

Abordagem médica do jovem usuário de substâncias psicoativas (drogas).

Dr. Antonio Albernaz

Ainda é raro encontrarmos serviços que desenvolvem e utilizam um modelo de atendimento específico para jovens (adolescentes). Em geral, o jovem recebe atenção através de modelos adaptados que foram desenvolvidos para adultos ou crianças. Felizmente notamos, nos últimos anos, um crescimento no Brasil de serviços específicos para esta faixa etária, incrementado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e suas afiliadas, quando assumiram o jovem como paciente da sua área específica e assim foi reconhecido por todas as instituições da sociedade.

O primeiro contato com o médico é como qualquer outro: anamnese e exame físico completo (avaliação do estado geral de saúde física e mental), histórico pessoal, familiar e social. A peculiaridade do jovem usuário de substâncias psicoativas reforça a necessidade de uma atenção diferenciada na propedêutica neurológica e psíquica.

Finda a primeira etapa, segue-se à formulação de hipóteses diagnósticas. Estas hipóteses podem ou não necessitar de mais observação, exames complementares ou avaliações de especialistas para se confirmar. A conclusão será de um jovem saudável ou um diagnóstico específico.

A literatura médica demonstra que uma média de 92% dos diagnósticos é conclusivo, somente com a anamnese e exame físico. Acrescentando os exames complementares, este percentual pode chegar a 97%. Avaliações por especialistas são necessárias em aproximadamente 3% dos casos.

A conclusão diagnóstica leva o tempo que for necessário muitas vezes sendo feita após várias consultas e observações, salvo em casos de risco iminente de vida, quando o jovem será encaminhado para um serviço de emergência. O surgimento de novos dados da história, sinais e sintomas e as várias fases do desenvolvimento infantojuvenil, assim como a avaliação cuidadosa dos ambientes que frequenta, por vezes impõe este alongamento na conclusão diagnóstica.

No jovem usuário de substâncias psicoativas chama a atenção do médico o aspecto psíquico e neurológico, porém, isto não deve reduzir a importância do estado físico geral. Este cidadão, infantojuvenil, em desenvolvimento físico e psíquico, deve ser abordado com extrema cautela. Imerso na atual cultura policial / punitiva e no paradigma sanitaria (infecioso / microbiológico) do início do século XX, comumente, chega “diagnosticado” e com o “tratamento” definido. Encontramos, na maior parte das vezes, um jovem resignado e somente esperando a confirmação do “veredicto” que a sociedade (senso comum) impõe. Assim, rótulos como “dependente químico”, “doente incurável, crônico ou irrecuperável” necessitando de internação (leia-se contenção, tutelada) para desintoxicação (leia-se desinfecção) acompanha o jovem já com um sentimento de incapacidade e menos valia. Ele está certo de que deve ser “reformado” para que possa retornar ao convívio social.

Neste contexto encontra-se o médico diante do jovem. É necessário agora um adendo. A medicina, assim como todo o saber, é inerte, ou seja, ela é totalmente dependente de quem a exerce. Infelizmente sabemos que a maior parte dos profissionais, não só médicos, tem como correto um discurso em consonância com o senso comum, e dessa forma atuam. Não é objetivo deste texto, entrar nesta discussão propriamente dita. Contudo, podemos e devemos nos colocar firmemente e com argumentações coerentes, fundamentadas e baseadas em literatura específica, contra este discurso. Sabemos que este é um discurso facilmente aceito, é o discurso repressivo, organicista e já está superado. Não é produtivo, porém, lamentar e esperar que a sociedade perceba isto passivamente ou sem resistência. Cabe ao médico atualizado, bem informado e coerente mediar esta situação.

A maior dificuldade inicial é justamente propor e explicar esta abordagem, fazer esta

mediação. O jovem quando procura ajuda, quase sempre, está com familiares ou acompanhantes que percebem a situação com a expectativa do senso comum. O maior cuidado deve ser tomado para se desconstruir esta percepção sem prejudicar a construção do vínculo paciente-médico. O objetivo maior é uma passagem da tutela total da sociedade e seus “diagnósticos” (internação, psicotrópicos, doença incurável e desintoxicação), para a aquisição progressiva de responsabilidade pelos seus próprios atos. Baseado na reflexão autocrítica construída pelos seus próprios recursos intelectuais (resiliência), obter um amadurecimento em direção a cidadania. Uma autonomia informada, consciente e livre.

Nossa população, na sua maior parte, tem carência total dos direitos básicos de sobrevivência e oportunidades. Apesar das dificuldades, deve-se permitir e fomentar o desenvolvimento do sentimento de direito de ter a palavra, de se expressar livremente e sem receios. Desta forma podemos “descolar rótulos” sociais vigentes que tendem a conduzir o jovem para uma posição permanente de inferioridade e dependência (doente crônico, dependente químico irrecuperável, necessidade de tutela permanente e menos valia).

Passo agora ao ponto que mais me causa preocupação em relação ao jovem usuário de substâncias psicoativas, sem autocontrole e com problemas familiares e sociais. Creio que dentro de todo o universo da abordagem médica a maior tensão é: devo intervir? Quando intervir? Como intervir? A tensão aumenta na proporção do avanço tecnológico. Novos e mais complexos exames complementares, novos e mais potentes fármacos psicoativos e outras classes de fármacos, chegam a todo o momento ao “faminto” mercado. Todo cuidado é pouco para se desvencilhar da propaganda maciça que nos influencia desde a graduação. Não custa lembrar que esta propaganda também atinge o público leigo. Produz mais uma demanda sobre a prescrição do profissional médico.

Voltando ao início, devemos descartar uma morbidade física ou psíquica. Caso exista, devemos fazer o diagnóstico preciso. No amplo espectro de possibilidades de sinais e sintomas (síndromes clínicas), eles devem ser analisados sempre no seu contexto sócio-cultural. Agora podemos pesquisar e analisar o tipo de substância(s) usada(s) e o seu padrão de uso. Acrescentando os dados das avaliações interdisciplinares conforme a necessidade, o médico deve chegar a uma conclusão.

A máxima milenar, “antes de tudo não fazer o mal”, pesa muito sobre o profissional ciente das suas obrigações e responsabilidades. Outra máxima de igual importância “o médico é o melhor medicamento” deve causar profundas reflexões. Devemos sempre ter em mente a pouca possibilidade e dificuldades de construção de um vínculo adequado, pela falta de condições de trabalho, versus, exames complementares, farmacoterapias e medicalização indiscriminada nas decisões terapêuticas.

Em algumas situações há mais clareza a respeito do benefício maior que o risco terapêutico, porém, muitas vezes, não é tão claro. Neste ponto são ultrapassados os limites do respaldo das evidências científicas e mergulha-se nas incertezas (ceticismo) inerentes a profissão. Deve-se ter clareza disto, pois é nesta hora que o vínculo com o jovem e sua família deve ser forte e prevalecer. Afinal é para o cidadão que se propõe a exercer a medicina, que a sociedade confia esta responsabilidade após a sua formação (graduação). Infelizmente a sociedade não tem sido cuidadosa em atentar para a importância na qualidade da formação médica e, menos ainda, para as condições do exercício da medicina. Está mais preocupada com aspectos individuais da profissão do que os coletivos, como se fosse possível uma boa assistência desta forma. Vincula fantasiosamente a qualidade ao poder aquisitivo. Triste panorama promovido pela postura mercantilista da indústria farmacêutica e operadoras de saúde, permitido pelo vazio da não implantação completa do SUS (Sistema Único de Saúde) e reforçado pela flagrante incapacidade de gestão dos insuficientes recursos destinados à saúde.

Relembrando que as possibilidades de intervenção estão tecnologicamente cada vez mais

potentes, tanto para o benefício quanto para o risco, passo a comentar o conceito que se amplia cada vez mais, a “redução de danos”. Encontra-se neste conceito a grande base filosófica da abordagem, seja ela para usuário de substâncias psicoativas ou qualquer outra situação onde se identifique algum dano à saúde. Vamos nos ater aqui somente a questão do uso de substâncias psicoativas. Quando um indivíduo procura um médico é porque algo está provocando mal estar físico e/ou psíquico. Depois que o indivíduo passa por todo o processo de avaliação inicial, propomos uma estratégia para tentar retornar a uma situação progressivamente melhor ou restabelecer o seu bem estar. Isto é pensar em redução de danos. O objetivo não é binário, cartesiano (uso sim, uso não), mas caminhar em direção ao bem estar, em nosso caso está incluído a abstinência. Qualquer movimento em direção a abstinência e/ou melhora na qualidade de vida pode ser considerado um sucesso dentro do conceito ampliado de redução de danos. Os objetivos devem ser traçados em conjunto com cada indivíduo e isso deve ser respeitado. A melhora na qualidade de vida, autogestão consciente (autonomia) e retorno do sentimento de pertencimento a sociedade (inclusão social), devem ser os objetivos perseguidos pelo médico sempre articulado com o jovem. Não falo agora somente em relação aos danos causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, mas também, de toda uma angústia existencial que gira em torno desta situação, onde a substância é tão somente um dos pontos.

Entre a população infantojuvenil, cada vez mais, percebemos que a questão das substâncias psicoativas é secundária e não constitui o problema real. Está facilmente disponível e é um problema mundial. A propaganda maciça, para consumo de álcool, despidoradamente direcionada ao público jovem continua impune. O álcool, além de ser de longe a substância psicoativa que causa maior impacto negativo na saúde pública em todo o planeta, quase sempre está associado ao uso de tabaco e substâncias psicoativas ilícitas. Quando usada individualmente, tem a sua regulamentação ignorada e é vendida livremente para o uso e abuso mesmo para menores.

Esta permissividade social do uso de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco, tranqüilizantes e solventes) de forma irregular e a demonização das substâncias psicoativas ilícitas (drogas) desvia o real foco do problema. Os solventes (tinner e cola de sapateiro), baratos e de fácil aquisição por crianças abandonadas nas ruas, é outro aspecto nefasto, que compromete gerações futuras, que insistimos em negligenciar. A legislação é burlada, não há dúvida! Estas irregularidades são cometidas com consentimento dos pais de todas as classes sociais. Pior quando ignoram as regulamentações ou julgam comodamente menos graves.

Historicamente a medicina serve, com propósito ou não, como instrumento social de formatação do indivíduo e sociedade. Por este motivo existe também grande tensão no julgamento do normal e do patológico, ou melhor, o que deve ser tratado e o que não deve ser tratado. Precisamos buscar conhecimentos em áreas do saber como bioética, antropologia, sociologia e filosofia. É notória essa lacuna na formação médica. Estas fronteiras são tênues e deixam margem para o mau uso não só da medicina, mas de todas as formas de terapêutica. É sempre um julgamento relativo, complexo e tem infinitas facetas, mas tem que ser enfrentado.

O reconhecimento de todos os interesses que giram em torno da população infantojuvenil e a compreensão da geopolítica nacional e internacional é fundamental para o entendimento da situação do jovem e também da atuação do profissional médico. A visão multidisciplinar, o entendimento interdisciplinar e atuação buscando a transdisciplinariedade devem ser metas perseguidas constantemente para se alcançar a integralidade. A criança e o jovem são elementos essenciais para evolução da sociedade. Para que cresçam e se desenvolvam, devem superar os obstáculos cada vez mais complexos e as indiscutíveis mazelas contemporâneas. Só desta forma poderão cumprir a sua função de questionar, mudar e melhorar a humanidade.

- 2)Freire, Paulo **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- 3)Correa M V, Gildemeister T S, Urzúa R F y col. **Factores Familiares Protectores para Conductas de Riesgo: Vulnerabilidade y Resiliencia Adolescentes**. Santiago del Chile, Revista de Psiquiatria Clínica, 1995.
- 4)Freire, Paulo **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).
- 5)Olievenstein C **Ser toxicômano no ano 2000**. Conferência de abertura da XII Jornada de Estudos Clínicos e Sociais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. Salvador, 1998.
- 6)Maldonado M T **Caminhos da Prevenção da Violência doméstica e escolar: construindo a paz**. Rio de Janeiro: Adolescência Latinoamericana, 1998.
- 7)Sayd, Jane Dutra **Mediar, Mediar, Remediar: aspectos terapêuticos na medicina ocidental**. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- 8)Montt E M, Garcia R, Almonte C e col. **Factores protectores y de riesgo em hijos de padres com transtornos afectivos, neuróticos y normales**. Chile: Revista de Psiquiatria, 1999.
- 9)Mejía R, Avalos A, **Material Informativo entregado por Los agentes de Propaganda Médica**. Buenos Aires: XI Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General, 2000.
- 10)Steinhauer P D **Aplicaciones clínicas y de servicio de la teoría de resiliencia con referência en particular a los adolescentes**. Toronto, Adolescencia Latinoamericana, 2001.
- 11)Albernaz A L G, Passos S L **Adolescência: uma abordagem prática**. Cap 18. Rio de Janeiro, Ateneu, 2001.
- 12)Saggese, Edson **Adolescência e Psicose: transformações sociais e os desafios da clínica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.
- 13)Mukherjee D, Topol E J **Pharmaceutical advertising versus research spending: Are profits more important than patients?** New York: American Heart Journal, 2003.
- 14)Passos S L **Drogas e Pós Modernidade: prazer sofrimento tabu** Cap 5 Intervenção farmacológica no tratamento da dependência de cocaína: fundamentos e limites Vol. I; pg 231; Rio de Janeiro: EdUERJ,2003.
- 15)Batista V M **Drogas e Pós Modernidade: prazer sofrimento tabu** Cap3 A Construção do Transgressor Vol II; pg 157; Rio de Janeiro: EdUERJ,2003.
- 17)Nascimento A C **Ao Persistir o Sintoma o Médico deverá ser Consultado: isto é regulação**. Tese de mestrado, Rio de Janeiro, 2003.
- 18)Lima R C **A Construção Contemporânea de Bioidentidades: um estudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDA/H)**. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, 2004.