

4ª Edição

EAD

REFERENCIAL

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

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00060048D19



Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas

Ministério da
Justiça



615.322
S623
4. EB
V. 5
DEP LEGAL



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5

Coordenação do módulo: Flávio Pechansky

4ª Edição

**Brasília
2011**

7615.511
615.7822
56238
v. 5
4. ED.
Dep. Legal

MJ - BIBLIOTECA

Módulo 5

**Encaminhamento de pessoas
dependentes de substâncias
psicoativas**

Tratamentos farmacológicos utilizados no
tratamento de pessoas dependentes de
substâncias

Tratamentos psicoterápicos utilizados no
tratamento de pessoas dependentes de
substâncias

Grupos de ajuda-mútua no tratamento
de pessoas dependentes de substâncias

Tratamento de pessoas dependentes
de substâncias em comunidades
terapêuticas

Terapia comunitária: definição, objetivos
e pressupostos

Tratamento de comorbidades associadas
à dependência de drogas

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

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

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo

Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

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

Coordenação do módulo: Flávio Pechansky

4ª Edição

Brasília
2011

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

© 2011 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.senad.gov.br>>
Tiragem desta edição: 6.000 exemplares
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil
Edição: 2011

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 205 Brasília/DF. Cep 70604-900
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

0800 777 8778

Homepage: www.supera.senad.gov.br
e-mail: faleconosco.supera4@supera.org.br

Equipe Editorial

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Revisão de Conteúdo

Equipe técnica - SENAD

Carla Dalbosco
Aldo Costa Azevedo
Andrea Donatti Gallassi
Patrícia Santana Santos
Iza Cristina Justino

Equipe técnica - UNIFESP

Denise De Micheli
Eroy A. Silva
Keith Machado Soares
Monica Parente Ramos
Yone G. Moura

Supervisão dos Tutores

Andre Luiz Monezi Andrade
Giovana Camila de Macedo
Iracema Francisco Frade
Karina Possa Abrahão

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP
Laboratório de Educação a Distância (LED-DIS)
Supervisão: Monica Parente Ramos
Equipes: Educação, Tecnologia, Pesquisa e Avaliação
Projeto gráfico: Silvia Cabral

E56 Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5 / coordenação do módulo Flávio Pechansky. – 4. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.
70p. – (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 978-85-60662-54-8

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



SUMÁRIO

Objetivos de ensino.....	1
CAPÍTULO 1: Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias	2
Álcool.....	2
Nicotina	4
Opioides	6
Bibliografia	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.....	19
Atividades	20
CAPÍTULO 3: Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias	21
Um pouco de história... ..	21
Características	22
Filosofia.....	22
Profissionais	24
Centros de Tratamento	25
Bibliografia	26
Atividades	27
CAPÍTULO 4: Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas	28
Movimento das Comunidades Terapêuticas (CT)	28
Concepção da Pessoa	33
Concepção do Transtorno.....	33
Concepção da Recuperação.....	34
Comunidade Terapêutica	34
Bibliografia.....	40
Atividades	41
CAPÍTULO 5: Terapia Comunitária: definição, objetivos e pressupostos	42
Por que Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa?	42
Os objetivos da Terapia Comunitária (TC)	44
A escolha do terapeuta	45
A Intervenção Comunitária	47
As abordagens terapêuticas	50
Síntese	51
Bibliografia	53
Atividades	54
CAPÍTULO 6: Tratamento de comorbidades associadas à dependência de drogas	55
Comorbidade.....	55

Epidemiologia	55
Presença de uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais.	56
Diagnóstico	58
Tratamento	59
Bibliografia.	61
Atividades	62
CAPÍTULO 7: Estratégias de Redução de Danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária 63	
Conceito de Redução de Danos (RD).	63
História da RD e formas de atuação.	64
Argumentos favoráveis e contrários à Redução de Danos	64
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)	66
Possibilidades e relações necessárias com os programas de atenção comunitária à saúde	67
Bibliografia.	69
Atividades	70

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 opioides;
- Reconhecer a psicoterapia como alternativa de tratamento de dependentes de substâncias psicoativas;
- Identificar as características dos grupos de autoajuda 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 comorbidade e descrever suas formas mais frequentes;
- 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 comorbidades associadas à dependência de drogas
7. Estratégias de Redução de Danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária

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 opioides, porque são substâncias que têm medicações específicas para essas situações.

Tópicos

1. Álcool
2. Nicotina
3. Opioides

ÁLCOL



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.**



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 contraindicações. 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, da quantidade de álcool consumida e da vulnerabilidade individual.



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.

- **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.

- **Topiramato e Baclofen:** Demonstraram promissores resultados clínicos para o tratamento do alcoolismo, porém ambos podem encontrar problemas com a tolerância (baclofen) e perfil de efeitos colaterais (topiramato), o que pode limitar a sua utilização. (2)

Apesar de sua promessa potencial para o tratamento do alcoolismo, o perfil de efeito colateral de anticonvulsivantes, incluindo o topiramato, pode limitar o seu potencial terapêutico, embora os estudos clínicos com esses medicamentos tenham fornecido evidências para a sua tolerabilidade. (3) (4)

Enquanto o baclofen provou ter um efeito sedativo que pode revelar-se perigoso quando tomado com álcool, tem sido demonstrado que alcoolistas têm uma maior tolerância a esses efeitos. (5) (6)

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, exceto vareniclina (7), e/ou aconselhamento.

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.



O tratamento para a dependência da nicotina, pode associar diferentes estratégias de tratamento simultaneamente (por exemplo: uso de vareniclina e goma de mascar), dependendo da gravidade da dependência.

- **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. A dose inicial preconizada é de 14-21 mg/dia para quem fuma <20 cigarros/dia, de 21-35 mg/dia para fumantes de 20-40 cigarros por dia e de 35-44 mg/dia para quem fuma mais de 40 cigarros/dia. Devem ser aplicados pela manhã, uma vez ao dia, em regiões musculares sem pêlos, variando o local de aplicação, que pode ser repetido a cada 3 ou 4 dias. A redução da dosagem deve ocorrer lentamente, com duração de 6 a 8 semanas de tratamento, mas podendo durar até um ano em casos mais graves.
- **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.
- **Vareniclina:** Atua no cérebro no local afetado pela nicotina e pode ajudar as pessoas a pararem de fumar aliviando os sintomas de abstinência e bloqueando os efeitos da nicotina. (8) A vareniclina tem sido testada em vários ensaios clínicos duplo-cegos e os resultados indicam um significativo efeito nas taxas de cessação do tabagismo. Além de estar se mostrando eficaz na prevenção de recaída. (7) A dose inicial é de 0,5mg via oral, uma vez ao dia, por 3 dias, após 0,5mg via oral, duas vezes ao dia, por 4 dias, e passar para 1mg via oral, duas vezes ao dia, a partir do 8º dia de tratamento. Preconiza-se iniciar uma semana antes da data prevista para cessar o uso de tabaco. Pacientes que não tolerarem os efeitos adversos podem necessitar de redução temporária da dose. Se o paciente parar de fumar durante 12 semanas de tratamento, pode continuar por outras 12 semanas, para ajudar no processo de manutenção da abstinência. Se não parou em 12 semanas de tratamento, então a medicação é suspensa e reavalia fatores que podem estar contribuindo para a manutenção do hábito. (1)



ATENÇÃO!

A vareniclina necessita de ajuste medicamentoso no caso de insuficiência renal:
 - CICr < 30ml/minuto: iniciar 0,5mg por dia e dose máxima 0,5mg duas vezes ao dia e em hemodiálise: dose máxima 0,5mg por dia. (1)

OPIOIDES



Os opioides 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 opioide 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 opioide 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.

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 opioides mostram redução importante da gravidade dos sintomas de abstinência, principalmente quando usada como parte de um programa de tratamento (apoio psicossocial).

Equivalência de doses entre opiáceos

- Metadona 1mg
- Heroína 1-2mg
- Morfina 3-4mg
- Codeína 30mg
- Meperidina 20mg (9)



- **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.

BIBLIOGRAFIA

- Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Caputo F, Gasbarrini G. Tolerance to baclofen's sedative effect in alcohol-addicted patients: no dissipation after a period of abstinence. *Psychopharmacology*. 2005;178(2-3):351-2.
- Baltieri D. Abuso e dependência de opiáceos. In: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes, volume II. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002.
- Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside Jr J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2004;69(6):1443-50.
- Besheer J, Lepoutre V, Hodge C. GABA(B) receptor agonists reduce operant ethanol self-administration and enhance ethanol sedation in C57BL/6 mice. *Psychopharmacology*. 2004;174(3):358-66.
- Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2005;71(3):495-502.
- Castro LA, Baltieri DA. The pharmacologic treatment of the alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Suppl 1):S43-S46.
- Jupp B, Lawrence A. New horizons for therapeutics in drug and alcohol abuse. *Pharmacol Ther*. 2010;125(1):138-68.
- Lexicomp. Varenicline: Drug information [texto na internet]. In: UpToDate [sítio na internet]. Waltham: UpToDate Inc.; c2010 [citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/varenicline-drug-information?source=search_result&search=Varenicline&selectedTitle=1~20>.
- Laranjeira R, Nicastrí S, Jeronimo C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(2):62-71.
- Le Foll B, George T. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*. 2007;177(11):1373-80.
- Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MT, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):200-14.
- Malbergier A. Tabagismo. *J Bras Depend Quím*. 2001;2(S1):47-51.
- Mason B, Light J, Williams L, Drobos D. Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addict Biol*. 2009;14(1):73-83.
- NIDA. National Institute of Drug Abuse [sítio na internet]. [atualizado 2011 Nov 28]. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov>>.
- O'Connor PC. Tratamento farmacológico de pacientes dependentes de opiáceos: mais um ponto de vista. *Neuro Psico News* 2001;33:3-13.
- Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Karaikos D, Malitas P, Liappas I. An open pilot study of tiagabine in alcohol dependence: tolerability and clinical effects. *J Psychopharmacol*. 2010;24(9):1375-80.
- 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.
- Von Diemen L, Kessler FH, Pechansky F. Drogas: uso, abuso e dependência. In: Duncan B, Schmidt MI, Giuliani E, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artes Médica; 2004. p.917-31.
- Williams SH. Medications for treating alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2005;72(9):1775-80.

ATIVIDADES

Teste seu conhecimento

1. O objetivo do tratamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é prevenir:

- a) Convulsões somente
- b) *Delirium tremens* somente
- c) Morte por complicações somente
- d) Convulsões, *delirium tremens* e morte por complicações

2. Assinale a alternativa CORRETA:

- a) A goma de mascar de nicotina é indicada para o tratamento do tabagismo em gestantes
- b) É recomendado evitar o uso de café, suco ou refrigerante imediatamente antes ou depois de utilizar a goma de mascar de nicotina
- c) Recomenda-se mastigação rápida da goma de nicotina para facilitar a absorção
- d) Nenhuma está correta



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.

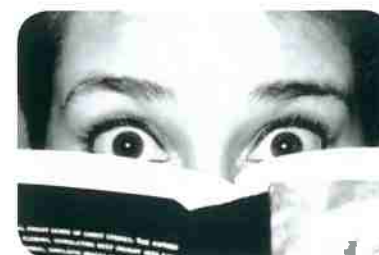
Tópicos

1. Por que tratar dependentes químicos?
2. Como definir psicoterapia?
3. A aliança (vínculo) terapêutica
4. Como saber se uma psicoterapia está caminhando na direção certa?

POR QUE TRATAR DEPENDENTES QUÍMICOS?

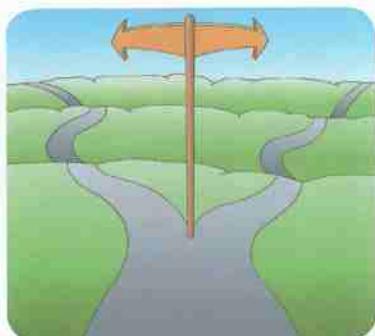
Muitos profissionais de saúde pensam que não vale a pena investir na identificação, abordagem e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, acreditando que estes seriam arrogantes, negadores, desafiadores e pouco cooperativos. Na verdade, como em qualquer modalidade de tratamento, há indicações, contraindicações, 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”



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.



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 autoajuda.
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.

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo	Características e Pressupostos	Vantagens	Desvantagens	Indicações
12 passos (AA, AI-Anon, AI-A-Teen, NA, DQA)	Não médico (leigo); Grupo de autoajuda; Utiliza o conceito de doença irreversível.	Custo baixo; Muito acessível; Apoio grupal por dependentes já recuperados.	Conceito moral; Grupo como única modalidade de tratamento	Dependentes com baixa autoestima; 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; Inclui 3 princípios: colaboração, evocação da motivação e autonomia do paciente.	Não gera resistências e sim busca contorná-las; É abrangente; Aborda ambivalências. Proporciona mudança na fala e intenção do paciente.	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 "alcooolismo"); 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 autoconfiança; 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 codependência.	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 autoconhecimento 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; Contraindicada 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.

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. O prejuízo da função que regula o controle dos afetos e do impulso e a manutenção da autoestima é igualmente importante na patogênese da drogadição.

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.

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:

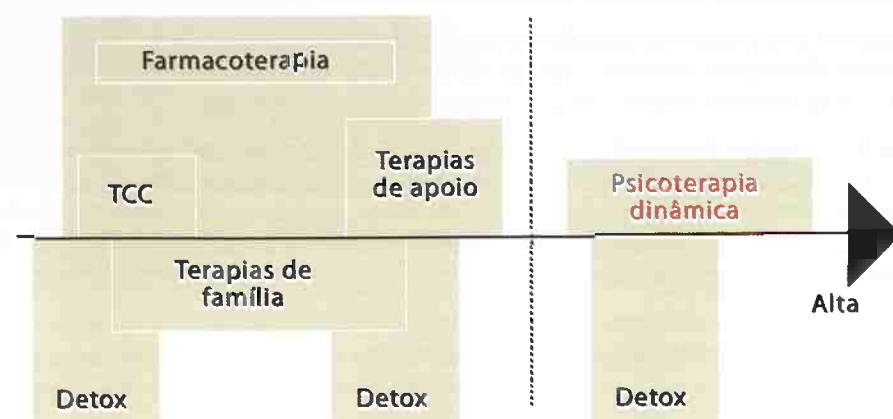
- Livre expressão dos sentimentos, por parte do paciente para o terapeuta, e compreensão sem preconceitos por parte de ambos;
- Privilégio do processo de escuta a partir da atenção, compreensão e simpatia;
- Aceitação inicial dos mecanismos de defesa que o paciente utiliza, porque uma abordagem precoce 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.



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.



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. O objetivo da terapia psicodinâmica é mudar a necessidade de substâncias para a necessidade de pessoas, as quais incluem o terapeuta.
- **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. O uso pesado de múltiplas drogas foi diretamente relacionado à incapacidade de pessoas dependentes de substâncias de tolerar e regular a proximidade interpessoal.

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.



- **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.



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.

BIBLIOGRAFIA

Apodaca T, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*. 2009;104(5):705-15.

Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatr*. 1985;42:1259-64.

Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(6):602-11.

Martins R, McNeil D. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(4):283-93.

Murphy SL, Khantzian EJ. Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton AD, editor. *Psychotherapy and substance abuse*. Nova York: Guilford Press; 1995. p.161-75.

Woody GE. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *Am J Addict*. 2003;12:S19-S26.

Zimberg S. Principles of alcoholism psychotherapy. In Zimberg S, Wallace J, Blume SB, editors. *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press; 1978. p.3-18.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

1. Devem ser habilidades do terapeuta que trata dependência química, EXCETO:
 - a) Lidar com as frustrações próprias ao tratamento de uma doença crônica
 - b) Conhecer um pouco de psicofarmacoterapia
 - c) Ter certa dose de objetividade e persistência no tratamento
 - d) Aplicar exclusivamente técnicas de entrevista motivacional



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

1. Um pouco de história
2. Características
3. Filosofia
4. Profissionais
5. Centros de Tratamento
6. 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 autoajuda 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 autoajuda têm grupos paralelos e similares para os amigos e familiares do dependente e utilizam, para identificar o tipo de grupo, nomes como Al-Anon para AA e Nar-Anon para NA.



CARACTERÍSTICAS

Os grupos de autoajuda, 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 autossustentáveis**. 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 autoajuda 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 autoajuda 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 de necessidades.

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 admitíamos 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.



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 autoajuda?

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 autoajuda, há uma resistência ao uso de qualquer substância psicoativa. Assim, pacientes de profissionais que prescrevem essas substâncias, frequentemente, se sentem marginalizados nesses grupos.
- Membros de grupos de autoajuda 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 frequentem os grupos de AA.

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 autoajuda. 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 autoajuda, 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.



BIBLIOGRAFIA

- Alcoholics Anonymous. Os doze passos e as doze tradições. São Paulo: JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil; 1952.
- Alcoholics Anonymous. A newsletter for professionals – about AA. 1998 membership survey: a snapshot of AA membership. New York: Alcoholics Anonymous; 1999.
- Alcoholics Anonymous. The forty-ninth annual meeting of the General Service Conference of Alcoholics Anonymous, 1999 final report. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.; 1999.
- Alcoólicos Anônimos. Informação pública [sítio na internet]. São Paulo: Alcoólicos Anônimos. Área Estado de São Paulo; c2011 [citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <<http://www.aa-areasp.org.br/portal/>>.
- Darrah MC. Sister Ignatia – angel of Alcoholics Anonymous. Chicago: Loyola University Press; 1992.
- Hart KE. A spiritual interpretation of the 12-Steps of Alcoholics Anonymous: from resentment, to forgiveness to love. J Ministry Addict Recovery. 1999;6(2):25-39.
- Hazelden Foundation. The Voice: Summer 2000. Center City: Hazelden Foundation; 2000.
- Kurt E. Not-God, a history of Alcoholics Anonymous. Minnesota: Hazelden; 1979.
- Narcotics Anonymous World Service, Fellowship Services, Jeff Gershoff, JeffG@na.org e Escritório Central de NA (11) 5594-5657. Informação de janeiro, 2001
- Narcotics Anonymous. 2000 Conference agenda report. World Service Conference of Narcotics Anonymous, [text on the internet]; 2000; Woodland Hills, 30 April-6 May [Cited 2011 Nov 28]. Disponível em: <<http://66.6.216.39/admin/include/spaw2/uploads/pdf/conference/CAR/CAR2000.pdf>>.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA Report Project MATCH Main Findings, 1996. Washington. NIH; 1996.
- Robertson N. Getting better: inside Alcoholics Anonymous. New York: William Morrow; 1988.
- The National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research based guide. Washington: NIH; 1999.
- Vaillant GE. The natural history of alcoholism revisited. Cambridge: Harvard University Press; 1995.
- Wyngaarden, JB, Smith Jr LH, Bennett JC, Plum F, editors. Cecil textbook of medicine, 18th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1988.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

- Assinale se as seguintes afirmativas são V (Verdadeiro) ou F (Falso) em relação às organizações de ajuda-mútua ou auto-ajuda:
 - ☐ a) 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 autossustentáveis.
 - ☐ b) Existem grupos paralelos e similares para os amigos e familiares do dependente
 - ☐ c) Seus membros criam entre si laços emocionais que podem levá-los a fanatismo ou a rejeitar ajuda fora do âmbito do grupo
 - ☐ d) Se baseiam em princípios similares aos do AA



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. Concepção da Pessoa
3. Concepção do Transtorno
4. Concepção da Recuperação
5. Comunidade Terapêutica

MOVIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CT)

Um pouco de história...

Na segunda década do século XX foi fundada uma organização religiosa, grupo de Oxford (por vezes chamado de "movimento"), por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. Em seu primeiro nome, First Century Christian Fellowship, transmitia sua mensagem essencial – um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja cristã. A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. Os transtornos mentais e o alcoolismo, embora não fossem o foco principal, eram contemplados pelas preocupações do movimento, porque eram sinais de destruição espiritual.

Parte das ideias e práticas incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, a reparação e o trabalho conjunto (RAY, 1999; WILSON, 1957).

Em 1935 em Akron, Ohio, foi fundada a irmandade Alcoólicos Anônimos (AA) por dois dependentes de álcool em recuperação, Bill Wilson, corretor de Nova York, e o médico Bob Smith.

A influência do grupo Oxford e a irmandade AA se associa a pessoas específicas. No final de 1934, Ebby T., um dos convertidos pelo grupo de Oxford, tentou ajudar Bill W., um antigo amigo que bebia, falando de religião e das ideias do grupo Oxford. Mas, Bill W. passou por um verdadeiro despertar espiritual para manter a sobriedade só após uma hospitalização por desidratação, ao que parece influenciado pelo livro de Williams James, Variedades da Experiência Religiosa.

Numa posterior viagem de negócios a Akron, Bill W. sentiu um forte desejo de beber e, Henrietta Sieberling, associada ao grupo de Oxford, indicou a Bill W. o nome de Bob S., outro dependente de álcool. A conversa entre os dois homens foi um momento fundador para a irmandade de AA, pois a troca de experiências mútua desencadeou a própria missão de ajudar outros dependentes de álcool.

Entre os princípios de AA diretamente provenientes do grupo de Oxford estão a noção de confessar-se aos outros, reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença ao grupo. Mas, na irmandade de AA, o membro individual pode envolver-se privadamente com seu próprio conceito de poder superior, ao passo que o membro do Oxford se relacionava especificamente com o Deus Cristão. Mas há, nas duas orientações, a ênfase num poder superior ao eu como a fonte espiritual de mudança pessoal.

No campo psiquiátrico acontecia uma outra revolução: a experiência da comunidade terapêutica democrática para distúrbios mentais.

A CT psiquiátrica prototípica foi primeiramente desenvolvida na unidade de reabilitação social do Belmont Hospital (mais tarde chamado de Henderson) na Inglaterra na metade da década de 1940. Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros. Maxwell Jones e seus colegas (RAPAPORT, 1960; SALASNCK e AMINI, 1971) esboçaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica. Abaixo breve resumo dessas características (adaptado por KENNARD, 1983):

- Considerava-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico
- A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento
- Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição
- Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos
- A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos
- Atribui-se um alto valor à comunicação
- O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade
- Usam-se técnicas educativas e a pressão para propósitos construtivos
- A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes

A natureza terapêutica do ambiente total (motivação geral das CTs de Maxwell Jones), é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento de substâncias psicoativas que surgiria mais tarde.

Em agosto de 1959, em Santa Monica, na Califórnia, a força fundadora da Synanon (primeira Comunidade Terapêutica) foi Charles (Chuck) Dederich, um dependente de álcool em recuperação que uniu suas experiências de AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas a fim de lançar e desenvolver o programa da Synanon.

As influências de AA sobre a Synanon foram fundamentais: as 2 organizações seguiam a premissa da recuperação por meio da autoajuda, a crença de que a capacidade de mudança e recuperação estão no indivíduo, e de que a sobriedade ocorre, primordialmente, por meio de relacionamentos terapêuticos com outros indivíduos em situações similares (ANGLIN, NUGENT e NG, 1976).

As diferenças vitais na CT Synanon, que tanto a distingue da irmandade de AA são os aspectos relativos ao ambiente residencial do programa (incluindo-se todas as atividades da vida cotidiana, do trabalho, dos relacionamentos e da recreação, além de grupos terapêuticos e reuniões comunitárias), à sua estrutura organizacional (organização hierárquica de alto grau de estruturação), ao perfil dos participantes (mudança do atendimento exclusivo aos dependentes de álcool para a inclusão de dependentes de opiáceos e de usuários abusivos de todos os tipos de substâncias), bem como às suas

metas (mudança psicológica e de estilo de vida), à sua filosofia e à sua orientação psicológica (o poder da mudança reside essencialmente na pessoa, sendo estimulado por sua plena participação na comunidade dos pares). Os grupos semanais de “livre associação” refletiam parte das influências psicanalíticas a que estiveram sujeitos Dederich e os primeiros participantes da Comunidade Terapêutica.

O objetivo do processo grupal era ajudar a pessoa a desvelar e alterar comportamentos e atitudes características associadas à dependência de substâncias psicoativas. A interação grupal é utilizada para elevar a autoconsciência individual desses aspectos negativos da personalidade por meio de seu impacto nas outras pessoas, sendo a persuasão grupal um recurso destinado a levar à total honestidade pessoal, à completa autoexposição e ao compromisso absoluto com a mudança de si mesmo.

A CT Synanon herdou elementos morais e espirituais do grupo de Oxford e AA (parte dos 12 Passos e 12 Tradições). Integrou a esses elementos outras influências social, psicológicas e filosóficas da época (por exemplo, o existencialismo e psicanálise), tudo com o objetivo não só de manter a sobriedade, como também de mudar a personalidade e os estilos de vida. Num ambiente residencial de 24 horas, os indivíduos ficavam afastados dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais da comunidade mais ampla que poderiam influenciar seu uso de substâncias.

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.

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.

A maioria dos programas que seguiram a Synanon foi desenvolvido com a ajuda e participação de líderes cívicos, de membros do clero, de políticos e de profissionais de saúde e assistência social.

Embora os dependentes de álcool e outras drogas tenham sido os pioneiros no tratamento da dependência de substâncias psicoativas em CTs, a evolução recente desta abordagem apresenta significativa influência da educação, medicina, direito, religião e ciências sociais. Os programas exibem diferenças de linguagem (por exemplo, termos psicológicos) de serviços especiais (por exemplo, grupos familiares) e de variedade de temas terapêuticos e sociais abordados (por exemplo, questões de violência doméstica, abuso sexual, de gênero e de cunho cultural).

As gerações subsequentes de CTs conservaram muito dos elementos do protótipo da Synanon, porém várias influências intervenientes levaram a algumas alterações que se evidenciaram de imediato, outras foram evoluções mais graduais.

Abaixo serão citados os principais desenvolvimentos das CTs contemporâneas comparadas ao protótipo da Synanon (DE LEON, 2003).

- Passagem de uma permanência indefinida na mesma comunidade residencial a uma duração planejada de permanência residencial orientada por um plano e um protocolo de tratamento
- Retirada da ênfase em líderes carismáticos e aumento da importância da liderança pelos pares, dos funcionários em geral como modelos e das decisões tomadas por várias pessoas
- Inclusão de uma crescente proporção de funcionários não recuperados em funções clínicas e administrativas primárias, advindos de variados campos disciplinares
- Desenvolvimento de serviços de atendimento pós-tratamento para quem termina a fase residencial
- Reintegração dos princípios e tradições dos 12 Passos da irmandade de AA no protocolo de tratamento de muitas CTs residenciais

- Gradual aproximação entre modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT de tratamento da dependência de substâncias psicoativas
- Adaptação da CT a populações especiais e a ambientes especiais, como instalações de saúde mental e instituições para autores de atos infracionais dependentes de substâncias psicoativas
- Desenvolvimento de uma base de conhecimentos de pesquisa e de avaliação por equipes de pesquisa independentes e baseadas em programas específicos
- Codificação de requisitos de competência para a formação e certificação de funcionários e para o credenciamento de programas
- Desenvolvimento de organizações de CTs nos níveis regional, nacional e internacional
- Promulgação e disseminação mundiais das CTs de tratamento da dependência de substâncias psicoativas por meio da formação, desenvolvimento de programas, assistência técnica e pesquisa

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.



Resumidamente apresentaremos um enquadramento teórico unificador que apresenta a CT de tratamento de substâncias psicoativas:

- Defini-se a CT como uma abordagem de auto ajuda – ainda que autenticamente social e psicológica. O termo “terapêutico” denota as metas sociais e psicológicas da CT, a saber, alterar o estilo de vida e a identidade do indivíduo. O termo “comunidade” denota o método – ou abordagem – primário empregado para alcançar a meta da mudança individual. A comunidade é usada com vistas a curar emocionalmente os indivíduos e educá-los nos comportamentos, atitudes e valores de uma vida saudável.

- Identifica os elementos essenciais da abordagem da CT como um conjunto de conceitos, crenças, pressupostos, práticas clínicas e educacionais e componentes de programa comuns a programas de CT. Esses elementos essenciais consistem em 3 componentes: perspectiva (que descreve como a CT concebe o transtorno do abuso e dependência de SPA); o modelo (apresenta o que é a CT como programa de tratamento, sua estrutura, organização social e rotina diária de atividades – aspectos que se baseiam na perspectiva) e o método (indivíduos são instruídos a usar a comunidade de pares para aprender sobre si mesmos).
- Relaciona os 3 componentes principais: perspectiva, modelo e método com o processo de mudança. Todos os elementos da CT estão voltados para facilitar mudanças individuais de estilo de vida e de identidade. A maneira como essas mudanças acontecem reflete a interação do indivíduo com a comunidade e a internalização dos ensinamentos que esta oferece.

No Brasil, em 30 de maio de 2001, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 101/01 que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, segundo Modelo Psicossocial.

Em 30 de junho de 2011 A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária adotou a Resolução Nº 29 que revogou a RDC 101/01 e dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Isto se baseou na atribuição a ela conferida pelo inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, considerando também o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 30 de junho de 2011.

No Estado de São Paulo, as Comunidades Terapêuticas além de seguir a RDC 29/11 devem seguir o Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo, que foi elaborado sob a coordenação do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas. Este documento tem a intenção de melhorar a qualidade do atendimento prestado, reduzindo os agravos à saúde aos quais estes usuários estão expostos; promover mudanças de práticas e padronizar as rotinas de serviços com a implementação de medidas mais eficazes e humanizadas. Segundo pesquisa realizada em 2006 pela Universidade de Brasília (UNB) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cerca de 80% dos tratamentos de dependência são feitos pelas comunidades terapêuticas.

DICA

Se você for encaminhar familiares ou dependentes de álcool e outras drogas para abordagem COMUNIDADE TERAPÊUTICA certifique-se que a CT seja filiada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT) e cumpra a RDC 29/11.

CONCEPÇÃO DA PESSOA

O centro do transtorno do abuso e dependência de SPA é a “pessoa como ser social e psicológico” – o modo como os indivíduos se comportam, pensam, administram emoções, interagem e se comunicam com os outros, bem como sua maneira de perceber e de vivenciar a si mesmos e o mundo. É nesta perspectiva que a Comunidade Terapêutica atua.

Os residentes de CTs demonstram uma variedade de características cognitivas associadas a seus problemas, como também, faltam a muito deles capacidades educacionais, vocacionais, sociais e interpessoais, e um número crescente revela claras deficiências de aprendizagem.

Nos residentes de CTs é quase universal a presença de uma percepção negativa de si mesmos: têm problemas com a maneira como veem a si mesmos e como membros da sociedade.

Apresentam também dificuldades de vivência, de comunicação emocional e poucas fronteiras comportamentais em suas reações emocionais. Suas carências em termos de autoadministração emocional está associada ao seu comportamento social, indutor de derrotismo.

Comportamentos e atitudes problemáticas que perturbam suas relações pessoais com outras pessoas ou com o mundo em geral, estão muito presentes nos residentes da CT e as características sociais que a CT busca tratar são o sentido de direitos, a irresponsabilidade e a falta de confiança.

Diante de um confronto ou de um questionamento da parte de membros da família, amigos, autoridades etc, é comum, o residente recorrer a formas conscientes e inconscientes de enganar os outros e a si mesmos. São habilidosos em encontrar meios para beneficiar seus próprios desejos imediatos.

Alguns dos residentes de CT têm um histórico de problemas com a justiça. O grau e a gravidade desses problemas revelam o ponto até o qual o indivíduo está imerso num estilo de vida antissocial. Alguns residentes tinham um comportamento e uma perspectiva antissociais antes de se envolverem seriamente com drogas. Já outros, começaram a ter problemas com a justiça depois de iniciado o uso contínuo de drogas. Um grupo menor de residentes é formado por indivíduos bem socializados, mas que tiveram prejudicados ou perderam um estilo de vida pró-social devido ao uso de drogas.

CONCEPÇÃO DO TRANSTORNO

A concepção do transtorno, que os profissionais da Comunidade Terapêutica tem no contexto atual, é que é um quadro de disfunção e perturbação que afeta a pessoa inteira e que vai além do abuso, dependência de SPA. Diante de tal complexidade é fundamental que no tratamento haja uma compreensão biomédica, social e psicológica da dependência de substâncias psicoativas.

O indivíduo avaliado por uma triagem, como preconiza a RDC 29/11, e recebe como indicação o tratamento na CT apresenta:

- Risco para saúde;
- Crises sociais;
- Uso de SPA está ou esteve há pouco tempo fora de controle;
- Pouca ou nenhuma capacidade de manter a abstinência por si só;
- Redução da função social e interpessoal;
- Uso que faz de droga é parte de um estilo de vida socialmente excludente ou degenerou num tal estilo.

Para a equipe de tratamento, a droga de escolha ou o padrão de uso não são mais importantes do que o comportamento, atitudes, valores e o estilo de vida do usuário abusivo de SPA, porque este uso/abuso é um sintoma e não a essência do transtorno.

Poderiam ser citados vários motivos que levam as pessoas a fazer uso abusivo de SPA, porém, os próprios usuários negam ou não aceitam sua própria contribuição para os problemas que têm, da mesma maneira como não reconhecem de modo pleno o potencial que têm para chegar a soluções. Os indivíduos apresentam incapacidade de assumir responsabilidade por suas decisões e ações. Os usuários abusivos de SPA sofrem uma redução da capacidade de tomar decisões responsáveis, para não falar do compromisso com a mudança de estilo de vida e com a sobriedade.

Grande parte das pessoas que recebem indicação de tratamento na CT apresenta um duplo transtorno – um diagnóstico psiquiátrico e o abuso de SPA. Para a CT a presença de duplos transtornos (abuso de SPA e depressão, ansiedade, diagnóstico pós-traumáticos, transtornos antissociais) acentua a validade de se tratar a pessoa inteira.

CONCEPÇÃO DA RECUPERAÇÃO

Para os funcionários e residentes de CTs, o processo de recuperação começa quando os indivíduos aceitam a responsabilidade por suas ações e passam a responder por seu próprio comportamento, seja qual for a etiologia do uso abusivo de SPA, isso porque a recuperação é considerada uma mudança de estilo de vida e de identidade e vai além de conseguir ou manter a abstinência. Essas mudanças fazem parte de um processo evolutivo de aprendizagem social que ocorre por meio da autoajuda mútua num contexto social.

Alguns residentes em CTs têm em sua história de vida boa capacidade educacional, vocacional, vínculos familiares e comunitários saudáveis, mas seu abuso de SPA comprometeu esse estilo de vida pró-social. Nestes casos a recuperação envolve a reabilitação, reaprendizagem ou restabelecimento da capacidade de manter um estilo de vida saudável, bem como a recuperação da saúde física e emocional.

Outros residentes não chegaram a adquirir estilos de vida funcionais por estarem inseridos num contexto mais amplo de disfunções biopsicossocial e espiritual, com déficits sociais em educação, emprego e capacidades sociais. Nestes casos a recuperação envolve a habilitação ou a aprendizagem, pela primeira vez, de capacidades, atitudes e valores comportamentais associados à vida socializada.

No tratamento é importante considerar a realidade da recaída e sua profunda importância no desenvolvimento do processo da recuperação. A recaída pode referir-se a um incidente único, discreto (isto é, "deslize"), a um período temporário de alta frequência de uso (isto é, "compulsivo") ou a um retorno completo aos níveis de uso antes do tratamento. Pode não significar, necessariamente, uma total regressão no processo de recuperação e pode oferecer oportunidades de aprendizagem se for feita uma revisão profunda das circunstâncias, dos elementos desencadeadores, dos antecedentes etc. Na perspectiva de aprendizagem, a recaída é um elemento integral da recuperação. O tratamento e a recuperação não são necessariamente a mesma coisa. O tratamento é só uma contribuição para o processo de recuperação. As mudanças de estilo de vida que começam na CT têm de ser mantidas depois que as pessoas terminam os estágios do tratamento para que a prática diária dessas mudanças evolua na direção de um estilo de vida e de identidade transformados.

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.

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 autoiniciativa 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 autoajuda permanente onde os componentes interagem a todo o momento. É necessário considerar:

- Número de residentes;
- Suas experiências;
- Idade;
- Classe sócioeconômica 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.



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 pode ter permanecido 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 autoajuda, 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.

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 etc). 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 (microsociedade) deve ser muito similar à sociedade de origem, para que o indivíduo possa experienciar 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.

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 poderá, 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 trabalhar na cozinha e recebe 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 da equipe 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.

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 que fiscalizem o trabalho das próprias 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.

Lembre-se: ao indicar uma COMUNIDADE TERAPÊUTICA certifique-se que a CT é filiada a FEBRACT e cumpre as exigências de funcionamento da RDC 29/11.

BIBLIOGRAFIA

- FEBRAC. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas: calendário de cursos [texto na internet]. Campinas: FEBRAC; [Citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/cursos.htm>>.
- FEBRAC. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas: Histórico [texto na internet]. Campinas: FEBRAC; c1998 [Citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/historico.htm>>.
- FEBRAC. I Encontro latino-americano de Comunidades Terapêuticas. [texto na internet]. Campinas: FEBRAC; c1998 [Citado 2011 Nov 28]. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/historico.htm>>
- Goti E. La Comunidad terapéutica: un desafío a la droga. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000.
- Kalina E, Kovadloff S. Drogadição: indivíduo, família e sociedade. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1980.
- Knaap P, Bertolote JM. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- Leon GD. A Comunidade terapêutica. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
- Manual do Curso de Formação de Operadores de Comunidades Terapêuticas Italianas. Federação de Comunidades Terapêuticas.
- Manual do Curso de Formação de Operadores de Comunidades Terapêuticas do Daytop Village - Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- Osório LC. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- Rahm H. Doze Passos para os Cristãos. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento



- Assinale se as afirmativas são V (Verdadeiro) ou F (Falso) em relação às comunidades terapêuticas (CT):
 - Entre os princípios compartilhados com os de grupos de autoajuda destaca-se a crença em um poder superior como fonte espiritual de mudança pessoal.
 - Não consideram importante confessar-se aos outros, reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença ao grupo, como é sugerido pelos AA.
 - Acreditam que recuperação ocorre por meio da autoajuda, a crença de que a capacidade de mudança e recuperação estão no indivíduo, e de que a sobriedade ocorre, primordialmente, por meio de relacionamentos terapêuticos com outros indivíduos em situações similares
 - Assumem que a perspectiva, o modelo e o método são os três elementos essenciais do processo de mudança.
 - O centro do transtorno do abuso e dependência de SPA é a "pessoa como ser social e psicológico" – o modo como o indivíduo se comporta, pensa, administra emoções, bem como sua maneira de perceber e de vivenciar a si mesmo e o mundo

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

POR QUE TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA?

Terapia (do grego *θεραπεία*): 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.

Sistêmica considera que as dificuldades estão relacionadas com o contexto e as interações sociais. Os indivíduos pertencem a uma rede relacional capaz de autorregulação, protagonismo e crescimento.

Integrativa diz respeito tanto à luta contra o isolamento e a exclusão quanto à valorização da diversidade das culturas, do saber fazer e das competências. A cultura é vista como um recurso que nos permite somar e multiplicar nosso potencial de crescimento e nossas capacidades em resolver nossos problemas sociais. Por exemplo, durante uma roda de TC podem surgir canções, poemas, danças, provérbios e ditados populares trazidos pelos participantes, enriquecendo a TC pela diversidade de códigos de expressão.



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.

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 corresponsáveis, 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:

- Acolher e refletir o sofrimento do cotidiano gerado por situações estressantes e fazer encaminhamentos se necessário.
- Criar espaços de partilha destes sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde destas populações.
- Prevenir, promover a saúde (atitude positiva) em espaços coletivos, e não combater a patologia (atitude negativa) individualmente.
- Reforçar a dinâmica interna (ou funcionamento interno) de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais independente.
- Reforçar a autoestima individual e coletiva.
- Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
- Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
- Promover, em cada pessoa, família e grupo social, um sentimento de união e de identificação com seus valores culturais.
- Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, pela restauração e fortalecimento dos laços sociais.
- Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do "saber fazer" e guardiãs da identidade cultural.
- Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do "saber popular" e "saber científico".
- 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.
- A TC tem se tornado um espaço de interconexão das diversas redes de apoio não governamentais - AA, NA, ALANON, pastoral das diversas igrejas e governamentais - CAPS, escolas, justiça... Recursos que precisam ser reconhecidos e valorizados em todo programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.

IMPORTANTE: A Terapia Comunitária permeia os múltiplos aspectos da construção social (econômico-educacional-político-saúde)

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).
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, "superrrígida" 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:

- 80 horas são dedicadas aos princípios teóricos;
- 80 horas às vivências terapêuticas, quando serão realizadas técnicas de relaxamento e autoconhecimento ;
- 80 horas de supervisão das rodas de TC, sistematização do trabalho, crescimento profissional e humano, qualidade de vida e o bem-estar da comunidade participante; e
- 120 horas dedicadas à realização de práticas em TC, dedicadas à realização de práticas em Terapias Comunitárias, equivalente à condução de quarenta e oito terapias (48), realizadas nas comunidades e/ou instituições;

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 ideias na terapia, mas promover ideias 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 COMUNITÁRIA

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

Em uma roda de TC, 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 falei 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.”

E assim, vão surgindo do grupo pistas, ideias, 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.**

A situação trazida pelo protagonista faz emergir situações semelhantes já vivenciadas e suas respectivas estratégias de superação. O que possibilita:

- Redimensionar sua dor, seu sofrimento e descobrir que a sua dor é semelhante a dor de muitos;
- Sair do sentimento de solidão e descobrir possibilidades de inserção;
- Evidenciar os recursos sócio culturais disponíveis na rede;
- Respeitar as diferenças aos múltiplos códigos de expressão;
- Aprender a pensar juntos e ampliar o repertório de possibilidades;
- Dar visibilidade e legitimar a competência das pessoas;
- Espaço de construção coletiva de forma participativa e democrática;
- Surgir soluções, estratégias inovadoras;
- Consolidar a rede de identificações que vai entrar em cena após a TC;
- Revitalizar a vida e fortalecer iniciativas de humanização já existentes.

IMPORTANTE!

A TC é pautada pela ética das relações a serviço dos valores da vida, igualdade, justiça e cidadania.

A importância das perguntas

Perguntas que favoreçam a reflexão de si e dos seus vínculos familiares, profissionais, comunitários.

Perguntas ligadas ao processo e não aos resultados.

Exemplo:

- O que mais doeu nessa perda?
- O que tem feito para superar?
- Que valores e crenças o tem ajudado?
- O que foi que a morte não destruiu daquele que partiu?

As perguntas possibilitam:

- Contextualizar, ou seja, compreender o significado do problema para a vida da pessoa, as relações, a visão de si mesma e perspectivas futura para superar preconceitos;
- Re-significar o vivenciado;
- Sair do aconselhamento, da culpa para a corresponsabilidade;
- Possibilita a responsabilidade relacional.

IMPORTANTE!

O sofrimento se acolhe com os recursos disponíveis. A medicalização do sofrimento pode trazer sérios prejuízos para a saúde do indivíduo e da comunidade.



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 católica, umbandista, ateu, espírita, curandeira, 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**.

No final de cada roda de TC o terapeuta pede para que se construa uma grande roda apoiados uns nos outros, materializando em gestos o que foi partilhado em palavras, gerando um sentimento de união e apoio em um mesmo movimento em busca do equilíbrio pautado num clima intimista e afetivo. Dirigindo-se ao grupo pede-se que expressem o que aprenderam naquela roda e o que estão levando consigo.

É uma forma de refletir sobre o significado transformador das partilhas.

Estes rituais de agregação é um momento de síntese humanizada onde os participantes se dirigem uns aos outros para expressar sua gratidão e admiração pela coragem e virtudes que emergiram das falas e pelo que puderam aprender. Terminada a terapia inicia-se a construção da rede de apoio social.

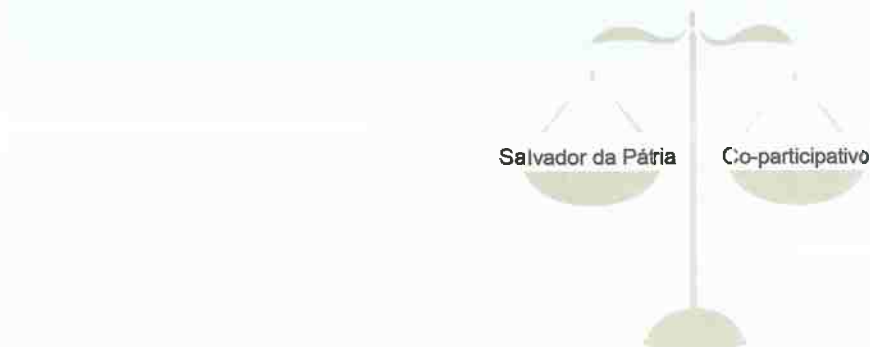
Quando uma pessoa decide falar de seu sofrimento, de suas angústias, não expressa apenas uma queixa ou informação verbal. Ela comunica, com suas lágrimas, sua voz embargada, seu silêncio, o sofrimento que quer apagar, a fragilidade que a habita, o temor que a domina. Por sua vez, o grupo que a escuta 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.

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 “salvador da pátria” X Modelo Coparticipativo



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.

II. O modelo CO-participativo da TC

Esse modelo se apoia 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 corresponsabilidade
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 sistêmica integrativa: 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 corresponsabilidade. 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 coautor das decisões e das políticas públicas.



CAPÍTULO 5: Terapia comunitária sistêmica integrativa: definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

BIBLIOGRAFIA

Almeida AMB. Perder para ganhar. Brasília: Koiononia, 2000.

Alves R. Conversas com quem gosta de ensinar. São Paulo: Artes Poéticas; 1995.

Boyer JP. O índio que vive em mim: o itinerário de um psiquiatra brasileiro. São Paulo: Terceira Margem; 2003.

Barreto MR. A Trajetória vocacional do terapeuta comunitário: um novo olhar social. [dissertação]. FAFIRE - PE /PUC / RS; 2001.

Freire P. Paulo Freire ao vivo. São Paulo: Loyola; 1983.

Grassano SM, Holzmann ME. Multifamílias: construção de redes de afeto. Curitiba: Integrada; 2002.

Rudiger D. A doença como símbolo: pequena enciclopédia psicossomática. Sintomas, significados, tratamentos e remissão. São Paulo: Cultrix; 1996.

Rudiger D. A doença como linguagem da alma. São Paulo: Cultrix; 2000.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

- Considerando os princípios da Terapia Comunitária, atribua V (Verdadeiro) ou F (Falso), para as alternativas abaixo:
 - () a) A Terapia Comunitária se baseia em pressupostos de acordo com os quais toda pessoa, qualquer que seja sua condição sócioeconômica ou cultural, mesmo que desconheça, possui recursos e saberes úteis aos outros
 - () b) As competências pessoais provêm das dificuldades superadas e dos recursos culturais
 - () c) As partilhas ocorrem de forma horizontal e circular, pois todos se encontram no mesmo patamar, uma vez que o que é valorizado é a variedade das experiências de vida
 - () d) A Terapia Comunitária se baseia na partilha de experiências tendo um terapeuta comunitário como facilitador que objetiva a valorização das histórias de vidas dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais



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

- Comorbidade
- Epidemiologia
- Presença de uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais
- Diagnósticos
- Tratamento

COMORBIDADE



Comorbidade pode ser definida como a coocorrência 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 frequente 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.

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 antissocial e 7%, esquizofrenia. A presença de depressão maior entre dependentes químicos varia de 30 a 50%.

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, uma vez que tanto pelo julgamento pobre quanto pela impulsividade associados com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ocorre um maior risco de dependência.

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 comorbidade 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 comorbidade psiquiátrica, revelou que 60% dos jovens com AOS tinham uma comorbidade, 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.

Em um estudo com 298 abusadores de cocaína que buscaram tratamento, 30,5% tiveram pelo menos um episódio de depressão maior na vida.

Indivíduos com transtorno depressivo maior associado com dependência de álcool e drogas tem um risco maior de suicídio.

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 comorbidade 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).

Em um estudo com 298 abusadores de cocaína que buscaram tratamento, 11,1% tiveram pelo menos um episódio de mania ou hipomania na vida.

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 antissocial (TPAS), em adultos jovens internados em um serviço psiquiátrico de hospital geral.

Esquizofrenia

Recentemente, um estudo de corte 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 comorbidade. 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 comorbidade 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.

DIAGNÓSTICO

Relevância Clínica

Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode aumentar ou mascarar o outro, intoxicação por abuso de álcool ou estimulantes, por exemplo, pode produzir sintomas de mania ou hipomania enquanto abstinência a substâncias, com frequência, se manifesta com sintomas de disforia e depressão. Não é fácil, no início, estabelecer diferenças entre a presença de comorbidade 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 comorbidade psiquiátrica. Em razão do elevado índice de comorbidade 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. Além disso, no sentido oposto, em programas de tratamento para abuso de substâncias foi encontrado que metade dos pacientes que apresentavam comorbidade psiquiátrica nunca havia recebido tratamento para este problema. 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.



Elementos do Diagnóstico Diferencial:

- Identificar as queixas isoladas e as síndromes incompletas;
- Observar a sequência 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 comorbidade 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 comórbidos, 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 comorbidade psiquiátrica tem um melhor resultado do que o tratamento sequencial 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 comorbidade 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 abstinente, 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.

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 comorbidade. Considerações específicas na escolha do agente farmacológico para o uso em pacientes com dependência de substâncias incluem: segurança, toxicidade e potencial de abuso. 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 comorbidade 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 autoajuda.
5. Apoio psiquiátrico para o controle de sintomas psicóticos, maníacos e depressivos, com ou sem risco de suicídio.



BIBLIOGRAFIA

- Bukstein O. Substance abuse in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medscape J Med*. 2008;10(1):24.
- 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.
- Flynn P, Brown B. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 34(1):36-47.
- Hersh DF, Modesto-Lowe V. Drug abuse and mood disorders. In: Henry BK, Bruce J, Rounsaville MD, editors. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker; 1998. p. 177-201.
- Hitzemann R. Animal models of psychiatric disorders and their relevance to alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2000;24(3):49-158.
- Kranzler HR, Mason B, Modesto-Lowe V. Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler HR, Rounsaville B, editors. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker; 1998. p. 107-36.
- Lotufo-Neto F, Gentil V. Alcoholism and phobic anxiety—a clinical-demographic comparison. *Addiction*. 1994;89(4):447-53.
- Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention*. New York: Guilford Press; 1985.
- Quello S, Brady K, Sonne S. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Pract Perspect*. 2005;3(1):13-21.
- Schuckit MA, Monteiro MG. Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Addiction*. 1988;83:1373-80.
- 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.
- Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Alcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):142-8.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

- Fazem parte da abordagem integrada proposta por Osher & Kofoed (1989) para pacientes comórbidos os seguintes itens, exceto:
 - Tratamento concomitante dos dois transtornos procurando evitar conflito entre as duas modalidades de tratamento
 - Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento
 - Convicção acerca da relação entre abuso de substâncias psicoativas e transtorno psiquiátrico
 - Tratamento da dependência em um serviço especializado em álcool e drogas e dos transtornos psiquiátricos associado em hospital psiquiátrico



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

- Conceito de Redução de Danos (RD)
- História da RD e formas de atuação
- Argumentos favoráveis e contrários à Redução de Danos
- 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)
- 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.





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.

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. O número de programas de Redução de Danos chegou a mais de cem 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).

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.

CAPÍTULO 7: Estratégias de Redução de Danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária

Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito

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 autorregulador e a responsabilidade de seus usuários, em suas relações com as drogas. Esses serviços objetivam assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania.

CAPÍTULO 7: Estratégias de Redução de Danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária

Marcelo Santos Cruz e Márcio Moreno Barbeito

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 consequências 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 consequências.

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 consequente 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:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de RD;
- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Oferecer atendimento, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- Oferecer condições para a desintoxicação ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados;
- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- 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;
- 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;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.



Se, por um lado, a criação dos CAPs-ad concretizou e vem nortando 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 microambiente 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.

BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 1-54.
- Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2ª edição revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 34.
- Cruz MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In: Cirino O, Medeiros R, organizadores. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 13-24.
- Delgado GP. Drogas: desafios da saúde pública. In: Acselrad G, org. Avessos do Prazer: drogas, Aids, e direitos humanos./ 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Fonseca EM. Política de Redução de Danos do uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar aos programas brasileiros [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- Marlatt GA. Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
- Nadelmann E, Mcneely J, Drucker E. International perspectives. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod LG, editors. Substance abuse: a comprehensive textbook, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 22-39.
- SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. Fórum Nacional sobre Drogas. Mimeo, 2004.



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 (Verdadeira) ou F (Falsa):
 - () a) 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.
 - () b) O modelo de CAPS é universal e pode ser aplicado exatamente da mesma forma em todos os municípios brasileiros
 - () c) 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 é um dos elementos fundamentais na construção dos CAPSad
 - () d) A proposta de RD é uma estratégia que compartilha outros programas a crença de que as drogas estão no lugar central do problema, sendo essencial portanto um eficiente combate ao tráfico.

VIVAVOZ

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 consequências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VivaVoz, pode ficar mais simples entender tudo isso.

O QUE É O VIVAVOZ?

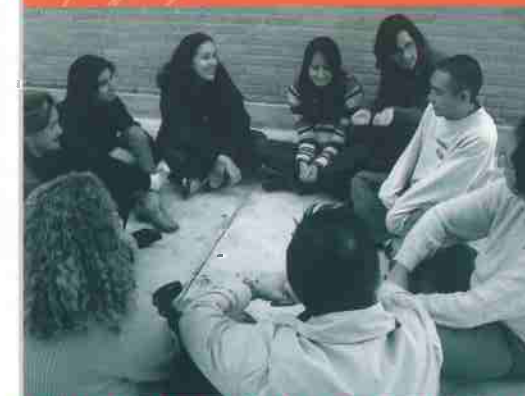
O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde
- Os profissionais indicam locais para tratamento
- Oferecem aconselhamento por meio de intervenção breve para pessoas que usam drogas e seus familiares
- Prestam informações científicas sobre drogas

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.

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

MÓDULO 7

A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

7 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD