



Os DOZE passos são:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente.
11. Procuramos, pela prece e pela meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.



Entenda os passos:

No **1º Passo** - a chave do processo - o dependente assume sua dependência, ou seja, se rende à condição de usuário. A linguagem e confirmação deste passo acontecem indiretamente na medida em que o usuário ouve depoimentos de outros membros e fala de si ao grupo.

Admitindo sua impotência no Primeiro Passo, o indivíduo em recuperação está num estado de "só eu posso me ajudar, mas preciso de ajuda".

Assim, chega ao **2º e 3º Passos** procurando um Poder Superior, "na forma em que O concebíamos". O conceito de Poder Superior é considerado muito pessoal e pode variar entre o tradicional Deus cristão até o panteísmo, ou um objeto ou pessoa como um profissional de saúde. Abrange o ateu e o agnóstico sem conflitos.

CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

John E. Burns e Walter Labonia Filho

**ATENÇÃO!**

Um refrão constante é: "Esse programa é espiritual, não religioso".

Profissionais

Por que os médicos, psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, conselheiros e o clero, como indivíduos que tratam da dependência química, às vezes têm dificuldades em relacionar-se com os grupos de auto-ajuda?

Algumas possíveis causas...

- Os grupos não são fundamentados em nenhuma teoria ou linha de trabalho. São totalmente pragmáticos, voltados para o momento presente e para ações práticas.
- Seu teor espiritual/religioso não se encaixa bem em algumas linhas de psicoterapia, a psicanalítica, por exemplo.
- Como não existem registros das sessões, por parte dos membros, é difícil realizar uma avaliação de resultados.
- Nos grupos de auto-ajuda, há uma resistência ao uso de qualquer substância psicoativa. Assim, pacientes de profissionais que prescrevem essas substâncias, freqüentemente, se sentem marginalizados nesses grupos.
- Membros de grupos de auto-ajuda podem criar laços emocionais muito fortes com seus companheiros, levando ao fanatismo ou a um culto religioso. Em função disso, algumas pessoas chegam a rejeitar a ajuda de profissionais ou outra ajuda fora do âmbito do grupo.

SAIBA QUE:

O AA faz uma pesquisa por amostragem de seus membros a cada três anos e, dessa forma, mostra que cerca de 60% dos membros recebem, antes e depois de entrar em AA, algum tratamento ou aconselhamento profissional. Para a grande maioria desse grupo, a experiência tem sido positiva.

Vale ressaltar que, na edição de 1988 do "Cecil, Textbook of Medicine", está recomendado, como parte de seu tratamento, que os alcoólatras freqüentem os grupos de AA.

CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

John E. Burns e Walter Labonia Filho

Centros de Tratamento

Alguns médicos, clínicos e psiquiatras, participaram da fundação de AA e trataram os alcoólatras em hospitais com alas designadas para desintoxicação. A internação em um desses hospitais era quase uma condição para entrar num grupo de AA.

O próprio AA inaugurou um centro de tratamento baseado nos **Doze Passos**, mas como é uma organização que tem uma tradição que diz: "AA jamais deverá organizar-se como tal. . .", esse grupo não conseguiu administrar o centro e fechou.

O AA, porém, coopera ativamente com centros que utilizam os **Doze Passos**, orientado pelo princípio de "cooperação e não-afiliação." Segundo o estudo citado, 35% dos membros ingressaram nos grupos de AA pelos centros de tratamento.

VOCÊ SABIA?

Hoje, são mais de 11.000 centros de tratamento nos Estados Unidos, que recomendam a participação dos dependentes químicos em grupos de auto-ajuda. Há estimativas no Brasil da existência de um a dois mil centros dessa natureza.

**Conclusão**

Apesar dos mais de 150 estudos realizados sobre a eficácia de grupos de auto-ajuda, desde 1980, incluindo o não-concluído "Project Match" (que não foi somente uma avaliação do AA), não há dados definitivos sobre a eficácia de AA, devido à sua particular estrutura.

Por outro lado, um movimento que atrai milhões de dependentes no mundo inteiro e que, depois de 65 anos, continua diversificando-se e crescendo tem algo a contribuir como uma modalidade de tratamento, que pode ser eficaz para o enfrentamento da dependência de substâncias psicoativas.

CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

John E. Burns e Walter Labonia Filho

Bibliografia Consultada

1. Kurt, E. Not-God, a history of Alcoholics Anonymous. Minnesota: Hazelden;1979.
2. Hart K.E. A spiritual interpretation of the 12-Steps of Alcoholics Anonymous: From resentment, to forgiveness to love. 1999. Journal of Ministry in Addiction and Recovery, 6, 25-39. [acessado 10/01/01] Disponível no Internet site: <http://www.psyc.leeds.ac.uk/>
3. The forty-ninth annual meeting of the General Service Conference of Alcoholics Anonymous, 1999 final report, Alcoholics Anonymous World Services, Inc. New York, 1999.
4. Escritório Central de AA – São Paulo, informação de dezembro 2000, – Tel: (11)-3315-9333.
5. Narcotics Anonymous World Service, Fellowship Services, Jeff Gershoff, JeffG@na.org e Escritório Central de NA (11) 5594-5657. Informação de janeiro, 2001.
6. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. – Os doze passos e as doze tradições, JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 1952.
7. Narcotics Anonymous World Service Conference Report, March 2000. [Acessado em 01/01] Disponível no Internet site: www.na.org
8. Robertson, N. Getting better – inside Alcoholics Anonymous. New York: William Morrow; 1988.
9. Vaillant, GE. The natural history of alcoholism revisited. Cambridge: Harvard; 1995.
10. AA World Services, Inc. A newsletter for professionals – about AA. 1998 membership survey: a snapshot of AA membership. Summer, 1999.
11. Cecil Textbook of Medicine. W.B.Saunders, New York, 1988.
12. Darrah, MC. Sister Ignatia – angel of Alcoholics Anonymous. Chicago: Loyola; 1992.
13. The National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment – a research based guide. NIH: Washington, 1999.
14. Hazelden Foundation – Hazelden voice. Summer 2000;2;1.
15. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA Report Project MATCH Main Findings, 1996. [Acessado em 13/01/01] Disponível no Internet no site: <http://www.nih.gov/news/pr/dec96/niaaa-17.htm>

CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

John E. Burns e Walter Labonia Filho

Atividades**Teste seu conhecimento**

1 -) Assinale verdadeira (V) ou falsa (F) para a afirmação abaixo:

O único requisito para ser membro do AA é o desejo de não beber “e quaisquer duas pessoas com esse desejo podem formar um grupo”. Não existem registros de membros e nenhum grupo recebe doações de fora; são totalmente auto-sustentáveis.

Verdadeiro

Falso

2 -) Indique a alternativa correta: O principal requisito para ser membro de um grupo de mútua-ajuda é:

a) Buscar sobriedade e assistir às reuniões dos grupos anônimos

b) Interromper totalmente o consumo e trazer a família para uma orientação

c) Comprometer-se com os ideais religiosos difundidos pelo grupo

d) Arregimentar novos companheiros semanalmente

e) Nenhuma das anteriores



CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

Nota dos Organizadores

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Tópicos

1. Movimento das Comunidades Terapêuticas
2. Dependente Químico
3. Substâncias Psicoativas
4. Comunidade Terapêutica

Movimento das Comunidades Terapêuticas (CT)

Um pouco de história...

Em 1860 foi fundada uma organização religiosa chamada Oxford. Esta organização era uma crítica à Igreja da Inglaterra e seu objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Originalmente chamada Associação Cristã do I Século, mudou de nome em 1900 para Moral Rearmement. Esse grupo, conhecido como Grupo de Oxford, buscava um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos: se encontravam várias vezes por semana para ler e comentar a Bíblia e se comprometiam entre si a serem honestos.

Após 10 a 15 anos de convivência, constataram que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação. Nos Estados Unidos, participantes desse grupo se reuniam para partilhar o empenho e o esforço que faziam para permanecer sóbrios e, desta maneira, nasceu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) que, com o passar dos anos, se tornou o maior grupo de Auto-Ajuda do mundo.

No dia 18 de setembro de 1958, Chuck Dederich e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, buscar um estilo alternativo de vida. Fundaram em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT) que se chamou Synanon. O grupo adotava um sistema de relacionamento direcionado, em uma atmosfera quase carismática, o que naquelas circunstâncias foi muito terapêutico.

A aplicação do conceito de ajuda às pessoas em dificuldades, feita pelos próprios pares, era a base das relações vividas na Synanon, onde cada pessoa se interessava e se sentia responsável pelas outras. Desde o início acolheram alguns jovens que estavam tentando ficar em abstinência de outras drogas e, em decorrência disso, a CT que teve seu início com uma comunidade para alcoolistas, abriu suas portas para jovens que usavam outras substâncias psicoativas.

Esse tipo de alternativa terapêutica se firmou e deu origem a outras CTs que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon.

A CT DAYTOP VILLAGE é o exemplo mais significativo desse tipo de abordagem. Foi fundada em 1963, pelo Monsenhor William O'Brien e David Deitch, tornando-se um programa terapêutico muito articulado.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

Com a multiplicação das iniciativas desse modelo de abordagem terapêutica na América do Norte, a experiência atravessou o Oceano Atlântico e deu início a programas terapêuticos no norte da Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha.

No início de 1979, a experiência chegou à Itália onde foi fundada uma Escola de Formação para educadores de CTs. Estes educadores deram um novo impulso ao processo na Espanha, América Latina, Ásia e África.

No campo psiquiátrico acontecia uma outra revolução: a experiência de comunidade terapêutica democrática, para distúrbios mentais. O psiquiatra escocês MAXWELL JONES, trabalhando durante o período da II Guerra Mundial no hospital Maudsley em Londres e, sucessivamente, nos de Henderson e Dingleton, de 1945 a 1969, transformou o trabalho tradicional e, como terapia, utilizou a psicoterapia individual e de grupo, eliminando ao máximo o uso de medicação e envolvendo os pacientes nas atividades propostas.

O ex-psicanalista americano Hobart O. Mowrer, impressionado positivamente pela capacidade de recuperação através da abordagem das CTs, começou a estudar o fenômeno, sua história, os conteúdos e descobriu, por diferentes experiências, pontos em comum que confirmaram algumas de suas hipóteses. Entre elas:

- **Compartilhar:** é um dos valores fundamentais e comuns. Isso não se refere somente aos bens, mas a compartilhar, com os membros do grupo, o que cada um possui como ser humano.
- **Honestidade:** é um outro ponto forte, que emerge do fenômeno das CTs. "Participe do grupo e fale coisas de você, mas não de política, trabalho ou de outras coisas. Fale do que provoca medo e dor dentro de você" (Synanon). É uma referência clara à necessidade do ser humano de comunicar-se, sem máscaras, em relações humanas autênticas. Esta honestidade diante do grupo é um valor muito antigo; apareceu nas primeiras comunidades cristãs e era chamada confissão aberta ou auto-revelação. Outra característica que aparece nos estudos do Dr. Mowrer é o abandono, nas relações terapêuticas, da posição clássica vertical (hierárquica) médico-paciente. As interações que se estabelecem entre as pessoas rompem estruturas rígidas da hierarquia, do cargo e oferecem mais possibilidades de ajuda. As funções, muito flexíveis, garantem a estrutura e a organização da vida comunitária. A atenção é colocada sobre o indivíduo, no grupo ou na comunidade. Ele é o verdadeiro protagonista das ações terapêuticas porque sabe do que precisa, porém, sozinho, é incapaz de buscar e, por isso, a importância da auto-ajuda. Cada indivíduo é responsável pelo seu próprio crescimento e pede a ajuda necessária aos outros para se ajudar. Sendo assim, cada um é "terapeuta" de si mesmo e para os outros componentes do grupo, da comunidade. A hierarquia é, unicamente, funcional e não interfere nas relações entre as pessoas. A vida comunitária não poderá ser terapêutica se não desaparecer a dualidade equipe-presidente. Isto significa que, enquanto existir na mesma estrutura o grupo que "faz" o tratamento e o grupo que "recebe", estamos muito longe da verdadeira terapia de grupo na CT. O agente terapêutico não é a estrutura da CT, as regras, os instrumentos, mas tudo aquilo que estes instrumentos podem fazer para que cada residente possa viver, experimentar uma relação verdadeira e o amor entre as pessoas. A observação do comportamento instrumentaliza o indivíduo e o grupo a avaliarem os processos e o grau de integração social alcançados.
- A observação objetiva das ações propicia, a cada pessoa, responsabilizar-se pela avaliação de seus progressos, de seu crescimento e permite ao grupo a possibilidade de fazer distinção entre a pessoa e seu comportamento.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

- **Espiritualidade:** todos esses grupos são capazes de resgatar e mobilizar a energia espiritual de seus componentes para que encontrem a coragem necessária para enfrentar e buscar os objetivos propostos. A energia espiritual pode reintegrar a pessoa consigo mesma, com o grupo, com a comunidade, com a sociedade, com o seu Poder Superior. A CT tem a capacidade de criar um ambiente ecumênico e oferece os instrumentos para que o indivíduo tenha a oportunidade e a liberdade necessárias para procurar sua própria origem e responder de maneira adequada a sua própria dimensão espiritual.

**Algumas considerações de Elena Goti (1997), sobre a abordagem da Comunidade Terapêutica:**

- Deve ser aceita voluntariamente;
- Não se destina a todo tipo de dependente. Isto ressalta a importância fundamental da triagem, como início do processo terapêutico. Muitas vezes, algumas CTs, por meio de suas equipes, se sentem onipotentes e “adoecem” acreditando que se o residente não quer ficar na CT é porque não quer recuperação. Não consideram que o residente tem o direito de escolher como e onde quer se tratar;
- Deve reproduzir, o melhor possível, a realidade exterior para facilitar a reinserção;
- Deve fornecer modelo de tratamento residencial altamente estruturado;
- Atua por um sistema de pressões artificialmente provocadas;
- Estimula a explicação da patologia do residente, frente a seus pares;
- Os pares servem de espelho da consequência social de seus atos;
- Há um clima de tensão afetiva;
- O residente é o principal ator de seu tratamento. A equipe oferece apenas apoio e ajuda.

Do ponto de vista cultural, o fenômeno moderno da CT está inserido na proposta da filosofia existencial, que deu vida à escola da psicologia denominada Humanista.

Dependente Químico: um ser humano

Em um programa de recuperação terapêutico-educativo, é importante considerar alguns aspectos gerais sobre a concepção do ser humano “dependente de substâncias psicoativas”:

- Acima de tudo, ele é um ser capaz de entender, querer e decidir, mesmo considerando o problema em que se encontra. Este problema se manifesta pelo sintoma da dependência de drogas mascarando, em vários níveis, a perda de autonomia e de liberdade pessoal para fazer projetos, escolhas e tomar decisões;
- Apesar da dependência de drogas, muitas vezes, ele conserva a capacidade e a possibilidade de resgatar a autonomia individual, a capacidade de escolher e decidir;
- Conserva a capacidade e a possibilidade de transformar a sua problemática humana em um projeto: tem a possibilidade de projetar inicialmente e de viver depois uma existência repleta de significados e valores. Pode, a qualquer momento, valorizar a si mesmo e descobrir o significado da sua história pessoal;
- É um ser humano muitas vezes confuso e ferido: está fazendo mal a si mesmo e, neste momento, é incapaz de se defender. Por isso necessita de uma ajuda externa que o acompanhe em uma nova direção e o sustente com amor e profissionalismo;

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

- É um ser humano sozinho, fisicamente separado dos outros, emocionalmente fechado, socialmente marginalizado que, porém, não perdeu a criatividade, a necessidade de “pertencer”, de fazer amizade e de dar e receber amor;
- Um ser humano capaz de confrontar, estimar, respeitar, perdoar, de mostrar qualidades e de ter consciência. É um protagonista (ator principal) de sua vida, digno, comunicativo e dinâmico que expressa, muda, cresce. Desenvolve-se partindo de si mesmo em direção aos outros;
- Um ser humano feito para viver em grupo expressando sentimentos, fatos, acontecimentos, para resgatar valores comuns e reduzir as tensões sociais;
- Um ser humano único e personalizado na sua dimensão familiar e social.

Concluindo

É uma pessoa capaz de renascer e re-projetar a própria vida em direção à autonomia e à liberdade, por meio de um relacionamento intenso, da sua criatividade, de novas relações familiares, de sua presença ativa e dinâmica no seu grupo social.

Substâncias Psicoativas

Conforme definição da OMS (Organização Mundial da Saúde) são consideradas substâncias psicoativas todas as substâncias de origem natural ou sintética, incluindo álcool, que uma vez utilizadas, provocam algum tipo de modificação no organismo.

A partir do olhar das CTs, não há distinções entre substâncias leves, pesadas, estimulantes, depressoras ou alucinógenas (perturbadoras) porque não é considerado o sintoma da dependência química, ou as substâncias psicoativas utilizadas, mas a problemática humana que está por trás de tudo. Isto não significa que as substâncias químicas e os efeitos que estas causam às pessoas sejam ignorados. Quando necessário tratar a sintomatologia causada pelas drogas, os pacientes devem ser encaminhados aos serviços médicos especializados.

Desse modo, o ponto de partida é o pressuposto de que uma pessoa, se desejar verdadeiramente, pode parar de fazer uso de qualquer substância química sem que isso possa acarretar-lhe algum problema físico sério. A experiência nacional e internacional tem demonstrado que os sintomas da abstinência podem ser “represados” dentro da CT, na maioria dos casos, pela grande união entre os membros do grupo e pela harmonia do ambiente criado pelo grupo.

Dramatizar a crise de abstinência, muitas vezes, é um jogo das pessoas que querem parar de usar drogas, porém não estão dispostas a lutar verdadeiramente para conseguir. Isso reforça o comportamento típico do dependente químico, ou seja, conseguir alguma coisa sem, na verdade, “lutar para”, como é a dinâmica que a vida impõe a todos os seres humanos. A droga esconde os sentimentos de incapacidade, falência, impotência, etc.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

**Importante!****Para que haja um processo de recuperação é necessário:**

- O abandono total de quaisquer substâncias psicoativas (exceção para pessoas com comprometimento neurológico ou distúrbios psiquiátricos, além do quadro de dependência química).
- Mudança dos comportamentos e mudança de estilo de vida.

A dependência de substâncias psicoativas não pode ser tratada com medicação alternativa, para aliviar o sofrimento que a própria doença causa, porque esse tipo de medicação impede o dependente de entrar em contato consigo mesmo, perpetuando o seu estado de dependência.

É fato que a crise de abstinência pode ser sentida, mas o dependente, muitas vezes, quer impressionar para conseguir algum tipo de medicação alternativa, quando não consegue obter a dose habitual. O dependente não precisa de nossa compaixão ou pena, pelo mal-estar provocado pela crise de abstinência. A manipulação do dependente, intensificando os próprios sintomas da crise, é quase automática. Porém, quando ele demonstra o desejo de parar de usar e recebe a ajuda adequada, existe uma grande possibilidade de deixar de usar a droga. Este é o momento para oferecer uma proposta alternativa e uma mudança de estilo de vida.

Intervenções confusas, que podem prejudicar o dependente, devem ser evitadas.

A qualquer momento que o dependente não consiga ou não queira aceitar as propostas do programa, ele deve ter a liberdade de fazer outras escolhas (é importante fazer uma última tentativa, no intuito de ajudá-lo a entender o porquê de outras escolhas) ou ser encaminhado a outras propostas. É importante evitar a confusão, pois este é o terreno predileto do dependente.

Comunidade Terapêutica (CT)

O programa terapêutico-educativo, a ser desenvolvido no período de tratamento da CT, tem como objetivo ajudar o dependente a se tornar uma pessoa livre pela mudança de seu estilo de vida. A proposta da CT deve considerar que o dependente pode desenvolver-se nas diversas dimensões de um ser humano integral por meio de uma comunicação livre entre a equipe e os residentes, em uma organização solidária, democrática e igualitária.

A CT é uma ajuda eficaz para quem tem necessidade de liberar as próprias energias vitais, para poder ser um SER HUMANO em seu sentido pleno, adulto e independente, capaz de realizar um projeto de vida construtivo, de aprender a estar bem consigo mesmo e com os outros, sem a ajuda de substâncias psicoativas.

"Podemos utilizar a definição de CT de Maxwell Jones: "...grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum e que possui uma forte motivação para provocar mudanças". Este objetivo comum, na maioria das vezes, surge em um momento de crise onde o indivíduo apresenta uma desestruturação na sua vida em todas as áreas: física, mental, espiritual, social, familiar e profissional. É nesse momento que as pessoas diminuem as defesas, as resistências e demonstram maior disponibilidade e abertura a mudanças, porque não tem nada a perder. O objetivo da CT é o crescimento das pessoas por um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudá-lo a desenvolver seu potencial.

Para que a equipe seja eficaz, é muito importante acreditar, independentemente de qualquer comportamento que o residente tenha tido, que ele pode mudar. Se não houver essa credibilidade, por parte da equipe, porque alguns residentes estão mais comprometidos e com maiores dificuldades para mudar, existe o risco de abandono desses residentes. Ou seja, se a equipe acreditar que todos podem mudar, dedicará a atenção que cada um precisa para que a mudança de fato ocorra.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

Outro aspecto importante a ser ressaltado a respeito da equipe é a transdisciplinariedade. Antes de serem os profissionais da CT, eles são participantes e devem conhecer e respeitar as regras desta para que as relações aconteçam em um ambiente familiar, lembrando que em uma família as pessoas se relacionam como pessoas, e não na qualidade de cargos, ou de profissões. Este conceito interliga todos os setores e as responsabilidades tornam-se transferíveis. Por exemplo: o psicólogo pode assumir a responsabilidade da enfermeira, em uma situação de primeiros socorros, assim como orientar o residente responsável pelo setor de limpeza sobre como deve ser feita a faxina geral da CT.

Nenhum elemento da equipe fica restrito, limitado ao seu cargo, pois em termos de funções existe um leque de responsabilidades. É evidente que esta transdisciplinariedade deve estar clara para todos da equipe, para que não aconteçam melindres ou atropelamentos nas funções específicas de cada cargo, como o atendimento psicológico, que é de responsabilidade exclusiva do psicólogo.

O ambiente da CT deve possibilitar a aprendizagem social, oferecendo a oportunidade de interagir, escutar, aprender, projetar e crescer de maneira que reflita a capacidade e o potencial individual e coletivo das pessoas que dele fazem parte.



O comportamento começa a mudar pela auto-iniciativa do residente. Como ele vem de uma vivência de subcultura (valores não aceitos pela sociedade), é preciso solicitar que ele exercite o agir com honestidade, pontualidade, solidariedade, etc. (valores aceitos pela sociedade) para que os internalize e os vivencie com as mudanças de estilo de vida. A dinâmica desse processo depende, em parte, da organização social da CT e, em parte, da motivação das pessoas envolvidas.

Os residentes são apoiados e atendidos pela equipe transdisciplinar. Existe uma divisão de trabalho e um investimento real na CT, sendo que, algumas vezes, este investimento visa a própria sobrevivência da CT. O enfoque deve ser sobre o processo e, se este for correto, há grandes chances de obter um resultado positivo como consequência.

O programa, para ser eficaz, deve ser aberto tanto internamente entre os membros que fazem parte do ambiente social, quanto externamente com os devidos cuidados e respeito às regras fundamentais (as fronteiras da CT devem ser protegidas, mas as informações devem entrar e sair).

É claro que, como diz Harold Bridges, uma organização aberta é: "...mais exposta às transformações e justamente por isso mais vulnerável. O processo é positivo, mas apresenta riscos, pois existem pessoas que querem alcançar resultados sem ter experiência para tal".

Na CT é preciso considerar tudo o que possibilita a criação de um ambiente terapêutico e educativo, já que ela é um grupo de auto-ajuda permanente onde os componentes interagem a todo o momento. É necessário considerar:

- Número de residentes;
- Suas experiências;
- Idade;
- Classe sócio-econômica e cultural;
- Organização e regras;
- Valores;
- Divisão do trabalho e respectivas funções;
- Administração da autoridade;
- Instrumentos terapêuticos;
- Estímulos educativos;
- O número e a qualificação da equipe transdisciplinar.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas
Laura Fracasso**Importante!****As regras fundamentais são:**

- Não fazer uso de substâncias psicoativas;
- Não à violência e ao sexo.

Sobre a regra de renunciar temporariamente às relações sexuais, é importante ressaltar que a sexualidade é uma energia de comunicação e a interrupção das relações sexuais pode estimular o residente a comunicar-se de outras maneiras, tendo a oportunidade de vivenciar uma nova forma de aprendizado social. Permite também desenvolver aquela parte da afetividade que, até agora, permaneceu escondida e foi negada, devido aos preconceitos, em função de experiências pessoais.

Além dessas regras fundamentais, são feitas duas solicitações temporárias, para criar os pressupostos do trabalho pessoal e social, sem jamais desrespeitar o direito fundamental à saúde e à liberdade de sair da CT no momento em que a pessoa assim desejar:

- **Renunciar totalmente** à liberdade de sair da CT sem, antes, falar com o grupo e com a equipe transdisciplinar;
- **Respeitar o contrato** de auto-ajuda, participando sempre de todas as atividades da CT.

O indivíduo em um grupo ou em uma CT, que se recusa a colaborar, prejudica o bem estar de todos. O indivíduo não deve ser prejudicado em função do grupo ou vice-versa, pois é importante que ele aprenda a participar de uma relação equilibrada.

As regras devem ser definidas, tanto morais quanto éticas, e elaboradas de acordo com as necessidades da CT. Podem ser discutidas e alteradas, se necessário, a partir de um consenso entre residentes e equipe transdisciplinar. É importante compreender que as regras existem para serem respeitadas e que sua transgressão leva a consequências que devem ser assumidas. A equipe transdisciplinar deve garantir a todo residente o conhecimento e compreensão das regras para poder exigir o seu cumprimento.

Existem cinco áreas necessárias para que alguém se relacione em um determinado nível de equilíbrio. São elas: família, amigos, trabalho/escola, lei (regras sociais) e espiritualidade. O desequilíbrio em uma dessas áreas pode desencadear algumas relações disfuncionais em uma pessoa. Levando isto em consideração, é preciso ter presente que o residente, muito provavelmente, apresenta desequilíbrio em quase todas essas áreas, o que faz com que ele se relacione de maneira completamente disfuncional consigo mesmo e com os outros.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas
Laura Fracasso**DICA**

Para ajudar o indivíduo, é preciso criar na CT um ambiente onde ele possa se exercitar (como em uma academia de ginástica aonde exercitamos o corpo) e ter a compreensão necessária de que a droga é apenas um sintoma de algo mais profundo, que precisa ser trabalhado e que, com certeza, está ligado a essas cinco áreas. O processo de recuperação está diretamente relacionado ao trabalho a ser desenvolvido nas cinco áreas, pois as questões relativas à família, à espiritualidade e ao trabalho ou escola não podem ser trabalhadas e, ao mesmo tempo, desconsideradas as áreas da lei e dos amigos ou vice-versa.

No ambiente da "ativa" (gíria que significa: estar fazendo uso de drogas), onde viviam anteriormente, não existiam condições adequadas para serem pessoas com dignidade (como viver corretamente morando embaixo da ponte, roubando, se prostituindo et). Na CT deve ser oferecida, aos residentes, a confidencialidade e um ambiente saudável, onde exista segurança física, psicológica e social, considerando que não é a estrutura física que dá valores, mas as pessoas (residentes e equipe que dela fazem parte).

A funcionalidade da CT (micro-sociedade) deve ser muito similar à sociedade de origem, para que o indivíduo possa experimentar situações e depois voltar a viver em sociedade. O programa terapêutico-educativo deve ser subdividido hierarquicamente de acordo com a maturidade do residente. Cada pessoa tem um papel na sociedade, por isso, assim que o indivíduo é aceito como residente na CT, passa a ter um papel em sua estrutura, uma identidade e começa a se familiarizar com hierarquia, autoridade, responsabilidade, pontualidade etc.

Por meio da interação individual e do grupo, é possível conseguir grande compreensão da problemática do indivíduo, mas a aprendizagem pela experiência (errando, acertando e experimentando as consequências) corresponde à influência mais eficaz para atingir uma mudança duradoura (aprendizagem social).

Além das inúmeras possibilidades de aprendizagem social, a estrutura da CT deve ter uma certa flexibilidade, para oferecer e estimular a iniciativa do residente, objetivando seu crescimento. A conduta, o comportamento é sempre algo objetivo, observável onde podem ser identificados os progressos realizados pelo dependente. Na conduta estão os frutos e se concretizam os sucessos e as dificuldades do trabalho pessoal do residente nas áreas cognitiva, afetiva e espiritual. A solicitação gradativa de mudança na CT ajuda o residente a se responsabilizar pelo seu próprio processo de crescimento e a participar ativamente no processo dos outros residentes e da administração do processo terapêutico educativo da CT.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas
Laura Fracasso

Alguns exemplos reais da "CT saudável" e "CT doente":

"CT SAUDÁVEL"

"CT DOENTE"

- Ao propor uma experiência educativa, a equipe considera o indivíduo que praticou o ato e procura, pela experiência, fazer com que ele reflita sobre seu comportamento. Exemplo: um residente que atrasa para acordar deverá, por uma semana, ser o "despertador" de toda a CT.
- Sempre que possível, as experiências educativas devem ser individualizadas.
- A equipe, quando comete erros ou injustiças, pratica os 12 passos de Alcoólicos Anônimos e oferece exemplo de humildade concreta aos residentes. Na prática, esta postura faz com que o residente respeite ainda mais o trabalho da equipe. Diferente do que pensam algumas equipes, na forma de: não podemos porque senão perdemos o respeito de todos.
- Postura da equipe com autoridade e não autoritarismo.
- Uma residente que não sabia nem fritar um ovo, ao ser escalada para laborterapia e receber o apoio da equipe para uma aprendizagem social, não só aprendeu a fazer muito bem o seu trabalho na cozinha, como deixou para outras pessoas, como ela, um livro especial de receitas: com todas as dicas que não são encontradas nos livros.
- Quando algum familiar insiste, por gratidão, em dar um presente, é orientado a presentear a CT e não alguém em especial.
- A equipe trata os residentes de maneira igualitária, sem distinção de raça, credo religioso, condição social, econômica e cultural.
- Equipe fala a mesma linguagem e demonstra postura em harmonia aos princípios da CT. Princípios acima das personalidades.
- Equipe tem uma carga horária compatível (40h), assim como folgas.
- Diante de um comportamento inadequado, o residente fica o dia todo na enxada. Muitas vezes, há residentes que se escondem no trabalho e deixá-lo o dia todo na enxada só reforça este mecanismo.
- Por "preguiça" da equipe em observar quem está com comportamento inadequado, a experiência educativa é coletiva. Ex: Perda de atividades de lazer e até de direitos básicos como a "mistura" da refeição.
- Cobrar valor extra para trabalhar a sexualidade dos residentes. Como? Levando-os a casas de prostituição.
- Residente não tem direito a questionamentos, pois a palavra-chave é aceitação. Algumas equipes produzem situações para testar a aceitação do residente. "Animal a gente adentra, ser humano a gente educa" (Paulo Freire). A equipe jamais comete erros (sinal de onipotência!).
- Posturas autoritárias da equipe, por medo de perder o controle.
- Um residente tem uma determinada habilidade e a equipe explora isto prejudicando o tratamento como um todo.
- O residente é utilizado para trabalhos particulares para a equipe. (Infração ao Código de Ética da Federação Brasileira de CT's).
- A equipe faz distinção entre os residentes, principalmente, na questão econômica. Se a família do residente paga um valor alto, ele terá direitos especiais. (Outra infração).
- Equipe recebe presentes dos residentes e de familiares e, muitas vezes, privilegia, esses residentes (outra infração ao Código de Ética).
- Equipe com pessoas inseguras que, para demonstrar poder, desautorizam orientações dadas por outros, deixando os residentes confusos.
- Equipe trabalha 21 dias e folga 7. Isto prejudica a saúde mental da Equipe e a relação com os residentes.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas
Laura Fracasso

Não omita e não seja cúmplice de trabalhos realizados inadequadamente. Procure ter muita habilidade para propor mudanças e acredite que elas são possíveis.

Vamos finalizar com a história do beija-flor:



"Uma floresta estava em chamas e todos os animais correndo do fogo, quando um beija-flor foi visto jogando uma gotinha de água no incêndio. O elefante, vendo aquilo, ficou perplexo e disse:

Beija flor, porque você que pode voar não vai para bem longe deste fogo, ao invés de tentar apagá-lo com estas gotinhas insignificantes?

O Beija-flor respondeu:

Se todos os animais, ao invés de correrem, comessem a me ajudar, principalmente você, elefante, com esta tromba, talvez pudéssemos salvar a floresta, salvar a nossa casa.

Isto nos lembra que as Comunidades Terapêuticas precisam de muitos beija-flores para ser reconhecidas oficialmente e, principalmente, que existem diferentes tipos de propostas sob o nome de "comunidades terapêuticas". É importante que exista regulamentação e fiscalização do trabalho das comunidades terapêuticas, assim como dos serviços que se propõem a tratar pessoas com dependência de drogas, para que propostas de trabalho sérias sejam valorizadas e que iniciativas inadequadas sejam coibidas.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

Bibliografia Consultada

1. A Bíblia. Teb. São Paulo: Paulinas/Edições Loyola.
2. CUEVA, RN. NANA Comunidad terapéutica peruana. Lima - Perú : CEDRO, 1997.
3. Drogas e Álcool - Prevenção e Tratamento - Centro de Formação e Treinamento da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas.
4. Encontro Latino-Americano de Comunidades Terapêuticas. Brasília, 1996.
5. FEBRACT - DROGAS: PREVENÇÃO. Manual da Febract Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Campinas-SP, 1998.
6. GOTI, E. La Comunidad terapéutica Un desafío a la droga. Buenos Aires : Ediciones Nueva Visión, 2000.
7. KALINA, Eduardo. Drogadição 11. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.
8. KNAAP, P. & BERTOLOTE, J.M. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
9. LINN, MATTHEW. Cura da dor mais Profunda. Campinas : Versus Editora, 2000.
10. Manual do Curso de Formação de Operadores de Comunidades Terapêuticas Italianas Federação de Comunidades Terapêuticas.
11. Manual do Curso de Formação de Operadores de Comunidades Terapêuticas do DAYTOP VILLAGE - Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas.
12. MARLATT, G. A. Prevenção da Recaída. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
13. MARTÍNEZ, E. LOGOTERAPIA Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones. Colombia : Ediciones colectivo Aquí y Ahora, 1999.
14. MILLER, William R & ROLLNICK, Stephen. Entrevista Motivacional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
15. OSÓRIO, L. C. Grupoterapia Hoje. Porto Alegre: ARTMED, 1989.
16. RAHM, Harold. Doze Passos para os Cristãos. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas

Laura Fracasso

Atividades**Teste seu conhecimento**

1 -) A afirmação abaixo está correta?

a) Deve-se criar nas CTs uma atmosfera familiar para que os residentes sintam-se como em seus lares. Deste modo, não se deve proibir o sexo

 VERDADEIRO FALSO

b) Segundo os princípios das CTs, a dependência química não deveria ser tratada com medicação alternativa para aliviar o sofrimento que a própria doença causa, porque esse tipo de medicação dificulta que o dependente entre em contato consigo mesmo, perpetuando o seu estado de dependência

 VERDADEIRO FALSO

c) As CTs devem aproveitar a habilidade de um residente para a realização de trabalhos particulares para a equipe, como uma boa forma de integrá-lo

 VERDADEIRO FALSO

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

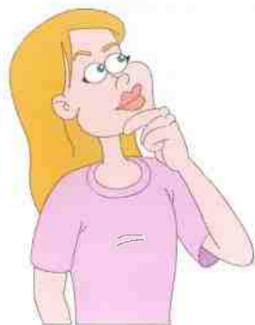
Adalberto de Paula Barreto

Nota dos Organizadores

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Tópicos

1. Por que Terapia Comunitária?
2. Os objetivos da Terapia Comunitária (TC)
3. A escolha do terapeuta
4. A intervenção terapêutica
5. As abordagens terapêuticas
6. Síntese

**Por que Terapia Comunitária?**

Terapia (do grego: *therapeia*): é uma palavra de origem grega que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa, acolhedora.

VOCÊ SABIA?

A palavra COMUNIDADE é composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que essas pessoas têm em comum? Entre outras afinidades, têm sofrimentos, buscam soluções e meios para vencer as dificuldades.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

É um espaço comunitário onde se procura compartilhar (ou dividir) experiências de vida com os demais componentes ou membros do grupo. Cada membro torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam co-responsáveis, na busca de soluções e superação dos desafios diários, em um ambiente acolhedor e caloroso. É um momento de transformação da crise e do sofrimento, no qual o indivíduo "re-significa" seus sentimentos, dando origem a uma nova visão dos elementos que o faziam sofrer.

É esta dimensão sagrada de transformar o sofrimento em crescimento, a carência em competência, que faz da Terapia Comunitária um espaço sagrado.

A Ação Terapêutica da Comunidade

A Terapia Comunitária se propõe a ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo. A comunidade age onde a família e as políticas sociais falham. Nesse sentido, a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças.

**A Terapia Comunitária apresenta três características básicas:**

1. A discussão e a realização de um trabalho de saúde mental, preventivo e curativo, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros.
2. A ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de grupos de mulheres, de jovens, de pessoas de terceira idade, para que, juntos, busquem soluções para os problemas do dia-a-dia e possam funcionar como proteção para os mais frágeis, sendo instrumentos de agregação social.
3. A criação da consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras.

Os Objetivos da Terapia Comunitária (TC)**A TC tem os seguintes objetivos:**

1. Reforçar a dinâmica interna (ou funcionamento interno) de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais independente.
2. Reforçar a auto-estima individual e coletiva.
3. Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
4. Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
5. Promover, em cada pessoa, família e grupo social, um sentimento de união e de identificação com seus valores culturais.
6. Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, pela restauração e fortalecimento dos laços sociais.
7. Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do "saber fazer" e guardiãs da identidade cultural.
8. Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do "saber popular" e "saber científico".
9. Estimular a participação social, como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, por meio do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto



A construção das TEIAS

A teia de aranha é um símbolo. Os índios Tremembé, que habitam o Nordeste brasileiro, dançam o torem, uma dança em ritmo de xote, pela qual invocam e imitam os animais com os quais, no passado, aprenderam uma lição. Entre os animais reverenciados, está a aranha. Com a dança da aranha, os índios lembram que ela, sem a teia, é como o índio sem a terra. A aranha sem a teia é como uma comunidade sem vínculos.

As TCs são semelhantes ao trabalho da aranha que tece teias invisíveis. Esse tipo de trabalho terapêutico tem se tornado uma referência para os indivíduos excluídos da sociedade, tem aberto um espaço de expressão para os que sofrem, fornecendo suporte e apoio.

A cultura é como uma teia invisível, que integra e une os indivíduos. Portanto, é possível acreditar que a melhor prevenção é manter o indivíduo ligado ao seu universo cultural e relacional, a sua teia, pois é por sua identificação com os valores culturais de seu grupo que ele se alimenta e constrói a sua identidade.

A escolha do terapeuta

Para selecionar os candidatos a terapeutas comunitários, sugerimos uma palestra de sensibilização aberta ao público para apresentar a TC, seus objetivos, princípios teóricos e o papel do terapeuta comunitário.

Essa palestra de sensibilização permite **esclarecer dúvidas** e realizar uma **melhor escolha** de quem deseja fazer a formação evitando, assim, desistências posteriores e mal entendidos. **A etapa da escolha do terapeuta comunitário é muito importante.**

A comunidade deve seguir alguns critérios para que seja realizado um bom trabalho. Se já existe comunidade organizada e consciente da importância da TC, a escolha do terapeuta torna-se mais fácil.

Aqui, apresentamos alguns critérios que devem auxiliar na escolha do terapeuta comunitário:

1. Ser escolhido pela comunidade após uma explicação sobre o trabalho do terapeuta comunitário. Esse trabalho deve ser discutido com as pessoas da comunidade, para que elas sugiram nomes que correspondam ao perfil necessário. Esse processo democrático fortalece o papel do terapeuta comunitário e garante que o eleito seja alguém que tem o respeito e a confiança da comunidade.
2. Ser alguém já envolvido em trabalho comunitário, pois a experiência como líder que organiza reuniões será muito útil ao trabalho.
3. Estar consciente de que o trabalho realizado não traz nenhuma remuneração financeira, sendo puramente voluntário, podendo ser realizado por alguém já ligado à instituição, por exemplo, um Agente Comunitário de Saúde, ou outros profissionais inseridos em Programas como PSF (Programa de Saúde da Família).

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

4. Ter mente aberta para participar das práticas vivenciadas durante o curso. É preciso querer se conhecer, aceitar rever seus conceitos e crenças, para que, de fato, haja crescimento humano e profissional.
5. Não ser adolescente, nem pessoa imatura, "super-rígida" ou preconceituosa.
6. Não ser pessoa com situação-problema mal resolvida, uma vez que lidará com a formação de pessoas para atuarem como mediadores sociais do sofrimento humano. O curso para formação do terapeuta comunitário não prepara para tratar pessoas com problemas graves. Exige-se, portanto, um mínimo de equilíbrio emocional.
7. Ter disponibilidade para se dedicar às atividades como terapeuta comunitário.
8. Saber que esta formação exige afastar-se de sua família e de suas atividades, por períodos de quatro dias, em intervalos de dois a três meses. (O curso para formação de terapeuta comunitário, em geral, ocorre em quatro módulos, dos quais, dois são de quatro dias e dois, de três dias).
9. Conhecer as diversas atividades que seu município desenvolve, para que a terapia comunitária venha dar apoio a outras atividades e não funcione de forma isolada das outras ações.
10. Ter disponibilidade de duas horas semanais para realizar as sessões de TC.
11. Em locais onde já existe a TC, propor aos candidatos que participem de, pelo menos, três sessões de TC. Isso lhes permitirá entender melhor a proposta e observar se há identificação com ela.
12. Realizar entrevista individual com os candidatos, para melhor compreender a sua motivação para a formação proposta, bem como analisar se o(s) interessado(s) atende(m) aos critérios exigidos.

Devem ainda ser escolhidas duas ou três pessoas por comunidade ou instituição, a fim de que seja constituída uma equipe para coordenar a TC.

**Importante!!**

Não é exigida nenhuma capacitação anterior. O mais importante é que o terapeuta comunitário eleito deseje adquirir novos conhecimentos que lhe permitam fazer melhor o trabalho que já desenvolve na comunidade. O terapeuta deve estar a serviço do grupo, e não o contrário: colocar o grupo a serviço de sua dinâmica individual, de seu projeto pessoal, querer crescer sozinho ou sozinho realizar, empreender. Esta é a diferença entre o terapeuta comunitário e outras lideranças político-partidárias.

A capacitação do Terapeuta Comunitário

Depois da seleção, feita com base nos critérios apontados, os eleitos devem fazer o **curso** para formação de **Terapeuta Comunitário**.

Trata-se de um curso de capacitação profissional, com carga horária de 360 horas (2 anos de duração), distribuídas da seguinte forma:

- 70 horas são dedicadas aos princípios teóricos;
- 70 horas às vivências terapêuticas, utilizando-se técnicas de relaxamento e auto conhecimento e
- 140 horas dedicadas à realização de práticas em TC, equivalentes à condução de sessenta terapias, como terapeuta ou co-terapeuta, realizadas em sua comunidade e ou instituição, com 60 horas de supervisão dos professores da Instituição organizadora e ainda 20 horas para realizar as dez entrevistas necessárias.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

O perfil do terapeuta:

O terapeuta comunitário é uma pessoa que pode proporcionar às mães e aos pais de família o alívio as suas ansiedades, as suas angústias, as suas frustrações, aos seus estresses e aos seus sofrimentos, e também possibilita partilharem seus recursos e suas descobertas, pela troca de experiências na TC.

Embora o sofrimento passe pelo corpo, não é uma dor só do corpo. Não diz respeito somente à medicina. Trata-se da dor de pessoas humanas que estão vivendo um drama, uma dificuldade, e precisam de apoio e suporte da comunidade. São mães e pais que precisam ser escutados e apoiados.

O papel do terapeuta:

O terapeuta comunitário deve estar consciente dos objetivos da terapia e dos limites de sua intervenção para não ir além da sua função. A função da TC não é resolver os problemas das pessoas, mas promover o compartilhamento de experiências e criação de uma rede de apoio aos que sofrem. O terapeuta comunitário **não deve** assumir o papel de especialistas (psicólogo, psiquiatra), fazendo interpretações ou análises.

O terapeuta deve trabalhar a competência das pessoas, procurando, sempre por meio de perguntas, “garimpar” o saber produzido pela experiência do outro. Deve, pois, resgatar e valorizar o “saber” produzido pela experiência, pela vivência de cada um. O terapeuta não deve colocar suas idéias na terapia, mas promover idéias do próprio grupo, em propostas como: **“Quem já vivenciou algo parecido e o que fez para superá-lo?”**

O terapeuta deve criar e estimular os laços afetivos entre as pessoas e procurar intervir como um comunicador, preocupado em esclarecer as mensagens. O papel central do terapeuta é, pois, ajudar na descoberta dos recursos individuais e comunitários e mobilizar o possível em cada um, evitando a busca do consenso entre os membros do grupo, pois esta busca desencadeia a luta pelo poder.

A Intervenção Terapêutica**É possível exemplificar a Intervenção do Terapeuta Comunitário da seguinte forma:**

Em um grupo terapêutico, uma mãe chega e diz que está com insônia. Tem cinco filhos e o marido morreu. O desespero não a deixa dormir. Além disso, tem medo de perder o emprego, única fonte de alimento para sua família. Teme enlouquecer se não voltar a dormir.

Pensa: “O que vou fazer da minha vida, agora que perdi meu marido?”

Acrescenta: “Doutor, me dê um remédio, mas vou logo lhe dizendo, não me dê receita que eu não tenho dinheiro nem para comprar comida, quanto mais para comprar remédio” e começa a chorar.

O terapeuta, então, pergunta ao grupo: “Quem de vocês já vivenciou uma situação parecida e o que fez para superá-la?”

E poderá ouvir respostas, como:

“Ah eu já passei por isso, eu só faltei ficar doida, mas eu fiquei boa da minha insônia, tomando o suco do capim santo” (e passa a dar a receita para preparar), ou

“O meu caso foi terrível. Eu sei o que é isso, fiquei várias noites sem dormir. Para mim, os chás não resolveram, o que resolveu foram umas massagens que tomei com um senhor que mora na rua Santa Elisa. Ele tem umas mãos abençoadas”, ou

“Eu resolvi minha insônia foi rezando na igreja, entregando a Jesus. Depois que entreguei minha vida a Jesus, não sei mais o que é insônia”, ou ainda

“Eu curei minha insônia cansando o meu corpo. Todo dia depois de cuidar da casa eu saio, dou uma voltinha e quando chego tomo um banho e o sono é uma beleza.”

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

E assim, vão surgindo do grupo pistas, idéias, soluções possíveis. Uma senhora com insônia chega com uma demanda específica - quer um remédio - e sai com várias possibilidades. A história dela permite a cada um falar também da sua dor, do seu sofrimento e socializar toda a produção de saber elaborado ao longo da vida (experiência pessoal de cada um). A senhora que pede remédio ao doutor comporta-se como a maioria dos presentes: **vai à terapia em busca de um remédio “material”, como se só o doutor fosse capaz de trazer soluções.**

Na TC é a comunidade quem oferece alternativas de soluções e cura. Isso não impede que, no final da terapia, as pessoas que precisam de uma consulta especializada sejam encaminhadas aos especialistas.

**A importância da diversidade**

É bom que o terapeuta comunitário não somente tenha uma visão ampla da sociedade, como também a noção de que, para ser bem sucedido no seu trabalho, precisa entender que a **diversidade** (ou as diferenças) é um **elemento importante**.

O terapeuta comunitário precisa entender que ele só será um bom terapeuta se conseguir lidar com as diferenças, sem querer “colonizá-las”. É preciso admitir que a riqueza está na diferença.

A pessoa pode ser católico, umbandista, ateu, espírita, curandeiro, não importa. A ela não deve ser imposta nenhuma hierarquia nessa diversidade, nenhuma exclusão. Daí porque o terapeuta comunitário precisa ser uma pessoa aberta. O próprio nome já está dizendo: **terapeuta comunitário, uma pessoa aberta para a comunidade**, para acolher as diferenças, como valores dignos de serem levados em consideração. Faz parte do crescimento aprender a ver a pessoa humana como filho de Deus, como irmão, e não de acordo com uma religião, uma raça, cor ou classe social.

O reconhecimento do valor de cada participante

Na TC, em que se fazem presentes vários indivíduos, o cimento da relação grupal é a socialização da informação. O indivíduo que se expõe, quando fala de seu sofrimento, revela suas fantasias e expressa suas emoções, ao mesmo tempo em que se libera daquilo que o oprime. Esse indivíduo permite ao grupo refletir sobre as raízes do sofrimento humano e esboçar soluções práticas, curativas e preventivas.

Daí porque toda terapia deve, na fase de conclusão, fazer o que chamamos de **conotação positiva**, ou seja, **agradecer a contribuição do indivíduo que se expôs, ao falar de seu sofrimento**.

Quando uma pessoa decide falar de seu sofrimento, de suas angústias, não expressa apenas uma queixa ou informação verbal. Ela comunica, com suas lágrimas, sua voz embargada, seu silêncio, o sofrimento que quer apagar, a fragilidade que a habita, o temor que a domina. Por sua vez, o grupo que a escuta termina por fazer eco do que ouviu. Aqueles que se identificam podem, enfim, falar daquilo que os habitava em silêncio. A escuta provoca o desejo de solidariedade, desperta a compaixão e, assim, esboçam-se os primeiros passos da construção de uma comunidade solidária. A partir daquele momento, o indivíduo não se sente só. Já tem com quem compartilhar.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

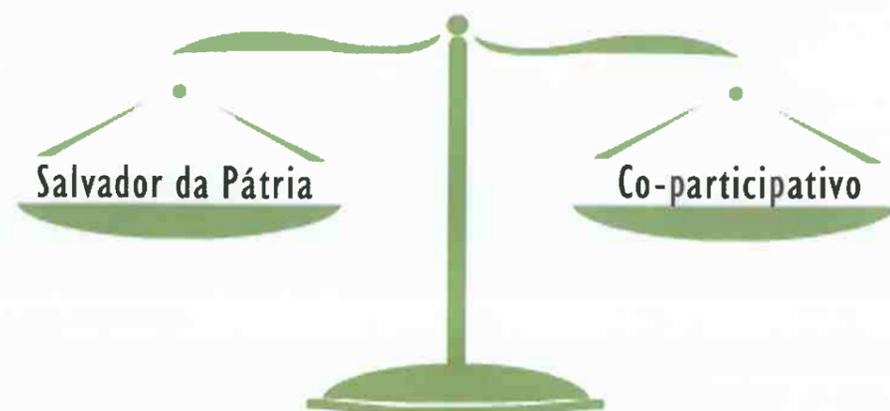
Adalberto de Paula Barreto

As abordagens terapêuticas

Nossa conduta (ou comportamento) é determinada pelo modo como percebemos (entendemos e sentimos) os acontecimentos de nossa vida. É a nossa percepção de mundo que define nossa conduta, justifica nossas atitudes e determina uma política de ação.

Identificamos pelo menos duas grandes linhas de ação, dois grandes modelos vigentes que norteiam as ações dos cuidadores:

Modelo do "salvador da pátria" X Modelo Co-participativo



I) O modelo do "SALVADOR DA PÁTRIA"

Este modelo privilegia as carências e baseia-se na tradição cristã. Todo o mundo ocidental está impregnado dessa visão que privilegia o que não funciona, o negativo, as falhas e os erros. Um exemplo marcante é a educação dos nossos filhos. Quando a criança age corretamente, nós, raramente, elogiamos. Mas basta que ela faça algo errado para logo nós a repreendermos. Outro exemplo são os prontuários dos médicos e dos psicólogos que contêm toda uma informação minuciosa do que está errado e do que não funciona e quase nunca assinalam o potencial pessoal e familiar do paciente.

Nesse sentido, **temos que ter o cuidado, na TC, de não explorar os aspectos negativos**, campo reservado aos especialistas. A valorização de tais aspectos desperta no indivíduo um sentimento de incapacidade, de culpabilidade e de grande insegurança.

Na TC, é preciso romper com esse modelo que valoriza o negativo, a falha, o pecado, pois ele alimenta o "salvador da pátria". Ele gera dependência, uma vez que o indivíduo está sempre à procura de um iluminado, de um "guru", de um doutor, enfim, de um "salvador da pátria" para resolver seu problema.

O mais dramático dessa visão negativista é que a solução é vista como vinda de fora, de longe, e é centrada no unitário, deixando indivíduos, famílias e comunidades na dependência total de outros indivíduos - políticos, religiosos, cientistas - na tentativa de superar seus problemas e dificuldades. Se as respostas para nossos problemas dependem de alguém, de uma pessoa, o que o indivíduo, sua família e a comunidade podem fazer? Ele será sempre objeto, e jamais sujeito de sua história.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

II) O modelo CO-participativo da TC

Esse modelo se apóia na competência das pessoas. Quem tem problemas tem também soluções. O fato de estarmos todos vivos e termos vencido as dificuldades, ao longo da vida, nos mostra que temos uma grande bagagem de experiências e de sabedoria.

Na TC, cada pessoa é chamada a participar, falando da sua experiência, sem querer colocar-se como "salvador", sem querer ser "doutor-sabe-tudo". Permitindo que as informações circulem, a TC rompe com o modelo que privilegia a informação concentrada num único indivíduo, portador de soluções, pois reconhece as competências individuais, evidenciando que, se o grupo tem problemas, tem também suas próprias soluções. Nesse caso, o terapeuta comunitário tem apenas a função de promover essa capacidade terapêutica que surge dentro do próprio grupo.

Mudando o olhar

DE	PARA
Salvador da Pátria	Soluções participativas
Carências/deficiências	Competências/potenciais
Unitário (técnico)	Comunitário
Concentração na informação	Circulação da informação
O outro é um objeto passivo	O outro é um parceiro ativo
A solução vem de fora	As soluções vêm das famílias
Gera dependência	Suscita co-responsabilidade
Descrença no outro	Crença na capacidade do outro
Clientelismo	Cidadania

Síntese



Terapia Comunitária: ENTRE NESTA RODA

A TC é um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura promover a dimensão terapêutica do próprio grupo, valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um.

Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, privadas, a TC convida a uma mudança de olhar, de enfoque, sem querer desqualificar as contribuições de outras abordagens, mas ampliar seu ângulo de ação.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

**Propõe:**

1. Ir além do unitário, para atingir o comunitário. Com a globalização do mundo, se avolumaram os desafios: drogas, estresse, violência, conflitos e insegurança. A superação desses problemas já não pode mais ser obra exclusiva de um indivíduo, de um especialista, de um líder e, sim, de uma coletividade (comunidade). A própria comunidade que tem problemas, dispõe também de soluções e, por consequência, torna-se instância terapêutica no tratamento e na prevenção de seus males.
2. Sair da dependência para a autonomia e a co-responsabilidade. Modelos que geram dependência representam obstáculos a todo desenvolvimento pessoal e comunitário. Estimular a autonomia (independência) é uma forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento familiar e comunitário. A consciência de que as soluções para os problemas provêm da própria comunidade reforça a autoconfiança.
3. Ver além da carência, para ressaltar a competência. O sofrimento vivenciado é uma grande fonte geradora de competência que precisa ser valorizado e resgatado no seio da própria comunidade, como uma forma de reconhecer o saber construído pela vida.
4. Sair da verticalidade das relações (relações com base em hierarquia), para a horizontalidade (vida comunitária mesmo). Essa circularidade deve permitir acolher, reconhecer e dar o suporte necessário a quem vive situações de sofrimento. Isso proporciona maior humanização nas relações.
5. Acreditar no potencial de cada um. É preciso deixar de apenas pedir a adesão do outro às nossas propostas, e também estar a serviço das competências dos outros, sem negar a contribuição da ciência.
6. Ir além do privado para o público. A reflexão dos problemas sociais que atingem os indivíduos sai do campo privado para a partilha pública, coletiva, comunitária. A ênfase no trabalho de grupo, para que juntos partilhem problemas e soluções e possam funcionar como escudo protetor para os mais vulneráveis, tornando-se instrumento de agregação e inserção social. Afirmamos que a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro, no respeito às diferenças. Os profissionais devem ser parte desta construção.
7. Romper com o clientelismo para chegar à cidadania. O indivíduo deixa de ser objeto passivo de intervenção (simplesmente um paciente a ser tratado) para se tornar um parceiro ativo e sujeito de sua história.
8. Romper com o modelo que concentra informação para fazê-la circular. Resgatar o capital sócio-cultural do grupo e torná-lo co-autor das decisões e das políticas públicas.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

Bibliografia Consultada

1. ALMEIDA, AMB. Perder para ganhar. Brasília: Koiononia, 2000.
2. ALVES, R. Conversas com quem gosta de ensinar. São Paulo: Artes Poéticas, 1995.
3. BOYER, JP. O índio que vive em mim: o itinerário de um psiquiatra brasileiro. São Paulo: Terceira Margem, 2003.
4. BARRETO, MR. A Trajetória Vocacional do Terapeuta Comunitário: um novo olhar social. Dissertação - FAFIRE - PE / PUC / RS, 2001.
5. FREIRE, P. Paulo Freire ao Vivo. São Paulo: Loyola, 1983.
6. GRASSANO, SM; HOLZMANN, M E Fn. Multifamílias: construção de redes de afeto. Curitiba:
7. RÜDIGER, D. A doença como símbolo - Pequena enciclopédia psicossomática. Sintomas, significados, tratamentos e remissão. São Paulo: Cultrix, 1996.
8. RÜDIGER, D. A doença como linguagem da alma. São Paulo: Cultrix, 2000.

CAPÍTULO 5: Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

Atividades**Teste seu conhecimento**

1.) Assinale se as afirmações abaixo são verdadeiras ou falsas:

a) "O terapeuta comunitário deve agir como o maestro de uma orquestra, fazendo com que todos os músicos usem bem seus instrumentos. Precisa saber que a riqueza do grupo não está fora, mas dentro dele".

Verdadeiro Falso

b) O terapeuta comunitário deve trabalhar a competência das pessoas. Procurando, sempre por perguntas, "garimpar" o saber produzido pela vivência do outro. Deve resgatar e valorizar o "saber" produzido pela experiência, pela vivência de cada um. A terapia é uma ocasião para o terapeuta - maestro - crescer com o grupo - orquestra - já que todo processo educativo tem mão dupla: ensinamos e aprendemos.

Verdadeiro Falso

c) A comunidade age onde a família e as políticas sociais falham. A Terapia Comunitária afirma que a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças.

Verdadeiro Falso

**CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas**

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Nota dos Organizadores

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Tópicos

1. Co-morbidade
2. Epidemiologia
3. Presença de uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais
4. Diagnósticos
5. Tratamento

**CO-MORBIDADE**

Co-morbidade pode ser definida como a co-ocorrência de duas ou mais enfermidades ou transtornos, em uma mesma pessoa, num determinado período de tempo (ou por tempo indeterminado).

A manifestação de transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de drogas e de outros transtornos psiquiátricos, vem sendo bastante estudada desde os anos-80. Pode-se dizer que o abuso de substâncias psicoativas é o transtorno coexistente mais freqüente entre os portadores de transtornos mentais, sendo fundamental o correto diagnóstico das doenças envolvidas.

Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos de conduta, o déficit de atenção e hiperatividade e a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos da personalidade também estão relacionados com o abuso de substâncias psicoativas.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Epidemiologia

Muitos pacientes apresentam múltiplos transtornos psiquiátricos, usam mais de uma substância psicoativa e apresentam doenças clínicas associadas.

Pesquisas do Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) mostraram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com abuso ou dependência de álcool ou outras drogas apresentam também algum diagnóstico psiquiátrico: 26% apresentam transtornos do humor, 28%, transtorno de ansiedade, 18%, transtornos da personalidade anti-social e 7%, esquizofrenia. A presença de depressão maior entre dependentes químicos varia de 30 a 50%.

Transtorno	Qualquer Substância psicoativa	Álcool	Drogas
Depressão maior	27,2%	16,5%	18,0%
Bipolar	60,7%	46,2%	11,1%
Esquizofrenia	47,0%	33,7%	27,5%
Ansiedade	23,7%	17,9%	11,9%

Presença de uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais**Ansiedade**

No caso de pacientes ansiosos, os ataques de pânico e as fobias costumam estar associados ao aumento da gravidade nos casos de alcoolismo, e o abuso e dependência de álcool são mais frequentes em homens com pânico e agorafobia, que usam o álcool para controlar os sintomas de ansiedade. Em estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool.

Existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos usem o álcool como uma forma de **automedicação**, o que acaba por agravar ainda mais o transtorno ansioso. Portanto, transtornos ansiosos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias psicoativas, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação crônica por estas substâncias.

A ocorrência de co-morbidade com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de conduta, que apresenta elevada incidência entre adolescentes dependentes químicos, é maior entre adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino. Adultos com TDAH têm maiores chances de apresentarem transtornos do uso de substâncias psicoativas: aproximadamente 33% dos adultos com TDAH apresentam antecedentes de abuso ou dependência de álcool e 20% deles, história de abuso ou dependência de outras substâncias psicoativas. O uso de álcool é o mais frequente entre adultos com TDAH, seguido pela maconha, estimulantes e cocaína.

Transtorno de Conduta:

Uma revisão com estudos comunitários sobre álcool e outras substâncias (AOS) e co-morbidade psiquiátrica, revelou que 60% dos jovens com AOS tinham uma co-morbidade, sendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositivo os mais comuns, seguidos pela depressão.

Transtorno Depressivo:

Diversos trabalhos demonstram que a presença de depressão entre usuários de AOS é mais comum em mulheres do que em homens. Entre as mulheres com abuso de AOS, 19% tiveram depressão em algum momento na vida, enquanto que na população geral de mulheres essa prevalência é de 7%. Nos homens com uso de AOS, 78% apresentou primeiro o abuso de AOS e depois depressão; entre as mulheres com abuso AOS, 66% apresentou primeiro a depressão.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Transtorno Bipolar:

Hendrick e cols. (2000) também encontraram diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas, em amostra clínica composta por 131 bipolares (63 mulheres e 68 homens). Neste estudo retrospectivo, os autores descreveram que homens com transtorno bipolar apresentavam co-morbidade com abuso/dependência de substâncias psicoativas mais frequentemente do que mulheres com transtorno bipolar, sendo que estas, por sua vez, apresentavam problemas relacionados ao uso de álcool e de substâncias psicoativas com maior frequência do que as mulheres da comunidade em geral (com frequências 4 e 7 vezes maiores, respectivamente).

Transtorno de Personalidade:

Estudos indicam que grande parte dos indivíduos que apresenta dependência de álcool também possui algum transtorno da personalidade. Abusos de uma ou mais substâncias psicoativas foram relatados por 76% de pacientes com transtorno da personalidade borderline (TPB) e por 95% dos pacientes com transtorno da personalidade anti-social (TPAS), em adultos jovens internados em um serviço psiquiátrico de hospital geral.

Esquizofrenia:

Recentemente, um estudo de coorte conduzido por pesquisadores da área da saúde demonstrou um aumento da chance dos indivíduos desenvolverem esquizofrenia após o uso crônico de maconha, por exemplo.

Transtorno Alimentar:

Em estudos de prevalência, com amostras clínicas de mulheres portadoras de algum tipo de transtorno alimentar, a associação com abuso ou dependência de álcool, presente ou passado, variou de 12 a 39%, com uma média de 26%. A associação entre bulimia e comportamentos bulímicos e quadros de dependência é mais forte do que em relação à anorexia. A porcentagem de bulímicas que relataram abuso ou dependência de álcool variou de 2,9 a 48,6%, com uma média de 22,9%. Em um estudo realizado na Universidade de São Paulo, por Negrão e Cordás (1996), 37,5% das pacientes que procuravam o ambulatório de transtornos alimentares faziam abuso de anfetaminas.

Alcoolismo e Tabagismo:

Pesquisas demonstram que a maioria dos pacientes alcoolistas e tabagistas (consumidores de ambas as substâncias) morrem de causas relacionadas ao tabagismo, o que revela a importância do tratamento desta co-morbidade. Inúmeros estudos comprovam a associação de depressão maior com tabagismo, com taxas de prevalência entre 35 e 41%.

Relevância Clínica:

Os dois transtornos acarretam outros prejuízos como:

- Déficits na cognição e nas funções interpessoais, afetivas e biológicas, dificultando o tratamento de cada um deles.
- Habituais usos de serviços de emergência, aumento da vulnerabilidade a explorações sociais e abusos (físicos e sexuais), menor adesão à medicação, aumento dos custos do tratamento, agressividade e possivelmente o risco de suicídio.

A incidência de co-morbidade com transtornos mentais graves parece estar aumentando. Tal fenômeno tem sido atribuído a uma maior disponibilidade de álcool e outras drogas na população em geral. Alguns autores sugerem que é importante diferenciar pacientes com transtornos mentais graves, que abusam de drogas psicoativas, daqueles que apresentam quadros de dependência a essas drogas, uma vez que parece ser bastante diferente a evolução desses indivíduos. Parece haver uma tendência maior ao abandono do uso de álcool e outras drogas entre os pacientes que somente abusam delas, do que naqueles que apresentam quadros de dependência. Isto é observado, mesmo apesar das evidências de que a prevalência de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas não seja muito variável entre uma população geral de pacientes durante a vida.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Diagnóstico**Relevância Clínica:**

Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com co-morbidade está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode aumentar ou mascarar o outro. Não é fácil, no início, estabelecer diferenças entre a presença de co-morbidade psiquiátrica e abuso de substâncias psicoativas.

Por outro lado, também ainda não é claro o efeito dessas substâncias na apresentação dos sintomas em pacientes com transtornos mentais graves, não sendo possível estabelecer a real influência das drogas psicoativas sobre a psicopatologia: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos. Aspectos envolvendo gênero, etnia e status socioeconômico também não devem ser esquecidos. Muitos autores concordam que tais fatores podem levar "a pistas" de situações ambientais traumáticas ou dificuldades variadas que influenciam o desenvolvimento e/ou o agravamento, tanto das questões relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas quanto à co-morbidade psiquiátrica. Em razão do elevado índice de co-morbidade com AOS entre mulheres, que apresentam diagnóstico psiquiátrico, em relação aos homens, uma atenção especial deve ser dada para o acesso ao uso de AOS para o sexo feminino.

Médicos, psiquiatras e profissionais da saúde tendem a não detectar o abuso de substâncias psicoativas em pacientes com doença psiquiátrica grave, como esquizofrenia e depressão.

O tempo necessário de abstinência de álcool ou outras drogas para se firmar o diagnóstico do transtorno primário ainda não foi definido na literatura médica, podendo variar de semanas a meses.

O correto diagnóstico por meio das entrevistas iniciais ou da observação da evolução clínica pode facilitar a abordagem terapêutica e as estratégias de prevenção de recaída.

**O QUE INVESTIGAR?**

- História dos sintomas psiquiátricos;
- Tratamentos passados (hospitalizações, terapias, medicações);
- Ideações suicidas ou atos de violência;
- História do uso de álcool e outras drogas (tabaco);
- Avaliação com a família.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

**Elementos do Diagnóstico Diferencial:**

- Identificar as queixas isoladas e as síndromes incompletas;
- Observar a seqüência de aparição dos transtornos;
- Valorizar a história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico;
- Avaliar a ocorrência dos sintomas psiquiátricos durante períodos de remissão do transtorno de uso de substâncias psicoativas;
- A melhora rápida pós-desintoxicação sugere que o transtorno tenha sido causado por AOS;
- Utilizar questionários padronizados (Instrumentos de Pesquisa);
- Revisão de prontuário;
- Exame físico;
- Realizar exames laboratoriais, de urina e bafômetro.

Tratamento*Tratamento integrado e organização de serviço:*

Vários sintomas atribuídos a uma co-morbidade são muitas vezes sintomas associados ao período de intoxicação ou de abstinência a uma ou mais substância psicoativa.

Osher & Kofoed (1989) propuseram abordagem integrada para pacientes co-mórbidos, que incluem os seguintes fatores:

- Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento;
- Convicção acerca da relação entre abuso de substâncias psicoativas e transtorno psiquiátrico;
- Tratamento concomitante dos dois distúrbios para aliviar qualquer conflito entre as duas modalidades de tratamento.

Outros autores também sugerem que o tratamento integrado de pacientes com co-morbidade psiquiátrica tem um melhor resultado do que o tratamento seqüencial ou o paralelo, com uma abordagem abrangente, incluindo maneiras para "lidar" com a crise aguda, por equipe multidisciplinar e por terapeuta individual, aguardando a desintoxicação com abstinência por, no mínimo, duas semanas. A pior evolução dos pacientes dependentes de drogas que apresentam co-morbidade psiquiátrica pode ser atribuída, em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência em um serviço e o transtorno psiquiátrico associado em outro.

Serviços voltados ao atendimento de pacientes dependentes têm pouca segurança e experiência em trabalhar com pacientes psicóticos, pacientes bipolares ou com graves transtornos de personalidade e acreditam que seu tratamento está além de suas possibilidades. Por esta razão, existem propostas para programas específicos, que permitam às equipes de saúde mental desenvolver formas efetivas de lidar com tais pacientes, visando conscientizá-los da necessidade de se tornarem abstinentes, melhorar sua adesão ao tratamento e reorganizar suas redes sociais. Alguns autores enfatizam a necessidade de incluir também no tratamento, além dos itens aqui citados, programas psicoeducacionais (exemplo: orientação ou aconselhamento) para atendimento familiar.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Pacientes com dependência química necessitam de maiores esforços, por parte do terapeuta, para estabelecer uma aliança capaz de promover mudanças em seu comportamento e aumentar as possibilidades de aderência à terapia proposta. As psicoterapias têm se mostrado atualmente consistentes, quando avaliadas em pesquisas clínicas para o uso AOS e transtornos de ansiedade e do humor, tanto depressivo quanto bipolar, além de fortalecer a aliança terapêutica nos portadores de demais transtornos.

Esta aliança tem importância especial para os portadores de transtorno da personalidade, que apresentam dificuldades para mudanças de estágio, redução da adesão e altas taxas de abandono de tratamento.

Vários tipos de intervenção são propostas, entre elas tem sido dada preferência à terapia cognitiva comportamental (TCC) e outras modalidades relacionadas, na forma de prevenção de recaída, tanto individual como em grupo.

Em relação ao tratamento farmacológico, a regra geral é aguardar o período de desintoxicação para iniciar o tratamento da co-morbidade. Obviamente, se um paciente está em crise psicótica, agressivo ou suicida, a intervenção imediata específica deve ser realizada, ainda que se considere o transtorno afetivo relacionado à dependência química (ou seja, farmacoterapia, proteção ambiental, orientação familiar, psicoterapia de apoio).



Os seguintes itens devem ser considerados, centrados em estratégias de manejo biopsicossocial:

1. Considerar a combinação específica da co-morbidade e o estágio de motivação, ao escolher o melhor método de tratamento.
2. Considerar o uso de farmacoterapia para o tratamento do transtorno psiquiátrico, desintoxicação e fase inicial de recuperação e prevenção de recaída.
3. Usar técnicas psicossociais para aumentar a motivação, auxiliar na resolução de problemas ambientais e em maneiras de lidar com situações difíceis.
4. Fornecer apoio familiar e informação sobre tratamento adicional de apoio, como grupos baseados nos 12 passos de Alcoólicos Anônimos e outros grupos de auto-ajuda.
5. Apoio psiquiátrico para o controle de sintomas psicóticos, maníacos e depressivos, com ou sem risco de suicídio.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Bibliografia Consultada

1. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L; Romano M; Alves HNP; Soares MBM; Abelardino V; Kessler F; Brasiliano S; Nicastrí S; Brunfertrinker-Hochgraf P; Gigliotti AP e Lemos T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Revista Brasileira de Psiquiatria (prelo).
2. Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Issues and problems with dual diagnosis. In: Dual diagnosis: An integrated approach to treatment. Thousand Oak: Sage Publications; 2001. p. 11-24.
3. Hersh DF, Modesto-Lowe V. Drug abuse and mood disorders. Henry BK, Bruce J, Rounsaville MD, editors. Dual Diagnosis and treatment New York: New York: Marcel Dekker, Inc.; 1998. p. 177-201.
4. Lotufo-Neto F, Gentil, V. Alcoholism and phobic anxiety—a clinical-demographic comparison. Addiction 1994;89(4):447-53.
5. Kranzler HR, Mason B Modesto-Lowe V. Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler HR and Rounsaville B eds. Dual Diagnosis and Treatment. New York: Marcel Dekker, Inc. 1998. p. 107-36.
6. Hitzemann, R. Animal Models of Psychiatric Disorders and Their Relevance to Alcoholism. Alcohol Research and Health 2000;24(3):49-158.
7. Schuckit MA, Monteiro MG. Alcoholism, anxiety and depression. Br J Addiction 1988;83:1373-80.
8. Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO; 1992.
9. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention. New York: Guilford Press; 1985.

CAPÍTULO 6: Tratamento de co-morbidades associadas à dependência de drogas

Félix Kessler e Flávio Pechansky

Atividades**Teste seu conhecimento**

1 -) Assinale a alternativa correta.

"Um diagnóstico diferencial é importante, pois.."

- a) Permite que o indivíduo identifique a gravidade de sua dependência
- b) Por superposição de sintomas, um transtorno pode aumentar ou mascarar o outro
- c) O paciente deve ser encaminhado a um especialista para cada disfunção
- d) Um tratamento inadequado pode causar mais problemas do que soluções
- e) Nenhuma das anteriores

**CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária**

Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito

Nota dos Organizadores

Alguns conceitos expressos nos textos deste módulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Este capítulo é dedicado ao estudo das Estratégias de Redução de Danos para prevenção e assistência ao uso prejudicial de álcool e outras drogas enfocando sua integração às estratégias e ações de saúde comunitária, como os Programas de Saúde da Família (PSF).

Tópicos

1. Conceito de Redução de Danos (RD)
2. História da RD e formas de atuação
3. Argumentos favoráveis e contrários à Redução de Danos
4. Implantação dos serviços responsáveis pela prática e organização na rede de saúde das estratégias de Redução de Danos (os chamados Caps álcool e drogas - Caps-ad)
5. Possibilidades e relações necessárias com os programas de atenção comunitária à saúde

Conceito de Redução de Danos (RD)**O que são Estratégias de Redução de Danos?**

No campo da prevenção, as **Estratégias de Redução de Danos (RD)** envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. São ações práticas, pois consideram que o ideal de **não usar drogas** pode ou não ser alcançado pelo indivíduo, ou seja, caso o indivíduo continue com o uso, que o faça com o menor risco possível. Mais recentemente, o conceito de RD foi estendido para as práticas de assistência, ou seja, para as situações de tratamento.



CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito**Os princípios básicos da redução de danos segundo Allan Marlatt são:**

1. A RD é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas;
2. A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos;
3. A RD surgiu principalmente como uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política “de cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
4. A RD promove acesso a serviços de baixa exigência, como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.



No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue deixar de usar uma droga, as ações incidem no sentido de que ele o faça de forma **não injetável**. Se ele ainda não consegue isto, que o faça **sem compartilhar seringas**. Caso isto também não seja possível, que ele e os parceiros usem métodos eficientes de esterilização do equipamento de injeção e, assim por diante. A troca de seringas é apenas uma das ações a ser empregada. Junto a esta tarefa, obrigatoriamente, outras devem ser realizadas.

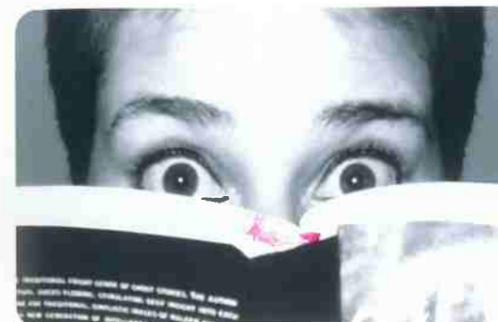
Neste caso, “a prioridade é colocada na maximização da quantidade de contato que usuários de drogas problemáticas têm com os serviços comunitários sociais, de assistência e outros”.

História da RD e formas de atuação

Na segunda metade do século vinte, as políticas voltadas para o usuário de drogas eram, quase exclusivamente, pautadas em ações repressivas que visavam à diminuição da oferta de drogas pela repressão da produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas. Essa estratégia foi denominada, no governo Reagan (EUA), de política de “Guerra às Drogas”.

Essa política coloca pouca ênfase nas ações de prevenção que, quando ocorrem, como no caso das campanhas de “**Diga Não às Drogas**”, baseiam-se em atemorizar a população-alvo, ressaltando apenas os graves danos produzidos pelo uso de drogas. Essa estratégia de prevenção não leva em consideração que a população-alvo rapidamente identifica as contradições contidas nesse discurso, como a percepção de que as drogas também produzem prazer e que existem pessoas que usam drogas sem desenvolver os quadros mais graves divulgados pelas campanhas alarmistas.

A prática da política de “Guerra às Drogas” não produziu os objetivos desejados e as campanhas alarmistas foram igualmente ineficazes.

CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito**Argumentos favoráveis e contrários à Redução de Danos**

A resposta com as Estratégias de Redução de Danos

Na década de oitenta, na Europa, com o surgimento da epidemia da AIDS, grupos de usuários de drogas organizados exigiram do governo ações que diminuíssem o risco de contágio. Foram, então, iniciados os programas de trocas de seringas. Esses programas chegaram ao Brasil no início da década de noventa e, após forte oposição, foram encampados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, existem mais de cem programas de RD no Brasil, quase todos financiados pelo Ministério da Saúde. E sua atividade mais conhecida é a substituição de seringas usadas por outras novas e estéreis. No entanto, no contato com usuários de drogas, os programas de RD, obrigatoriamente, desenvolvem várias outras atividades.

**As atividades dos programas de redução de danos no Brasil incluem:**

- Localização e abordagem da rede de usuários de drogas injetáveis (UDIs);
- A substituição de seringas usadas por novas;
- Informações e orientações de saúde;
- Disponibilização de serviços de saúde;
- Testagem anônima para HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
- Exames para os demais problemas de saúde;
- Encaminhamento para avaliação e tratamento médico de problemas relacionados ou não ao HIV, DSTs ou ao uso de álcool e outras drogas;
- Encaminhamento para tratamento da dependência e para outros recursos sociais da rede de assistência (serviços sociais, reinserção social, jurídicos, educação, etc).

Alguns programas de RD também realizam outras ações específicas para redução dos riscos e danos pelo uso de drogas, para determinadas parcelas da população. São exemplos: a atenção a usuários de crack, a travestis que injetam silicone, a jovens que dirigem sob o efeito do álcool, etc.

Além dos programas específicos, outras ações preventivas podem ser compreendidas como estratégias de RD, como as campanhas para diminuir os riscos de acidentes de trânsito relacionados ao uso do álcool, sem proibir amplamente o uso do álcool. As Estratégias de RD são incluídas pelo Ministério da Saúde do Brasil como uma das prioridades para assistência e prevenção, tendo sido referendadas na Política Nacional sobre Drogas, realinhada no Fórum Nacional sobre Drogas, realizado em Brasília no ano de 2004 (Brasil; SENAD, 2004).

CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito**A polêmica sobre RD e os questionamentos contrários**

Desde o início da utilização das estratégias de RD, estas práticas vêm encontrando forte oposição. Dentre os que se colocam contra esta proposta, alinham-se os que têm uma compreensão moral ou religiosa da questão e aqueles que só aceitam uma “sociedade livre de drogas” e a abstinência completa e imediata (para o indivíduo). Outros opositores da RD manifestam preocupação com o possível aumento do consumo de drogas e das doenças de contaminação por via venosa e sexual.

**As estratégias de Redução de Danos:**

1. Não são contraditórias, nem dispensam ações preventivas, dirigidas para redução da oferta ou da demanda.
2. Não interessam a produtores e vendedores de drogas.
3. Consideram também os quadros de dependência.
4. Não constituem uma estratégia permissiva.
5. Não passam uma mensagem de descrédito de que seja possível interromper o uso de drogas (no âmbito individual) ou de que os problemas relacionados ao uso podem ser minimizados.

Por outro lado, há uma verdadeira confusão de conceitos, em relação às propostas de RD. Há uma tendência **clara de minimização do conceito de redução de danos**.

É comum ouvir ou ler críticas de conteúdo preconceituoso às estratégias de RD. Ocorrem tentativas de associar a ideia da RD exclusivamente a práticas, como a da substituição de drogas (para o usuário de heroína ou “morfina”, a troca por metadona; para o dependente de cocaína, tratamento que use maconha; para o usuário de bebidas destiladas, substituição por outras de menor teor alcoólico, por exemplo) ou às medidas para o “uso seguro de drogas” (fornecimento e troca de seringas, por exemplo). Por sua vez, os profissionais que trabalham com RD são, muitas vezes, indiscriminadamente classificados como marginais, ou considerados incompetentes, “aventureiros” e incapazes de lidar com o problema.

Implantação dos serviços responsáveis pela prática e organização na rede de saúde das estratégias de Redução de Danos (os chamados Caps álcool e drogas - Caps-ad)

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou oficialmente a política para a assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas no Brasil. Com ela, foram instituídos uma **diretriz clínico-política**, a Redução de Danos, e seu **dispositivo assistencial**, os CAPs álcool e drogas (Centro de Atenção Psicossocial ao usuário de Álcool e Drogas).

Os **CAPs-ad** têm como objetivo reunir as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reintegração social dos usuários. Nesses serviços, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, o que evita a exclusão de muitos usuários e torna possível a ampliação do contato com a sociedade.

Os **CAPs-ad** pretendem ainda, além de reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatar o papel auto-regulador e a responsabilidade de seus usuários, em suas relações com as drogas. Esses serviços objetivam

CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito

assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania.

Possibilidades e relações necessárias com os programas de atenção comunitária à saúde

A assistência aos usuários de drogas e álcool deve ser encarada considerando sua enorme complexidade. Observando os padrões de consumo de drogas é possível perceber diferenças não apenas geográficas, mas também no volume e qualidade do que se consome, na forma e tipos de consumo, nos subgrupos de consumidores e nas conseqüências sociais, econômicas e para a saúde dos diferentes territórios. Da mesma forma, ao analisar problemas como o tráfico de drogas e a violência, ou as diferentes condições e realidades sociais e as formas de consumo, é possível ter ideia do tamanho do desafio a ser enfrentado e da inadequação das propostas do tipo “pacotes de ações para tudo e para todos”.

Cada região, estado, cidade, local, subgrupo social, possui diferenças e particularidades. “O cardápio é variado” e exige, necessariamente, estratégias específicas para cada realidade.

Nesse sentido, em termos de saúde pública, a estratégia de RD é, talvez, uma das únicas capazes de verdadeiramente penetrar em todos os “círculos” onde estão as drogas. Referimo-nos aqui, inclusive, aos ambientes em que são consumidas de maneira aceitável, social, e sem qualquer questionamento sobre seus possíveis danos ou conseqüências.

Territorialidade e Integralidade: a assistência comunitária como estratégia

O desenvolvimento do modelo de reabilitação psicossocial, traduzido em montagens institucionais do tipo CAPs e NAPs (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial), tem se constituído como eixo central das ações inovadoras que, nos últimos anos, ocorreram no campo da Saúde Mental brasileira e coloca-se como uma medida conseqüente de atenção ao usuário de drogas. Esses modelos de reabilitação são oferecidos com o objetivo de mobilizar forças sociais e culturais que possam permitir e promover a integração efetiva dos pacientes em uma nova forma de tratamento e sociabilidade possíveis.

**Segundo a política do Ministério da Saúde, um CAPs-ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:**

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de RD;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para a desintoxicação ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvem trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo reduzir a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito

Se, por um lado, a criação dos CAPs ad concretizou e vem norteando a criação e a implementação de uma rede de assistência aos usuários de drogas, baseada na proposta de RD, por outro, evidenciou a necessidade de uma rede ainda maior, com ações locais em cada micro-ambiente onde a droga se apresenta como questão e possível problema. Em cada município, bairro, comunidade e ambiente social e de trabalho podem existir demandas específicas e intervenções necessárias, capazes de serem contempladas pela criação de ações e iniciativas locais, com ampla participação de atores sociais distintos.

Nesse contexto, reforça-se a necessidade de implantação de ações e de medidas que visem a ampliação do contato com o território de ação e as comunidades. As ações de RD, ao invés das exigências, oferecem aproximação e contato dos serviços de saúde com os usuários de drogas, aumentando as chances do encontro comum de caminhos mais satisfatórios para aqueles que usam drogas.

**Importante!!****São elementos fundamentais para tecer essa rede de ações:**

- Os programas de Saúde da Família (PSFs);
- As instituições comunitárias, como as escolas e igrejas, atuando em tarefas de prevenção, triagem e encaminhamentos para tratamento e/ou orientação de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com as drogas;
- O treinamento de agentes comunitários de saúde, com incumbências estritas aos seus territórios, para ações com usuários de drogas, suas famílias e o contexto em que vivem.

Para isso, são necessários o incentivo, o investimento e a capacitação dos diversos setores e atores desta "teia local". Os CAPs ad, por sua vez, podem servir como elemento importante desta rede e se oferecer como um dispositivo, para além das funções eminentemente clínicas. Eles devem se prestar como possível elemento organizador e centralizador desta rede, tendo como uma de suas tarefas o "diagnóstico territorial" e a definição das estratégias de ação local, bem como a convocação dos agentes locais para a tarefa.

**Conclusão**

As Estratégias de RD constituem ações práticas e humanistas para diminuir os danos relacionados ao uso prejudicial do álcool e outras drogas. Elas demonstram ser eficazes em diminuir os riscos de contágio de doenças transmissíveis, por via venosa e sexual, sem aumentar o consumo de drogas.

O uso de substâncias psicoativas sempre pode produzir danos para o indivíduo e para aqueles que o cercam. No entanto, as drogas possuem historicamente uma função social, e as tentativas de excluí-las da sociedade, pela repressão, sempre se mostraram insuficientes e, muitas vezes, até mais danosas. As Estratégias de RD também consideram as diferenças individuais, ou seja, o fato de que as pessoas são diferentes entre si, e que, portanto, não se deve propor ações que exijam comportamento igual para todos em todas as situações.

A proposta de RD apresenta-se, provavelmente, como a única estratégia capaz de, ao invés de colocar as drogas no lugar central e de causa principal dos problemas e "doenças", incluí-las como parte integrante da sociedade e de sua complexa relação com as drogas.

CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito**Bibliografia Consultada**

1. MARLATT, G. A. Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
2. NADELMANN, E.; MCNEELY, J.; DRUCKER, E. International Perspectives. In: Substance abuse. A comprehensive textbook. Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, L.G. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 22-39, 1997.
3. FONSECA, EM. Política de redução de danos do uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar aos programas brasileiros. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Ministério da Saúde, 1-54, 2003.
5. SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. Fórum Nacional sobre Drogas. Mimeo, 2004.
6. DELGADO, G.G.P. Avessos do Prazer: drogas, Aids, e direitos humanos./ Organizado por Gilberta Acselrad. 2. ed. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
7. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed rev .ampl - Brasília: MS, 2004, p 34.

CAPÍTULO 7: Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária
Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito**Atividades****Teste seu conhecimento**

1 -) Complete as lacunas

Ações de redução de danos são ações _____, pois consideram que o ideal de não se usar drogas _____ ser alcançado pelo _____, ou seja, caso o indivíduo continue com o uso, que o faça com _____ possível.

- a) práticas; pode ou não; indivíduo; o menor risco
- b) práticas; tem que; indivíduo; a maior consciência
- c) de natureza política; deve; indivíduo e sua família; o menor prejuízo à família
- d) de natureza social; pode ou não; familiar; o menor risco
- e) Nenhuma das anteriores



2 -) Marque V para verdadeira ou F para falsa:

Os CAPs ad têm como objetivo reunir as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reintegração social dos usuários.

() Verdadeiro () Falso

VIVA VOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO.

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as conseqüências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Antiga Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre). Após 3 anos de funcionamento, os resultados positivos e a demanda do público para o teleatendimento apontaram para a necessidade de ampliação do serviço. Para isto, uma parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça vai permitir um maior período de atendimento.

O VIVAVOZ é uma central telefônica, aberta a toda população. Orientações e informações sobre as características e efeitos das drogas psicoativas, prevenção ao uso e abuso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de apoio ou atendimento são encontrados no VIVAVOZ.

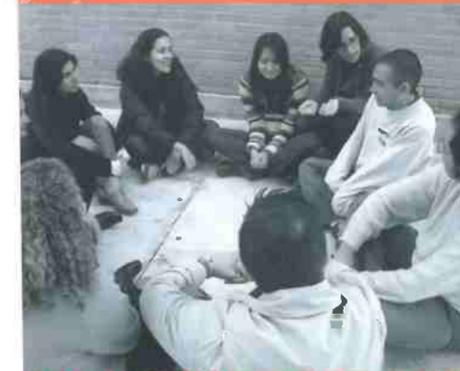
Os consultores passaram por um período intenso de capacitação e são supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

VIVA VOZ – ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE O USO INDEVIDO DE DROGAS.

- * Serviço aberto para toda a população;
- * Totalmente gratuito;
- * Não é preciso se identificar;
- * Profissionais de qualquer área também podem tirar suas dúvidas e receber material bibliográfico;
- * Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 h às 20 h
- * A partir do 2º semestre de 2008 o horário será expandido para 8 h às 24 h

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

0800 510 0015



MÓDULO 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais

MÓDULO 2

Efeitos de substâncias psicoativas no organismo

MÓDULO 3

Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

MÓDULO 4

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas

MÓDULO 5

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

MÓDULO 6

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

6 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD