Autores:

Ricardo Wainer — *Psicólogo, Doutorando e Mestre em Psicologia pela PUCRS, Professor da Faculdade de Psicologia da PUCRS.*

Neri Maurício Piccoloto — *Médico Psiquiatra. Professor do Curso de Psicologia e de Odontologia da ULBRA – Torres e do Curso de Psicologia da PUCRS.*

Colaboradora:

Luciane Benvegnú — *Acadêmica de Psicologia da ULBRA.*

Orientador:

Mário Francisco Juruena — *Psiquiatra, Mestre Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Coordenador do Ambulatório de Doenças Afetivas do Hospital Presidente Vargas/ Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre/RS*

Sumário

1. Introdução..... 04

2. Objetivos..... 13

3. Materiais e Métodos..... 14

4. Funcionamento da Fazenda..... 16

5. Resultados..... 19

6. Discussão dos Resultados..... 32

7. Referências Bibliográficas..... 36

ANEXOS

1 Introdução

A Dependência Química é um problema mundial de grandes proporções e deve buscar seus determinismos e relações de causalidade através de um espectro biopsicossocial. Segundo Bucher (1992), até recentemente as informações sobre situação de consumo de drogas psicoativas no Brasil repousaram principalmente sobre estatísticas policiais e hospitalares ou em ocorrências de institutos médico-legais. O foco do conhecimento centrava-se no tráfico, com menor atenção ao grave problemas das drogas lícitas e carecendo de estudos populacionais mais rigorosos. A partir de 1986 estabeleceu-se uma nova geração de investigações passíveis de fornecer um mínimo de informações necessárias para um diagnóstico confiável dessa realidade. Atualmente, o Brasil destaca-se como o país latino-americano que mais dispõe de dados epidemiológicos recentes sobre o consumo de substâncias psicoativas, ainda que insuficientes para estabelecer um retrato seguro da população em geral, pois os resultados dos estudos são fragmentários, obtidos em populações específicas e sobre drogas singulares, não autorizando extrapolações gerais.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), entre 1 e 10% da população de países ocidentais devem ser considerados como alcoolistas ou grandes bebedores. Já o estudo de Área de Captação Epidemiológica (ECA), do *National Institute of Mental Health* (NIMH), conduzido no início dos anos 80, descobriu que 16,7% da população dos Estados Unidos com 18 anos ou mais reuniam os critérios para um diagnóstico, durante toda a vida, de abuso ou dependência de alguma substância, com 13,8% reunindo os critérios para transtornos relacionados ao álcool e 6,2%, os critérios para abuso

ou dependência de uma substância outra que não álcool ou tabaco (Jaffe, 1995). Schuckit (1999) refere que, em algum momento durante suas vidas, 90% da população americana ingere álcool, e a maior parte das pessoas inicia seu consumo alcoólico nos anos intermediários da sua adolescência. Resultados de quatro estudos realizados no Brasil indicam uma prevalência de alcoolismo variando entre 3 e 10% da população adulta, onde os homens superam as mulheres numa proporção média de 7 para 1, sendo que 84% da população refere uso ocasional. Os índices encontrados em diversos estudos epidemiológicas são invariavelmente elevados, porém não passíveis de generalização para além dos limites das áreas estudadas. Uma estimativa de prevalência para o país esbarra na ausência de estudos nacionais amplos.

Com relação às demais substâncias psicoativas, existe no Brasil uma lacuna informativa ainda maior sobre os padrões de consumo na população em geral, com estudos regionalizados e de resultados bastante divergentes. A partir de 1986 foram desenvolvidas pesquisas de metodologia mais cuidadosa, com melhor padronização dos estudos e maior possibilidade de comparação entre os resultados obtidos, revelando algumas constâncias. Carvalho Neto et al. (1987), por exemplo, em uma população adulta de baixa renda em Salvador/BA, verificaram um consumo da ordem de 2% para cannabis e 0,2% para inalantes. Já na cidade de Pelotas/RS, em 1986, a prevalência de cannabis foi de 9,4%, a de inalantes, 2,7% e a de cocaína, 0,9% (Bucher, 1992).

Costa Leite (1999) refere que no primeiro estudo brasileiro sobre internações motivadas por consumo de drogas, realizado em 1962, observou-se apenas quatro casos motivados pelo uso de cocaína, enquanto neste mesmo ano 8.462 internações foram motivadas por álcool (para uma população de mais de 70 milhões de habitantes na época). Com o crescimento do consumo verificado na última década,

o número de internações por intoxicação aguda ou dependência de cocaína em hospitais psiquiátricos subiu para 866 no ano de 1992. Carlini et al. (1993), embora tendo considerado a expressividade do aumento do consumo, não definiram a cocaína como uma droga muito difundida em usuários brasileiros. Em um levantamento entre estudantes realizado em 1992 no Brasil, cerca de 1,2% dos sujeitos da amostra relatavam o uso de cocaína ao longo de suas vidas, e apenas 0,41% apresentavam um consumo freqüente, definido como seis ou mais episódios de consumo no período de 1 mês. Nesta pesquisa, a cocaína ocupava o 10º lugar entre as drogas mais utilizadas, atrás do álcool, da nicotina, dos solventes, dos calmantes (benzodiazepínicos), da maconha e das anfetaminas. Em populações específicas, como as crianças de rua das grandes cidades, a cocaína é proporcionalmente muito mais consumida (relatos de 46,5% destas crianças na cidade de São Paulo). Segundo Nappo (1996) apud Costa Leite (1999), com o surgimento do crack no estado de São Paulo durante esta década, o consumo de cocaína e as suas conseqüências têm crescido vertiginosamente.

A comorbidade, também conhecida como diagnóstico duplo, consiste na presença de dois ou mais transtornos psiquiátricos em um único paciente. Skinner (1994) refere que os clínicos freqüentemente mostram-se descontentes com os pesquisadores e com os teóricos que parecem impermeáveis a sua realidade clínica. Cita o fato de que está se tornando cada vez mais rara a pessoa "pura" que abusa de álcool, principalmente entre os pacientes jovens. De forma freqüente, os indivíduos se apresentam nas clínicas com problemas relacionados a uma variedade de substâncias psicoativas.

Uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos adicionais entre pessoas que buscam o tratamento para dependência de álcool, cocaína ou opióides tem sido repetidamente confirmada (Jaffe, 1995).

O estudo de Área de Captação Epidemiológica, no qual mais de 20.000 pessoas em cinco comunidades norte-americanas foram entrevistadas, mostrou que, mesmo entre amostras representativas da população, aqueles que reúnem os critérios para alcoolismo e dependência de drogas estão bem mais propensos a reunir critérios para outros transtornos psiquiátricos. Nesta amostra. 76% dos homens e 65% das mulheres que preenchiam os critérios para abuso ou dependência recebiam pelo menos 1 diagnóstico adicional. Entre os homens, o diagnóstico adicional mais comum foi o de Transtorno de Personalidade Anti-social (22,2% dos casos), seguido pelos Transtornos Fóbicos (19%), Depressão Maior (14%) e Distimia (9%). Segundo Schuckit (1999), pessoas com Transtorno de Personalidade Anti-social são descritas como impulsivas, freqüentemente violentas, altamente propensas a assumirem riscos e incapazes de aprender a partir de seus erros ou obter benefícios de punições, sendo que uma pessoa que traga consigo estas características desde a adolescência (fase habitual de início de experimentação com álcool e drogas), pode previsivelmente ter dificuldades para controlar o uso de substâncias. Desta forma, cerca de 80% ou mais dos indivíduos com personalidade anti-social podem ter problemas severos secundários ao álcool no curso de suas vidas, associados a um pior prognóstico, com abandono precoce do tratamento. De acordo com Vaillant (1997), quanto mais anti-social ou socialmente desviante ou familiarmente abusado for o indivíduo, maior a variedade de drogas usadas antes dos 25 anos, mais cedo este terá iniciado e mais provável que abuse de drogas. A razão para esta sólida relação entre o desvio e o abuso de múltiplas drogas pode ser conceitualizada dentro do modelo sociológico como devida ao desvio social, violação dos cânones públicos e novas formas de excitação.

Diversas modalidades de tratamento têm sido desenvolvidas no intuito de manter a abstinência e prevenir futuras recaídas de dependentes químicos. Durante uma revisão de abordagens existentes,

comumente encontramos trabalhos, pesquisas ou publicações referentes à grupoterapias e terapias individuais, atreladas a diferentes princípios teóricos, além de comunidades terapêuticas e instituições como os alcoólicos e os narcóticos anônimos. Vaillant (1999) questiona, em relação ao alcoolismo, se as nossas formas atuais de tratamento realmente alteram a história natural da dependência. E se elas o fazem, qual o tipo de tratamento é o mais efetivo. Não há dúvida que, na primeira metade deste século, cada novo tratamento entusiasticamente administrado produziu resultados promissores, mas grupos controle invariavelmente não eram considerados. Mais recentemente, a eficácia do tratamento pode ter sido exagerada, como resultado de um esforço para justificar ao Congresso e às companhias de saúde suas enormes despesas com o tratamento do alcoolismo. Ainda segundo o autor, existem estatísticas bastante promissoras, como a do *National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse*, onde 56% dos pacientes que foram submetidos a programas de alcoolismo no *St. Elizabeth Hospital* permaneceram sóbrios pelo período de 1 a 4 anos, de acordo com pesquisa recente realizada. Tais estatísticas otimistas, no entanto, são categoricamente contestadas por outros relatos, como o um Editorial do *Annals of Internal Medicine*, que anunciou que o tratamento do alcoolismo não alcançou nenhum progresso significativo em 25 anos, e que somente uma minoria dos pacientes que se submetem ao tratamento logram uma recuperação de longa duração. Vaillant também refere que o mais meticuloso estudo de tratamento controlado realizado até esta data (1999) está totalmente em consonância com o referido editorial. Já Gossop (1997) afirma que o pessimismo sobre a eficácia da terapêutica dos comportamentos aditivos não mais se justifica, listando pesquisas que demonstram que mesmo as pessoas com severa dependência de álcool e de drogas podem se recuperar. Relata que, em muitos aspectos, é atípico que um paciente se mantenha adicto por toda a vida, pois a maioria vai abandonar a droga em algum momento.

Schuckit (1991) chama a atenção para o fato de que a melhora dos pacientes pode ser resultado da natureza flutuante do problema e da remissão espontânea, salientando a necessidade de investigações controladas antes da aceitação da validade de novas formas de tratamento.

Segundo Marlatt e Gordon (1993), estamos atualmente chegando a uma encruzilhada em nossa terapêutica do comportamento aditivo. Até recentemente, a abordagem primária salientava a importância dos parâmetros biológicos de adição com um foco sobre a droga ou substância psicoativa e seus efeitos farmacológicos. Implícita a essa abordagem está a presunção de que o adito não pode controlar voluntariamente seu comportamento de consumo da droga devido à influência das forças psicológicas internas, tais como compulsões, "fissuras" ou premências irresistíveis. Outra abordagem, chamada de "modelo moral da adição" baseava-se na moralidade cristã, na qual alguém com adição é alguém a quem falta "fibra moral" para resistir à tentação. A condenação moral do alcoolismo alcançou seu ápice nos Estados Unidos há cerca de um século, com a fracassada experiência da proibição nacional. Após o fracasso da abordagem moral, uma abordagem menos rigorosa à adição começou a aparecer, na forma de "modelo da doença". De acordo com esse princípio, os comportamentos aditivos estão baseados em uma dependência física subjacente e a atenção é focalizada sobre fatores psicológicos predisponentes, que se presume ser geneticamente transmitidos, como a causa subjacente da adição. Os autores ressaltam a ironia de que a principal qualidade do modelo de doença, absolvendo o dependente da responsabilidade pessoal para o comportamento-problema, possa ser também uma de suas maiores fraquezas, pois se os alcoólicos começam a ver seu comportamento de ingestão alcoólica como resultado de uma doença ou adição fisiológica, podem tornar-se propensos a assumir o papel passivo de vítima. Algumas pesquisas, por

exemplo, mostram que indivíduos que recebem uma explicação genética ou constitucional para a etiologia de um transtorno sentem que podem fazer menos, pessoalmente, para o enfrentamento do seu problema e estão mais propensos a usar álcool e/ou outras drogas para o alívio do sofrimento emocional do que os indivíduos que recebem uma explicação etiológica de aprendizado social. Outras pesquisas recentes sugerem que fatores cognitivos e ambientais seguidamente exercem maior influência na determinação dos efeitos da droga do que os efeitos farmacológicos ou físicos da própria substância. A principal implicação destas pesquisas é que os processos cognitivos tais como expectativa e atribuição são aprendidos e, portanto, estão mais propensos à modificação do que processos fisiológicos relativamente fixos.

Gossop (1997) descreve que, para todos os tipos de problemas de drogas que requerem tratamento, a intervenção oferecida deve ser adequada às necessidades e circunstâncias do indivíduo. Segue relatando que esta declaração aparentemente simples e indiscutível na verdade tem implicações complexas e de longo alcance para as políticas e serviços, se for seriamente aplicada na prática clínica. Não existe, nem podemos esperar que exista, um único tratamento certo para estes problemas. Tanto a etiologia quanto os resultados são influenciados por uma ampla variedade de fatores diferentes em aspectos importantes de pessoa para pessoa. Valleur e Angel (1990) relata que várias dezenas de teorias apareceram sobre a farmacodependência, mas nenhum modelo poderia pretender integrar toda a complexidade deste fenômeno multidimensional.

Uma abordagem que vem emergindo nos últimos anos, com uma ainda limitada penetrabilidade de seus métodos e resultados nos meios científicos, consiste no ingresso voluntário de dependentes químicos em regime de internato de longa duração (entre 6 e 12 meses) em

Fazendas de Recuperação, localizadas em áreas rurais. As bases do tratamento envolvem a religião (espiritualidade), as reuniões do grupo, a disciplina e as atividades laborais. Embora não se referindo a esta modalidade de tratamento, Edwards (1997) afirma que, cada vez mais, as habilidades psicoterapêuticas não especializadas precisam dar sustento às atividades do especialista. Rees (1985) e Noel et al. (1987) apud Davidson (1997) descobriram, respectivamente, que os pacientes que respondem a um questionário de pré-tratamento e os que se auto-encaminham tendem mais a permanecer fiéis a um programa de tratamento prescrito. Além disso, existem fatores particularmente pertinentes ao tratamento grupal do abuso de substâncias, como a aceitação (o paciente se sente aceito pelo grupo, uma parte integral da coesão); o altruísmo (capacidade de ajudar outros membros do grupo); universalidade (sentir que "estamos todos no mesmo barco"); instalação de esperança (de um resultado bem sucedido); aprendizagem por substituição (pela observação da interação entre os membros do grupo); orientação (informação ou conselhos recebidos dentro do grupo); auto-entendimento; aprendizagem a partir de ações interpessoais (aquisição de comportamentos mais adaptativos dentro do grupo); auto-revelação e catarse. Edwards (1997), ao descrever a importância da espiritualidade dentro do grupo de Alcoólicos Anônimos, relatou que Miller (1990) a definiu como "a dimensão silenciosa na pesquisa da adição". Garsuch (1993) apud Edwards (1997), afirma que os AA desafiam a comunidade acadêmica a pensar mais abertamente sobre o significado da espiritualidade na recuperação da dependência do álcool.

Com base no que foi descrito, o presente trabalho apresenta resultados parciais de uma investigação sobre características demográficas e diagnósticas dos internos de uma Fazenda no interior do Rio Grande do Sul, bem como o índice de adesão (determinado pelo tempo de permanência) e a taxa de recaída após o abandono ou

o encerramento do tratamento. O período de seguimento do trabalho foi de 12 meses (de março de 1998 a março de 1999), correspondendo ao tempo mínimo de internação proposto pela instituição aos seus voluntários. A ênfase das características diagnósticas situa-se no preenchimento de critérios para Transtorno de Personalidade Anti-social e nos padrões de uso e tipos de substâncias utilizadas pelos sujeitos.

2. Objetivos

Os objetivos que englobam a totalidade da pesquisa são os seguintes:

- Avaliar as características demográficas e diagnósticas de dependentes químicos internados na Fazenda Esperança, no município de Casca/RS, no interior do Rio Grande do Sul;

- Avaliar os quadros de comorbidade psicopatológica mais freqüentemente associados à população em estudo, sendo que os resultados parciais apresentados incluem Personalidade Anti-social, Tipo e Grau de Dependência dos sujeitos;

- Correlacionar as características sócio-econômico-culturais da população como o índice de adesão ao tratamento proposto;

- Correlacionar o preenchimento de critérios do *Research Diagnostic Criteria* (RDC) para Transtorno de Personalidade Anti-social entre os sujeitos e seus respectivos índices de adesão ao tratamento;

- Verificar a taxa de recaída da população em estudo após o término ou interrupção voluntária do tratamento (dentro do período de *follow-up*) e os tipos de dependência e demais características demográficas e diagnósticas associadas;

- Investigar as possíveis relações entre a adoção de conceitos religiosos, a disciplina, as atividades em grupo, as atividades laborais propostas pela fazenda e referenciais teóricos cognitivo-comportamentais.

3. Materiais & Métodos

Em relação aos sujeitos, foi avaliada a população total de internos da FAZENDA DA ESPERANÇA, situada no município de Casca, no interior do estado do Rio Grande do Sul. Esta população constituiu-se de 42 indivíduos com quadro de dependência de álcool e/ou outras drogas, do sexo masculino, brasileiros e alfabetizados, que responderam aos instrumentos utilizados de forma voluntária, após assistirem a uma palestra de apresentação do trabalho na sede da fazenda.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta dos dados:

- Roteiro para Distúrbios Afetivos e Esquizofrenia – Versão para a Vida Toda (SADS-L, 1979), que tem como base o RDC (Research Diagnostic Criteria);

- Questionário de Levantamento de Variáveis Demográficas, desenvolvido pelos autores do trabalho (Wainer e Piccoloto);

- Termo de Consentimento para a utilização das informações obtidas pelo trabalho, com preservação dos dados de identificação.

Os procedimentos adotados durante a referida pesquisa foram:

1) Treinamento da Equipe de Aplicação, constituída por médico residente em psiquiatria, que realizou 22 entrevistas, e psicólogo clínico, que realizou 20 entrevistas, no mês de março de 1998;

2) Palestra de Apresentação dos aplicadores e da pesquisa para os internos, na sede da fazenda, após a autorização dos coordenadores;

3) Aplicação do SADS-L, na forma de entrevista estruturada, precedido pela aplicação verbal do Questionário de Variáveis Demográficas e pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento. As entrevistas foram individuais, com duração média de 2 horas.

4. Funcionamento da Fazenda

A presente pesquisa foi realizada na FAZENDA da ESPERANÇA, entidade ligada à Igreja Católica, localizada no município de Casca, no interior do estado do Rio Grande do Sul. A referida fazenda tem a sua atividade voltada para a recuperação de indivíduos do sexo masculino, dependentes de álcool e/ou outras drogas.

A seleção dos internos é feita de forma voluntária, através de cartas enviadas pelos pretendentes aos coordenadores da fazenda, que são voluntários da comunidade ou ex-internos já recuperados. Estes ex-internos fazem um curso de coordenação na Fazenda da Esperança do interior do estado de São Paulo, que funciona como sede nacional ou matriz das fazendas. Os candidatos a internos devem expressar nas cartas o seu desejo voluntário de auxílio, bem como a concordância em permanecer em regime de internato, além de dados da sua história pessoal. Posteriormente, eles são chamados à sede da fazenda e entrevistados pelos coordenadores, onde são melhor informados sobre a proposta de tratamento e as regras de funcionamento da instituição. A idade mínima de ingresso é de 15 anos, com a concordância do interno e o consentimento dos pais no caso de menores de 18 anos. Quando foi realizada a pesquisa não havia idade máxima estabelecida para o ingresso, porém alguns meses depois foi determinada a aceitação de pacientes somente com idade inferior a 45 anos, visto que indivíduos acima desta faixa etária anteriormente admitidos demonstraram limitações físicas para a realização das atividades da fazenda e dificuldades de integração e relacionamento com os demais internos. Pacientes que apresentam problemas clínicos considerados graves ou que necessitem de acompanhamento médico constante ou uso crônico de medicação normalmente não são admitidos.

Nos primeiros três meses de internato não são permitidas visitas. Os internos comunicam-se com seus familiares somente através de cartas ou telefonemas, salvo em situações emergenciais. A partir do quarto mês são organizadas visitas mensais, que ocorrem aos domingos, quando todos os familiares podem freqüentar a fazenda num almoço de confraternização. A colaboração financeira dos familiares constitui-se na aquisição de alimentos ou materiais produzidos na fazenda, no valor de um salário-mínimo, a cada visita. O tempo total de tratamento é de 12 meses.

Os internos em momento algum podem exceder os limites da fazenda sem autorização e acompanhamento de pelo menos um dos coordenadores, e o descumprimento desta regra implica no imediato afastamento do interno. Os mesmos podem interromper o tratamento no momento em que desejarem, sendo encaminhados para os seus locais de origem. Aqueles que solicitam a própria alta não serão aceitos, caso requeiram novo ingresso.

Os métodos de tratamento empregados na instituição em estudo têm como pano de fundo a religiosidade, vinculada à doutrina católica. Pacientes de outras crenças são igualmente aceitos, mas devem participar das atividades religiosas da fazenda, que incluem missas celebradas na própria sede. A atividade e a crença religiosas são vistas como essenciais para a recuperação dos pacientes, como o caminho para a cura. Associadas às atividades religiosas estão as atividades laborais que preenchem a rotina dos internos, envolvendo agricultura, piscicultura, avicultura, apicultura, pecuária, comércio de derivados do leite e atividades artesanais. Os internos são ainda incentivados à prática de esportes, visto que a fazenda possui um ginásio coberto, um campo de futebol oficial e uma piscina. Finalmente, podemos destacar as reuniões realizadas pelos internos em conjunto

com os coordenadores, onde os pacientes individualmente falam de si mesmos, contam as suas histórias e a forma como estão se recuperando, salientando sempre a importância da espiritualidade nessa melhora. Aspectos mais detalhados sobre o uso das substâncias não são abordados de forma direta, evitando-se exposições mais aprofundadas sobre este tema. O uso do tabaco é igualmente proibido dentro da instituição.

Características Demográficas

A idade média dos internos da fazenda é de 27,5 anos (mínimo de 16 e máximo de 54 anos). A maioria dos sujeitos não tem filhos. A Renda Pessoal Média é de 3,7 salários-mínimos (de Zero a 30 salários-mínimos). A totalidade dos sujeitos possui energia elétrica e rede de esgotos e 97,6% possuem água encanada em suas residências. As figuras a seguir demonstram a naturalidade e área de moradia dos internos (Figuras 1 e 2).

Figura 1: Naturalidade dos Sujeitos

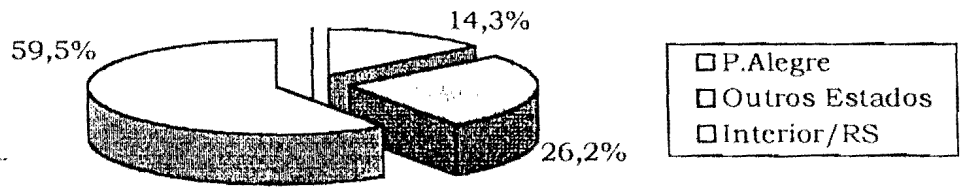
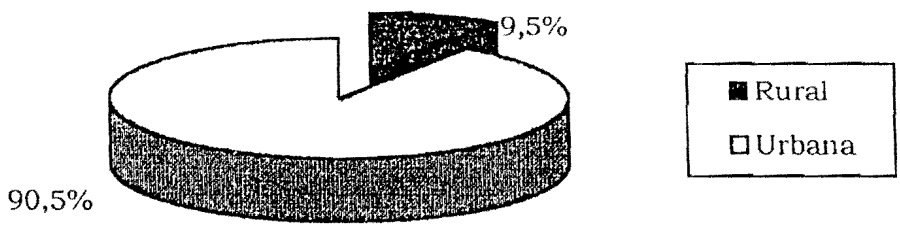
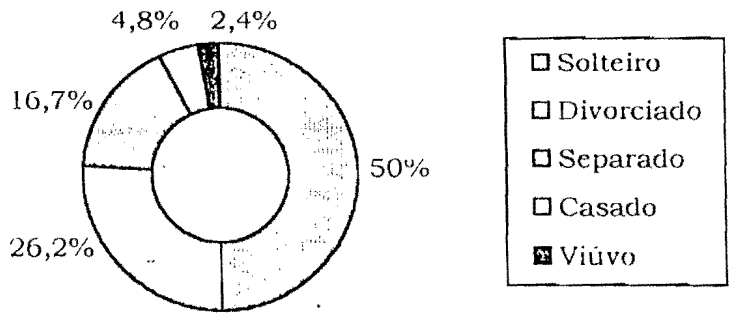


Figura 2: Área de Residência dos Sujeitos



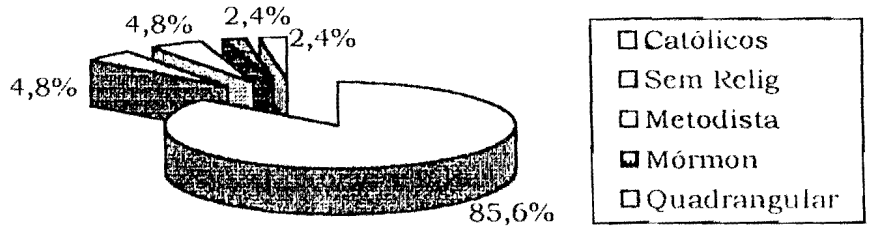
A Figura 3 apresenta o estado civil dos sujeitos pesquisados na fazenda. O termo "solteiro" refere-se aos internos que nunca tiveram uma companheira, enquanto o termo "divorciado" refere-se aos pacientes que estão afastados das companheiras sem chances de retorno. O termo "separado engloba" os sujeitos que consideram os seus rompimentos como temporários ou com chances de retorno. Percebe-se que mais de 95% dos internos não mantém um relacionamento estável.

Figura 3: Estado Civil dos Sujeitos



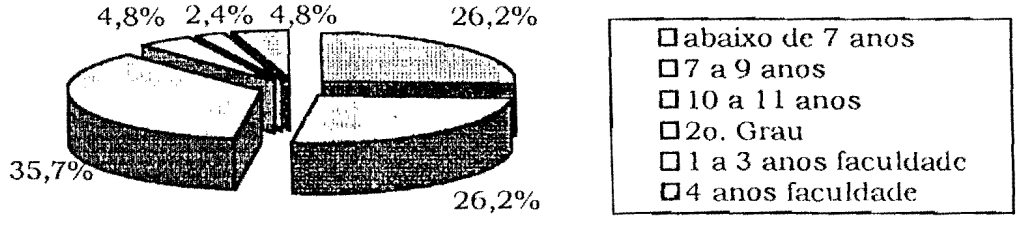
A figura a seguir (figura 4) apresenta a religião dos sujeitos pesquisados. Não obstante a doutrina católica da fazenda, indivíduos que possuem outras crenças também são aceitos, embora tenham para isso que participar das atividades religiosas ligadas ao catolicismo, como a missa dominical.

Figura 4: Religião dos Sujeitos (antes da admissão)



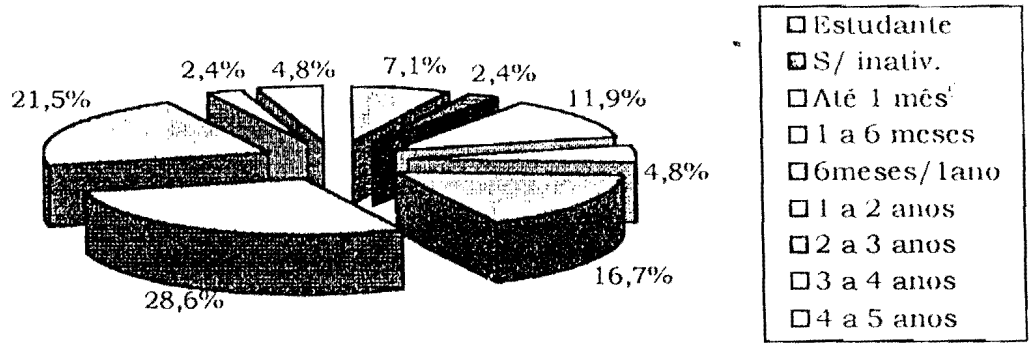
A figura a seguir (figura 5) apresenta o grau de escolaridade dos internos da fazenda, demonstrando que um índice superior a 70% dos pacientes possuem mais de 7 anos de escolaridade, sendo que 100% são alfabetizados.

Figura 5: Grau de Escolaridade dos Sujeitos



A figura que segue (figura 6) destaca a inatividade dos pacientes (soma do tempo em que permaneceram sem trabalho remunerado) nos últimos 5 anos, relacionada diretamente com o consumo de substâncias psicoativas. Os internos que nunca trabalharam devido à idade ou nunca procuraram emprego foram classificados como estudantes.

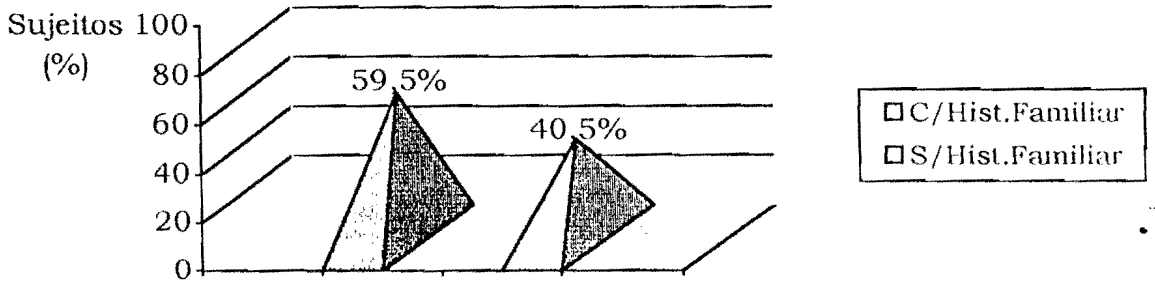
Figura 6: Inatividade dos pacientes nos últimos 5 anos associada ao uso



de drogas

A história familiar de dependência foi considerada nos casos em que o entrevistado referiu a presença de um familiar com história de uso de álcool e/ou outras drogas associado(s) a problemas familiares, profissionais ou de saúde. Os percentuais relativos a esta questão são demonstrados na figura a seguir (figura 7).

Figura 7: História Familiar de Dependência Química



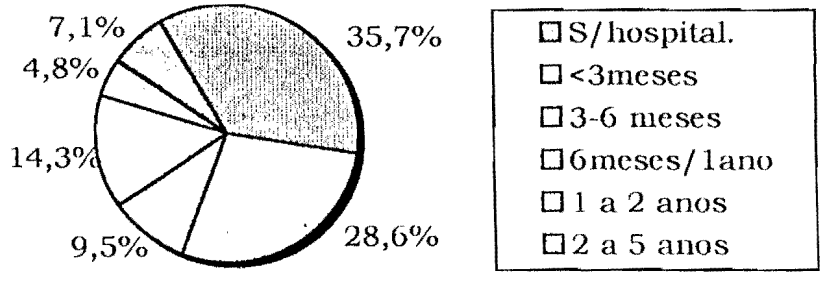
O compartilhamento de residência por parte dos internos foi igualmente investigado durante o estudo, fazendo parte do questionário sobre variáveis demográficas, aplicado de forma verbal. Verificou-se que 46% dos sujeitos residiam com ambos os pais, 22% somente com a mãe, 7% com irmãos, 7% sozinhos, 5% somente com o pai e 5% com o pai e a madrasta. Cerca de 2% dos pacientes residiam com esposa e filhos, 2% com a esposa e enteados, 2% com a mãe e o padrasto e 2% com os avós.

Cerca de 90,5% dos pacientes não referiram nenhum problema de saúde anterior à internação na fazenda, enquanto 4,8% (2 casos) referiram epilepsia controlada com o uso de medicamento(s). Ainda foram relatados 2,4% (1 caso) de rins policísticos e 2,4% (1 caso) de diabete.

A maioria dos entrevistados teve somente 1 consulta ambulatorial ou manteve acompanhamento por um curto período (<6 meses) antes do ingresso na fazenda. A média de idade do primeiro tratamento ambulatorial é de 22,7 anos.

A maioria dos sujeitos (64,3%) tem história de hospitalizações psiquiátricas anteriores para tratamento da dependência química, estando estas discriminadas por tempo total de permanência na figura 8. A média de hospitalizações anteriores é de 1,8 e a idade média da primeira internação é de 24,7 anos.

Figura 8: Tempo Total de Hospitalizações Psiquiátricas Anteriores



Tipo de Dependência

Do total de sujeitos pesquisados, a maioria apresentou dependência cruzada, ou seja, álcool + droga(s), conforme demonstrado na figura 9.

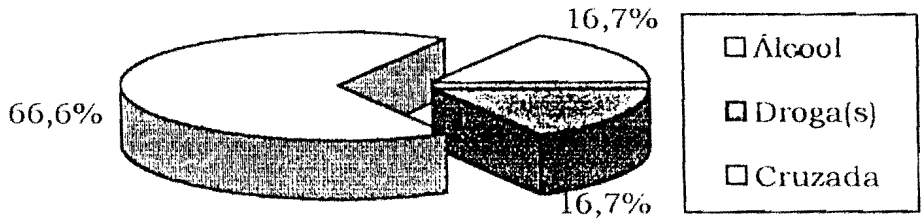


Figura 9: Tipo de Dependência dos Sujeitos pesquisados

Alcoolismo

Do total de internos da fazenda, 83,3% fecharam critérios para alcoolismo segundo o SADS-L, sendo que 66,6% em co-morbidade com dependência de uma ou mais drogas e 16,7% de forma isolada, no que tange ao uso de substâncias. A idade média do início do uso é de 15,3 anos e a de interrupção é de 27,9 anos. Os aspectos biopsicossociais mais prevalentes nos alcoolistas são:

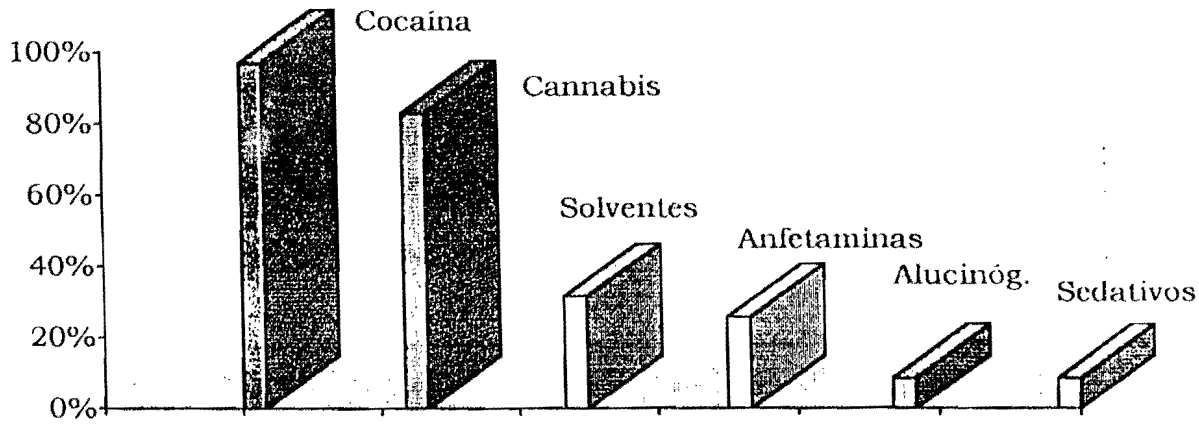
* Não conseguir parar de beber após o início da ingesta 91,4%
* Sofrer objeções por parte da família devido à bebida 88,6%
* Comportamento Violento 68,6%

Drogadição

O percentual de internos dependentes de uma ou mais drogas foi de 83,3%, sendo que 66,6% em concomitância com o álcool e 16,7% não dependentes de álcool. A média de idade de início do uso de drogas é de 15 anos e a de interrupção é de 23,1 anos. A figura 10

apresenta a Prevalência por Tipo de Substância entre os 83,3% de indivíduos dependentes de uma ou mais drogas, associada(s) ou não ao álcool, identificados na população total estudada.

Figura 10: Prevalência por Tipo de Substância entre os dependentes de drogas



O **SADS-L** estabelece diferentes Graus para o uso de substâncias psicoativas, considerando os graus 3, 4, 5 e 6 como de **USO EXCESSIVO ou COMPULSIVO**, com os seguintes critérios:

Grau 3: algumas pequenas interferências com o funcionamento normal ou não consegue sentir-se bem sem o uso das drogas;

Grau 4: uso resulta em importantes modificações em sua vida ou usa droga causadora de dependência ou apresenta sintomas de abstinência;

Grau 5: o uso de drogas resulta em grandes alterações em sua vida ou utiliza freqüentemente droga causadora de dependência (ex: hospitalizado devido ao uso de drogas);

Grau 6: o uso de drogas causa um enorme transtorno em sua vida (ex: suas atividades giram em torno da obtenção de drogas).

As figuras a seguir (11,12,13 e 14) apresentam os graus de uso por tipo de substância e suas porcentagens sobre a totalidade de pacientes que fazem uso das referidas substâncias.

Figura 11: Graus de Dependência de **COCAÍNA** entre os usuários

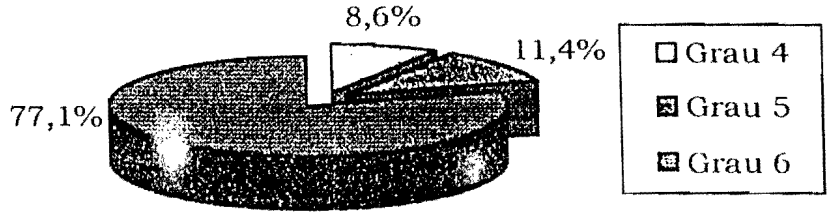


Figura 12: Graus de Dependência de **CANNABIS** entre os usuários

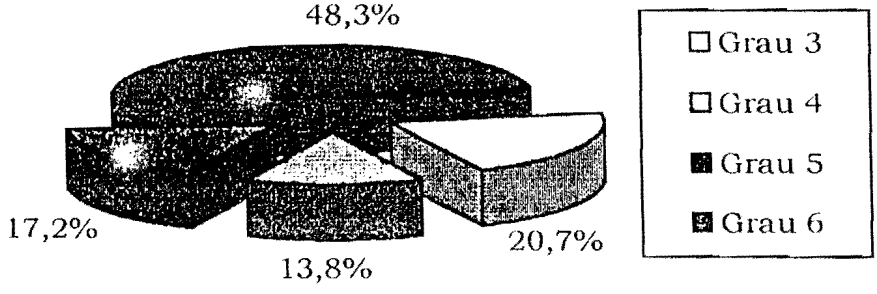


Figura 13: Graus de Dependência de **SOLVENTES** entre os usuários

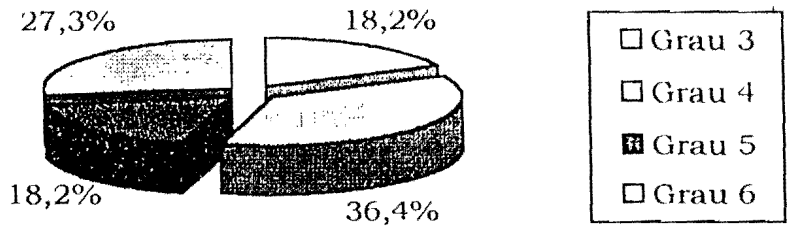
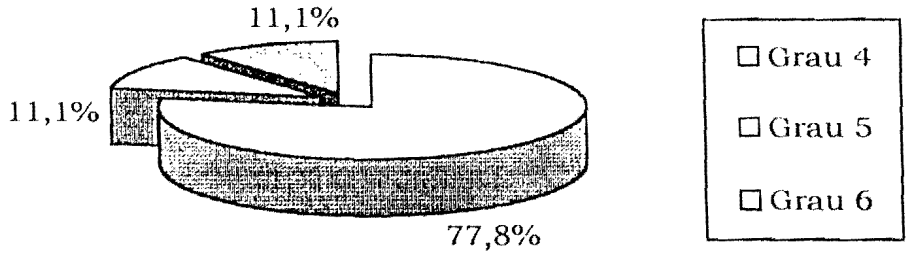


Figura 14: Graus de Dependência de **ANFETAMINAS** entre os usuários

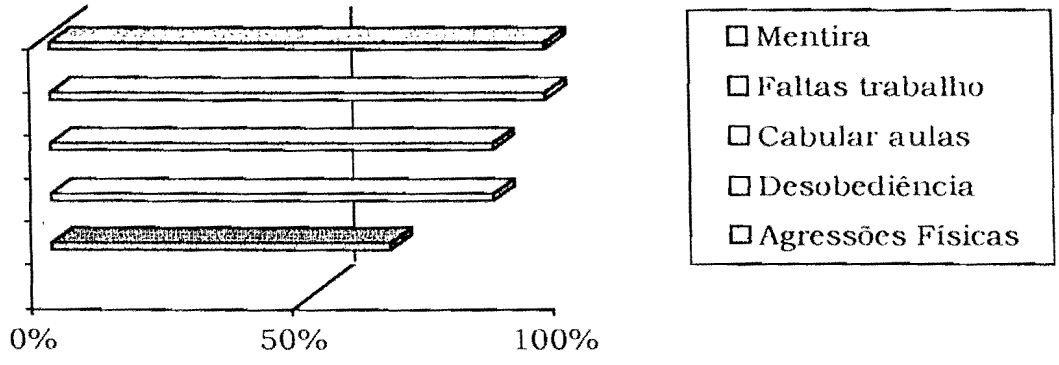


Conduta Anti-social

Do total de sujeitos investigados, 80,9% apresentaram história de condutas anti-sociais, sendo que 47,6% preencheram os 4 critérios para Transtorno de Personalidade Anti-social requisitados pelo SADS-L. Cerca de 33,3% dos internos preencheram os 3 primeiros critérios para Personalidade Anti-social, o mesmo não ocorrendo em relação ao 4° critério, que consiste na dificuldade em manter relacionamentos duradouros, afetuosos e responsáveis com a família, amigos ou parceiros sexuais. Salienta-se que as condutas anti-sociais apresentadas estavam invariavelmente associadas ao uso de álcool e/ou drogas.

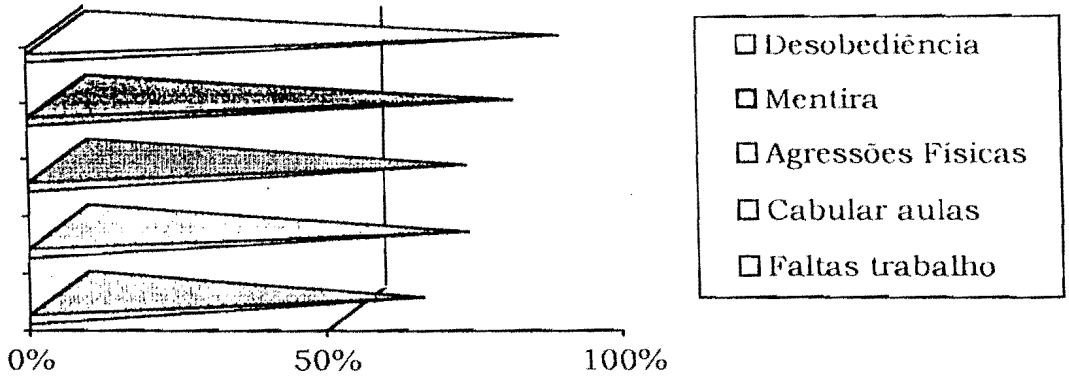
A figura a seguir (Figura 15) apresenta Aspectos Biopsicossociais mais comuns nos sujeitos que preencheram os 4 critérios para Transtorno de Personalidade Anti-Social segundo o SADS-L (47,6% da população em estudo):

Figura 15: Aspectos Biopsicossociais mais prevalentes em pacientes com conduta anti-social e dificuldades na manutenção de relacionamentos estáveis com familiares, amigos ou cônjuges (preencheram os 4 critérios para Personalidade Anti-social do SADS-L)



A figura que segue (Figura 16) apresenta os Aspectos Biopsicossociais apontados com maior freqüência pelos pacientes com conduta anti-social que preencheram os somente os 3 primeiros critérios para Transtorno de Personalidade Anti-social segundo o SADS-L (33,3% da população em estudo).

Figura 16: Aspectos Biopsicossociais mais prevalentes em pacientes que preencheram 3 dos 4 critérios para Transtorno de Personalidade Anti-social do SADS-L

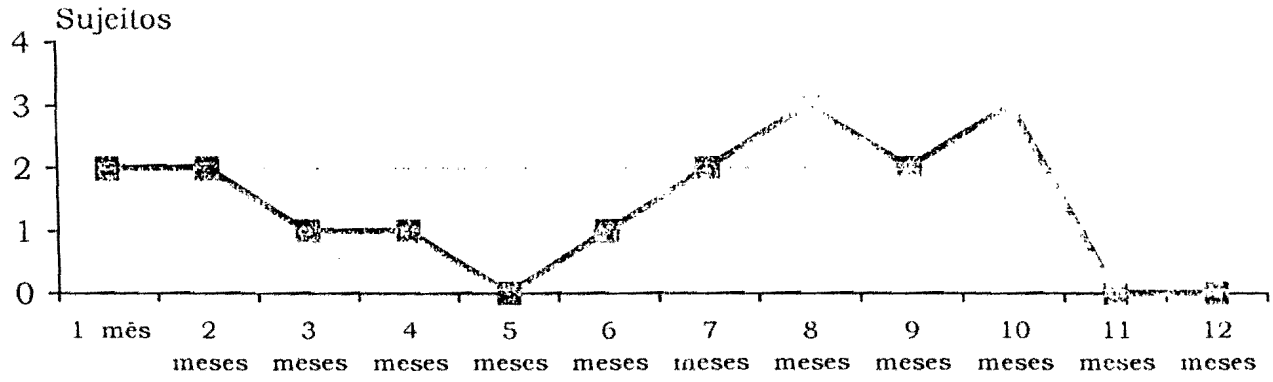


Adesão ao Tratamento

Após 12 meses de seguimento, 59,5% (25) do total de sujeitos cumpriram o tempo de internação proposto pela fazenda, 35,7% (15) interromperam o tratamento voluntariamente e 4,8% (02) foram excluídos. Os casos de exclusão consistiram em mau comportamento (01 paciente) e necessidade de acompanhamento psiquiátrico freqüente e uso de medicação antipsicótica (01 paciente).

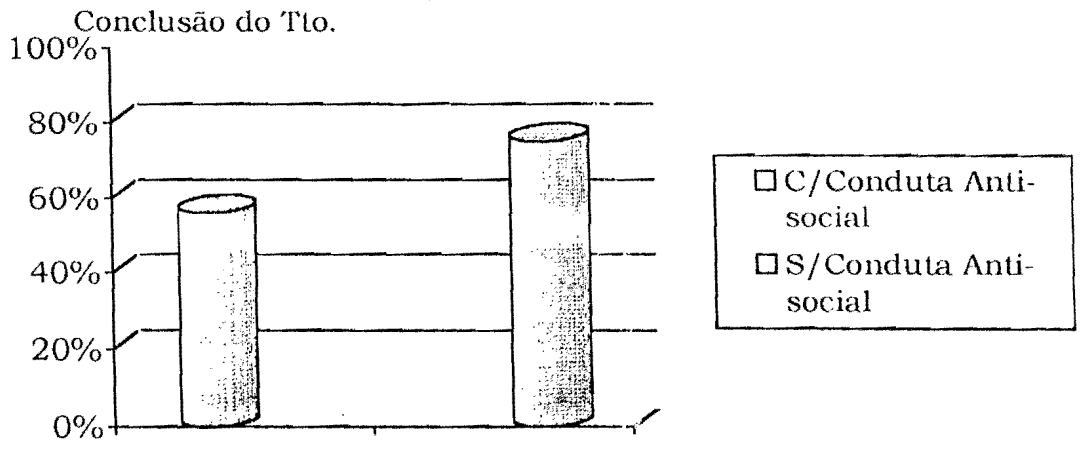
A Figura 17 demonstra a freqüência de interrupções a cada mês de tratamento completado por cada paciente.

Figura 17: Número de pacientes que interromperam o tratamento e respectivo tempo transcorrido de internação



Do total de pacientes com conduta anti-social (com e sem o preenchimento do critério 4 do SADS-L), 56% concluíram os 12 meses de tratamento, enquanto 75% dos pacientes sem história de conduta anti-social completaram o ano de internato, conforme demonstrado na figura 18.

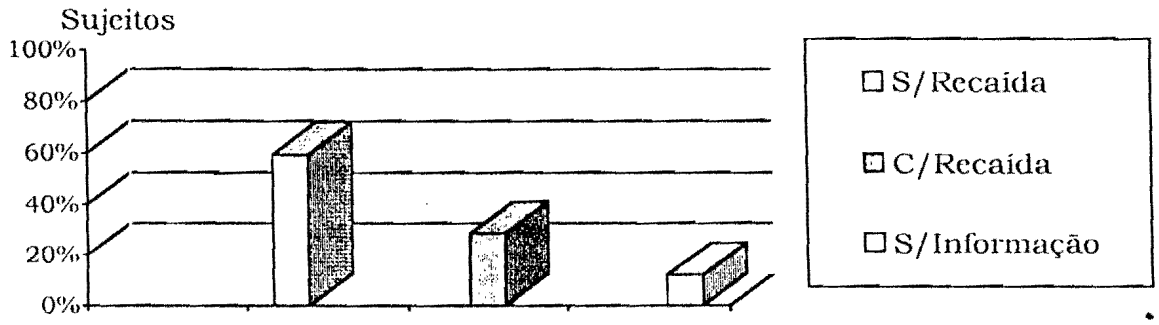
Figura 18: Percentual de pacientes com e sem Conduta Anti-social que concluíram os 12 meses de tratamento propostos pela fazenda.



Recaídas

Do total de sujeitos internados, 28,5% apresentaram recaída após a saída da fazenda (até o mês de março de 1999), segundo informações dos familiares que mantiveram contato com os administradores. Entre os restantes, 59,5% mantiveram-se em abstinência e 11,9% não forneceram informações sobre o seguimento. A figura 19 demonstra estes resultados.

Figura 19: Índice de Recaída após a saída da fazenda (segundo familiares).



6.Discussão dos Resultados

Os dados até o presente momento levantados trazem a tona alguns aspectos importantes a serem levados em consideração na população estudada (dependentes químicos internados em fazenda de recuperação). São eles:

- A grande maioria dos sujeitos é proveniente de áreas urbanas estruturadas, sem experiência prévia nas atividades rurais a que se submetem durante o tratamento. A religião é predominantemente católica, em conformidade com a orientação religiosa da fazenda, porém pacientes com outras crenças são igualmente aceitos.

- Um número bastante reduzido de pacientes mantém uma relação conjugal estável. A maioria é composta por solteiros, divorciados ou separados que ainda mantém uma perspectiva de retomada de seus relacionamentos após a alta. Devemos considerar a baixa média de idade dos pacientes, que pode influenciar no alto índice de solteiros que nunca experienciaram uma relação estável (média de 27,5 anos, sendo que 45% dos internos têm menos de 21 anos).

- Cerca de 70% dos sujeitos possuem mais de 7 anos de escolaridade, sendo que todos são alfabetizados.

- O índice de inatividade nos últimos 5 anos provocado pela(s) substância(s) foi relevante, pois cerca de 50% dos internos ficaram inativos entre 1 e 3 anos nesse período.

- Cerca de 40% dos sujeitos não referiram a existência de qualquer parente com história de dependência de álcool e/ou drogas, caracterizada pela presença de desentendimentos familiares, dificuldades profissionais ou de relacionamento e/ou problemas de

saúde decorrentes do uso da(s) substância(s), bem como a sua utilização diária por parte do(s) familiar(es) em questão.

- Mais de 90% dos sujeitos residiam com algum familiar e somente 7% residiam sozinhos antes da internação. Quase a metade dos pacientes residiam na companhia de ambos os pais.

- Houve um predomínio importante da dependência cruzada (álcool + droga ou drogas) entre os pacientes, em relação aos que dependem exclusivamente de álcool ou de droga(s).

- Mais de 90% dos internos não referiram nenhum problema de saúde anterior à internação e menos de 5% faziam uso contínuo de medicação, o que demonstra a tendência no processo de seleção de não serem aceitos internos com problemas de saúde crônicos ou que exijam cuidados especiais e uso contínuo de medicamentos. Este fato associa-se à ideologia da fazenda, que não estimula o tratamento farmacológico da dependência química ou de condições a ela associadas, salvo em situações especiais ou que envolvam maior risco. Da mesma forma, pacientes com problemas de saúde que envolvam este tipo de cuidado têm menor chance de adaptação ao desgaste físico decorrente das atividades desenvolvidas na fazenda.

- A maior parte dos entrevistados tem história de uma única consulta ambulatorial ou manteve acompanhamento por um período inferior a 6 meses antes do ingresso na fazenda.

- A maioria dos internos já havia sido hospitalizada anteriormente pelo menos em uma ocasião para tratamento da dependência em hospitais convencionais.

- Entre os dependentes de drogas, a Cocaína foi a substância mais utilizada (mais de 97% dos casos, de forma isolada ou associada à

álcool ou outras drogas). Também foi da cocaína o mais alto índice de dependência de grau 6 (SADS-L), na qual o indivíduo vive em torno da obtenção da substância. Não ficou evidenciado qualquer tipo de predomínio de graus mais leves de dependência, decorrentes do processo de seleção.

- Um elevado percentual de pacientes preencheram os critérios para transtorno de personalidade anti-social, segundo o SADS-L, porém as numerosas condutas anti-sociais referidas estavam em grande parte associadas ao uso das substâncias, o que inviabilizaria o diagnóstico segundo o DSM-IV. No entanto, o mesmo manual refere que, caso a conduta anti-social e o uso de substância tenham iniciado na infância e permanecido até a idade adulta, o diagnóstico de Personalidade Anti-social deve ser feito juntamente com a Dependência da Substância. Esta é uma questão em aberto, pois a imensa maioria dos pacientes do estudo cometeram atos anti-sociais suficientes para o preenchimento dos critérios, porém a incidência desses atos é bastante reduzida ou eliminada durante a abstinência, tornando-se insuficiente para o diagnóstico. Ao mesmo tempo, esta conduta teve início na infância ou adolescência, associada à drogadição. Por ora, classificamos os pacientes como tendo ou não preenchido os critérios do SADS-L ou como tendo ou não uma história de Conduta Anti-social. Podemos observar que indivíduos com esse tipo de conduta não são eliminados durante o processo de seleção dos internos da fazenda.

- Os Aspectos Biopsicossociais mais prevalentes entre os internos com Conduta Anti-social foram a mentira, as faltas ao trabalho, as faltas à escola, a desobediência e a violência física.

- Cerca de 60% dos internos completaram o período de tratamento proposto pela fazenda e 35% abandonaram o tratamento. Os maiores índices de desistência ocorreram nos primeiros dois meses de

internação e entre o 8° e 10° meses. O percentual de conclusão do internato foi maior entre os internos sem história de conduta anti-social.

- Após a alta, cerca de 28% dos ex-internos apresentaram recaída, que foi definida como a volta do uso da substância, ainda que em uma única ocasião; e cerca de 60% mantiveram a abstinência até o mês de março/1999. Como os internos obtiveram alta em períodos diferentes, o tempo de abstinência e o tempo transcorrido até as recaídas também foi diferente para cada caso, o que não foi considerado na obtenção dessas informações, até o presente momento.

- O índice de recaída foi maior para os pacientes que interromperam o tratamento, cabendo-nos considerar o fato de que esses pacientes estão afastados do tratamento há mais tempo quando comparados àqueles que concluíram os 12 meses de internato.

- O percentual de recaída foi similar entre os internos com e sem conduta anti-social.

7. Referências Bibliográficas

BUCHER, R. Drogas e Drogadição no Brasil. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

CARVALHO NETO, J.A. Prevalência de consumo de drogas ilícitas em uma amostra da população de Salvador/BA – Revista ABP/APAL 9: 131-139, 1987.

COSTA LEITE, M. – História da Cocaína In: COSTA LEITE, M. & ANDRADE, A.G. – Cocaína e Crack: dos Fundamentos ao Tratamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1999, pp.15-23.

DAVIDSON, R. Questões Motivacionais no Tratamento do Comportamento Aditivo In: EDWARDS, G. & CARE, C.- Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, pp.159-172.

EDWARDS, G. A Terapia sob um ponto de vista histórico: Três episódios do século XIX In: EDWARDS, G. & DARE, C. – Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, pp.42-54.

EDWARDS, G. Os Alcoólicos Anônimos como um espelho colocado diante da natureza In: EDWARDS, G. & CARE, C. – Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, pp. 201-217.

FALKOWSKI, W. Terapia de Grupo e as Adições In: EDWARDS, G. & CARE, C. – Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artes Médicas Porto Alegre, 1997, pp. 189-200.

GOSSOP, M. Tratamento Cognitivo-comportamental para o uso inadequado de substâncias In: EDWARDS, G. & DARE, C. – Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, pp. 146-158.

JAFFE, J.H. – Introdução e Visão Geral dos Transtornos relacionados a Substâncias In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. – Tratado de Psiquiatria, 6ª. edição. Artes Médicas, Porto Alegre, 1999, pp. 815-838.

MARLATT, G.A. Prevenção da Recaída: Racionalidade Teórica e Visão Geral do Modelo In: MARLATT, G.A. & GORDON, J. – Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993, pp.3-63.

NICOLAS, A.C. & LE COGUIC, C. Clínica das Toxicomanias In: BERGERET, J. & LEBLANC, J. – Toxicomanias: Uma Visão Multidisciplinar. Artes Médicas, Porto Alegre, 1991, pp.62-77.

SANTANA, V.S. & ALMEIDA FILHO, N. Alcoolismo e consumo de álcool: resumo dos achados epidemiológicos. Revista ABP-APAL 9: 15-22, 1987.

SCHUCKIT, M. Abuso de Álcool e Drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Artes Médicas

SCHUCKIT, M.A. – Transtornos relacionados ao álcool In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. – Tratado de Psiquiatria, 6ª. edição. Artes Médicas, Porto Alegre, 1999, pp.839-855.

SKINNER, H.A. A Validação da Síndrome de Dependência In: EDWARDS, G.; LADER, M. – A Natureza da Dependência de Drogas. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994, pp.61-69.

SPITZER, R.L. & ENDICOTT, J. Roteiro para Distúrbios Afetivos e Esquizofrenia – Versão para a Vida Toda (SADS-L), 3ª. edição, FAPESP, São Paulo, 1979.

VAILLANT, G.E. A História Natural do Alcoolismo Revisitada. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1999.

VAILLANT, G.E. As adições ao longo da vida: implicações terapêuticas In: EDWARDS, G.& DARE, C. – Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, pp.5-18.

VALLEUR, M. & ANGEL, P. Introdução In: OLIVENSTEIN, C. – A Clínica do Toxicômano: a falta da falta. Artes Médicas, Porto Alegre, 1990, pp. 7-9.

ZUSKA, J.J. & PURSCH, J.A. O tratamento a longo prazo In: GITLOW, S.E.; PEYSER, H.S. – Alcoolismo, um guia prático de tratamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1991.