

# Curso de Capacitação Dependência Química



**Módulo 3:**  
**Álcool e outras drogas**

**Unidade 4:**  
**TRATAMENTO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

**COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA**

COORDENADORA GERAL

*Ana Emília Figueiredo de Oliveira*

COORDENADOR ADJUNTO

*Eurides Florindo Castro Jr.*

COORDENADORA DO CURSO

*Christiana Leal Salgado*

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

*João Carlos Raposo Moreira*

COORDENADOR DE DESIGN

*Hudson Francisco de A. C. Santos*

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

*Rômulo Martins*

COORDENADORA PEDAGÓGICA

*Patrícia Maria Abreu Machado*

COORDENADORA TUTORIA

*Maiara Marques*

COORDENADORA EXECUTIVA

*Fátima Gatinho*

**PRODUÇÃO**

REVISÃO ORTOGRÁFICA

*João Carlos Raposo Moreira*

REVISÃO TÉCNICA

*Christiana Leal Salgado*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

DESIGN INSTRUCIONAL

*Luan Passos Cardoso*

DESIGN GRÁFICO

*Douglas Brandão França Junior*

ORGANIZADORES

*Ana Emília Figueiredo de Oliveira*

*Christiana Leal Salgado*

*Hermano Tavares*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

*Ricardo Abrantes do Amaral*

*Rodrigo da Silva Dias*



# **Dependência Química**

**CAMILA MAGALHÃES SILVEIRA  
ERICA ROSANNA SIU  
HERCÍLIO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR  
VERENA CASTELLANI**

**Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**  
**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)  
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

**Adaptação:**

Raissa Bezerra Palhano

**Normalização:**

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

**Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA**

**Tratamento do álcool, tabaco e maconha/Camila Magalhães  
Silveira;Erica Rosanna Siu; Hercílio Pereira de Oliveira Junior;  
Verena Castellani (Org.). - São Luís, 2013.**

**17f. : il.**

**1. Substâncias psicoativas. 2. Álcool. 3. Tabaco. 4. Maconha. 5.  
UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado,  
Christiana Leal. III.Tavares, Hermano. IV. Machado, Patrícia Maria  
Abreu. V. Amaral, Ricardo Abrantes do. VI. Dias, Rodrigo da Silva.  
VII. Título.**

**CDU 613.83**

## **Autores**

---

### **Camila Magalhães Silveira**

Psiquiatra. Doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Pesquisadora do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREa-IPq-HC- FMUSP). Pesquisadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP (NEP-IPq-HC-FMUSP). Membro do Alcohol Medical Scholar Program, Univeristy.

### **Erica Rosanna Siu**

Biomédica. Mestre e doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, UNIFESP. Pesquisadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Departamento e Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Pesquisadora Sênior do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA).

### **Hercílio Pereira de Oliveira Junior**

Médico psiquiatra, assistente do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas – GREa do IPq-HC-FMUSP.

### **Verena Castellani**

Médica psiquiatra, assistente do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREa) do IPq-HC-FMUSP.

# **Apresentação**

---

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde seguindo um modelo de programa interfederativo. A Universidade Federal do Maranhão – UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso ferramentas educacionais de alta qualidade, que auxiliem e enriqueçam o dinamismo do ensino e da aprendizagem.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Dependência Química, disponibilizado no modelo Ensino a Distância (EaD), destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira que abrange diversas áreas da Saúde Mental, utiliza tecnologias educacionais como ferramentas de aprendizado para disponibilizar um programa de qualificação profissional, contribuindo, no exercício de sua prática, novas habilidades e competências adequadas as novas demandas profissionais.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, é uma rede compartilhada de apoio presencial e a distância, responsável pelo processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas que objetiva a certificação educacional compartilhada. Dessa forma, é possível levar a cada profissional de saúde oportunidades de novos aprendizados com a utilização de material auto-instrucional, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. Esperamos que você, leitor, aprecie este material que foi elaborado visando, especialmente, o seu aperfeiçoamento profissional. Vamos juntos construir uma nova era de Saúde Mental.

Seja bem-vindo a este curso!

**Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.**

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

**Christiana Leal Salgado, MSc**

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 Tipos de tratamento.....	8
2.1 Tratamento medicamentoso .....	8
2.2 Tratamento psicológico .....	11
2.3 Atividade física/ocupacional .....	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS .....	15

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que procurar o tratamento para os usuários de drogas em fases iniciais do problema e com menor tempo de exposição à droga diminui o risco de desenvolvimento de problemas físicos significativos (GALDURÒZ et al., 2010).

A avaliação completa deve ser feita antes de se iniciar qualquer tipo de intervenção, a fim de investigar detalhadamente o padrão de uso, envolvimento em atividades ilegais, desempenho acadêmico, fatores relacionados ao uso, gravidade do quadro clínico e presença de comorbidades psiquiátricas. A partir dessa avaliação, o desenvolvimento de um plano terapêutico poderá atender mais adequadamente às necessidades complexas do usuário de drogas.



## 2 TIPOS DE TRATAMENTO



Fonte: [www.iconfinder.com](http://www.iconfinder.com)

O tratamento geralmente necessita de atenção multidisciplinar (médica, psicológica, social, etc.), além da terapia individual e familiar. Deste modo, existem diferentes tipos de tratamento, sendo os principais o medicamentoso e o psicológico.

### 2.1 Tratamento medicamentoso

#### ▪ Álcool

##### **INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA**

Deve-se verificar se os sinais vitais estão estáveis, sem evidência de depressão respiratória, aspiração brônquica, arritmia cardíaca, alterações importantes na pressão sanguínea e traumatismo crânio-encefálico. A possibilidade de intoxicação com outras drogas precisa ser considerada. Outras condições médicas que devem ser avaliadas nesta situação incluem: hipoglicemia, alterações hepáticas, desnutrição e infecções.

Em caso de reposição de glicose, o médico deve antes administrar uma ampola de tiamina intramuscular ou endovenosa, visto que as células nervosas utilizam a tiamina na metabolização da glicose e a ausência dela, em usuários crônicos do álcool, pode desencadear a Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), descrita mais abaixo.

Na maior parte das vezes, a simples interrupção da ingestão alcoólica em pacientes clinicamente estáveis e a sua acomodação em um ambiente calmo, livre de estímulos, é suficiente para tratar a intoxicação. Quando há risco de auto ou heteroagressividade, procedimentos hospitalares devem ser seguidos, incluindo a possibilidade do uso da contenção pela equipe de intervenção.

Uma alternativa é a utilização de um antipsicótico, mas esta conduta apresenta risco de convulsão, já que os antipsicóticos diminuem o limiar convulsivo. Se a agressividade continuar após a conduta medicamentosa inicial, o paciente pode necessitar de uma internação de curto prazo, para que os medicamentos possam ser utilizados com maior segurança, e os sinais vitais monitorados de perto.

##### **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA**

O primeiro passo é realizar um exame físico completo, a fim de excluir complicações associadas, tais como arritmias cardíacas, hipoglicemia, falência hepática, sangramento gastrointestinal e desequilíbrio hidroeletrólítico.



Em seguida, devem-se tratar os sintomas de abstinência em ambiente onde seja possível oferecer nutrição adequada e repouso. Todos os pacientes devem receber vitaminas orais contendo complexo B e 100 mg de tiamina intramuscular diária por três dias. Muitos pacientes em abstinência mantêm níveis normais de água no corpo, portanto a administração de líquidos por via intravenosa deve ser evitada, a não ser que haja evidência de sangramento, vômitos ou diarreia. Medicamentos devem ser usados geralmente por via oral.

O terceiro passo no tratamento é instituir medicamentos que aliviem os sintomas autonômicos. Dentre os agentes depressores do SNC, os benzodiazepínicos (BZDs) são a primeira opção de escolha, por possuírem boa margem de segurança, baixo custo, ação anticonvulsivante e preventiva do *delirium tremens*.

### CRISES CONVULSIVAS

O paciente deve ser internado em ambiente hospitalar e o tratamento de escolha é a utilização de benzodiazepínicos para o controle da crise convulsiva. A administração de benzodiazepínicos por via intravenosa requer técnica específica e retaguarda para manejo de eventual parada respiratória. O uso de anticonvulsivantes pode ser indicado em convulsões de repetição, mas, se não houver outra etiologia que não a dependência de álcool, seu uso não deve ser mantido após a resolução do quadro.

### DELIRIUM TREMENS

A internação é sempre indicada e o tratamento de suporte é o mesmo dos casos de abstinência de álcool não complicada. Os pacientes devem permanecer em ambiente desprovido de estímulos e iluminado. O tratamento dessa condição é feito, usualmente, com benzodiazepínicos, visando diminuir a hiperatividade autonômica e o risco de agitação psicomotora.

Eventualmente, a associação de neurolépticos, em doses baixas, pode ser indicada em casos de sintomas alucinatorios. No caso de ocorrer distonia induzida por neurolépticos, ela pode ser controlada com o uso

de anticolinérgicos ou anti-histamínicos. A administração parenteral terá início de ação mais rápido do que a oral (MACIEL; KERR-CORREA, 2004).

### SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF (SWK)

O tratamento da SWK ainda não está adequadamente estabelecido no que diz respeito à via e à dose de tiamina necessária. Tanto para a prevenção quanto para o tratamento, a maioria das recomendações de suplementação vitamínica é de base empírica. Alguns pacientes podem requerer tratamento com vitaminas do complexo B durante um período prolongado.

### DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

O tratamento deve ser multidisciplinar para que haja uma maior eficácia na alteração dos padrões de comportamento que levam ao uso da droga, assim como processos cognitivos e do funcionamento social. A avaliação do paciente pode envolver diversos profissionais de saúde, como médicos clínicos e psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais e enfermeiros. A abstinência total deve ser a meta do tratamento, porém, por inúmeras razões, ela pode não ser obtida no início ou ao longo do tratamento. Apesar disso, o dependente ainda pode ter benefícios se permanecer no tratamento, como minimização dos prejuízos psicossociais, tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas e outras condições ligadas à dependência de substâncias.

Os principais tipos de tratamento disponíveis para dependência do álcool são: médico; psicológico; grupos de autoajuda (p.ex., Alcoólicos Anônimos - AA); e comunidades terapêuticas, sendo que alguns pacientes se beneficiam mais de um determinado modelo de tratamento do que de outros.

O tratamento hospitalar em regime de internação geralmente é indicado quando o usuário apresenta comportamentos auto ou heteroagressivos, risco de suicídio, complicações clínicas, necessidade de tratamento de outras comorbidades psiquiátricas, problemas familiares e/ou sociais e falência na resposta

ao tratamento ambulatorial.

Para as internações em comunidades terapêuticas, o dependente químico deve apresentar não adesão ou baixa resposta a tratamentos hospitalares anteriores, o que sugere a necessidade de internação de longa duração. Após a alta de um tratamento hospitalar sob regime de internação, é necessário que o dependente químico seja encaminhado para tratamento ambulatorial e atividades de hospital-dia.

### ▪ Tabaco

O tratamento do tabagismo é um dos mais avan-



Fonte: [www.iconfinder.com](http://www.iconfinder.com)

çados entre os existentes para as dependências químicas, tanto pelo número de abordagens não farmacológicas

quanto pelo número de medicações disponíveis. É considerado uma das intervenções preventivas com melhor custo-efetividade (HAYS; EBBERT, 2010).

A escolha do tratamento vai depender de fatores como a motivação do paciente, o grau de dependência, a presença de comorbidades e a que tratamentos o indivíduo tem acesso. Apesar de tratamentos mais intensivos serem mais eficazes, a relação de custo-efetividade se mostra a mesma entre as diversas abordagens (JAVITZ et al., 2011).

O tratamento medicamentoso conta com diversas opções farmacológicas: bupropiona, vareniclina, nortriptilina, clonidina e a reposição de nicotina (RN). Na reposição de nicotina, a nicotina é administrada por outros meios, como adesivo, goma, pastilha, spray ou inaladores. No Brasil, a reposição está disponível por três me-



Neste tipo de tratamento, a nicotina inicialmente proveniente do cigarro (ou outros meios) é substituída pela nicotina proveniente dos repositores de nicotina (adesivo, goma ou pastilha) e, em um segundo momento, ela é reduzida gradativamente, diminuindo assim os incômodos da síndrome de abstinência.

Inúmeros estudos demonstraram a eficácia dos repositores de nicotina, especialmente quando utilizada em combinação (goma + adesivo), segundo Eisenberg et al(2008); Etter; Stapleton(2006). A associação de medicações tem mais eficácia que a monoterapia. Os fatores que devem ser levados em consideração na decisão sobre monoterapia não são:

- gravidade da dependência;**
- existência ou não de comorbidades;**
- recursos oferecidos pelo sistema de saúde.**

Todos os fumantes que desejam parar de fumar devem receber tratamento medicamentoso, porém, gestantes, adolescentes e fumantes leves (menos de dez cigarros por dia) devem ser avaliados quanto aos benefícios, pois há menos evidência e segurança no uso de medicações nessas populações.

O tabagismo e o fumo passivo estão ligados a diversas patologias, como alterações placentárias, nascimento prematuro, baixo peso do recém-nascido, risco aumentado de natimortos e mortalidade neonatal (ROGERS, 2009).

O tratamento farmacológico de gestantes é uma questão que necessita de mais estudos. O uso de medicações é bastante restrito, já que a nortriptilina, a bupropiona e a vareniclina não são medicações aprovadas para o uso durante a gravidez. O uso de reposição de nicotina ainda é controverso, porém, encontra diversos defensores. Nestes casos, a RN deve ser usada em mulheres que não conseguiram parar de fumar com intervenções não farmacológicas e os riscos e benefícios devem ser pesados entre o médico e a paciente, sempre nas menores doses possíveis(FIORE et al., 2000).

Em relação ao tratamento do tabagismo para crian-

ças e adolescentes, existem poucos estudos e as técnicas e análises são muito variadas. Apesar da reposição de nicotina ser segura para o uso em adolescentes, ela não se mostrou efetiva na abstinência por mais de 12 semanas (MOOLCHAN et al., 2005; HANSON et al., 2003). Os estudos usando bupropiona e vareniclina ainda são poucos, mas mesmo estes parecem não promover uma maior taxa de abstinência em curto e longo prazos e esses medicamentos ainda não são aprovados para uso nessa população (MURAMOTO et al., 2007; KIM et al., 2011).

#### ▪ Maconha



Fonte: iconfinder.com

Em relação aos tratamentos farmacológicos, há relatos da eficácia do THC, em forma de comprimidos, na redução dos sintomas de abstinência da droga.

Um estudo realizado por Haney et al (2004) utilizou THC em sete indivíduos que consumiam aproximadamente de seis a dez cigarros de maconha por dia, não predispostos a fazer tratamento. Os participantes que tomaram THC oral relataram melhora nos sintomas de ansiedade, padrão de sono e redução da fissura pelo uso da droga.

O mesmo estudo testou o *divalproato* de sódio, em que os participantes descreveram melhora da fissura ao utilizar esta medicação, porém, houve piora de sintomas ansiosos, irritabilidade e cansaço.

Em outro estudo *placebo* controlado, mesmo autor testou a *bupropiona* e concluiu que esta droga não possui potencial para utilização em transtornos relacionados ao uso da maconha. Avaliando uma amostra de dez participantes com doses de 300mg por dia, ao longo de onze dias, o autor descreveu piora nos sintomas de abstinência, além de maior irritabilidade, sintomas de pressivos inquietação (HANEY et al., 2001).

Outra medicação testa da possível eficácia-

paratratamento de sintomas de abstinência da maconha foi a *nefazodona*. A *nefazodona* é uma substância utilizada como anti depressivo que propiciou redução importante de sintomas ansioso se dores musculares. No entanto, sintomas como irritabilidade não apresentaram melhora significativa (HANEY, 2003). Não há medicações aprovadas em nenhum país para o tratamento da dependência da maconha.

## 2.2 Tratamento psicológico

As intervenções psicoterápicas baseiam-se na abordagem do papel do uso de drogas na vida do dependente químico, ensinando-o a reestruturar valores e habilidades que sejam incompatíveis com o uso de drogas. É preciso que o dependente químico elabore a prática da diversão, de resolução de problemas e de lidar com dificuldades sem precisar usar drogas.

As perdas no relacionamento social e familiar têm sido alguns dos fatores motivacionais para a mudança do comportamento nessa população. Treino de habilidades sociais e resolução de problemas, acompanhamento escolar, orientação vocacional e planejamento de metas que sejam realizáveis em curto prazo têm se mostrado eficazes para o início e a manutenção da abstinência (GOMBERG, 2003). No caso específico das mulheres, o tratamento psicológico da dependência química requer alguns cuidados especiais. A abordagem multidisciplinar, que favoreça acompanhamento nutricional, assistência social e jurídica, terapia individual e atendimento familiar, tem mostrado melhores resultados. Grupos terapêuticos compostos apenas por mulheres e coordenados por profissionais de saúde do sexo feminino, que se sintam à vontade para falar sobre sexo, sexualidade e uso de álcool/drogas, aumentam as chances de adesão ao tratamento. O envolvimento e o apoio de familiares no tratamento também são importantes.

As estratégias terapêuticas adotadas com as mulheres usuárias de drogas geralmente abordam questões relacionadas ao isolamento social, à interação

familiar, ao resgate e fortalecimento da autoestima, à imagem corporal e à saúde sexual e reprodutiva, além das questões vocacionais, de assertividade e a respeito de estratégias de enfrentamento e resolução de problemas. É importante que elas identifiquem as situações de risco para o uso de álcool e outras drogas, descubram os aspectos motivacionais para se manterem abstinentes e os fatores relacionados às falhas em tratamentos anteriores. Em relação aos idosos a dificuldade de adesão ao tratamento e as recaídas têm sido associadas a programas que não atendem às necessidades médicas e sociais do idoso, a grupos terapêuticos com pessoas mais jovens, a dificuldades de compreensão do que está sendo proposto ou a atividades ocupacionais insatisfatórias. O idoso deve ser submetido à desintoxicação e, em seguida, à reabilitação. Internações hospitalares são mais frequentes nessa população. Já os seus sintomas de abstinência são mais graves e mais prolongados (GOMBERG, 2003). Independente do gênero, bem como da faixa etária, as falhas terapêuticas, como as recaídas e o abandono do tratamento, têm sido associadas à falta de suporte social e familiar, fator emocional intenso (separação, morte de ente querido), questões relacionadas ao corpo e à imagem corporal (por ex.: ganho de peso), distanciamento do fator motivacional (como nascimento e crescimento dos filhos) e presença de comorbidades psiquiátricas não tratadas.

O tratamento envolve programas terapêuticos específicos. As abordagens não devem ser confrontativas. O profissional deve abordar questões relacionadas aos aspectos emocionais negativos e ao isolamento social, bem como adequar o ritmo e conteúdo das informações à capacidade de organização mental e emocional que o dependente químico apresenta.

Sendo assim, os conceitos aqui apresentados podem ser utilizados no tratamento de problemas relacionados ao uso de todas as drogas. A chegada ao tratamento, um momento extremamente importante na construção de um vínculo com o pa-

ciente, pode acontecer em qualquer momento, não apenas devido à dependência.

A abordagem deve ocorrer de modo empático, desprovido de cobranças e discussões; o dia a dia do paciente deve ser organizado e seus progressos monitorados e reconhecidos. Para tanto, é necessário discutir com o paciente o conteúdo do seu discurso, com o intuito de ajudá-lo a se organizar e buscar um posicionamento frente ao que diz, evitando-se o confronto (BIEN; MILLER; TONIGAN, 1993).

A motivação do paciente para a mudança (promoção e manutenção da abstinência) deve ser avaliada desde o primeiro encontro. O profissional de saúde é parte determinante para tal motivação e terá de ser hábil para vencer as resistências e a ambivalência do paciente. O modelo teórico sobre “estágios de mudança”, desenvolvido por Prochaska; DiClemente (1982), está dividido nas seguintes fases:

**Pré-contemplação:** o indivíduo não deseja a mudança, provavelmente por não ver problema em seu consumo de substâncias psicotrópicas ou por não querer aceitar que terá de abrir mão dos efeitos produzidos pelo uso da droga.

**Contemplação:** o indivíduo analisa de modo ambivalente a necessidade de mudança e por outro lado a vontade de permanecer consumindo substâncias, provavelmente pesando os prós e os contras de ambos.

**Preparação:** o indivíduo considera a mudança necessária e está se preparando para fazê-la.

**Ação:** o indivíduo começa a implementar o processo de mudança e, nesta fase, pode apresentar sintomas de abstinência ou fissura.

**Manutenção:** o indivíduo se envolve em estratégias previamente planejadas e as adequa de acordo com suas necessidades. A manutenção da abstinência é garantida a partir do cumprimento dessas estratégias.

**Recaída:** é parte normal do processo de mudança. Mais de 70% dos pacientes recaem antes do 3º mês de abstinência. Retornam a algum dos estágios anteriores para novamente evoluírem rumo à mudança. A recaída não significa fracasso do tratamento, sendo um momento de aprendizado com as circunstâncias que levaram ao uso, visando evitar ou dificultar recaídas futuras.

Existem outras duas técnicas utilizadas no tratamento da dependência de drogas:

PREVENÇÃO DA RECAÍDA	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
A prevenção da recaída é uma técnica fundamentada nos modelos teóricos da terapia cognitiva, que visa "ensinar" o indivíduo a reconhecer quais são as situações emocionais, cognitivas e ambientais que desencadeiam a vontade e o uso da substância (MARLLAT; DONOVAN, 2009). Além disso, o ajuda a desenvolver estratégias para lidar com estas situações estressoras e com a cadeia de decisões que o leva à recaída.	O objetivo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é modificar padrões de pensamentos e comportamentos mal adaptativos. Esse objetivo é alcançado através da mescla de técnicas comportamentais e cognitivas, como: identificação e modificação de pensamento automático, treino de habilidades sociais e de enfrentamento, resolução de problemas, manejo de ansiedade, entre outras (PRENDERGAST et al., 2006).

No caso específico da maconha, os resultados apontam que pelo menos três abordagens distintas apresentam evidências suficientes de eficácia, sendo elas:

Abordagem cognitivo-comportamental
Tem foco no desenvolvimento de uma análise funcional sobre o uso da maconha e a fissura, sobre como evitar os fatores de risco, além do desenvolvimento de habilidades de recusa, da solução de problemas e da mudança de estilo de vida
Abordagem motivacional
Atua na ambivalência e no movimento do indivíduo para a mudança. O terapeuta evita posturas confrontativas, expressa empatia, explora os prós e contras do hábito de usar a droga e reforça a autoeficácia.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem do paciente dependente químico deve ser multidisciplinar. O envolvimento de diversos profissionais visa ajudar o paciente a mudar os padrões de comportamento que o levam ao uso da droga, assim como seus processos cognitivos e o funcionamento social. A avaliação do paciente pode envolver diversos profissionais da saúde,

#### Contingence management (manejo de contingências)

Foi desenvolvida no sentido de promover melhor adesão às abordagens descritas acima. Segundo esta estratégia, os usuários recebem vouchers com incentivos variados para que mantenham a abstinência e apresentem testes negativos para o consumo da droga (STEINBERG, 2005).

#### 2.3 Atividade física/ocupacional



Fonte: www.iconfinder.com

Um dos grandes desafios para o dependente químico é o de também cuidar da sua saúde física. Deste modo, a presença de profissionais como educadores físicos e demais profissionais que trabalhem com a questão corporal são fundamentais no tratamento dos usuários das diferentes drogas. Além disso, a inserção em alguma atividade ocupacional que seja saudável e prazerosa para estes indivíduos também deve fazer parte do tratamento.

As questões biológicas e psicológicas que envolvem o uso de drogas precisam ser tratadas, mas não devemos esquecer que o indivíduo precisa se sentir útil e participante de alguma ocupação que tenha importância na vida dele e seja realizada com prazer.

As questões biológicas e psicológicas que envolvem o uso de drogas precisam ser tratadas, mas não devemos esquecer que o indivíduo precisa se sentir útil e participante de alguma ocupação que tenha importância na vida dele e seja realizada com prazer.



Fonte: www.iconfinder.com

como médicos clínicos e psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais e enfermeiros.

A família deve participar do tratamento. O dependente precisa de apoio para superar as dificuldades e estabelecer um novo modo de vida sem o uso de drogas. A família deve ajudá-lo estabelecendo

regras que ajudem a afastá-lo do risco de recaídas. A família deve também ser orientada quanto aos sinais precoces de recaída e sobre limites a serem dados para o paciente.

A abstinência total deve ser a meta do tratamento, porém, por inúmeras razões, ela pode não ser obtida no início ou ao longo do tratamento. Apesar

disso, o dependente ainda pode ter benefícios por permanecer no tratamento, com minimização dos prejuízos psicossociais, tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas e outras condições ligadas à dependência de substâncias. Além disso, um ambiente seguro e não punitivo aumenta as chances de aderência deste paciente ao tratamento e, conseqüentemente, de abstinência no futuro.

REFERÊNCIAS

- BIEN, T.H.;MILLER, W.R.;TONIGAN, J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. **Addiction**,v.88, n.3, p.315-35, 1993.
- EISENBERG, M.J. et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta- analysis of randomized controlled trials. **CMAJ**,v.179, n.8, p.802, 2008.
- ETTER, J.F.;STAPLETON, J.A. Nicotine replacement therapy for long-term smokingcessation: a meta-analysis. **Tob Control**,v.15, n.4, p.280-5, aug. 2006.
- FIORE, M.C. et al. **Treating Tobacco use and dependence**: a clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2000.
- GALDURÓZ, J.C. et al. Factors associated with heavy alcohol use among students in Brazilian capitals. **Rev SaudePublica**,v.44, n.2, p.267-73, 2010.
- GOMBERG, E.S. Treatment for alcohol-related problems: special populations: research opportunities. **Recent Dev Alcohol**,n.16, p.313-33, 2003.
- HANEY,M.et al. Marijuanawithdrawalinhumans:effectsoforalTHCordivalproex.**Neuropsychopharmacology**,v.29, n.1, p.158-70, 2004.
- HANEY,M.Nefazodonedecreasesanxietydurin marijuanawithdrawalinhumans.**Psychopharmacology**,n.165, p.157-65, 2003.
- HANEY,M.et al. BupropionSRworsensmoodduringmarijuanawithdrawal inhumans.**Psychopharmacology(Berl)**, v.155, n.2, p.171-9, 2001.
- HANSON, K. et al. Treatment of adolescent smokers withthe nicotine patch. **Nicotine Tob Res.**,n.5, p.515-26, 2003.
- HAYS, J.T.; EBBERT, J.O. Adverse effects and tolerability of medicationsfor the treatment of tobacco use and dependence. **Drugs**,v.70, n.18, p. 2357-72, dec. 2010.
- Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/>>

treating\_tobacco\_use08.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2013.

JAVITZ, H.S. et al. Cost effectiveness of varenicline and three different behavioral treatment formats for smoking cessation. **Transl Behav Med.**, v.1, n.1, p.182-90, mar. 2011.

KIM, Y. et al. Effectiveness of pharmacologic therapy for smoking cessation in adolescent smokers: Meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Health Syst Pharm.**, v.68, n.3, p.219-26, feb. 2011.

MACIEL, C.; KERR-CORREA, F. Psychiatric complications of alcoholism: alcohol withdrawal syndrome and other psychiatric disorders. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.26, n.1, p.47-50, 2004.

MARLLAT, A.G.; DONOVAN, D.M. **Prevenção de recaída: estratégias no tratamento de comportamentos aditivos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

MOOLCHAN, E.T. et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. **Pediatrics**, v.115, p.407-14, 2005.

MURAMOTO, M.L. et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained release bupropion for adolescent smoking cessation. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, n.161, p.1068-74, 2007.

PRENDERGAST, M. et al. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. **Addiction**, v.101, n.11, p.1546-60, 2006.

PROCHASKA; DICLEMENTE (ano)

ROGERS, J.M. Tobacco and pregnancy. **Rep Toxicol.**, n.28, p.152-60, 2009.

STEINBERG, K. L. **Brief counseling for Marijuana Dependence: a manual for treating adults.** DHHS Publication-No. SMA05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.