

Pesquisa, Teoria e Metodologia

Tecnologia de abordagem para o cuidado ao usuário de drogas

Technology approach for care to the drug user

Ricardo Pinheiro Sanches¹

Maria Tereza Leopardi²

¹Mestre, Universidade do vale do Itajai (Univali), Itajai, SC - Brasil

²Professora Efetiva, Universidade do vale do Itajai (Univali), Itajai, SC - Brasil

RESUMO - Este artigo apresenta uma proposta de Tecnologia Social na forma de Protocolo de abordagem para o cuidado ao usuário de drogas – PIOPreD, que inclui quatro regiões terapêuticas: a) abordagem ao usuário, b) delimitação do prognóstico, c) Relação terapêutica e d) Recaída.

Palavras-chave: Tecnologia em Saúde; Usuários de Drogas; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT - This paper proposes a Social Technology in the form of protocol approach to care for the drug user - PIOPreD, which includes four therapeutic areas: a) approach to the user, b) definition of outcome, c) Therapeutic relationship and d) relapse.

Keywords: Health Technology; Drug Users; Comprehensive Health Care.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como propósito apresentar um exemplo da concepção de Tecnologia Social proposta pelo Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI. Nele é apresentado o modelo de Formulário para Registro deste tipo de Tecnologia. A ideia central deste modelo, é servir de parâmetro e protótipo de uma futura base de tecnologias sociais, que ficarão depositadas, a princípio num site da própria UNIVALI/PMSGT, que estabelecerá as regras de registro, ficando ditas tecnologias sociais disponíveis gratuitamente para utilização por parte da sociedade.

Neste formulário temos como partes essenciais:

- a. **Preâmbulo**, no qual se descreve sucintamente as características da Tecnologia Social proposta, sua origem, importância e qual problema de cunho social que pretende resolver;
- b. **Relatório descritivo**, no qual toda a série da proposta é apresentada na sequência em que deve ser utilizada, podendo aí ser incluído diagrama, fórmula ou desenhos da tecnologia;
- c. **Figuras**, para o caso de ser necessário o aprofundamento das explicações sobre o funcionamento e instruções de uso;
- d. **Reivindicações**, ou seja, porque se requer o registro da Tecnologia e sua característica de criação ou inovação.

Assim, apresentamos o resultado da Dissertação de Mestrado como Tecnologia Social, Tipo Protocolo, para a intervenção em casos de optantes pelo Programa de Redução de Danos do Sistema Único de Saúde.

2. FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO E REGISTRO DE TECNOLOGIA SOCIAL

2.1. Preâmbulo

Título do Estudo: Protocolo de intervenção em casos de optantes do Programa de Redução de danos (PIOPreD).

Proponentes: Ricardo Sanches Pinheiro; Doutora Maria Tereza Leopardi

Data de conclusão: Fevereiro de 2012

Produção tecnológica: Tipo Protocolo

Autor correspondente

Maria Tereza Leopardi

Universidade do Vale do Itajai, Centro de Ciências da Saúde.

Rua Uruguai, 458, Centro

CEP: 88302-202 - Itajai, SC - Brasil

Telefone: (47) 33417500

Email: mtl@soldasoft.com.br

Artigo encaminhado 24/05/2011

Aceito para publicação em 17/08/2012

2.2. Protocolo de Intervenção em casos de optantes do Programa de Redução de danos - PIOPReD.

A questão das drogas e as consequências do seu uso se faz presente no cotidiano da população com ou sem dependência por determinada substância, daí a necessidade de uma aproximação ainda maior com este universo em que vive o dependente de drogas.

Observamos que o despreparo e falta de cuidados com o usuário de drogas dependente é evidente no campo da saúde sem preocupação com o cuidado efetivo do usuário dependente e com a continuidade da atenção.

A exclusão social, marginalização e discriminação sofrida pelas pessoas dependentes de drogas são as condições que os colocam num grupo sem atenção de saúde, tanto por parte dos profissionais, que nem sempre estão preparados para assumir sua responsabilidade no cuidado, como por parte dos usuários de drogas, que não sabe quais serviços podem ajuda-lo em sua trajetória.

Neste contexto, parece que uma opção fortalecedora do cuidado é o apoio aos profissionais, por meio de diretrizes básicas de atendimento, com uma perspectiva clara sobre o que fazer. Com intenção de oferecer uma proposta mais acolhedora e humanitária, oferecemos aos profissionais que atendem usuários de drogas uma proposição de desenvolvimento de cuidado, para tornar mais resolutiva a experiência da relação terapêutica, diferente do que tem sido.

Uma das tendências mais marcantes ainda é a resolução do problema vivido pelos usuários de drogas pelo tratamento hospitalar, com o que se pretende simplesmente suprimir o uso. Esta opção parece apostar na possibilidade de abstinência como único caminho para o usuário, sem que os profissionais possam 'assumir' com ele, seja qual for a sua decisão, se for adulto e tiver capacidade para a decisão.

Importante salientar que não se trata mais de problema do indivíduo, mas de Saúde Pública, dado que:

Pesquisa do CEBRID mostra que vem aumentando o uso de drogas lícitas e ilícitas entre estudantes de 1º e 2º grau, em 10 capitais brasileiras. Mostra também que 20% destes alunos já experimentaram algum tipo de droga. A análise da tendência de uso frequente evidencia que solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína são as 5 drogas mais consumidas na população referida¹.

A proposta deste estudo viabilizou um espaço para a discussão e planejamento de ações, baseada na vida de um usuário de drogas, com o objetivo de desmistificar, reconstruir e aperfeiçoar as metodologias usadas no atendimento e recuperação do drogadicto. Em outras palavras, a proposição deste trabalho norteia-se pela necessidade de novas formas de abordagem do usuário de drogas, sem ultrapassar os limites da lei e dos programas estabelecidos pelo Estado.

Muitas lutas e dificuldades estarão presentes no processo de tratamento, por conta do longo período em que o dependente e a família estarão envolvidos com tal questão. A dependência é tida pela Organização Mundial de Saúde como uma doença incurável, progressiva e de efeitos fatais, sendo assim, este tratamento será para a vida toda.

- **Incurável**, porque não existe remédio para a cura, pelo menos do ponto de vista científico e sim um conjunto de estratégias que dão suporte ao dependente que realmente quer se tratar.
- **Progressiva**, porque se começa com um consumo pequeno, muitas vezes recreativo que vai aumentando gradativamente por conta da tolerância do organismo diante este uso que passa não atingir os mesmos efeitos com as mesmas quantidades.
- **Efeitos fatais**, porque quando não se tira a própria vida por conta de uma overdose, a droga vai devastando o organismo do indivíduo e comprometendo seu funcionamento, além de poder matar quem está a sua volta, envolvendo familiares e até pessoas que não usam drogas. Exemplo disto são os graves acidentes de carro, a guerra do narcotráfico, brigas e a violência que a droga permite com seus efeitos que comprometem o comportamento do indivíduo.

Na busca por base técnica e teórica, observamos algumas propostas, como apresentaremos abaixo. De acordo com o Conselho Federal de Medicina², através de seu Protocolo de Assistência a usuários e dependentes de crack, preconiza-se

Internação para desintoxicação de cerca de 7 a 14 dias, drogas usadas comumente como opióides e tratamento das comorbidades constituem-se em medidas iniciais, devendo o paciente ter acesso à rede de tratamento ambulatorial bem como aos processos integrados.

Esta postura é congruente com o modelo médico curativista, embora não se possa descartar de todo sua importância. A situação, segundo Gonçalves e Tavares³, não é diferente entre enfermeiros das Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

No Guia para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS na América Latina e Caribe⁴, há preocupação com questões éticas importantes, tais como “confiabilidade”, “respeito às questões culturais” e “respeito ao paciente”. Neste texto há uma preocupação com aspectos mais amplos da assistência, com o que concordamos plenamente e evidenciamos no PIOPReD.

No Brasil, encontramos preocupações na Políticas de Saúde que pretendem investimentos na atenção integral de usuários de droga e álcool, nas seguintes proposições:

- Políticas setoriais de saúde e de assistência social;
- Rede de atenção: SUS (PSF, NASF, CAPS, HG), SUAS (CRAS, CREAS) e suas inter-relações;
- Conceito de droga e padrões de uso (intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência, abstinência);
- Epidemiologia do uso de drogas no Brasil e no mundo;
- Os principais quadros clínico-psicopatológicos decorrentes do uso das diversas drogas;
- Abordagens terapêuticas do usuário de crack e outras drogas: atenção integral;
- Abordagem dos familiares do usuário de crack;
- Redes de apoio social e reinserção social do usuário de drogas.

Encontramos ainda, no texto “Boas Práticas de Atenção ao Usuário de crack e cocaína”⁵, aspectos que incluem abordagem, vigilância, formas terapêuticas, porém não especificam as práticas propriamente ditas, porém, salientam os aspectos clínicos e sociais. Especificam três momentos: abordagem, portas de entrada e encaminhamentos.

Assim, entendemos que nossa proposta pode contribuir com o sistema de atenção ao usuário de drogas, incluindo dois aspectos que consideramos fundamentais, ou seja, o prognóstico e a recaída, afirmando, portanto, que o cuidado não termina com o encaminhamento, mas mantém-se durante toda a trajetória de vida do indivíduo em acompanhamento.

3. RELATÓRIO DESCRITIVO DO PIOPRED

O objeto desta Tecnologia Social é o acolhimento ao ser humano em uso de drogas de forma abusiva e indevida, chegando a trazer consequências muitas vezes irreversíveis, como o da contaminação no contato com doenças transmissíveis, ou perdas sócio-afetivas importantes. Prevê ainda o acolhimento da família e apoio em suas relações com o usuário de drogas.

Para o desenvolvimento de um Protocolo de abordagem trabalhamos com um estudo de caso, cujos informantes incluiu uma pessoa que se contaminou pelo vírus HIV, usuária dependente de drogas, que optou pela estratégia da Redução de Danos para melhor conseguir conviver com esta problemática.

Optamos por um protótipo de tecnologia de abordagem pelo profissional da saúde, através de um diagrama de procedimentos, para que ele possa orientar e dirigir o dependente a diferentes possibilidades de tratamento, com caminhos possíveis para a recuperação do sujeito para o exercício de sua cidadania. A Redução de Danos foi uma estratégia de saúde pública implantada e voltada a atender a crescente epidemia de AIDS no mundo e em nosso país, com intenção de conter-la, entre usuários de drogas, seus parceiros sexuais e rede de convívio.

A diminuição de usuários de drogas injetáveis é notável na saúde, em parte por conta da eficiência dos Programas Redução de Danos e pelas campanhas de prevenção à AIDS, porém houve uma substituição da maneira como usuários de drogas passaram a fazer uso da cocaína, passando a administrá-la não mais pela via injetável, mas sim na forma inalada e/ou fumada, conhecida como crack.

O usuário, ao se sentir acolhido, acaba por estabelecer um vínculo com aquele que lhe quer oferecer ajuda em suas necessidades, quando não há intenção de julgá-lo por sua escolha, mas sim mostrar-lhe as possibilidades e consequências que o uso de drogas traz, tentando evitar efeitos danosos à sua vida.

Muitos destes usuários de drogas assistidos pela Redução de Danos acabam por refletir sobre estas possibilidades e têm condições de rever o uso de drogas, adotando medidas que englobam desde a prevenção de doenças até a abstinência, entendendo que uma internação ou comprometimento com sua recuperação é o melhor caminho para restaurar algumas condições entendidas como perdidas.

A Redução de Danos, hoje, em parceria com os CAPS-AD, está entre a condição de abstinência total (única maneira por muito tempo vista como recuperação ao uso de drogas) e a condição de nunca experimentar droga alguma, mas atende especialmente pessoas que usam drogas e não querem deixar de usá-las, ou por não conseguir, ou por se sentirem bem na condição de usuário que é. A proposta deste protocolo dirige-se a estes indivíduos.

Como já abordado anteriormente, os protocolos encontrados sustentam as formas de tratamento medicamentoso e/ou psiquiátrico, embora Organizações de Saúde como a OPAS e OMS alertam para a necessidade de ampliar a atenção para dar conta de questões sociais e familiares, assim como manter vínculos terapêuticos apropriados. Desta forma, este protocolo que apresentamos, possui estas características, especialmente dois aspectos que consideramos fundamentais, ou seja, o prognóstico e a recaída, afirmando, portanto, que o cuidado não termina com o encaminhamento, mas mantém-se durante toda a trajetória de vida do indivíduo em acompanhamento.

3.1 PIOPRED

O diagrama abaixo consiste na sequência de ações necessárias aos cuidados interdisciplinares e integrais a serem oferecidos aos que frequentam o Programa de Redução de Danos ou àqueles que são encontrados por meio de busca ativa nas ruas de uma comunidade.

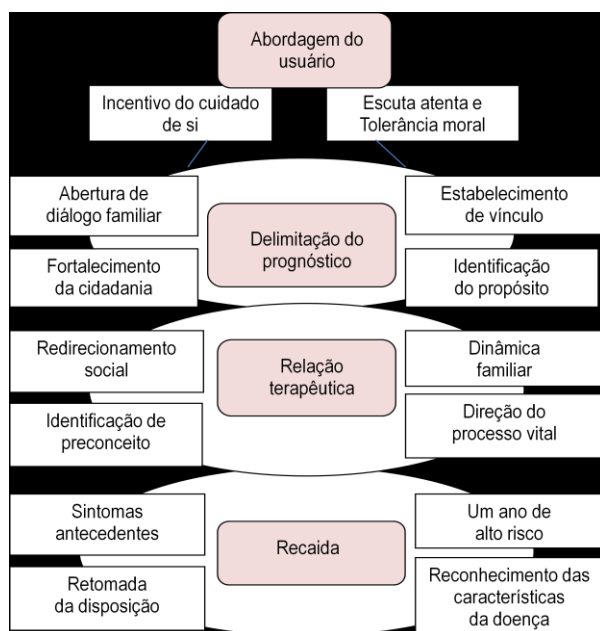


Diagrama do Protocolo de intervenção em casos de optantes do Programa de Redução de danos (PIOPRED).

Na proposta, consideram-se quatro regiões terapêuticas, às quais se associam princípios que indicam direções para a intervenção de forma articulada, podendo ter condução sucessiva ou concomitante, de acordo com as possibilidades encontradas quando a abordagem acontece.

O profissional deve ter em mente a manutenção do vínculo com um usuário por um longo período de tempo, incluindo sua família, o que, muitas vezes, exige encaminhamento aos outros participantes da Equipe multidisciplinar. O desenho permite ter uma visão global do processo e as possibilidades de investimento de acordo com as necessidades apresentadas. A seguir, retomaremos cada passo do Diagrama **PIOPRED**, explicando seu objetivo.

3.1.1 Primeira Região Terapêutica - Abordagem do Usuário

A abordagem de aproximação ao usuário e sua condição de uso começa com a **escuta atenta**, pois, para compreender sua trajetória de uso, é importante ouvir a pessoa, sem discurso repreensivo, para evitar que o usuário se afaste, tornando inviável qualquer tentativa de intervenção.

As estratégias de redução de danos se caracterizam pela **tolerância moral**, pois evitam o julgamento sobre os comportamentos relacionados ao uso da droga, assim como intervenções autoritárias e preconceituosas.

A interrupção do uso nem sempre é possível de imediato, nem a abstinência. Muitas pessoas continuarão a usar a droga, mesmo depois de um ou mais processos de tratamento. Nesse sentido, é preciso encontrar alternativas capazes de reduzir os prejuízos associados a este consumo.

Uma via de redução dos danos é **incentivo ao cuidado de si**, sem que a condição para isso seja a interrupção total do uso da droga, como estratégia central das ações de Redução de Danos à saúde do usuário. Ao reduzirem os problemas associados com o uso de drogas no âmbito social, econômico e de saúde, estas estratégias beneficiam o usuário, seus familiares e a própria comunidade. O cuidado de si implica em consciência de sua condição e da trajetória previsível de seu processo vital, sem o que a pessoa não encontra motivação para mudanças de comportamento, ainda que sejam para seu próprio benefício.

O cuidado de si é um compromisso que o usuário de droga assume consigo mesmo, sem necessidade de controle direto, ainda que exija alguma supervisão, pois é uma aprendizagem que vai sendo incorporada aos poucos, quando a pessoa aprende a incluir entre seus afazeres a atenção com seu corpo, suas coisas, seu espaço na família, o que permitirá parâmetros de relacionamentos mais saudáveis.

Ao perceber que está tendo alguns benefícios com as alternativas propostas por esta estratégia o usuário tende a ouvir mais aquilo que a Redução de Danos tem a lhe oferecer e, assim, há mais chance de aderir a algum tipo de tratamento.

O esforço é pela preservação da vida, disponibilizada como oportunidade ao usuário, seja nas ruas, ou no contexto de uso da droga, ao evitar a exposição a outras situações de risco e aproximar o usuário das instituições de saúde, abrindo a possibilidade de ele pedir ajuda quando necessário, quando achar conveniente e ou quando se sentir preparado. Além disso, permite que o serviço de saúde possa acompanhá-lo de forma mais próxima, sem ser impositiva.

3.1.2 Segunda Região Terapêutica - Relação Terapêutica

O **vínculo** é a premissa de todo processo, pois ganhar a confiança de alguém numa **relação terapêutica** é fundamental para uma possibilidade de sucesso. Muitas vezes, o usuário de drogas está cansado de ouvir as mesmas coisas sobre seu problema, cansado de ouvir soluções apresentadas por pessoas que não sabem o que ele vive e como se deu sua trajetória, até o ponto em que chegou.

A relação terapêutica com o usuário dependente da droga no Programa de Redução de Danos do SUS tem como premissa o vínculo estabelecido nas ruas, nos primeiros contatos estabelecidos, pois sem isto, o usuário provavelmente não chegaria a procurar o serviço de saúde. Esta busca voluntária ocorre em geral, conforme nossa experiência de trabalho, quando tem algum problema grave de saúde, ou muita dificuldade para sobrevivência, como morador de rua, ou ainda quando procurado pela polícia e ou traficantes, querendo cobrar dívidas deixadas pelas drogas usadas. Quando a pessoa chega a este ponto, já abandonou sua família e não encontra razões para aproximar-se dela.

Como veremos a seguir, esta circunstância demanda necessariamente uma aproximação com a família do usuário, para começar o processo de re-

vinculação afetiva, parte importante para o sucesso da proposta.

Muitas vezes, o usuário só procura ajuda quando está passando por alguma necessidade. O sentimento de descrença, enquanto **cidadão portador de direitos e deveres**, já foi perdido, concomitantemente com as perdas afetivas em seu relacionamento familiar, social, de trabalho, pois seu universo se restringe ao do consumo diário de drogas com seus iguais, sentindo-se descaracterizado, e com precária noção de identidade. Na grande maioria, até seus documentos já se perderam, portando apenas a roupa do corpo.

Nestas situações, é necessário abrir canais para o **diálogo com a família**, para reconstruir um relacionamento acolhedor. Alguns familiares acreditam em sua recuperação e já apreenderam que, quando solicitada ajuda, ainda há esperança. Nestes casos, o familiar intervém, a fim de buscar uma oportunidade de recomeço em comunidades terapêuticas ou outro tipo de internação. O afeto incondicional precisa ser retomado, gerando mais autoconfiança, além de motivação, quando o usuário busca sentir-se capaz de virar o jogo, procurando a afirmação que necessita na família.

O desejo de se tratar, porém, tem que partir do próprio usuário, pois seria pouco eficaz de outra forma, haja vista o alto índice de abandono ao tratamento em casas de recuperação. Quando a internação parte da família sem o consentimento do usuário, ou por barganhar algum benefício como premiação ao tratamento, pouco sucesso vemos nestas condições.

Em muitos casos, sabemos, a internação é importante para poder tirar o usuário do ambiente da drogadição, para poder superar os primeiros dias sem a droga em um ambiente em que não possa encontrá-la, para melhor superar as crises de abstinência geradas pelo tempo de uso. Mas o sucesso do empreendimento do usuário depende do quanto ele aprendeu sobre si mesmo, seus modos de enfrentar os desafios e do quanto ele se percebe merecedor.

A reclusão, por si só, pouca valia tem, pois é fácil manter-se sem a droga em um ambiente onde ela não existe. Ficar em um local onde se tem o **propósito de ficar "limpo"** é fundamental para algumas pessoas, pois se trata de um momento de reflexão, de sanidade, podendo avaliar-se e rever aspectos da sua vida para tentar resgatar o que foi perdido, mas esta só pode ser encarada por ele mesmo.

Muitos dependentes de drogas vivem uma vida em comunidade terapêutica, indo e vindo, em decorrência

das “recaídas”. Algumas pessoas somente conseguem manter-se sem o uso nestes locais. Isto mostra um revés da internação, pois demonstra que estas instituições não preparam o dependente para uma vida em sociedade, e ao retornar a ela, volta a ser usuário.

Acredito que a internação seja apenas um treino para poder voltar à vida em sociedade, haja vista tê-la perdido. Após algum tempo nestas instituições, para poder desintoxicar-se, a vida real está por vir, onde existem os conflitos familiares, sociais, crises, alta oferta da droga; aonde tudo começou.

O tratamento começa de fato aí, pois a continuidade se faz necessária, com um acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico, o apoio e comprometimento dos familiares, caso existam, o compromisso em estar participando de algum grupo de apoio como de autoajuda, por exemplo, a busca pelo trabalho e aí, sim, há um resgate do ser humano enquanto cidadão portador de direitos e deveres capaz de enfrentar as adversidades que surgem a cada dia e para todos, usuários ou não.

3.1.3 Terceira Região Terapêutica - Delimitação do Prognóstico

a. Redirecionamento Social

É importante promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

b. Redirecionamento do uso de drogas

Esta talvez seja a parte mais complicada e difícil para o drogadicto e para o profissional que o assiste. Em primeiro lugar, pelas questões morais e preconceitos existentes que produzem sentimentos de menos valia e impotência. O objetivo, de acordo com o PC DPRD, será uma contínua e aberta conduta de educação em saúde, para incentivar o usuário a permanecer íntegro como pessoa que precisa de sua

própria força interior para reduzir os danos de sua conduta, pelo menos.

c. Redirecionamento conflitos familiares

A família se faz importante em todo processo vital do ser humano, podendo contribuir positivamente ou negativamente em seu desenvolvimento, haja vista que o indivíduo nasce e cresce na maioria das vezes em um ambiente que pode ser promissor ou conflitante, fazendo assim, parte na formação do ser humano enquanto indivíduo.

Seus primeiros aprendizados, seu desenvolvimento infantil e formação de caráter são estabelecidos em seus primeiros anos de vida através das experiências vivenciadas e apreendidas.

A dinâmica familiar oferece para o seu desenvolvimento, toda uma gama de possibilidades que poderá vir a utilizar enquanto criança, adolescente, jovem e adulto, influenciando em suas escolhas diante as oportunidades surgidas em sua vida.

A importância da família no processo de recuperação de uma pessoa dependente de droga justifica-se, pelo simples fato do problema ter se instalado muitas vezes na presença deste grupo familiar, contribuindo, de alguma maneira para que se estabelecesse.

Por outro lado, a família é co-dependente da droga, mesmo sem usá-la, ou usando, sem ter os problemas que o dependente tem. A importância de a família buscar um tratamento é fundamental, pois faz parte no processo em que se estabeleceu a dependência pelo convívio, pela falta de informação e despreparo em lidar com a(s) causa(s).

A família sofre, desgasta-se e adoce juntamente com o dependente de droga. O compromisso em se tratar é elemento básico para o familiar e o usuário, pois de pouco adianta o tratamento sem seu comprometimento. Como um doente poderia ajudar o próximo também doente? O seu acompanhamento por profissionais de saúde, a participação em grupos de autoajuda são elementos que cercam o tratamento como um todo, pensando na recuperação do dependente.

O conhecimento da doença, da droga, do meio em que vive o drogadicto, permite ao familiar uma melhor condição em como lidar com o problema vivido por todos envolvidos.

d. Direção do processo vital

Nascemos, crescemos nos relacionando em convívio com o outro, nos envolvemos, multiplicamos, assistimos nossa prole desenvolver-se e morremos, no entanto, nem tudo sai como previsto, planejado e, alguns tropeços certamente acontecerão nesta jornada que leva toda uma vida. Pode haver uma interrupção deste “protocolo natural”, via acidentes, enfermidades, mortes, crises financeiras e o envolvimento com as drogas, que dificilmente são previstos pelos familiares e às quais se presta a devida atenção para que possa ser evitado.

O ser humano, na maioria das vezes, tenta fazer o seu melhor, no entanto, as adversidades surgidas nem sempre são tratadas como pensávamos que deveriam ser. O envolvimento com as drogas não tem uma razão clara de como se dá, mas lidamos com um aglomerado de possibilidades, que podem justificar tal condição, assim como o fato do estabelecimento da dependência por ela, pois nem todos que a experimentam desenvolvem a condição de dependente.

3.1.4 Quarta Região Terapêutica - Recaída – o que fazer?

Um ponto a ser considerado no tratamento de um dependente de droga é a **recaída**, pois é explícita e real esta questão que permeia todo o processo, retornando o indivíduo ao uso da droga, nesta árdua caminhada, na maioria dos casos, daqueles que se propõem a uma recuperação, vindo a repensar em um novo tratamento.

O fato de haver uma recaída não deve ser visto como um fracasso, mas como um acidente de percurso muito comum. Trata-se de um dos pontos-chaves em qualquer processo de tratamento e recuperação, pois é através destes pontos que melhor podemos entender as fragilidades do dependente de droga, para, através destes, encontrarmos formas eficazes na trajetória da recuperação.

A recaída é precedida de **sintomas**, que se detectados a tempo, podem contribuir para o retorno ao processo de recuperação, onde o indivíduo se fortalece com o aprendizado.

A análise de recaídas ao longo do tempo mostrou que a estabilização da taxa de ocorrência começa a acontecer aproximadamente 90 dias após o início da abstinência, segundo Hunt, Barnett e Branch⁶, considerando os primeiros dias de tratamento os mais difíceis diante das crises de abstinência sofrida pelo dependente. De acordo com o DSM-IV, American

Psychiatric Association⁷, os **12 primeiros meses são considerados como período de alto risco**.

Na clássica análise, conforme Cummings, Gordon & Marlatt⁸, de 311 episódios de recaída em dependentes de álcool, tabaco, heroína, alimentos e jogo compulsivo, ele identificou três situações primárias associadas ao problema: 1) estados emocionais negativos (35% das recaídas); 2) conflito interpessoal recente (16% das recaídas) e 3) pressão social (20% das recaídas). Estudos subsequentes não apontaram mudanças no quadro apresentado, mas variaram quanto à definição de pontos críticos.

Tanto o dependente quanto a família sofrem com uma recaída, pois compreendem como sendo uma ruptura no processo de tratamento que está em desenvolvimento, tendo o medo de se voltar ao ponto zero, no entanto, podemos entendê-lo com uma fase provável nesta árdua trajetória. O encorajamento, motivação e força aos envolvidos para que não aconteça sua desistência é fundamental.

É uma consequência plausível para todos dependentes que se propõem a recuperação, não podendo ser descartada e, sim compreendida por todos envolvidos, a fim de se tirar um aprendizado com tal situação, mesmo parecendo um retrocesso na longa caminhada do dependente, mesmo porque, parece em um primeiro olhar, à volta daquilo tudo que acontecia enquanto usuário.

4. REIVINDICAÇÕES

Esta proposta consiste em apresentar e reivindicar o Registro como Tecnologia Social de um Diagrama do Protocolo de Cuidados ao Usuário de Drogas acompanhado no Programa de Redução de danos – **PIOPReD**. O **PIOPReD** contém quatro Regiões Terapêuticas, com as respectivas possibilidades de atuação terapêutica.

O Protocolo, chamado **PIOPReD**, pretende oferecer um modo de trabalhar questões relacionadas à dependência ou uso ‘recreativo’ de drogas. Embora já exista um Programa de Redução de Danos, ele se orienta a evitar o adoecimento por contaminação, quando há compartilhamento de seringas, ou relações sexuais inseguras, especialmente com o objetivo de diminuir a epidemia de AIDS.

No Sistema Único de Saúde, a questão do uso de drogas tem sido tratada a partir da visão biomédica, centrando o cuidado no tratamento e prevenção das doenças adquiridas pelo compartilhamento de seringas, ou sexualmente transmitidas. Nesta visão, o usuário é encaminhado ao Programa de Redução de Danos para tratamento, inclusive psicológico. Porém,

nesta perspectiva, muitos usuários dispensam a solução proposta, provavelmente pela declaração, ainda que confidencial, de ser usuário.

Neste sentido, o tratamento passa a ser individualizado (ou grupal em alguns casos), sem implicação com inúmeras questões sociais e culturais. O Programa propõe-se a oferecer seringas e preservativos, cujo objetivo é a prevenção de doenças. As estatísticas mostram a diminuição de AIDS/HIV e Hepatites, assim como outras doenças relacionadas ao sexo, mas não solucionaram o mais grave dos problemas, ou seja, a visão biocentrada.

Assim, este Protocolo **PIOPReD** contém alertas aos profissionais do Sistema Único de Saúde, que implicam em uma visão humanística da situação de Dependência de Drogas, buscando alternativas, incluindo a família e oferecendo possibilidades de rotinas menos danosas à vida do usuário. A sua especificidade, então, parte de uma nova concepção de Redução de danos, estendendo-a a família e pretendendo oferecer as alternativas que conduzam o usuário a seguir um programa que o reabilite socialmente, propondo o acompanhamento durante longo tempo, para oferecer apoio, ainda que o prognóstico seja ruim, ou que tenha havido recaída, ou possibilidade de isto acontecer, sendo estas as questões destacadas como Inovações e alternativa aos Modelos de Protocolos existentes.

Por isto, reivindica-se o **Registro como Tecnologia Social – Tipo Protocolo**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Boletim. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP; 2008.
2. Conselho Federal de Medicina. CFM lançou protocolo de assistência a usuários e dependentes de crack. http://www.crmto.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21142:cfm-lancou-protocolo-de-assistencia <Acesso em 20.05.2012>
3. Gonçalves SSM, Tavares CM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos Serviços extra-hospitalares. Esc anna nery rev enferm 2007; 11(4): 586–92.
4. Estados Unidos da América. Organização Panamericana de Saúde. Manual para Atenção e Manejo Integral de Usuários De Drogas Vivendo Com Hiv/Aids Na América Latina e Caribe. Washington D.C.: Organização Panamericana de Saúde; 2006.
5. Gomes LS. III Jornada Regional sobre drogas ABEAD/MPPE. http://www.mp.pe.gov.br/uploads/zzGC0wV2xvLOT9PrMuYa9w/7Hl6gfwi8MVtYFlx-EQgQ/Organizao_Servios_Cocana_-_Luca_Santoro.pdf. <Acesso em 20.05.2012>
6. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. J Clin Psychol 1986; 45(6).
7. American Psychiatric Association. DSM IV. <http://www.psych.org/practice/dsm>. <Acesso em 20.05.2012 >
8. Cummings C, Gordon JR, Marlatt GA. Relapse: Strategies of prevention and prediction. In: Miller WR (org.). The addictive behaviors. Oxford: Pergamon Press; 1980.