

Transtornos por substâncias psicoativas

Protocolo de acolhimento



Detalhe de “Em um Café, ou o Absinto”, de Edgar Degas, 1873.

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento de transtornos mentais e de comportamento vinculados ao abuso e à dependência química de substâncias psicoativas.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O problema do abuso de drogas lícitas e ilícitas tem várias facetas. É intersetorial, envolvendo as áreas de educação, segurança, justiça e cidadania, assistência social e saúde. Um documento que pode dar uma visão de conjunto aos iniciantes é o livro *Prevenção ao uso de Drogas*, da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)¹. Profissionais da saúde podem indicá-lo a pessoas que trabalham em outros setores e mostram interesse no tema.

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de álcool, tabaco e outras drogas são bem conhecidas e, cada vez mais, abordadas no rol dos problemas de saúde pública. São também abordadas na medicina legal e na psiquiatria forense, pois o volume de crimes e infrações ligados ao abuso de drogas é muito grande².

No Brasil, cerca de 18.000 adolescentes e 1 milhão de adultos experimentaram cocaína fumada (crack ou oxi), pelo menos uma vez, ao longo do ano de 2012. No mesmo ano, mais de 2,5 milhões de pessoas experimentaram, pelo menos uma vez, a cocaína em pó, aspirada. O uso regular de álcool, pelo menos uma vez por semana, ocorre em 63% dos homens e em 53% das mulheres, o que demonstra haver uma população em risco, para o etilismo, muito grande. Os tabagistas são 21,4% da população masculina brasileira e 12,8% da feminina³.

Apesar dessa realidade, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas ainda são pouco compreendidos. Boa parte dos dependentes químicos entra em contato com o sistema de saúde, devido a complicações decorrentes do seu consumo, sem pensarem em parar o consumo da substância psicoativa. Nas unidades básicas são atendidos por profissionais de saúde generalistas. É comum que equipes itinerantes, de consultório na rua, entrem em contato com dependentes químicos que demandem da equipe, inicialmente, apenas soluções para problemas de saúde física como pneumonia, dor nos dentes, feridas nas pernas, doenças venéreas e diarreia, recusando falar sobre a dependência.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F10-F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa:

- F10 –álcool etílico
- F11 - opiáceos
- F12 - canabinóides
- F13 - sedativos e hipnóticos

¹ BRASIL. Ministério da Justiça. *Prevenção do uso de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 5ª. ed. Brasília: SENAD, Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas, 2013. Disponível em: <http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf>.

² CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. Borba. Álcool, drogas e crime. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 28, supl. 2, Oct. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600004&lng=en&nrm=iso>.

³ INPAD. UNIAD. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*, 2012. [Ronaldo Laranjeira (superv.) et al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/resultados/relatorio-final/>>.

- F14 - cocaína
- F15 - outros estimulantes, inclusive a cafeína
- F16 - alucinógenos
- F17 - fumo
- F18 - solventes voláteis
- F19 - outras substâncias psicoativas

Após diagnosticar a existência de transtorno por alguma substância psicoativa, o médico precisará identificar se ele cabe em um dos quadros abaixo. Tais especificações entram na classificação, como um dígito após o ponto:

0 Intoxicação aguda

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras intoxicações, por envenenamento.

1 Uso nocivo para a saúde

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). É um quadro de abuso da substância psicoativa.

2 Síndrome de dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. É denominada alcoolismo crônico, etilismo crônico, dipsomania.

3 Síndrome de abstinência (ou estado de abstinência)

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

4 *Delirium tremens*

Síndrome de abstinência complicada pela ocorrência de *delirium*. É um estado de confusão mental, com alterações da consciência, da atenção, da sensopercepção, da orientação e da memória. Pode comportar convulsões.

5 Transtorno psicótico

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo

paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave. São os casos de alucinação alcoólica, de celotipia e paranoia etílica.

6 Síndrome amnésica (ou amnésica, ou confabulatória)

Alterações crônicas importantes da memória (para fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação (imaginação ou lembranças isoladas e desconexas completando as falhas de memória) As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Inclui os casos de psicose de Korsakov, a síndrome de Wernicke, a doença de Marchiafava-Bignami e outros transtornos amnésicos induzido pelo álcool.

7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Transtorno raro, no qual as modificações, induzidas pelo álcool, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância.

3. CRITÉRIOS E AVALIAÇÃO

Dificuldades de acesso atuais, próprias dos quadros de abuso de drogas

O acolhimento de dependentes químicos tanto pode ser uma tarefa fácil – quando o usuário é voluntário e está pedindo, conscientemente, ajuda – quanto pode ser complicado e trabalhoso. Há casos de usuários, muitas vezes trazidos por familiares, por assistentes sociais ou pelo Judiciário, não colaborativos para com os profissionais. Grande parte das pessoas que abusa de drogas usa mecanismos psíquicos de negação, distorcendo a descrição dos fatos, a fim de não deixar de consumir a substância química.

Quando se fala de acolhimento, no campo da saúde, normalmente se pensa numa dimensão espacial (a recepção administrativa e o ambiente adequado), ou numa ação de triagem administrativa e de repasse de encaminhamentos para serviços especializados⁴. A relação montada entre dependentes químicos e funcionários de serviços de saúde corre sempre o risco de se transformar em uma tentativa de passar o caso adiante, a outro serviço mais capacitado a montar uma relação que demonstre eficiência com rapidez. Muitas vezes os profissionais não sabem para onde encaminhar.

Em alguns setores da população, o fato de não saber onde buscar ajuda, define erroneamente o hospital psiquiátrico de referência como a porta de entrada do sistema. Buscam nele um serviço ambulatorial ou um albergue para toxicômanos, capaz de aliviar as tensões sociais criadas ao interno da família. Mesmo alguns funcionários de órgãos públicos caem neste engano. Nada disto faz parte das funções hospitalares.

O ideal, a ser paulatinamente construído no SUS, é o de que possam ser elaborados projetos terapêuticos individuais, adequados ao momento do atendimento, à capacidade do serviço, e à fase do problema vivido pelo paciente. Mas o sistema de saúde

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>.

precisa também evoluir para montar projetos terapêuticos coletivos, envolvendo a família, os membros das relações sócio-afetivas do usuário e as instituições que possam ajudar. Esta idéia vai no sentido da horizontalização por linhas de cuidado, em rede, diminuindo o fluxo de circulação desordenada desta população, em serviços policiais (e dos bombeiros), em centros de assistência social e em unidades de saúde.

Diante de um paciente que entre em qualquer serviço do SUS, com demanda relacionada ao consumo de drogas psicoativas, os profissionais deverão distinguir entre o uso recreativo eventual, o uso nocivo (abuso) e a presença de dependência química⁵.

Critérios da CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância

O uso de álcool, tabaco e outras drogas, em qualquer padrão de consumo, pode trazer problemas para o indivíduo. Diante disso, o consumo de álcool em baixas doses e de pouca frequência, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados, faz deste um “consumo de baixo risco”, também dito uso recreacional (que pode ser classificado como regular, quando ocorre 6 ou mais vezes por mês, ou eventual).

Há pessoas apresentando pequenos problemas transitórios de saúde relacionados ao uso de álcool ou de outras drogas (como sintomas de gastrite, sintomas depressivos por ressaca, alterações dos ritmos diários, dificuldades na alimentação, etc.). São pessoas que fazem um “uso de risco” da droga. A frequência também define o uso de risco. Por exemplo, fumantes regulares, ainda sem complicações ou sequelas, são candidatos a problemas futuros.

Diante de situações de uso recreacional, de baixo risco, o usuário deve ser encaminhado a um aconselhamento breve.

Algumas pessoas que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo, podem ocasionar problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes ou doenças) e psicológicos (heteroagressividade). Considera-se que tais indivíduos fazem um “**uso nocivo**” da droga.

Quando o consumo se mostra compulsivo e destinado a evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, fala-se em “**dependência**”.

O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura ter levado à conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool estiver presente.

Se o caso for classificado como de uso nocivo, deve-se aplicar a entrevista motivacional. O profissional deve avaliar o grau do abuso, segundo a substância usada, e se há mistura de mais de uma substância. Alguns casos merecem encaminhando para serviço especializado (CAPS, ambulatório de especialistas ou unidade básica que tenha

⁵ FHEMIG. **027 Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas**. (Coleção Diretrizes clínicas, protocolos clínicos). Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br> e disponível também em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2ny9O7RZ5SAJ:www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2506-027-acolhimento-aos-usuarios-de-alcool-e-drogas+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.

prática e seja matriciada regularmente por supervisores de saúde mental). Quando o uso abusivo é muito grave, com síndrome de abstinência impossível de ser tratada ambulatorialmente ou em regime de internação domiciliar, cabe ao médico optar, por critérios clínicos, pelo encaminhamento a um hospital (para internação psiquiátrica) ou para um tratamento intensivo em CAPS AD. Os CAPS ADIII, tendo leitos e cobertura por equipes nas 24 horas do dia, podem dar conta de situações em que o hospital não precise ser obrigatório.

Critérios da CID-10 para dependência de substâncias

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- (e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Avaliação

Uma boa avaliação inicial é importante, pois além estabelecer um diagnóstico adequado, pode ser decisiva para o engajamento do paciente, desencadeando o processo de mudança. A avaliação tem como principais objetivos:

- 1) coletar dados do indivíduo para o planejamento de seu cuidado;
- 2) investigar queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo;
- 3) investigar sua condição social e econômica.

A entrevista deve ser diretiva, acolhedora, empática, clara, simples, breve e flexível. O foco deve estar centrado no indivíduo e no uso de substâncias. Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e melhoram o planejamento do tratamento. É importante que os técnicos amenizem as possibilidades de confrontos e estimulem mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente, utilizando o bom senso.

Os técnicos podem ter melhores resultados se trabalharem como grupo multiprofissional coeso. Há tarefas comuns, do grupo, e há trabalhos mais vinculados a uma ou a outra profissão. O psicólogo pode trabalhar fazendo a avaliação psicológica do usuário, montando grupos de dependentes, grupos de familiares, fazendo intervenções e sala de espera⁶, facilitando a adesão, e muitas outras funções. Há funções que podem ser exercidas

⁶ CIRIBELLI, Elina Barros et al . Intervenção em sala de espera de ambulatório de dependência química: caracterização e avaliação de efeitos. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 1, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 out. 2014.

em parceria de psicólogo e médico, com boas vantagens⁷. O enfermeiro tem um papel fundamental, não só nos serviços especializados, mas nas unidades básicas, com equipes de saúde da família⁸. O assistente social pode participar ativamente do apoio à família e na abordagem da sua codependência, além de identificar os vínculos importantes ao processo de recuperação do dependente. Há vínculos sociais que precisam ser mantidos. Há vínculos que favorecem, mas estão enfraquecidos e precisam ser fortalecidos. Há vínculos estressores e que não contribuem para a reabilitação desses indivíduos e prejudicam, precisando ser enfraquecidos ou rompidos⁹. O livro usado em cursos de capacitação, para profissionais da saúde e da assistência social, publicado pela SENAD, escrito com a colaboração de especialistas da URGs é uma introdução muito boa à temática e está disponível na internet¹⁰.

Questões essenciais para a investigação do consumo de drogas psicoativas

- 1) O último episódio de consumo (tempo de abstinência)
- 2) A quantidade de substância consumida
- 3) A via de administração escolhida
- 4) O ambiente do consumo (se ocorre em festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho, no lar)
- 5) A frequência do consumo nos últimos meses.

Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas

- a) Faltas frequentes no trabalho e na escola
- b) História de trauma e acidente frequentes
- c) Depressão
- d) Ansiedade
- e) Hipertensão arterial

⁷ OCCHINI, Marli Ferreira; TEIXEIRA, Marlene Galativicis. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 11, n. 2, Aug. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200012>.

⁸ Vide:

BUCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema; LINDNER, Sheila Rubia. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100033&lng=en&nrm=iso>.

SPRICIGO, Jonas Salomão; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu, SC. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004 março-abril; 12(número especial):427-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea19.pdf>>.

MUNIZ, J.A. et al. Atendimento ao dependente químico na estratégia saúde da família. **Revista Uniandrade** v.11/n.02, Julho – Dezembro 2010. Disponível em: <<http://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/download/12/11>>.

⁹ CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene**. 2012; 13(2):321-31. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/215/pdf>>.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD; 2012. Disponível em: <<http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf#page=56>>.

- f) Sintomas gastrointestinais
- g) Disfunção sexual
- h) Distúrbio do sono

Sinais físicos sugestivos do uso de álcool e drogas

- a) Tremor leve
- b) Odor de álcool
- c) Aumento do fígado
- d) Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína)
- e) Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha)
- f) Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
- g) Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
- h) "Síndrome da higiene bucal" (mascarando o odor de álcool)
- i) Odor de maconha nas roupas

Exames laboratoriais

Não há análises bioquímicas específicas para o tratamento de problemas orgânicos derivados do uso de álcool e de outras drogas. A dosagem das enzimas hepáticas pode contribuir com o diagnóstico dos transtornos relacionados ao consumo de álcool ou de estimulantes. As provas de função hepática são importantes para avaliar o quanto o fígado está afetado: ALT ou TGP (alanina aminotransferase), AST ou TGO (aspartato aminotransferase), fosfatase alcalina, gama-GT ou Gama-Glutamiltranspeptidase e bilirrubinas.

Critérios de gravidade

Visando individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico, após identificar os critérios de padrão de consumo de um indivíduo, o médico investiga alguns critérios de gravidade:

(a) Complicações Clínicas - Proporcionam critério objetivo da gravidade da dependência. Quando detectadas precocemente, muitas delas são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose hepática no dependente de álcool. Alguns pacientes aceitam permanecer em tratamento devido à existência desses problemas clínicos, podendo estimular a buscar pela abstinência.

(b) Comorbidades Psiquiátricas - A melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido, além de estimularem uma maior busca por tratamento médico.

(c) Suporte Social - Melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada.

Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes compatíveis com o grau de problema. Em resumo, a avaliação inicial deve incluir:

- 1) Uma triagem breve e efetiva;
- 2) Uma descrição detalhada do problema;
- 3) A avaliação da motivação;
- 4) O diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidade;
- 5) O plano de tratamento;
- 6) Avaliação de processo e resultados.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Recomenda-se que todo profissional de saúde investigue o uso de álcool e drogas nas pessoas atendidas, em qualquer local, com atenção especial aos adolescentes.

A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Locais de Saúde ou Centros de Saúde, constituindo-se a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde do usuário de álcool e outras drogas.

Intervenções breves, com uso de técnicas motivacionais, podem ser eficazes e aplicáveis por qualquer profissional de saúde. Técnicas de confronto devem ser evitadas.

A combinação de psicoterapia e farmacoterapia é mais efetiva. De acordo com a gravidade da síndrome de abstinência, a farmacoterapia deve ser administrada, principalmente nos casos de síndrome de abstinência alcoólica.

Em casos mais complexos a equipe de saúde da família (ESF) pode contar com o suporte das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

A família do paciente deve receber orientações e participar do tratamento. Além do acolhimento e aconselhamento da família pela equipe da unidade local de saúde, pode-se também encaminhá-las para grupos de auto-ajuda como AL-ANON, NAR-ANON, Amor Exigente.

Quando a equipe de saúde da família ou o NASF constatar a necessidade de intervenções especializadas, o indivíduo pode ser encaminhado para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quando for necessária internação hospitalar ou acolhimento em comunidade terapêutica, o CAPS fará a avaliação da indicação de tal procedimento, individualizando as opções de tratamento junto ao paciente e a seus familiares. Entre os principais fatores influenciando para a indicação de internação contam-se: ineficácia do tratamento ambulatorial incluindo tentativa de internação domiciliar com suporte da ESF/NASF e/ou CAPS na modalidade intensiva, alto risco de hetero ou auto-agressão, como nas tentativas de suicídio.

Em situações de emergências e urgências médicas (tais como convulsões, coma, traumatismos graves, síndromes de abstinência graves, etc.), a equipe de saúde deverá acionar o SAMU (telefone: 192) ou encaminhar o usuário a um pronto-socorro hospitalar. Os prontos-socorros de hospitais gerais devem procurar se qualificar para o atendimento deste tipo de urgência e de emergência. A avaliação, de um ponto de vista médico geral é importantíssima para a confecção do diagnóstico, levando em conta que poderá haver comorbidades ou quadros confundidores (problemas renais, hepáticos, neurológicos, endócrinos, etc.).

Bases para a organização dos fluxos de encaminhamento

O paciente que chega a uma unidade básica de saúde com problemas relacionados ao uso de substâncias químicas deve ser acolhido e avaliado por um membro da equipe. Dependendo do caso será importante a entrevista com os acompanhantes ou a

solicitação de contato com os familiares ou outras pessoas relevantes, se necessário. O ideal é que a abordagem inicial e o tratamento sejam de natureza interdisciplinar e multiprofissional¹¹.

A consulta médica definirá se o caso é, no momento, tão grave que precise ser enviado a um hospital. Definirá, em caso de não enviar a um hospital, se há necessidade de solicitar algum exame laboratorial.

Detectando que o problema advém do álcool etílico, deverá diagnosticar se há intoxicação alcoólica atual, síndrome de dependência e síndrome de abstinência etílica.

Detectando que o problema envolve derivados da coca, deverá identificar se ocorre uso de cocaína em pó – aspirada ou injetada – ou se há uso de crack. O exame médico deverá investigar se há dor torácica (pelo risco de isquemia miocárdica), hipertermia (com risco de rabdomiólise) e sinais de coagulopatia e acidose.

Deverá investigar se o paciente é transportador de cocaína ou de crack, empacotados, no tubo digestivo. Estes transportadores, a serviço do tráfico, são apelidados de “mulas” e estão em risco de ruptura dos pacotes, com potencial alto de intoxicação. Num caso destes, o serviço deve telefonar ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT), usando o número **0800 643 5252**. O CIT pode ser melhor conhecido pela sua página eletrônica (<http://www.cit.sc.gov.br/site/>). É uma unidade pública de referência no Estado de Santa Catarina na área de toxicologia clínica, especializada em prover informações para o diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos. Mantém um serviço de plantão 24 horas para informações específicas em caráter de urgência aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial e de caráter educativo/preventivo à população em geral.

Em caso de o problema estar relacionado ao consumo de crack fumado, o serviço deverá seguir o protocolo clínico para crack.

No caso de outras drogas, havendo protocolo clínico, deve-se segui-lo. Havendo interrogações sobre o grau de intoxicação, o CIT será sempre um recurso útil.

Casos duvidosos ou de características complexas deveriam ser encaminhados a um CAPS ou a uma unidade de saúde que seja alvo de matriciamento com especialistas em saúde mental. Nas cidades em que haja CAPS AD, este seria o melhor serviço para abordar o caso, até a sua estabilização.

Recomendações gerais às equipes de saúde

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) reforça, em documento técnico, as recomendações do National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, baseadas em resultados de pesquisas^{12, 13}:

1.1 Não há um tratamento único, que seja apropriado para todos. É muito importante que haja uma combinação adequada entre tipo de ambiente, intervenções e serviços para

¹¹ CAFRUNI, Karine Hahn; BROLESE, Giovana; LOPES, Fernanda. Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química. **Diaphora**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 10-19, set. 2014. ISSN 2238-9709. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/32/32>>.

¹² SENAD. OBID. **Princípios de tratamento efetivo**: um guia baseado em pesquisas. Brasília: SENAD, 2014. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11416&rastr=TRATAMENTO%2FDepend%C3%AAncia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o>.

¹³ NIDA. **Principles of drug addiction treatment**: a research-based guide. 3rd. ed.. Publication N° 00-4180. Washington: National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health, 2012. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>>.

cada problema e necessidade da pessoa, contribuindo para o sucesso do tratamento e para o retorno a uma vida produtiva na família, trabalho e sociedade.

1.2 O tratamento deve estar sempre disponível. Considerando que os dependentes químicos possam ter dúvidas sobre se iniciam ou não um tratamento, é muito importante aproveitar a oportunidade quando eles sinalizam estar prontos para o mesmo. Pode-se perder candidatos potenciais para o tratamento, caso este não esteja disponível imediatamente ou não seja acessível com facilidade.

1.3 O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa, não somente o seu uso de drogas. Para ser efetivo, o tratamento deve ser dirigido ao uso de drogas, mas também a qualquer outro problema médico, psicológico, social, profissional e jurídico da pessoa.

1.4 O plano de tratamento deve ser continuamente avaliado e, se for o caso, modificado para assegurar que se mantenha atualizado com as mudanças nas necessidades da pessoa. Um paciente pode necessitar de combinações de serviços que variam durante o tratamento e recuperação. Além do aconselhamento ou psicoterapia, o paciente pode necessitar também de medicamentos, outros serviços médicos, terapia familiar, orientação educacional (para os filhos), orientação vocacional e outros serviços sociais e/ou legais. É fundamental que o tratamento esteja apropriado a idade, sexo, grupo étnico e cultural do paciente.

1.5 É importante que o paciente permaneça durante um período adequado de tempo no tratamento. A duração apropriada do tratamento para uma pessoa depende de seus problemas e necessidades. As investigações indicam que na maioria das vezes, começa-se a se verificar uma melhoria significativa depois de três meses de tratamento. Quando se chega a este ponto, os tratamentos adicionais podem culminar em uma recuperação acelerada. Considerando que muitas pessoas abandonam cedo este processo, os programas devem incluir estratégias que comprometam e mantenham os pacientes no tratamento.

1.6 O aconselhamento (individual e/ou em grupo) e outros tipos de psicoterapias comportamentais são componentes indispensáveis do tratamento efetivo para a dependência. Durante a terapia, os pacientes tratam de seus problemas de motivação, desenvolvem habilidades para recusar o uso da droga. Substituem atividades em que se utilizavam das substâncias por outras úteis e construtivas em que não há o uso de drogas, e melhoram suas estratégias para a resolução de problemas. A psicoterapia comportamental também melhora as relações interpessoais e facilita a reinserção do indivíduo em sua família e na própria comunidade.

1.7 Para muitos pacientes, os medicamentos formam um elemento importante do tratamento, especialmente quando se combinam com os diferentes tipos de terapia.

1.8 No caso de indivíduos com problemas de dependência ou abuso de drogas que ao mesmo tempo apresentam outros transtornos mentais, deve-se tratar os dois problemas de uma maneira integrada. Frequentemente se vêem transtornos de dependência e outros transtornos mentais num mesmo indivíduo. Os pacientes que apresentam as duas condições devem ser avaliados e tratados conforme ambos os transtornos.

1.9 A desintoxicação médica é apenas a primeira etapa do tratamento para a dependência e, por si só, pouco faz para modificar o uso de drogas em longo prazo. A desintoxicação médica trata cuidadosamente de sintomas físicos agudos da síndrome de abstinência, que ocorrem quando se deixa de usar alguma droga. Ainda que a desintoxicação por si só raramente seja suficiente para ajudar as pessoas dependentes a conseguir abstinência em longo prazo, para alguns indivíduos serve como um precursor fortemente indicado para o tratamento efetivo da dependência de drogas.

1.10 O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo. O tratamento pode ser facilitado pela forte motivação do paciente. Entretanto, medidas compulsórias ou recompensas dentro da família, do ambiente de trabalho ou do próprio sistema judiciário podem incrementar significativamente a porcentagem de indivíduos que entram e que se mantêm no processo, bem como o sucesso do tratamento da dependência de drogas.

1.11 O uso de drogas durante o tratamento deve ser supervisionado constantemente. Durante o período de tratamento, há risco de recaídas ao uso de substâncias psicoativas. A supervisão objetiva do uso de drogas e álcool durante o tratamento, incluindo análise de urina ou outros exames, pode ajudar o paciente a resistir a seus impulsos de usar estas substâncias. Este tipo de supervisão também pode proporcionar uma evidência precoce do uso de drogas, para que o plano de tratamento do paciente possa ser reajustado. Informar os resultados aos pacientes, cujo resultado tenha sido positivo para o uso recente de substâncias, pode ser um elemento importante no processo de tratamento.

1.12 Os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras enfermidades infecciosas, conjuntamente com a terapia necessária para ajudar aos pacientes a modificar ou substituir aqueles comportamentos que os colocam a si e aos outros em risco de serem infectados. A terapia pode ajudar aos pacientes a evitar comportamentos de alto risco. Também pode ajudar as pessoas que já estão infectadas a manejar sua doença.

1.13 A recuperação da dependência de drogas pode ser um processo em longo prazo e freqüentemente requer várias tentativas de tratamentos. Tal como em outras doenças crônicas, a recaída pode ocorrer durante ou depois de tentativas exitosas de tratamento. Os pacientes podem necessitar de tratamentos prolongados e várias tentativas de tratamento para poder conseguir a abstinência em longo prazo e um funcionamento completamente reestabelecido. Participação em programas de auto-ajuda durante e depois do tratamento serve de apoio para a manutenção da abstinência.

TRATAMENTO

Para o tratamento dos casos que não envolvam urgências ou emergências, o tratamento é em regime comunitário (em CAPS, em unidades de atenção básica ou em ambulatórios). Havendo necessidade, o médico deverá instituir uma terapia farmacológica, segundo protocolos próprios para o tipo de dependência. Em todos os casos de dependência indica-se o uso de técnicas de motivação, de aconselhamento e de intervenções breves, sumariamente descritas abaixo:

Criar motivação

O tratamento começa já na avaliação inicial, sendo o diagnóstico da dependência e da motivação um importante fator do processo de mudança de comportamento.

Na fase em que o indivíduo não reconhece os problemas que a bebida lhe causa, o profissional deve fazer com que avalie os riscos e benefícios de beber.

Quando o paciente pondera de forma mais clara os custos e benefícios do uso da bebida e considera mudar seu comportamento, o profissional deve ajudá-lo a avaliar situações de risco e encontrar estratégias de enfrentá-las, de forma eficiente.

Havendo concordância do usuário para enfrentar o tratamento voluntariamente, a equipe de saúde pode incentivar nele uma reflexão, fazendo com que ele, sua família e outras pessoas de vínculo afetivo próximo se perguntem:

- 1) Que tratamento pode me ajudar da melhor forma e por que? Se o médico disser que preciso internar em hospital para a desintoxicação, como vou lidar com minha impulsividade e minha mudança de opinião, para não evitar e nem fugir do tratamento? Se não preciso internar, como distinguir entre o tratamento ambulatorial, que me deixa um grande grau de liberdade e de responsabilidades, e a ida a uma comunidade terapêutica, que me afastará do convívio social temporariamente? Em caso de tratamento ambulatorial, como vou fazer para me comprometer com ele?
- 2) Quais são os prós e os contras de cada tipo de tratamento e de atividade que possa me ajudar a evitar o consumo da droga? Será possível eu escolher e me comprometer com um novo modo de vida? O que posso fazer para evitar a repetição de coisas que me levem à recaída?
- 3) Quais as vantagens e as desvantagens de fazer um tratamento ambulatorial, em CAPS ou em unidade sanitária, levando em conta o ambiente de minha casa e o tipo de apoio que posso ter?
- 4) Como eu me encaixaria num grupo de Alcoólicos Anônimos ou de Narcóticos Anônimos? Que outros grupos de auto-ajuda ou de incentivo existem na minha cidade ou na região?
- 5) Posso dar conta dos amigos que venham me convidar para usar a droga com eles? Quem pode me ajudar a trocar de amizades e a construir novo círculo social, onde a droga não seja usada e nem valorizada?
- 6) Se eu me sentir muito inseguro, ansioso ou depressivo, a quem posso me dirigir? Posso contar com os serviços de saúde nestas situações? Em que horários? Quais as suas regras para que eu possa ser recebido?

Conceitua-se “motivação” como a probabilidade de uma pessoa se envolver, continuar, e poder aderir a uma estratégia específica de mudança, num estilo de aconselhamento diretivo. É realizada por técnicos sensíveis às possíveis disposições que os usuários possam ter, de mudar e se adaptar a uma vida na qual a substância química usada deixe de ser consumida e de ter a importância que lhe foi atribuída. Vem sendo utilizada nos sistemas públicos de saúde, com sucesso, como no britânico¹⁴. O dependente químico, nos serviços de saúde, geralmente se mostra ambivalente: ele quer e não quer parar com o uso da substância. Oscila, muda de idéia, nega o tamanho dos problemas, manipula os diálogos induzindo o interlocutor a enganos. A entrevista motivacional ajuda os usuários a explorar e a resolver sua ambivalência.

Um usuário resistente tentará, na entrevista, tergiversar, mudar de assunto, preencher o tempo com temas que não produzam resultados práticos ao tratamento. É importante ao técnico focar a discussão, nos momentos difíceis, numa área neutra, em que o paciente não se sinta pressionado, compelido ou ameaçado. Ao retomar o fio da discussão, o tema do tratamento deve ser reintroduzido, com cuidado e sensibilidade. Quando um usuário do serviço expressa a intenção de mudar, deve-se reforçar os aspectos que diminuem a ambivalência sobre esse comportamento.

Na fase de introdução da entrevista, o profissional monta um *setting* (tal cenário é importante, dando sigilo, sensação de privacidade e conforto), constrói o

¹⁴ Vide:

UK. Department of Health (England and the devolved administrations). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management**. Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

NHS. NICE. **Treatment for drugs misuse**: Information about NICE clinical guidelines 51 and 52. Londres: NICE, 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/cg52-drug-misuse-psychosocial-interventions-and-opioid-detoxification-understanding-nice-guidance2>>.

relacionamento e se apresenta. Ao dependente químico é importante um relacionamento em que se sinta bem vindo. O profissional, ao início da entrevista, pode mostrar sua satisfação por o usuário ter paciência na sala de espera e concordar em ser atendido (por exemplo: “-estou muito satisfeito que você concordou em discutir o jeito como consome bebidas e cocaína”). O uso de um palavreado técnico geralmente não ajuda na relação.

O profissional vai descrever a abordagem. Por exemplo, ele pode dizer:

“-Antes de começar, eu só vou explicar um pouco sobre o que se trata. Você já passou algum tempo respondendo a um questionário ou sendo avaliado e, provavelmente, vai passar por outros exames e entrevistas aqui no serviço. No entanto, nesta reunião, vamos apenas discutir como a bebida, ou as outras drogas, podem afetar o seu problema e como você pode ser ajudado, para ter um futuro melhor. Gostaria também de explicar desde o início que eu quero descobrir o que você quer para você. Eu não vou dar lições você ou tentar fazer você mudar qualquer coisa que você não quer mudar. Espero que este encontro vai ajudar você a refletir sobre sua situação presente e considerar o que, se alguma coisa, você pode querer fazer. Se houver alguma alteração a ser feita, você vai ser o único a fazê-la. Ninguém pode dizer-lhe o que fazer; ninguém pode fazer você mudar. Eu posso ser capaz de lhe dar algumas informações sobre si mesmo e talvez alguns conselhos, mas o que você faz com tudo isso depois de nosso encontro em conjunto é completamente até você. A única pessoa que pode decidir se e como você mudar é você. O que você está pensando ao ouvir estas coisas?”

O profissional deve ter o cuidado para não cair em pregações morais e nem deve fazer uma palestra científica, na qual o usuário fique na condição de ouvinte. A entrevista é um diálogo, visando sensibilizar para mudanças e para tomadas de decisão.

A conversa pode progredir envolvendo o usuário, de forma que ele se sinta à vontade, através de perguntas abertas. Por exemplo: “- Conte-me sobre como as coisas estão indo para você no momento” e “-Você pode me dizer mais sobre o seu consumo atual? Quais os problemas que estão causando preocupação? Como isso é afetado pelo uso da bebida ou da droga? O que você acha?”

O profissional deve ficar atento para as declarações que indicam ambivalência e fazê-las retornar ao usuário, para serem desenvolvidas. Podem ser reafirmados alguns pontos fortes do paciente (por exemplo, sua desenvoltura e sua capacidade de reconhecimento ou compromisso ao pensar no uso de substâncias como problema real).

Se o usuário está disposto a considerar a mudança, o profissional pode dar um resumo das coisas combinadas e perguntar sobre sua aplicação prática, nos próximos dias. Será mais produtivo adiar a discussão para outra sessão sempre que persistir a ambivalência ou o usuário não tiver o mínimo interesse num programa de mudanças. Muitas coisas, no plano, precisam ser negociadas. As metas precisam ser estabelecidas de forma específica, mensurável, realista, com prazos.

Antes de encerrar a entrevista o profissional pode perguntar se há mais alguma coisa a esclarecer. Ser polido e demonstrar interesse pode ajudar. Por exemplo, ao se despedir, o profissional pode dizer: “- Sei que você provavelmente tem outras coisas para fazer além de me falar sobre o seu consumo de drogas. Sei que não é fácil falar de coisas pessoais, deste tipo. Espero que nossa conversa venha a ser útil para você”¹⁵.

¹⁵ MARTINO, S.; BALL, S.A.; GALLON, S.L.; HALL, D.; GARCIA, M.; CEPERICH, S.; FARENTINOS, C.; HAMILTON, J.; HAUSOTTER, W. Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency. Salem: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University, 2006. Disponível em: <<http://www.motivationalinterview.org/Documents/MIA-STEP.pdf>>.

Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma intervenções breves. Motivar o paciente melhora suas chances de procurar e aderir ao tratamento especializado.

O matriciamento ou a supervisão realizados aos profissionais da atenção básica permitiriam aos seus profissionais desenvolver habilidades para fazer boas entrevistas motivacionais. A técnica da entrevista motivacional vem sendo aprimorada há alguns anos¹⁶ e, apesar da falta de pesquisas sobre resultados de longo prazo, sabe-se que ela, pelo simples fato de ser aplicada, reduz o uso e o abuso de substâncias psicoativas em níveis maiores do que a não intervenção¹⁷.

Aconselhamento

O aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo de qualquer substância deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese. Um aconselhamento rápido feito por um generalista é capaz de induzir uma porcentagem de pacientes a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas. Sua técnica é simples e de fácil aplicação. Pode ser muito breve, de poucos minutos, e mesmo assim ter bons resultados. Aconselhar não é dizer o que deve ser feito, pois a mudança é do indivíduo.

Aconselhar, nesta área, consiste em:

- 1) Chamar à **reflexão** (por exemplo, lançando um tema como “– Qual a sua opinião sobre o seu consumo atual de drogas?”);
- 2) Dar **responsabilidade** (“O que você pretende fazer com relação ao seu consumo?”);
- 3) Opinar com honestidade (“Na minha opinião seu uso de álcool está absolutamente fora de controle”);
- 4) Dar **opções de escolha** (“Vamos discutir as alternativas que você tem para não chegar embriagado em seu emprego”)
- 5) Demonstrar **interesse** (“Conte mais sobre sua semana, como foram suas tentativas para se manter abstinente”);
- 6) Facilitar o **acesso** (“Vamos tentar encontrar um horário que se adapte bem a nós dois”).
- 7) Evitar, como regra geral, o **confronto** (“Ao invés de encontrarmos culpados, podemos juntos buscar soluções para o seu problema”). Os profissionais muito experientes no manejo psicoterápico podem utilizar técnicas em que o confronto seja parte da abordagem.

Um aconselhamento deve durar no mínimo 3 minutos. É dito intensivo quando ultrapassa 10 minutos. Suas fases são: (1) a avaliação (ou identificação), (2) o aconselhamento propriamente dito, baseado numa estratégia motivacional, (3) a assistência e (4) o acompanhamento.

Intervenção breve

¹⁶ MARTINO S, CARROLL KM, KOSTAS D, PERKINS J, ROUNSAVILLE BJ. Dual diagnosis motivational interviewing: A modification of motivational interviewing for substance abusing patients with psychotic disorders. **J Subst Abuse Treat.** 2002;23:297–308. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865805/>> e em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865805/pdf/nihms487436.pdf>>.

¹⁷ SMEDSLUND, G. et al. Motivational interviewing for substance abuse. **Cochrane Database Syst Rev.** 2011 May 11;(5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21563163>>.

A intervenção breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, mas não mais complexa. Possui um formato também claro e simples e pode ser utilizada por qualquer profissional. Qualquer intervenção, mesmo que breve, é melhor que nenhuma.

Ela está indicada inclusive para pacientes gravemente comprometidos. Quando tais intervenções são estruturadas em uma a quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos.

As intervenções breves começam pelo estabelecimento de uma meta.

Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de beber problemático.

Em função da heterogeneidade e gravidade dos pacientes e seus problemas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões. O espectro de problemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas para pacientes com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de auto-ajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos.

Alguns pontos-chave

O tratamento para o abuso de drogas deve sempre envolver um componente psicossocial. É interessante que haja um profissional do serviço de saúde que conheça a história do paciente, faça contatos com sua família e com outros serviços pelos quais ele precise passar.

Uma boa aliança terapêutica entre o usuário e os profissionais facilitará as intervenções terapêuticas. As intervenções psicossociais podem ser prestadas concomitantemente às intervenções médicas e farmacológicas. Podem, também, serem prestadas sozinhas, nos casos em que já não haja necessidade de seguimento médico sequencial intenso. As intervenções psicossociais são o sustentáculo terapêutico no abuso de cocaína e de outros estimulantes, da maconha e dos alucinógenos. As propostas de auto-ajuda ou de ajuda mútua baseadas nos “12 Passos”, originalmente aplicados pelos Alcoólicos Anônimos, são muito populares e demonstram grande eficácia para muitas pessoas. Não há, porém, método que sirva para todos os pacientes. O Sistema Único de Saúde precisa conviver com métodos diversos, a fim de abranger sujeitos diversos. Muitas intervenções adjuntas, que não se classificam como tratamento, podem ser fornecidas em grupos ou de forma individual: exercícios físicos, esportes, desenvolvimento de habilidades, terapias ocupacionais, atividades artísticas, etc.. Como regra, pessoas que abusam de substâncias psicoativas reagem melhor a terapias e grupo e a intervenções grupais do que a terapias individuais.

Um programa de gestão de contingências pode ser montado, para atender pequenos grupos com particularidades próprias.

Usuários de drogas injetáveis precisam ser trabalhados por programas de redução de danos e medidas preventivas para hepatite e outras doenças transmissíveis, por exemplo. A política de redução de danos é sobremodo útil para os usuários que não querem parar de consumir a substância psicoativa e tem um alcance social enorme, evitando males que, de outra forma, multiplicar-se-iam. Tem sido uma importante política de prevenção do HIV e de outras consequências do estado de vulnerabilidade, já testada nos municípios¹⁸.

¹⁸ MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra; ANDRADE, Selma Regina. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 170-8, mar. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20761>>. Acesso em: 19 Out. 2014. doi:10.5216/ree.v16i1.20761.

É interessante que os agentes de saúde, trabalhando na atenção básica ou na Rede de Atenção Psicossocial, leiam a Cartilha de Redução de Danos no Ministério da Saúde, como instrumento de orientação do trabalho¹⁹.

Os membros da família, muitas vezes, apresentam níveis significativos de sofrimento psicológico. As intervenções especificamente para os membros da família podem ser muito úteis. Em alguns momentos o paciente não é um indivíduo, mas é o grupo familiar. Ou é o casal.

As intervenções mais eficazes e menos intrusivas devem ser fornecidas em primeiro lugar²⁰. As intervenções de alta intensidade, geralmente envolvendo práticas médicas e hospitalares, serão necessárias para as pessoas que não conseguiram se beneficiar de intervenções mais simples. Também para aquelas que requeiram tratamento imediato, como uma internação, pela gravidade do problema. A abordagem tem, pois, um sentido de hierarquização, coerente com a política geral do SUS. Esta abordagem escalonada não dispensa os meios disponíveis na comunidade, fora do sistema de saúde, como os grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, assim como as comunidades terapêuticas. Alguns usuários, contudo, precisarão de intervenções mais formais, em nível ambulatorial, como psicoterapias.

Entre adolescentes há os que estão em situações de risco, e há os que estão em grupos de risco²¹.

São situações de risco: não ter moradia (estar na condição de “sem teto” ou na condição de “morador de rua”), estar envolvido com grupos de comportamentos antissociais e em conflito com a lei, envolver-se em acidentes repetidamente, frequentar escola ou ambientes sociais sob efeito de drogas, despertar preocupações pelos seus comportamentos, ter frequentes problemas com doenças venéreas, com concepção e com abortos.

São grupos de risco os excluídos do sistema escolar, os envolvidos com o sistema penal ou com o sistema judiciário por conflito legal instalado, os que vivem sob tutela de instituições, os que têm dificuldades pessoais de aprendizado ou têm outro transtorno mental, os que vivem com parentes próximos sabidamente abusadores ou dependentes de substâncias psicoativas.

O profissional que trabalha com jovens não pode assumir um volume de casos tão grande a ponto de dificultar sua relação individual com cada um dos assistidos. A formação continuada deste profissional é um ponto importante, pois o trabalho tende a ficar pesado, se não houver visão técnica e *insight* pessoal.

O compartilhamento e o estudo conjunto dos casos, assim como o conhecimento dos recursos locais disponíveis, ajuda a equipe a desempenhar melhor seu papel. A mobilização de outros serviços e outros setores pode ser importante para a

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: Diminuir para Somar: Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas.** Brasília: Viva Comunidade. Prefeitura do Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf>.

²⁰ NHS. NICE; Stephen PILLING, Kathryn HESKETH and Luke MITCHESON. **Routes to recovery: Psychosocial interventions for drug misuse. A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions.** Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA), The British Psychological Society, 2010. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/psychosocial_toolkit_june10.pdf>.

²¹ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality Network for Community CAMHS (QNCC). **Practice standards for young people with substance misuse problems.** Publication number CCQI 127. Londres: RCP, June 2012. Disponível em: <<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Practice%20standards%20for%20young%20people%20with%20substance%20misuse%20problems.pdf>>.

organização de um apoio duradouro (por exemplo, através da escola, da assistência social ou de outros recursos relevantes).

A presença de outros transtornos mentais ou comportamentais, somados ao abuso de drogas, deve ser abordada desde o início da intervenção. O tratamento farmacológico das depressões maiores e das psicoses é fator essencial. O bom uso dos medicamentos depende de colaboração de terceiros, precisando-se envolver a família, como regra.

Quadros de urgência ou emergência por síndromes de abstinência

Há protocolos específicos, para os transtornos decorrentes de alguns tipos de substância psicoativa, que entram em detalhes sobre o atendimento emergencial.

Em caso de intoxicações graves, como nas tentativas de suicídio, nas overdoses e nos casos de transporte de drogas ilícitas com embalagem rompida no tubo digestivo (as ditas “mulas”, ou carregadores), deve-se consultar protocolos específicos e fazer contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pelo telefone 0800 643 5252.

À primeira vista, num serviço de saúde, o paciente apresentando, ao mesmo tempo, midríase, rubor facial e desorientação mental, é suspeito de intoxicação e necessita de uma investigação voltada a esta área.

Algoritmo para emergências

No algoritmo seguinte, de forma resumida, mostra-se a conduta básica a ser tomada logo após o ingresso numa unidade de pronto atendimento, num pronto-socorro ou num hospital.

Veja-se os detalhes nos protocolos específicos para as substâncias químicas de abuso mais prevalentes.

EMERGÊNCIAS – SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

