

## TEXTO 4

### MODELOS DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

“Somos o que fazemos, mas somos principalmente o que fazemos para mudar o que somos” (Eduardo Galeano).

A política referente às drogas é tão recente, que somente em 2004, o Ministério da Saúde apresentou a população brasileira a primeira política voltada para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, destacando nesta o imperativo de superar o retardamento histórico de tomada dessa responsabilidade pelo SUS. Abordagens como a Redução de Danos (RD), só conseguiram se distanciar da premissa proibicionista e alcançar bom resultado recentemente. Vários são os modelos adotados (e as amálgamas destes), pelas instituições direcionadas ao tratamento dos usuários de drogas. A seguir, serão elencados os principais modelos.

#### Redução de Danos



Fonte: Google imagens

**É um conjunto de estratégias de saúde pública voltadas para a minimização das consequências/danos ocasionados por práticas de risco, nesse caso, ligadas ao uso de drogas. Movimento que surgiu em resposta à crescente crise da AIDS na década de 1980, quando muitos países**

reconheceram a necessidade de desenvolver estratégias mais práticas adaptativas para reduzir o risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Para Ronaldo Laranjeira a RD reconhece a abstinência como resultado ideal em muitos casos, mas aceita alternativas que reduzam os danos do uso quando não dá para retirar a droga do usuário ou quando este não quer.

A RD no Brasil fundamenta-se em ações de campo desenvolvidas por agentes de saúde, devidamente treinados, que compreendem troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento e vacinação contra hepatite (LARANJEIRA, 2004, p 441).

No Brasil, a primeira iniciativa com relação ao programa de Redução de Danos, se deu na Cidade de Santos – São Paulo, no início da década de 1990, na tentativa de se efetuar trocas de seringas entre UDI's (Usuários de Drogas Injetáveis). A iniciativa não obteve sucesso e, através de uma ação judicial, o programa não pode ser implementado. **Somente em março de 1995 na Cidade de Salvador no Estado da Bahia, se daria início ao primeiro Programa de RD (BARBOZA, 2014).**

Estudos demonstram que a abstinência completa e imediata não é a melhor alternativa no tratamento, pois aumenta a tendência de recaída, o que leva de volta à redução de danos como alternativa mais eficiente que o proibicionismo de políticas tradicionais e conservadoras, pois se fundamenta na concepção de que a abstinência das substâncias psicoativas não deve ser a única finalidade das ações de promoção, prevenção e assistência a dependência química, se caracterizando como uma proposta realista e sem julgamento de valor. A seguir, apresentamos uma tabela fazendo comparativos sobre os paradigmas (antigos e novos) no tratamento de dependentes químicos, pós contribuições da perspectiva de redução de danos:

ANTIGOS PARADIGMAS	NOVOS PARADIGMAS
Centrado em modelos fechados, sem a preocupação com a singularidade do usuário.	Centrado no ser humano, respeita a subjetividade de cada um
Objetiva a eliminação da droga	Objetiva o incremento de fatores protetores e redução dos fatores de riscos e danos
Pedagogia do terror e intimidação	Visão pedagógica que libera a consciência do usuário para que ele participe da elaboração do seu projeto de vida
Exacerbação das advertências sobre os perigos advindos do consumo de drogas	Conteúdos objetivos, transmitidos com serenidade e sem atitudes sensacionalistas ou moralistas.
Dificulta a formação de consciência crítica	Facilita a formação de consciência crítica
Marginaliza em olhares e atitudes o usuário	Busca resgatar o processo de participação do usuário na sociedade, fortalecendo o senso de cidadania.

*É importante que, como profissionais, quando identificarmos resistência interna com a ideia de continuação/manutenção no consumo de drogas, tenhamos capacidade de reconhecer a nossa carga de preconceitos, limitações e mecanismos de defesa e, por meio de atitudes adequadas (das quais, a educação continua é a principal) possamos desconstruir as ideias preconcebidas erroneamente, para que daí surjam novas percepções e intervenções com os indivíduos que chegam aos serviços para atendimento.*

## Prevenção de Recaída



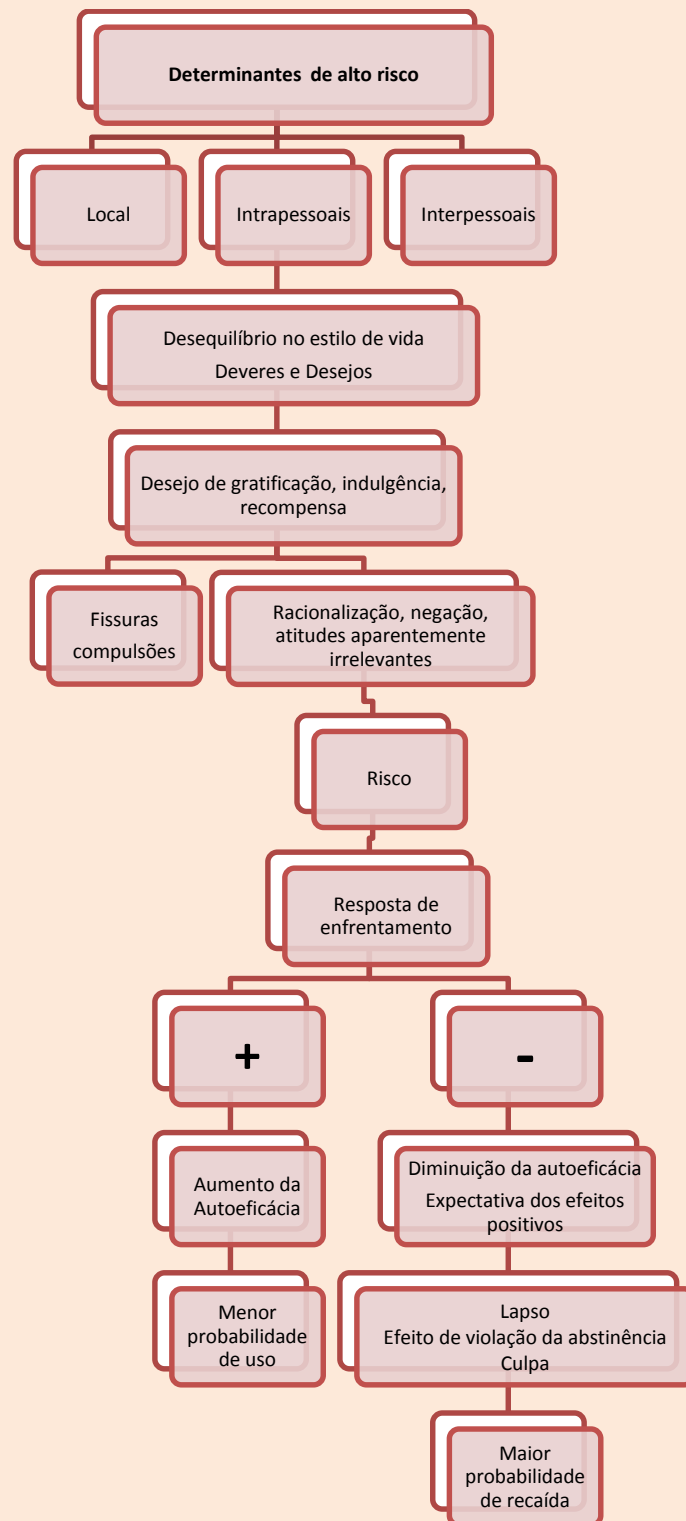
Fonte: Google imagens

Esse modelo não visa só prevenir a recaída, mas também suscitar técnicas para manejar sua ocorrência, identificando situações de alto risco que tornam o indivíduo vulnerável à recaída. Para isso a Prevenção de Recaída (PR) combina o treinamento de habilidades comportamentais com intervenções cognitivas (MARLATT e DONOVAN, 2009).

A PR traz em seu bojo um grande componente educativo que se expressa, por exemplo, quando o profissional auxilia o usuário a desafiar os mitos que carrega consigo sobre expectativas e componentes psicológicos no uso de substâncias psicoativas (por exemplo, o efeito placebo<sup>1</sup>), lhe munindo de informações reais e oportunizando que o mesmo faça escolhas mais conscientes. O profissional pode construir com o usuário um “**mapa de recaídas**” (MARLATT e DONOVAN, 2009, p 18), em que o usuário possa monitorar os resultados de suas escolhas em situações de risco, melhorando, por exemplo, suas respostas à fissura e às crises de abstinência. Abaixo segue o modelo cognitivo comportamental para entendimento da recaída:

---

<sup>1</sup> É quando uma substância ou procedimento apresenta efeitos terapêuticos devido a crença do paciente de que ele está sendo tratado, não necessariamente por alguma propriedade presente na substância.



Fonte: MARLATT e DONOVAN (2009).

## Entrevista Motivacional

É uma forma de ajudar pessoas a reconhecerem e fazerem algo a respeito de seus problemas. É recomendado no manejo com usuários mais resistentes e/ou ambivalentes a mudanças. A Entrevista Motivacional foi desenvolvida no início da década de 1980 nos EUA, só sendo adotada no Brasil em fins da década de 1990.

As estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas. O profissional busca criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança. A meta final é aumentar a motivação intrínseca do usuário, de modo que a mudança venha de dentro em vez de ser imposta de fora (MILLER e ROLLNICK, 2001, p 62).

Concentra-se em ajudar as pessoas a realizarem mudanças em suas vidas, considerando que a motivação para isso passa por certos estágios num determinado processo. Levando em conta que a ambivalência do paciente é um dos principais obstáculos do processo terapêutico visa uma mudança construtiva, a abordagem situa-se na direção de uma postura não autoritária e confrontativa, objetivando com isso ajudar na liberação das próprias motivações e recursos deste para ultrapassar suas dificuldades contribuindo assim para “desemperrá-lo” (BARBOZA, 2014).

## Treinamentos de Habilidades Sociais



Fonte: Google imagens

Habilidade social se refere ao repertório de comportamentos (ou sequência destes) que um indivíduo tem para lidar com as demandas de situações interpessoais (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2006). A aquisição de habilidades sociais é essencial para um desenvolvimento adequado e para a aquisição de vínculos responsáveis, estáveis e seguros.

A aquisição de habilidades sociais básicas começa na infância, aumentando em número e complexidade conforme a criança se aproxima da adolescência. Com a chegada dessa fase, observa-se um repertório de habilidades sociais consistentes, com boa capacidade de comunicação com terceiros, dar e receber elogios, expressar sentimento, recusar pedidos razoáveis (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2006, p 4).

**O usuário de drogas, por vários motivos, deixa de adquirir ou perde algumas habilidades sociais necessárias à garantia de um funcionamento social assertivo e uma boa inserção social – o que pode se tornar ainda mais comprometedor se essa falha ocorrer durante a adolescência<sup>2</sup>, por ser um período de estruturação comportamental humana (RIBEIRO E LARANJEIRA, 2012).**

*A falta de habilidade para lidar com determinadas situações pode gerar isolamento, (de)ajustes psicológicos empobrecidos bem como maior consumo de drogas*



Fonte: Google imagens

O treinamento de habilidades sociais foi desenvolvido com a finalidade de aumentar a assertividade do usuário no manejo das ocorrências do seu cotidiano, principalmente as mais estressantes e propiciadoras de recaídas. O modelo segue o preceito de que **a dependência química não se estabelece apenas no e pelo âmbito neurobiológico, mas também por meio de vínculos sociais e rotinas de consumo que pressionam o indivíduo a priorizar o uso contínuo em detrimento de outros setores da sua vida** (RIBEIRO E LARANJEIRA, 2012).

Para exemplificar isto, segue um quadro listando as principais dificuldades de habilidade social entre dependentes químicos e ideias de habilidades que podem ser trabalhadas com eles:

---

<sup>2</sup> Sobre esse assunto, ver texto do Módulo 2.

DIIFICULDADES	HABILIDADES A SEREM TRABALHADAS COM OS USUÁRIOS
Lidar com sentimentos negativos	Habilidade de comunicação verbal (ouviu e observou antes de falar?)
Assertividade	Assertividade (pensou antes de falar? Foi objetivo e claro no que disse?)
Fazer e receber críticas	Fazer críticas (acalmou-se antes de falar? Colocou a crítica como uma opinião, não como uma verdade absoluta? Criticou o comportamento e não a pessoa? Mostrou-se disposto a ouvir o outro?)
Comunicação	Habilidade de comunicação não verbal (qual foi a postura? Houve contato visual? Qual tom de voz utilizado?)
Dizer não	Dizer não (decidiu-se de fato a recusar? Foi firme, claro, breve e decidido?)
Socialização	
Frustrações	
Adiar prazeres	
Reconhecer e enfrentar situações de risco	
Fissura	
Realizar e cumprir planejamento	

Fonte: RIBEIRO E LARANJEIRA, 2012.

*As demais situações ficarão em branco para que vocês criem/socializem no Fórum suas estratégias ao lidar com estas situações nos serviços!!!*



## Grupos de Auto Ajuda



Fonte: Google imagens

Estes grupos trabalham sob um modelo chamado de **abordagem comportamental**, com técnicas de modificação do comportamento. A ênfase é dada na **capacidade do indivíduo desenvolver autocontrole sobre seu comportamento**. As técnicas são oriundas de diversas disciplinas de **observação do comportamento** e da **psicologia experimental**. Os grupos de mútua-ajuda empregam várias dessas estratégias comportamentais, sugerindo coisas como **evitar hábitos, pessoas e lugares de risco para o uso da droga e também evitar o primeiro “gole”** (“tiro na lata”<sup>3</sup>, fumo, etc), para assim evitar os próximos (BARBOZA, 2014).

Esse modelo parte do pressuposto que uma vez dependente sempre dependente<sup>4</sup>. Para eles quem se tornou adicto não poderá consumir a substância, mesmo que em pequenas quantidades e com menor frequência. **Essa rigidez costuma ser criticada por outras correntes, que encaram o uso de drogas como sintoma e compulsão que sendo tratada viabilizam ao sujeito estabelecer nova relação com a droga**. A abordagem comportamental ainda é utilizada por diversas instituições religiosas que oferecem tratamento aos usuários na modalidade de internação de longo prazo, em média de dois a nove meses, aliado a princípios religiosos e ao trabalho “voluntário”. **A rigidez no tratamento costuma ser motivo de abandono por parte dos usuários**.

Dois exemplos dos grupos de mútua-ajuda que também trabalham nesse modelo são os **Alcoólicos Anônimos** e os **Narcóticos Anônimos**. O primeiro surgiu nos EUA na década de 30 e se espalhou por todo mundo. Foi criado por dois indivíduos dependentes do álcool que descobriram na conversa entre “iguais” uma forma de ajuda para seu sofrimento e assim criaram uma filosofia

<sup>3</sup> Tiro na lata é a forma como os usuários de crack se referem ao uso.

<sup>4</sup> A diferença estaria que enquanto uns estão em recuperação (em tratamento), outros estão na “ativa” (no uso).



de recuperação baseada nos **12 Passos<sup>5</sup> para conseguir a abstinência**. Como características principais estão a **não participação de profissionais** no programa e a **utilização da concepção de doença, desenvolvida pela medicina**. Os Narcóticos Anônimos (NA) surgiram mais tarde, destinado aos dependentes de outras drogas, mas com a mesma filosofia de recuperação do AA (BARBOZA, 2014).

### Modelo Psicodinâmico ou Relacional



Fonte: Google imagens

Se concentra na aplicação de **conceitos da teoria psicanalítica em atendimento individual**. **Este trabalha numa visão de que o homem é influenciado por seu inconsciente**, logo a história do indivíduo é peça fundamental na recuperação, por estarem ali presentes, elementos que seguramente, tiveram associação direta com a busca pelas drogas. Os profissionais que o aplicam visam **melhoria da qualidade de vida, readaptação a uma vida sem drogas, ressocialização** e na **reelaboração dos papéis** a fim de que o indivíduo experimente alterações nos relacionamentos em **família, trabalho e lazer** (BUCHER, 2002).

---

<sup>5</sup> São 12 princípios seguidos pelo grupo, que seriam a chave para a recuperação.

## Modelo Transteórico

Entende que **a mudança é um processo e que os indivíduos passam por diferentes níveis de disponibilidade/possibilidade** para mudar. É conhecida por descrever 5 estágios de mudança no comportamento aditivo e no tratamento, que são personalíssimas (CORDEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA 2007). Os mesmo estão expostos de maneira didática logo abaixo:

Estágio	Características do indivíduo
Pré-contemplação	O indivíduo não tem a intenção de mudar nos próximos seis meses. Encontra-se desmotivado e bastante resistente às orientações.
Contemplação	O indivíduo está ciente que o problema existe, e há intenção de mudanças nos próximos seis meses. No entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudanças.
Preparação	O indivíduo tem intenções de realizar mudanças no próximo mês, e já se podem observar pequenas mudanças comportamentais.
Ação	O indivíduo tem modificado seu comportamento num período inferior de seis meses e <u>superou</u> de alguma forma as barreiras antes percebidas.
Manutenção	O indivíduo se esforça para prevenir recaídas e consolidar o comportamento saudável.

Fonte: TORAL, N. (2006)

## Considerações Finais

Um ponto importante a ser lembrado é que a decisão é uma parte importante da mudança, logo, seja qual for a metodologia utilizada para auxiliar o dependente químico, é primordial que haja uma escolha adequada à sua história e experiência com a droga, **e nunca uma imposição de olhares, métodos e principalmente do tratamento.**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOZA, Fernanda Luma Guilherme. **Internação Compulsória Individual e Coletiva dos Dependentes de Crack: O Discurso do Estado e do Serviço Social**. Recife, UFPE (dissertação de mestrado), 2014.

BUCHER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. RS, Ed. Artes Médicas, 2002.

CORDEIRO, Daniel Cruz; FIGLIE, Neliana Buzy; LARANJEIRA, Ronaldo. **Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.

DEL PRETTE, A. DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem. Campinas, SP: Alínea, 2006.

LARANJEIRA, R. **Políticas Públicas para o Álcool**. São Paulo: Roca, 2004.

MARLATT, Alan; DONAVAN, Dennis M. **Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2001.

RIBEIRO, M. e LARANJEIRA, R.R. e *col.* **O Tratamento do Usuário de Crack**. São Paulo: ARTMED, 2012.

TORAL, N. **Estágios de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.