

PATOLOGIA DUAL: INTEGRAÇÃO DAS ADIÇÕES NA SAÚDE MENTAL

Célia Franco*

Curso 1 - **Patologia Dual. Uma nova forma de entender as adições e a saúde mental**
Coordenado por Célia Franco (Portugal) e Néstor Szerman Bolotner (Espanha)
XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 16 de Outubro de 2014, 14h00 – 18h30

I - INTRODUÇÃO

Existem evidências da utilização de substâncias psicoactivas pelo ser humano desde os primeiros tempos da humanidade, associadas a situações muito variadas, como práticas mágicas, religiosas, curativas, filosóficas e recreativas¹.

Na antiguidade o ópio era usado como suplemento nutritivo, capaz de restabelecer o equilíbrio dos humores e como narcótico. Galeno usava-o no tratamento da epilepsia e da melancolia. Na Grécia antiga administravam incensos ou fumos da queima de misturas de plantas (*cannabis*, ópio, mandrágora) aos doentes, como medicamento. O absinto era usado na culinária para melhorar as funções digestivas, o apetite e ter propriedades vermífugas. Pela sua ação no apetite, ainda hoje é usado na preparação de vermute e aperitivos.

Ao longo da Idade Média as práticas de bruxaria eram muito frequentes e usavam substâncias psicoactivas com características alucinogéneas (heléboro, miendro, beladona e mandrágora). Estas substâncias eram cozinhadas com gorduras em grandes caldeirões, obtendo-se punções e unguentos, que eram aplicadas na região genital, obtendo estados de alteração da consciência (sensações de transporte pelo ar, fantasias, visões de seres estranhos) a que se seguia um sono profundo e períodos de confusão após o acordar¹.

Durante toda a Idade Moderna e Contemporânea são conhecidas histórias de inúmeros poetas, escritores, pintores e outros artistas e pensadores, que utilizaram regularmente substâncias psicoactivas, quer como facilitador da sua produção artística, quer como alívio do seu mal estar, ou para obter prazer¹.

Portanto, ao longo da história da humanidade a utilização de substâncias psicoactivas esteve sempre presente, sendo utilizadas por muitos indivíduos. Os governos dos vários países foram tentando inúmeras estratégias de combate a esse consumo (como por exemplo, a Lei Seca nos Estados Unidos da América), geralmente sem sucesso. Felizmente a maioria dos utilizadores não adoecem. Alguns porém, desenvolvem doença seja adição à substância, sejam doenças mentais graves muito variadas. É esse o problema que preocupa quem se dedica à Patologia Dual:

- Porque é que, sendo frequente a utilização de substâncias psicoactivas, só algumas pessoas adoecem?
- Que factores da pessoa, condicionam a sua vulnerabilidade para adoecer, face ao contacto com substâncias psicoactivas?
- Como intervir de forma eficaz nestes doentes?

* Assistente Graduada de Psiquiatria
Coordenadora da Unidade de Patologia Dual
Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria e Saúde Mental – CRI-PSM
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
E-mail: celiacfranco@gmail.com

II - PARADIGMAS DE INVESTIGAÇÃO EM ADIÇÕES

As diversas disciplinas têm tentado conceptualizar a dependência de substâncias através de dois paradigmas fundamentais²:

- Paradigma centrado na substância (modelo de exposição);
- Paradigma centrado na vulnerabilidade individual.

1 - PARADIGMA CENTRADO NA SUBSTÂNCIA

O paradigma centrado na substância foi usado para explicar o desenvolvimento de adição e fundamentou os múltiplos planos e intervenções terapêuticas nesta área até ao início do século. De acordo com este paradigma, todas as alterações apresentadas pelo indivíduo doente resultam do efeito das substâncias no cérebro (modelo de exposição), daí que o primeiro objectivo de todas as intervenções terapêuticas seja a abstinência completa do uso da substância a que o indivíduo é adicto², presumindo-se que a paragem do consumo da(s) substância(s) leva a que o doente recupere a saúde e bem estar, o equilíbrio, bem como a capacidade de gerir a sua vida.

Este paradigma tem como ponto forte o permitir explicar o agravamento progressivo da adição, bem como do estado físico e psíquico do doente, tendo possibilitado a investigação dos efeitos das substâncias no funcionamento da célula e tecidos cerebrais e aprofundar o conhecimento da neurobiologia cerebral². Os pontos fracos são a incapacidade para explicar a variabilidade individual no processo de adoecer com o uso de substâncias, bem como, a variabilidade das respostas individuais aos diferentes tratamento e intervenções terapêuticas².

2 - PARADIGMA CENTRADO NA VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Desde o início do século a investigação das ciências do cérebro tem trazido novas informações e conhecimentos sobre o uso de substâncias e a doença aditiva. Swendsen e Le Moal em 2011, propõem o paradigma centrado na vulnerabilidade individual para explicar o desenvolvimento de doença aditiva. De acordo com este, a adição é uma perturbação do comportamento que ocorre num fenótipo vulnerável, no qual existe uma predisposição intrínseca que determina a neuroplasticidade induzida pelas substâncias².

De acordo com esta teoria, são considerados 3 níveis de vulnerabilidade²:

- **Primeiro nível:** vulnerabilidade sociocultural e sociodemográfica;
- **Segundo nível:** vulnerabilidade psicológica e psiquiátrica;
- **Terceiro nível:** vulnerabilidade biológica e genética.

No primeiro nível têm-se estudado as variáveis que caracterizam a população em geral (localização geográfica e aspectos socioculturais) e as que caracterizam os indivíduos de uma determinada população (idade, sexo, raça, educação, estado civil). No segundo nível têm-se estudado variáveis relacionadas com preferências, experiências ou problemas do indivíduo, a existência de patologia psiquiátrica e a personalidade. No terceiro nível são estudados os efeitos das substâncias no indivíduo e a sua valência aditiva, bem como os aspectos genéticos e familiares².

Assim sendo, podemos entender o adoecer com patologia aditiva, tendo em conta todos os factores que podem influenciar o indivíduo. Por exemplo, uma criança, filha dum pai alcoólico ou duma mãe com psicose maníaco depressiva (vulnerabilidade genética), que na infância não consegue desenvolver experiências gratificantes e vincular-se a pessoas que lhe transmitam sentimentos positivos e de segurança (vulnerabilidade psicológica), que no final da adolescência entra na universidade e é submetida a um ritual de praxe onde bebe bebidas alcoólicas (vulnerabilidade cultural) e desenvolve sentimentos de integração num grupo, que experiencia sentimentos positivos

em momentos em que também consome bebidas alcoólicas (vulnerabilidade psicológica). Um dia, fica desempregada, sozinha, desenvolve depressão (vulnerabilidade psiquiátrica) e com a maior das facilidades procura alívio no consumo recorrente de álcool, acabando por desenvolver dependência. Será possível definir uma única causa para a sua doença? A desintoxicação alcoólica não será concertada suficiente para a tratar, recaindo sucessivamente enquanto não se intervir globalmente, tratando a depressão, desenvolvendo a autoestima e confiança, bem como noutras vulnerabilidades detectadas. É esta a grande diferença entre os serviços de tratamentos de adições e os serviços de patologia dual. Nos primeiros o objectivo é parar os consumos e promover a abstinência enquanto nos segundos o objectivo é melhorar o doente, tratar as doenças e reduzir os consumos até se conseguir abstinência.

III – DIFICULDADES E DESAFIOS DO DOENTE DUAL

É reconhecido por vários autores que as dificuldades de tratamento dos doentes com patologia dual são múltiplas e de diferentes tipos, levantando muitos desafios aos serviços de saúde e família. Stohler, 2005, refere que “O Diagnóstico Dual de abuso de substâncias e perturbação mental (maioritariamente esquizofrenia, afectiva, ansiedade, personalidade ou perturbação de deficit de atenção/ hiperactividade) estão entre as perturbações mentais mais prevalentes no mundo”³.

Rugeri et al., 2000, refere que “*La Patología Dual debe considerarse dentro de las patologías mentales graves y resistentes a los tratamientos convencionales siendo fundamental para la sanidad pública y de salud mental, ya que incluye a un grupo de pacientes con una mala evolución, una mala calidad de vida, una elevada morbilidad, mortalidad y consumo elevado de recursos sanitarios y sociales*”⁴.

1 – DIFICULDADES

Uma das primeiras dificuldades começa logo no diagnóstico psiquiátrico e psicológico, bem como na definição das vulnerabilidades presentes. O diagnóstico de doença mental grave no doente adicto é geralmente tardio. De facto, muitos jovens iniciam o consumo de substâncias pelos 12 a 15 anos, seja o álcool ou a *cannabis*. Sabemos que, em muitas doenças mentais graves (psicoses) as manifestações clínicas surgem preferencialmente no final da adolescência e início da idade adulta (16 a 18 anos). Ou seja, muitas vezes, quando começam a surgir os primeiros sintomas de doença mental grave o indivíduo já faz consumo regular de substâncias psicoactivas. Por outro lado, os efeitos das substâncias mimetizam muitos sintomas de doenças psiquiátricas. Assim, frequentemente o doente, os amigos, a família e os próprios médicos e outros técnicos de saúde interpretam estes sintomas como efeitos das substâncias, desvalorizando-os e atrasando o envio a consultas de especialidade e a início de tratamento.

Por outro lado, o estigma associado à presença de doença mental, bem como o estigma de adicto a substâncias, dificultam a aceitação pelo doente e família da doença, bem como do recurso à consulta de especialidade e do tratamento adequado. Muitas vezes as famílias até já aceitaram a presença de dependência no seu familiar, mas têm muita dificuldade em aceitar a presença de doença mental.

Os sistemas de classificação diagnóstica em uso (CID-9-MC, DSM-IV) não ajudam no diagnóstico, uma vez que apenas permitem uma classificação categorial, não tendo um capítulo onde seja possível diagnosticar a presença concomitante de doença mental e adição⁵. A recente CID-10 continua a não trazer respostas efectivas e eficazes para o diagnóstico correcto e preciso destas perturbações. Seria importante que fosse possível fazer o diagnóstico de esquizofrenia e de outras doenças mentais com ou sem adição de substâncias.

Outra das dificuldades relaciona-se com a existência de vários serviços de saúde que não articulam⁶. Desde os anos 70 do século passado que em Portugal, bem como noutros países da Europa,

desenvolveram-se serviços de tratamento para a dependência alcoólica (Centros Regionais de Alcoologia – CRA's) e serviços para tratamento dos consumidores de substâncias ilícitas (Centros de Atendimento a Toxicodependentes – CAT's). Estes serviços não estavam integrados no Serviço Nacional de Saúde, tendo autonomia funcional e administrativa, o que levou a que se criassem três redes separadas sem qualquer articulação: Rede de tratamento do álcool, Rede de tratamento das drogas ilícitas e Rede de psiquiatria e saúde mental. Com frequência os doentes vão aos serviços de psiquiatria e saúde mental para tratar da descompensação psíquica, apesar de já serem seguidos na rede de drogas ou álcool. Isto implica serem medicados por 2 psiquiatras diferentes, que não articulam, e orientados por 2 equipas diferentes. Muitas vezes os doentes fazem a sua própria gestão, tomando o que querem, e recorrendo a internamentos na psiquiatria quando querem internamentos mais longos e nas unidades de adição quando querem internamentos mais curtos. Outros doentes porém, acabam, por não conseguir entrar em nenhum dos sistemas, nomeadamente os doentes com patologia dual. Nestor Szerman chama-lhes “doentes da porta equivocada”, uma vez que não acertam com o espaço adequado ao tratamento da sua doença⁶.

Estas dificuldades são ainda agravadas pela proliferação de estruturas que dizem tratar os doentes, sem qualquer certificação ou controlo, como é o caso de estruturas e comunidades religiosas, baseadas em misticismos e crenças, e muitas cujo funcionamento ou fundamentos nos levantam sérias dúvidas.

2 – DESAFIOS

Os desafios que estes doentes levantam às equipas terapêuticas são múltiplos e complexos. Podemos tentar sistematizá-los em desafios para motivar doente e família, tratar eficazmente e recuperar.

a) **Motivar doente e família**

Geralmente os doentes e famílias quando chegam aos serviços de patologia dual já passaram por múltiplas tentativas de tratamento em diversos serviços quer públicos quer privados, incluindo várias comunidades terapêuticas. A falta de sucesso nestes tratamentos e o longo percurso, originam quer no doente, quer na família sentimentos de desesperança, desânimo, sentimentos de que nada vale a pena, de que o doente não presta, não quer, não tem força de vontade. Tanto o doente como a família apresentam sentimentos de culpa e de ineficácia pessoal, sendo difícil de motivar e entusiasmar por mais um projecto terapêutico. A exaustão acompanha-se de inanição, falta de empenho e desconfiança.

Na primeira consulta é fundamental fazer uma história detalhada com o doente e família, por forma a perceber o percurso, as tentativas de tratamento, os sucessos e fracassos, o grau de exustão do doente e família, a presença de psicopatologia do doente e também (com frequência) da família (nomeadamente perturbações de adaptação, perturbações depressivas). Durante a consulta tem de se esclarecer a mudança de paradigma, nomeadamente que o objectivo do tratamento não estará centrado unicamente na abstinência do consumo de substâncias, mas no tratamento global do doente, da psicopatologia, na recuperação integral e reinserção no seu meio social. Quanto aos consumos o objectivo final será geralmente a abstinência, mas poderá haver multiplas etapas intermédias até a atingir. Trata-se dum processo longo, complexo, com avanços e recuos, de (re)construção da personalidade, autoestima e autoconfiança, desenvolvimento de capacidades e competências. Nesse processo, doente e família têm de perceber que a equipa estará sempre lá para os apoiar, esclarecer dúvidas, reavaliar e reformular plano terapêutico.

b) **Tratar eficazmente**

Os doentes com adição grave e patologia dual serviços apresentam frequentemente situação física e psiquia grave e complexa. É muito frequente a multipatologia, afectando multiplas sistemas. Para além da adição e psicopatologia (patologia afectiva, psicoses, perturbação personalidade, perturbação

de hiperactividade e deficit de adiç3o, perturbaç3o de ansiedade, perturbaç3o obsessivo compulsiva) os doentes trazem patologia gastrointestinal (esofagites, gastrites, ulceras), hep3tica (insufici4ncia hep3tica, cirrose), neurol3gica (neuropatia perif3rica, epilepsia), end3crina (diabetes), infecciosa (hepatites B e C, SIDA, infeç3es respirat3rias), entre outras. Esta situaç3o faz com que o doente apresente grande fragilidade. Com frequ4ncia estes doentes apresentam situaç3es que constituem risco de vida (*delirium tremens*, encefalopatia hepatot3xica, depress3o respirat3ria). O clnico e a equipa t4m de estar muito atentos ao doente global, manuseando com grande cuidado e atenç3o todas as vari3veis em causa.

Outro problema a ter em conta 4 o facto de os doentes com adiç3o de subst3ncias geralmente apresentarem induç3o hep3tica, o que leva a que necessitem de doses mais elevadas de psicofarmacos para obter os mesmos resultados. Al4m disso, h3 que ter em conta a interaç3o entre os m3ltiplos farmacos, bem como, entre os f3rmacos e as subst3ncias de abuso. Conseguir o equilibrio entre estas vari3veis todas e a estabilizaç3o do doente, nem sempre 4 f3cil e exige muita atenç3o, serenidade e vigil3ncia permanente.

Com frequ4ncia estes doentes apresentam quadros de agitaç3o psicomotora, quadros confusionais, agressividade e perigosidade, que exigem medidas e intervenç3es eficazes e complexas, bem como equipas multidisciplinares treinadas e bem articuladas.

Uma das quest3es mais dificeis de lidar no doente com adiç3o grave e patologia dual, tal como no doente com doenç3a mental grave, 4 a ades3o 3 terap4utica e o cumprimento adequado do plano terap4utico. Para al4m dos factores comuns ao doente mental grave, temos ainda de lidar com falsas ideias e mitos, bem com as ideias de que os farmacos s3o “drogas”. Esta confus3o e falta de ideias claras e bem definidas dos pr3prios terapeutas, leva a que seja frequente a afirmaç3o de que n3o querem estar a “usar drogas” para o resto da vida, a solicitaç3o frequente de reduç3o de doses da terap4utica opioide, bem como, o abandono frequente da medicaç3o.

Assim sendo, 4 fundamental que todos os t4cnicos de sa3de tenham ideias muito claras e bem definidas relativamente 3 terminologia, por forma a que possam ser esclarecedores, firmes e motivadores nas suas intervenç3es e trabalho. Neste contexto, definimos:

- **Medicamento**, de acordo com a legislaç3o portuguesa, 4 “ toda a subst3ncia ou associaç3o de subst3ncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenç3as em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagn3stico m4dico ou, exercendo uma aç3o farmacol3gica, imunol3gica ou metab3lica, a restaurar, corrigir ou modificar funç3es fisiol3gicas⁷. Ou seja, 4 uma subst3ncia introduzida no organismo de forma controlada, para corrigir o seu funcionamento e melhorar o estado de sa3de do individuo.
- **Droga**, 4 definida na generalidade como, toda e qualquer subst3ncia, natural ou sint4tica que, uma vez introduzida no organismo, modifica suas funç3es. Contudo, atendendo 3 complexidade e gravidade das problem3ticas associadas ao consumo de subst3ncias psicoactivas, devemos utilizar este termo apenas para as subst3ncias ingeridas sem qualquer controlo, tendo por objectivos obter efeitos recreativos.

Assim, o que verdadeiramente diferencia estes dois termos, n3o 4 a subst3ncia a que se refere, mas a forma e o objectivo com que 4 utilizada. De facto, medicamentos como as benzodiazepinas, a terap4utica opioide, o metilfenidato, alguns antidepressivos, o biperideno e tantas outras subst3ncias podem ser usadas como medicamentos, quando s3o prescritos pelo m4dico para tratar ou corrigir alteraç3es do funcionamento do c4rebro, com objectivo de restabelecer o equil3brio e permitir uma melhor qualidade de vida, ou serem drogas quando s3o comprados na rua e usados apenas com objectivo de obter sensaç3es ou efeitos psicoactivos.

Conseguir o cumprimento da medicação de forma adequada é um dos objectivos mais complexos e difíceis de atingir. É necessário esclarecer de forma detalhada os objectivos da medicação, os efeitos que se procuram, os efeitos secundários prováveis e como lidar com estes, procurando, de forma progressiva motivar o doente para o seu cumprimento. É importante permitir-se ao doente que tome algumas decisões (por exemplo se quer comprimidos, cápsulas ou injectáveis ou se se sente melhor com um ou com outro fármaco). Frequentemente solicita-se apoio da família ou das instituições que apoiam os doentes, quer para administrar ou supervisionar a toma da medicação. Contudo, este apoio deve ser acordado com o doente e deve evoluir à medida que o doente vai melhorando e aumentando a sua autonomia.

c) Recuperar:

A recuperação destes doentes é lenta e complexa. Para que esta possa ter sucesso, é fundamental o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar actuando de forma integrada, articulada e complementar. Este acompanhamento tem de ser continuado ao longo do tempo, em ambulatório, em articulação com a família, o meio social e laboral, por forma a permitir a integração progressiva.

Um desafio importante no tratamento dos doentes com adição grave e patologia dual é a recuperação/estimulação cognitiva e funcional precoce. Na realidade vários anos de consumo de substâncias psicoactivas, a vida em meios deteriorados, o progressivo abandono de todas as actividades estruturadas e de relação interpessoal, bem como o abandono progressivo de actividades intelectuais, originam processos de deterioração cognitiva e funcional em doentes muito jovens. Depois de parar o consumo de substâncias, estes doentes mantêm estas limitações, o que leva a que muitos dos processos de reinserção falhem, não por falta de vontade dos doentes, mas por falta de capacidade para atingirem os objectivos que lhes são pedidos. Assim, antes de passar a um processo de reinserção social, os doentes devem passar por um período de treino de competências, reestruturação funcional e relacional, bem como de estimulação cognitiva.

Muitos doentes com adições graves têm dificuldade em gerir a posse de bens económicos, e quando têm dinheiro não conseguem controlar o impulso para o consumo. Assim, ao longo do programa de tratamento, tem de se trabalhar com o doente e família a crítica para este risco, bem como estudar estratégias para o minimizar. Muitas vezes propõe-se ao doente que solicite a um familiar ou à instituição que o apoia que faça essa gestão.

Frequentemente é necessário também tratar a família, quando se verifique a presença de psicopatologia consequente à doença do familiar. A intervenção da equipa deve ajudar na recuperação do equilíbrio familiar, ou no encontro de novos equilíbrios.

d) Reinsserir /Recovery

Após a recuperação do doente é necessário que o doente consiga a reinserção plena na família, meio social e laboral. Quando atinge esta fase de tratamento, regra geral o doente tem alta da unidade, sendo referenciado para os cuidados primários de saúde. Contudo, a equipa deve manter a disponibilidade para voltar a intervir sempre que necessário.

Muitos doentes não conseguem atingir esta fase de tratamento, pois têm debilidade mental de base e/ou deterioram muito jovens. Os objectivos do tratamento têm de ser definidos com objectividade e tendo em conta a gravidade da situação, não se devendo esperar resultados acima das capacidades do doente. Assim sendo, é importante a avaliação das capacidades cognitivas e do grau de deterioração, como forma de melhor poder prever a grau de recuperação possível, bem como o grau de autonomia que o doente poderá atingir, planeando o projecto terapêutico de forma realista e objectiva. Estes doentes frequentemente não conseguem ter autonomia, recaindo nos consumos frequentemente e necessitando de estruturas que os protejam, nomeadamente unidades de vida apoiada. Estas estruturas ainda não são suficientes para as necessidades, sendo necessário implementar este tipo de respostas.

As comunidades terapêuticas, são estruturas muito frequentes, onde os doentes são integrados durante períodos de 6 meses a 1 ano, sujeitos a psicoterapia e programas de recuperação. Apesar de alguns doentes poderem necessitar deste tipo de respostas, o facto de afastar o indivíduo do meio social e familiar durante um período de tempo longo, fazendo psicoterapia e um programa, sem que a família e o meio social façam qualquer evolução, leva a que a reinserção do doente na família e meio onde adoeceu, possa vir a ser complicada.

IV – TRATAMENTO INTEGRADO DO DOENTE ADICTO E COM PATOLOGIA DUAL

Tratar o doente com adição grave e patologia dual é um processo complexo e continuado, que exige uma equipa multidisciplinar treinada e com múltiplas competências, capaz de adequar o projecto terapêutico às necessidades do doente. Começa-se por referir a experiência de trabalho na Unidade de Patologia Dual do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, que desenvolve desde 1994 programas de tratamento para doentes com patologia dual. Posteriormente tecem-se algumas considerações sobre o tratamento integrado nos serviços de saúde destes doentes.

1 – UNIDADE DE PATOLOGIA DUAL

Em 1994 no Hospital Sobral Cid, hospital psiquiátrico do centro do país, verificou-se que, apesar de haver um Centro Regional de Alcoologia muito próximo, 30% das camas de homens estavam ocupadas com doentes alcoólicos e com doença mental grave. Criou-se então um serviço do hospital psiquiátrico para dar resposta especializada a estes doentes (Serviço de Tratamento de Alcoolismos). Em 2008 este serviço foi alargado e passou a tratar doentes com doença mental grave e todos os tipos de adições (Serviço de Adições). Em 2012, no âmbito da integração dos hospitais psiquiátricos nos serviços de psiquiatria dos hospitais gerais, foi criada a Unidade de Patologia Dual – UPD.

A UPD tem uma unidade de internamento (13 camas – 11 para homens e 2 para mulheres), um hospital de dia (15 doentes) e ambulatório com consulta externa de patologia dual (inclui psiquiatria, psicologia clínica, enfermagem e serviço social), consulta de co dependência para familiares, consulta de crise para doentes em descompensação aguda, consulta de regime compulsivo, psicodrama e grupos multifamiliares. A equipa é constituída por 3 médicos psiquiatras, 3 médicos internos de psiquiatria (no ambulatório), 12 enfermeiros, 1 psicóloga clínica, 1 assistente social e 12 assistentes operacionais. O acesso à UPD faz-se através do serviço de urgências, de primeira consulta (doentes orientados pelo médicos de família, psiquiatras do CHUC, outros médicos do CHUC, técnicos de instituições que trabalham com população em situação de sem-abrigo, tribunais e serviços de reinserção) e de transferências de outros internamentos.

A metodologia de trabalho da UPD centra-se na identificação das vulnerabilidades presentes no doente e na intervenção nos factores de vulnerabilidade alteráveis. A equipa promove a articulação e complementaridade da intervenção dos diferentes técnicos. A reunião semanal da 2ª feira, com a presença de todos os técnicos permite a apresentação e discussão dos casos clínicos de todos os doentes internados e em hospital de dia, definição dos projectos terapêuticos e da intervenção de cada técnico.

2 – FASES DO TRATAMENTO

Na UPD divide-se o tratamento em 3 fases: Fase de compensação aguda, Fase de recuperação precoce e Fase de recuperação continuada.

a) Fase de compensação aguda

A fase de compensação aguda desenvolve-se quando o doente apresenta descompensação psiquiátrica e/ou consumos de substâncias activos. Nesta fase faz-se a prevenção e tratamento das síndromes de privação de substâncias, prevenção e tratamento de agitação psicomotora,

agressividade, violência, tratamento da psicopatologia activa, nomeadamente patologia afectiva (depressão, mania, estados mistos), psicoses, perturbação de hiperactividade e *deficit* de atenção do adulto (PHDA), entre outras. Habitualmente era desenvolvida em internamento, podendo durar de 2 a 6 semanas, a maior parte das vezes em cerca de 3 a 4 semanas. No entanto, mais recentemente, com a utilização de terapêutica opióide e outras respostas psicofarmacológicas, havendo bom suporte familiar ou institucional, tem-se privilegiado o tratamento dos doentes em hospital de dia e mesmo em ambulatório. Tal exige que a equipa tenha disponibilidade para atendimento semanal ao doente, bem como, de contacto telefónico diário, para esclarecimento de dúvidas ou reavaliação da situação.

Na fase de compensação aguda a intervenção farmacológica é fundamental. Utilizam-se todos os psicofármacos consoante as necessidades (neurolépticos, antidepressivos, estabilizadores do humor, metilfenidato e benzodiazepinas). Utiliza-se hidratação oral com soros, vitaminoterapia, bem como fármacos adequados ao controle da dependência em causa (acamprosato, naltrexona, buprenorfina ou nalmeveno).

b) Fase de recuperação precoce

A fase de recuperação precoce segue-se à fase de tratamento agudo. Tem por objectivo recuperar o equilíbrio do doente do ponto de vista psiquiátrico, psíquico, cognitivo e física. Dura cerca de 6 meses a um ano e desenvolve-se em hospital de dia ou em ambulatório. Nesta fase é necessário definir com o doente e família o plano terapêutico e o projecto de vida.

Para além de manter a farmacoterapia necessária à estabilização psiquiátrica, desenvolve-se intervenção psicológica, ocupacional e social, por forma a se conseguir o equilíbrio entre o doente e o seu meio. Tem de se manter o tratamento da psicopatologia. É necessário tratar a anedonia, situação muito frequente após tratamentos de dependência e que se caracteriza pelo desinteresse, apatia, falta de vontade, incapacidade para projectar e realizar tarefas. É necessário manter o trabalho motivacional e prevenção de recaída, fazer treino de competências, estimulação cognitiva, treino de actividades de vida diária. Utiliza-se psicoterapia cognitiva comportamental, psicodrama, e grupos multifamiliares.

c) Fase de recuperação continuada

Após a fase inicial de recuperação o doente, e estando o doente estabilizado do ponto de vista psíquico, familiar, social e laboral, há que manter o acompanhamento do doente, por forma a detectar precocemente sinais de risco de recaída ou de descompensação psiquiátrica, intervindo o mais precocemente possível. Nesta fase, que terá duração muito variável, consoante as limitações e prognóstico do doente, deverá manter-se consulta semestral, facilidade de contacto com a equipa, bem como as intervenções farmacológicas, psicológicas e psicoterapêuticas necessárias à manutenção da estabilidade do doente. Esta fase pode ser acompanhada pelo ambulatório da unidade, pelo médico de família, ou por estruturas de intervenção comunitária.

d) Recaída

A recaída é entendida como um período de “crise” da doença crónica de adição, tal como pode acontecer em qualquer outra patologia (ex. esquizofrenia, doença afectiva, diabetes, úlcera gástrica...). A descompensação pode acontecer por recaída no consumo de substâncias, por agravamento do quadro psicopatológico ou por ambas. É fundamental que a família, os cuidadores e o próprio doente, se apercebam dos sinais de risco de agravamento o mais precocemente possível, recorrendo de imediato à consulta da equipa que o segue. Deve ser feita a avaliação com o doente e família do que falhou, realizada entrevista motivacional, reformulado o projecto terapêutico. Se for necessário novo internamento este deverá ser realizado o mais precocemente possível para evitar o agravamento do quadro clínico.

V – ESTRUTURAS DE TRATAMENTO EM ADIÇÃO E PATOLOGIA DUAL

Em Portugal, em 27 de Fevereiro de 2014 foi publicado o Despacho n.º 3250/2014, que determina a constituição dum grupo de trabalho para avaliar a situação com vista à integração do tratamento das dependências nos serviços de saúde, que se deve pronunciar dentro de 120 dias⁸. Aguardamos portanto, a nova organização dos serviços de saúde a este nível.

Até ao presente existe uma rede de centros para tratamento dos doentes com problemas de dependência de álcool, outra para doentes com dependência de substâncias ilícitas e outra de psiquiatria e saúde mental. Esta situação cria dificuldades ao atendimento dos doentes com patologia dual, uma vez que necessitam de respostas integradas e abrangentes, adequadas à sua situação clínica.

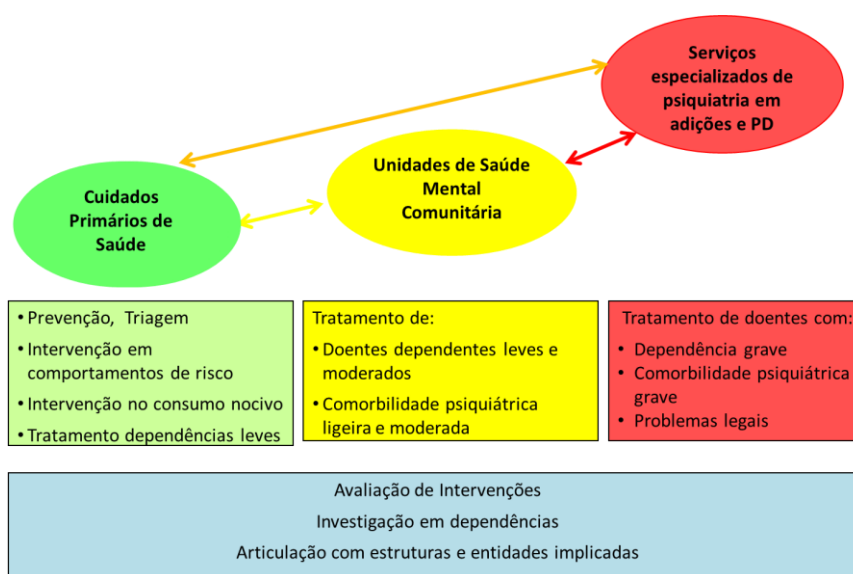
Por outro lado, os doentes com problemáticas aditivas com frequência apresentam quadros clínicos muito variados, acabando por receber assistência médica em todos os serviços, motivo pelo qual todos os médicos e técnicos de saúde devem estar habilitados a lidar e gerir de forma adequada estes doentes e este tipo de problemática. É urgente acabar com a *psicofobia* e a discriminação destes doentes, atirando-os para nichos. Estes têm direito à assistência médica e técnica qualificada em todos os níveis assistenciais, como qualquer outro doente. Assim, entendemos que todos os médicos e técnicos devem estar habilitados a atender, avaliar, orientar os doentes com adição e patologia dual, de acordo com o apresentado na figura 1.

Ao nível dos cuidados primários de saúde, médicos, enfermeiros e restantes técnicos têm de entender a adição de substâncias como doença grave e complexa, não dependente da vontade do indivíduo. Têm de investir na prevenção, detecção de comportamentos de risco, entrevista motivacional para a mudança de comportamento. Têm de estar atentos e treinados para fazer diagnóstico precoce das situações de uso nocivo, dependência de álcool, de outras substâncias e patologia dual. Têm de actuar com os recursos ao seu alcance no sentido de reverter a situação. Quando a sua intervenção se revele ineficaz, têm de referenciar para os cuidados de saúde mental comunitária ou para os cuidados hospitalares.

Ao nível dos cuidados de saúde mental comunitária devem ser desenvolvidos programas de tratamento de doentes com dependência leve e moderada e com patologia dual ligeira a moderada. Situações mais complexas ou com recaídas sucessivas devem ser referenciadas para unidades especializadas de psiquiatria a nível hospitalar. Por sua vez após estabilização do quadro de descompensação aguda, deverão os doentes voltar aos serviços de saúde mental comunitária ou cuidados primários de saúde, para acompanhamento e vigilância.

Todos os níveis de intervenção têm a obrigação de avaliar as intervenções, investigar em dependências e articular com estruturas e entidades implicadas

Figura 1 – Intervenção dos vários níveis assistenciais na abordagem e tratamento dos doentes com adição e patologia dual



IV – CONCLUSÕES

Como conclusão podemos referir que a dependência de substâncias é uma doença psiquiátrica crónica, recidivante, como esquizofrenia ou doença bipolar. Adoecer não está dependente da vontade ou falta dela mas da vulnerabilidade individual, e relaciona-se com múltiplos factores socioculturais e sociodemográficos, psicológicos e psiquiátricos, biológicos e genéticos.

O tratamento do doente com adição de substâncias e patologia dual tem de ser individualizado e procurando intervir nos factores de vulnerabilidade do doente. Pode ser dividido em 3 fases: de compensação aguda, de recuperação precoce e de recuperação continuada.

Finalmente conclui-se que o tratamento do doente com adição e patologia dual deve ser integrado, mobilizando todos os níveis assistenciais: cuidados de saúde primários, unidades de saúde mental comunitária e unidades especializadas de psiquiatria ao nível hospitalar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Muñoz F, Álamo C, Rubio G. Fundamentos y justificación histórica de la patologia dual. In Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G. Tratado sobre Patología Dual – reintegrando la salud mental. Barcelona: mra ediciones, SL; 2012. p. 21 – 37.
2. Swendsen JD, Merikangas KR. The comorbidity of depression and substance use disorders. Clin Psychol Ver 2000. 20. 173-189.
3. Stohler R, Rössler W. Dual Diagnosis: the evolving conceptual framework. Zürich. Karger. 2005.
4. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G et al Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry 2000; 176: 149-55.
5. Szman et al. Rethinking Dual Disorders/Pathology. Addict Disord Their Treatment.2013; 12 (1): 1-10.
6. Propuesta a la estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Asociación Española de Patología Dual, I Congreso Internacional de Patología Dual, 2009.
7. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto:8.
8. Despacho n.º 3250/2014. Diário da República, 2.ª série — N.º 41 — 27 de Fevereiro de 2014.