

Nadia de Moura Kolling¹
Milene Petry²
Wilson Vieira Melo³

Outras abordagens no tratamento da dependência do crack

Other treatment approaches for crack dependence

RESUMO

O crescimento do uso de crack no Brasil aliado a pouca eficácia de modelos tradicionais de tratamento faz necessária uma investigação de outras abordagens que possam suprir ou complementar tais carências. O objetivo dessa revisão de literatura é apresentar alternativas terapêuticas para o tratamento da dependência do crack, sendo elas: Manejo de Contingências, Terapia de Aceitação e Compromisso, Farmacoterapia, Comunidades Terapêuticas e Políticas de Prevenção ao uso de crack. Essas terapêuticas, quando aliadas aos modelos tradicionais, potencializam o tratamento da dependência do crack. Novos estudos, na população brasileira, são necessários para aprimorar o tratamento da dependência do crack.

Palavras-chave: prevenção primária, terapia cognitiva, transtornos relacionados ao uso de cocaína.

ABSTRACT

The increasing use of crack in Brazil and the lower effective in traditional treatments required an investigation about different approaches to improvement it. This review aim present different approaches in crack dependence treatment, namely: Contingency Management, Acceptance and Commitment Therapy, Pharmacotherapy, Therapeutic Community and Crack Prevention Programs. These therapeutics and the traditional models improve the crack dependence treatment. New studies in Brazilian population are necessary to improve the crack dependence treatment.

Keywords: primary prevention, cognitive therapy, cocaine related disorders.

¹ Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (WP), Formação em Dependência Química (Hospital Parque Belém - CDQuim). - (Psicóloga).

² Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (WP), Especialista em Dependência Química (HMD). - (Psicóloga Associada da WP - Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental).

³ Doutor em Psicologia (UFRGS/University of Virginia). - (Professor de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia (FACCAT/IBGEN/WP), Psicoterapeuta do Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul.) - Porto Alegre - SP - Brasil.

Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul; WP - Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Correspondência:

Avenida Soledade, 569, 1206, Torre Alfa.
Porto Alegre - RS. CEP: 90.470-340.
E-mail: wilsonmelo1@gmail.com

Recebido em 6/7/2011.

INTRODUÇÃO

O consumo de *crack* tem aumentado ao longo dos últimos anos (Bastos, Bertoni & Hacker, 2005; Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003). Embora pesquisas sociodemográficas sobre o uso de substâncias psicoativas tenham apontado uma diminuição do uso de cocaína, outros estudos envolvendo pacientes hospitalizados para a desintoxicação e o tratamento da dependência química, apontam para um crescimento significativo da busca de internações para usuários de *crack* no Brasil (Formiga, Santos, Dumcke, & Araujo, 2009).

O uso de substâncias psicoativas ilícitas como um todo está associado com índices maiores de criminalidade. Entretanto, quando se trata do *crack* esses índices aumentam consideravelmente. Em um estudo realizado por Bennett, Holloway and Farrington (2008), foram apresentados índices de criminalidade que eram 2,5 vezes maiores em usuários de cocaína aspirada quando comparados a não usuários; em usuários de *crack* os índices eram 6 vezes maiores. Sua associação com índices aumentados de criminalidade tem preocupado profissionais e autoridades em todo o país. O uso de *crack* também está associado com altos índices de mortalidade (Ribeiro, Dunn, Sesso, Lima & Laranjeira, 2007). Alardeado como uma nova droga o *crack* é, em realidade, apenas uma diferente forma de uso da cocaína: a cocaína fumada.

O *crack* e suas conseqüências danosas, seguidamente têm obtido destaque na mídia e em publicações científicas. Contudo, poucos avanços têm sido feitos com relação ao tratamento dessa dependência. Kessler e Pechansky(2008) discorrem sobre a pouca eficiência de modelos tradicionais de tratamento, bastante utilizados para o tratamento da dependência química em geral, como os modelos que envolvem uma abordagem multidisciplinar. O objetivo do presente artigo é o de revisar recentes estudos que abordaram o tratamento da dependência de *crack* buscando encontrar alternativas, outras estratégias que estejam obtendo alguma eficácia no tratamento dessa dependência.

MODELOS TRADICIONAIS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Apesar do problema da dependência química ser de difícil tratamento e taxas de sucesso bastante pobres se comparamos a outros transtornos, a tríade de tratamento com alguma eficácia demonstrada em diversos tipos de dependência e com ampla pesquisa científica a respeito de seus resultados é composta pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Beck, 1976), Entrevista Motivacional (EM) (Miller & Rollnick, 2001) e Prevenção de Recaída (PR) (Marlatt & Gordon, 1993). A primeira tem foco na mudança de crenças e pensamentos disfuncionais a respeito do uso de substâncias em detrimento dos pensamentos e crenças de maior funcionalidade (Beck, 1976). A segunda preocupa-se principalmente em motivar o

sujeito para um processo de mudança bem como, *mantê-lo* engajado nesse processo (Melo, Oliveira, Araujo & Pedrosa, 2008; Miller & Rollnick, 2001). Já a terceira trabalha com a finalidade de identificar armadilhas (mentais ou situacionais) que levam o sujeito a uma recaída e, ainda, fornecer subsídios e ferramentas que o auxiliem caso ocorra um retorno ao uso (Marlatt & Gordon, 1993).

Quando empregadas para o tratamento de cocaína e *crack* a TCC e a PR vêm mostrando eficácia na modificação de padrões de comportamentos disfuncionais, mais do que engajar e de fato propiciar um período de abstinência inicial. Muito mais do que conseguir fazer com que o paciente se abstenha num primeiro momento, ambas as abordagens psicoterápicas propiciam uma redução do uso ou manutenção da abstinência em longo prazo (Rawson et al., 2005).

Apesar de alguns estudos apontarem para a ineficácia da EM para usuários de cocaína (Marsden et al., 2006), outros apontam para uma eficácia moderada de seus resultados quando utilizado o modelo de intervenção breve de até 4 encontros (Melo, Oliveira, Araujo & Pedrosa, 2008). Um estudo recente realizado por Stein, Herman and Anderson (2009) mostrou uma redução do consumo em pessoas que faziam uso pesado da droga quando comparados ao grupo controle. Contudo, tal resultado não se evidenciou em usuários com menor frequência de uso da cocaína.

Dessa forma, ainda que a TCC, a PR e a EM demonstrem algum resultados no tratamento da dependência de cocaína e *crack* ainda assim urge a necessidade de novas estratégias com a finalidade de complementar o tratamento, principalmente buscando uma abstinência inicial rápida e duradoura.

OUTROS MODELOS E ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

Manejo de Contingências

O Manejo de Contingências (MC), baseado na teoria comportamental, pressupõe que reforçar comportamentos desejados, bem como punir comportamentos indesejáveis leva respectivamente, a um aumento e diminuição nos mesmos. Esta estratégia se guia a partir de três princípios: selecionar e monitorar o comportamento desejado, reforçar adequadamente o comportamento e, por último, eliminar o reforçador quando o comportamento visado não ocorre (Rodriguez, 2008; Higgins & Petry, 1999). Apesar de algumas vezes mostrar-se efetivo, este modelo de tratamento é de difícil aplicabilidade posto que nem sempre seja fácil apresentar adequadamente as contingências reforçadoras e punitivas no tempo certo e da maneira ideal.

Empregado com a finalidade de favorecer e manter a abstinência em usuários de substâncias psicoativas, o MC também tem sido utilizado com intuito de reforçar outros objetivos terapêuticos que não o consumo de drogas, mas que indiretamente também favoreceriam a abstinência. Dentre estes comportamentos, pode-se citar a adesão ao tratamento

medicamentoso e psicoterapia, participação em atividades incompatíveis com o uso, diminuição de práticas de risco, dentre outros (Rodríguez, 2008; Higgins & Petry, 1999).

Embora estudos tenham comprovado a eficácia dessa estratégia para favorecer a abstinência de usuários de cocaína e/ou crack, o alto custo do MC por si só acabaria por inviabilizar sua aplicação em alguns programas de tratamento como o da rede pública. Opções para se contornar eventuais dificuldades de aplicabilidade do MC como, por exemplo, baratear seu custo poderiam ser: aplicar alguns de seus componentes em modalidades de grupo (Villa, Rodríguez, Higgins, Hermida & Carballo, 2008; Olmstead & Petry, 2009), utilizar “vouchers” e premiações de baixo custo (Lott & Jencius, 2009) ou ainda, solicitar doações para entidades públicas e privadas como forma de obter prêmios (Rodríguez, 2008).

Quando em comparação com a TCC, durante o período de tratamento, o MC demonstrou superioridade na redução do uso de cocaína. Utilizados concomitantemente, a TCC pareceu bloquear o efeito inicial do MC em reduzir bruscamente o uso de cocaína. Contudo, o efeito em longo prazo se mostrou superior em reduzir o consumo da droga quando aplicadas ambas as estratégias (Epstein, Covi, Hawkins, Umbricht & Preston, 2003; Rawson et al., 2005).

O emprego do MC fora do contexto norte-americano também tem apresentado sucesso na redução do uso de cocaína, demonstrando que essa estratégia pode ser aplicada de forma eficaz em diferentes contextos socioculturais. Eventualmente, o que pode variar em diferentes culturas é a escolha pelo reforçador uma vez que o que pode ser reforçador em um dado contexto pode não apresentar condições reforçadoras em outro (Villa, Rodríguez, Higgins, Hermida & Carballo, 2008; Barry, Sullivan & Petry, 2009).

TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma das novas estratégias advindas das teorias tanto cognitiva quanto comportamental, considerada de terceira geração. Esta modalidade de tratamento surgiu a partir da Teoria do Quadro Relacional que coloca a habilidade em relacionar eventos arbitrariamente como núcleo da linguagem e cognição humana (Hayes, 2004). Como é imprescindível a não evitação de fatores negativos, o emprego de metáforas e vivências é o centro do setting terapêutico. A ACT é composta de 6 processos de intervenção que tem como objetivo final aumentar a flexibilidade psicológica. Esses processos integram o modelo de intervenção da ACT e são: aceitação, defusão cognitiva, estar presente, eu como contexto, valores e ação de compromisso (Hayes, 2004; Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

- **Aceitação:** Visa ajudar o sujeito a reduzir as tentativas de mudar a frequência ou forma de pensamentos e emoções indesejáveis ou que trazem algum tipo de sofrimento, conhecendo e aceitando-os,

uma vez que a esquiva desses causaria danos psicológicos (ex: indivíduos com distúrbio ansiosos são levados a experienciar a ansiedade de forma plena) (Hayes, 2004; Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

- **Defusão cognitiva:** Busca modificar as funções indesejáveis dos eventos pessoais, alterando, basicamente, a forma com que o indivíduo “interage e se relaciona com os pensamentos através da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas” (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008, pg. 85). Basicamente almeja a diminuição da literalidade do pensamento utilizando, para tal, técnicas como repetir em voz alta determinado pensamento até que esse vire apenas um som.
- **Estar presente:** Busca levar o sujeito a visualizar acontecimentos pessoais de maneira direta, sem atribuição de qualquer juízo de valor, de maneira a flexibilizar seu comportamento e tornar suas ações consistentes com seus valores (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).
- **Eu como contexto:** Visa que o sujeito perceba o *self* como transcendental, não um objeto mutável. Cria um senso de segurança, já que apesar de todas as mudanças emocionais/comportamentais/ou de pensamentos, o *self* permanece íntegro (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).
- **Valores:** Visa estabelecer diretrizes/metapasos a passo em vários domínios (familiar, profissional, espiritual, entre outros) da vida do sujeito sem que o mesmo se utilize de processos linguísticos que levariam a escolhas de valores baseadas na esquiva, convivência social e na fusão (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).
- **Ação de compromisso:** Nessa etapa o objetivo é identificar dificuldades do sujeito em alcançar suas metas já estabelecidas, dando ferramentas e modificando padrões de funcionamento disfuncionais. São empregados modelos de tratamento da terapia comportamental como por exemplo a exposição e o estabelecimento de objetivos (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

A ACT tem sido utilizada apresentando resultados relativamente favoráveis no tratamento do tabagismo e na redução do uso de metadona, em especial, pelo foco que propicia na aceitação de emoções em detrimento da evitação ou extinção de sintomas negativos inevitáveis durante a abstinência, períodos de fissura e curso de tratamento (Stotts, Masuda & Wilson, 2009; Gifford et al., 2004; Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting & Rye, 2008).

Um exemplo de como um protocolo baseado na ACT pode auxiliar dependentes químicos é mostrada num estudo que se utiliza da ACT para trabalhar a vergonha (autoestigma) em usuários de substâncias psicoativas: o objetivo não é elimi-

nar ou evitar a emoção da vergonha, mas sim levar o usuário a senti-la (aceitação) em sua plenitude e, ao mesmo tempo, reduzir sua relação condicionada a ação que leva ao comportamento adictivo. Perceber o processo de pensar, diminuir a qualidade literal de pensamentos de auto julgamento como: “sou incapaz”, “sou um fracassado” (defusão). Responder aos pensamentos em termo da utilidade que possui o comportamento ligado a esses pensamentos (estar presente, eu como contexto). E por último, desviar o foco para ações baseadas em valores (valores, ação de compromisso) (Luoma, Kohlenberg, Hayes & Fletcher, 2012).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Poucos estudos foram realizados para verificar a eficácia de uma determinada medicação na diminuição ou cessação do consumo especificamente de *crack*. Alguns estudos sobre a utilização de medicamentos no tratamento da cocaína, entretanto, têm obtido algum êxito tanto na fase aguda quanto na manutenção da abstinência. Em um estudo realizado por Berger et al. (2005) comparou-se a eficácia dos medicamentos reserpina, gabapentina e lamotrigina. Ainda, cada participante recebeu sessões semanais de 1 hora de Terapia Cognitivo-Comportamental. A reserpina, um anti-hipertensivo pode agir como antagonista no comportamento de autoadministração e na recaída. Já a gabapentina e a lamotrigina são medicamentos anticonvulsivantes que atuam inibindo a sensibilização do sistema límbico induzidos pelo uso de cocaína. Todas as três medicações estudadas mostraram eficácia na diminuição do uso de cocaína, tendo a reserpina obtido os melhores resultados. Apesar dos resultados favoráveis ao uso de anticonvulsivantes, alguns estudos questionam seu uso no tratamento da dependência de cocaína (Alvarez, Farré, Fonseca & Torrens, 2010).

Outro medicamento que mostrou eficácia na redução do uso de cocaína foi o citalopram, que é um antidepressivo serotoninérgico da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS's), principalmente se combinado com Terapia Cognitivo-Comportamental e MC(Moeller et al., 2007). O modafinil apresentou eficácia no aumento do tempo de abstinência em dependentes de cocaína sem comorbidade com dependência de álcool, No que diz respeito à redução do *craving*, tem se mostrado seguro, não tendo demonstrado ser uma medicação de potencial abuso para dependentes de cocaína (Anderson et al., 2009; Vosburg, Hart, Haney, Rubin & Foltin, 2010).

Já o odansentron 4mg, concomitante a TCC, mostrou eficácia na redução do uso e na permanência no tratamento (Johnson et al., 2006). Ainda, um ensaio clínico realizado por Reis, Castro, Faria and Laranjeira (2008) mostraram resultados iniciais promissores do uso do topiramato para redução do *craving*. Em um estudo controverso, foi verificada eficácia do uso da metanfetamina (droga passível de abuso) para redução da fissura e do uso de cocaína (Mooney et al., 2009).

Não obtiveram eficácia significativa na redução do uso de cocaína, retenção no tratamento ou ainda do *craving*, quando comparado a placebos, os medicamentos que seguem: tiagabina (Winhusen et al., 2005), risperidona (Smelson et al., 2004), amlodipine (Malcolm et al., 2005), acamprosato (Kampman et al., 2011) e o pergolida (Fochi, Leite & Scivoletto, 2001). O uso de baclofen na dose de 60 mg/dia também não demonstrou eficácia superior comparado com placebo para o tratamento de dependência grave de cocaína (Kahn et al., 2009).

PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

A prevenção, quando bem utilizada, pode ser um forte mecanismo de mudança, anterior a instalação da dependência. Contudo, ela tem sido utilizada apenas como fonte de informação sobre consequências nocivas do uso de drogas, descartando outras formas eficazes para afastar, principalmente, jovens do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Os modelos de prevenção não são excludentes, podendo complementar-se para melhor atingir suas metas (Buchele, Coelho & Lindner, 2009).

Uma pesquisa realizada por Winters, Fawkes, Fahnhorst, Botzet and August (2007) a partir de dados de 70 programas de prevenção ao uso de drogas que mostraram eficácia, identificou 10 pontos em comum nesses programas: 1) Redução de fatores de risco e aumento de fatores protetivos associados ao uso de substâncias psicoativas; 2) Prevenção ao uso de tabaco e álcool que se mostram potenciais pontes de ligação com o uso de substâncias ilícitas; 3) O foco de atenção e mudança não abrangia apenas o adolescente e a escola, mas também contemplava as relações entre pares e as familiares do adolescente; 4) Os programas de prevenção contemplavam idades e anos escolares variáveis; 5) Utilizavam estratégias que visavam minimizar possíveis dificuldades do adolescente e familiares no engajamento ao programa; 6) Foco significativo em habilidades sociais e treino de pais; 7) Incentivo, por parte do núcleo administrativo do programa, para que pessoas da comunidade possam participar propiciando um melhor desenvolvimento do programa de prevenção e; 8) Os programas empregam uma série de estratégias com a finalidade de obter sustentabilidade.

Um programa de prevenção eficaz também deve se preocupar em engajar e manter o adolescente, seus pares e familiares no programa e, efetivamente, servir como medida preventiva ao uso e abuso de drogas. Para que isso ocorra, deve haver uma preocupação com as diferenças de gênero e culturais dos participantes a quem o programa se destina (Kumpfer, Smith & Summerhays, 2008). Outra boa estratégia para motivar o público alvo na participação em programas de prevenção é através da ativação emocional utilizando para isso, a teatralização e ludicidade (Stephens-Hernandez et al., 2007). O uso do computador como ferramenta para uti-

lização de programas de prevenção é uma forma eficaz de melhorar o conhecimento de crianças e adolescentes sobre substâncias psicoativas além de se mostrar eficaz na redução do uso dessas substâncias (Newton, Teesson, Vogl & Andrews, 2010).

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As comunidades terapêuticas têm se tornado uma alternativa para o tratamento do *crack* que parece exigir um tempo de internação prolongado em detrimento dos tratamentos existentes de desintoxicações hospitalares breves e quando comparados ao tratamento de outras substâncias psicoativas. Não obstante, o fechamento de leitos hospitalares a partir da reforma psiquiátrica contribuiu para popularizar no Brasil tal tratamento (Kessler & Pechansky, 2006). Em 1990 é fundada a FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas) com intuito de regulamentar e fiscalizar as Comunidades Terapêuticas existentes no Brasil, integralizando o modelo de tratamento.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2001, implantou decreto RDC número 101, que regulamenta algumas práticas dentro das comunidades terapêuticas. Provavelmente a mais controversa é a implantação de um corpo técnico, compostos por médicos, psicólogos e assistentes sociais. Isso contraria alguns dos preceitos básicos estabelecidos de que a comunidade é um local de ajuda mútua, entre pares. Ainda que controversa, tal medida se sustenta haja vista a grande incidência de transtornos mentais co-ocorrendo, necessitando muitas vezes de medicações psiquiátricas e de um olhar técnico sobre o problema (Perfas & Spross, 2007). Um estudo realizado por Dye, Ducharme, Johnson, Knudsen & Roman (2009) mostrou ser possível mudanças na estruturação e serviços de uma CT, sem, contudo, prejudicar a aderência dos usuários ao modelo proposto pelas CTs.

Sobre a eficácia do tratamento, estudos de *follow-up* em comunidades terapêuticas verificaram que pacientes desistentes apresentavam índices maiores de recaída e menor tempo de abstinência quando comparados a pacientes que completavam o programa (Fernandez-Montalvo, López-Goni, Illescas, Landa and Lorea, 2008). Pacientes que completavam o modelo de tratamento apresentavam declínio de comportamentos em atividades ilícitas, melhores índices de qualidade de vida e maior sucesso em parar com o uso de drogas ilícitas (Fernandez-Montalvo, López-Goni, Illescas, Landa and Lorea, 2008).

Adolescentes apresentam maiores chances de permanecer na CT se nos primeiros 30 dias obtiverem maior postura crítica em relação ao seu problema com o uso e maior apoio por parte de seus familiares ou rede de apoio (Edelen et al., 2007). Adultos parecem, ao contrário, obter melhores chances de permanecer na CT por fatores intrínsecos da comunidade como, por exemplo, sensação de suporte e trocas de experiência entre residentes do que por fatores pessoais (Mandell, Edelen, Wenzel, Dahl & Ebener, 2008).

Assim, quanto mais fiel a comunidade terapêutica se mantiver aos seus princípios gerais, tanto maior serão as chances de sucesso do tratamento. Um outro fator de sucesso no tratamento é trabalhar a maneira como o usuário é percebido pela comunidade. Quanto mais negativa for a percepção de seus pares e familiares, pior são as chances de sucesso no tratamento, uma vez que um alto nível de estigmatização, é preditor de pior prognóstico (Fernandez-Montalvo, López-Goni, Illescas, Landa and Lorea, 2008; Johnson, 2008).

DISCUSSÃO

A dependência de cocaína e crack tem sido alvo de muita atenção pela mídia e comunidade científica em geral. Paradoxalmente, o número de estudos investigando esta problemática tem sido pífio, não condizendo com o tamanho do problema de saúde pública que esta droga representa (Kessler & Pechansky, 2008).

Não há ainda um consenso sobre o melhor tratamento farmacológico para dependentes de cocaína e muito menos de *crack*. Os anticonvulsivantes, medicações amplamente prescritas para tratamento do *crack* não demonstraram eficácia significativa (Alvarez, Farré, Fonseca & Torrens, 2010). A reserpina, o citalopram, o modafinil, o odansentron, e o topiramato tem obtido resultados promissores quando utilizados concomitante a terapia cognitivo-comportamental, mas principalmente com o MC. A metamfetamina parece reduzir a fissura e o uso de cocaína mas seu potencial efeito de abuso não deve tornar seguro ou viável sua utilização em dependentes de *crack*. A despeito da escolha do fármaco para tratamento de dependência de cocaína e *crack* o que se tem visto é que um reforço no tratamento farmacológico se faz necessário quando o paciente não alcança a abstinência nas primeiras duas semanas. Quanto mais cedo houver a abstinência maior a probabilidade de manter essa abstinência em um prazo mais longo (Plebani, Kampman & Lynch, 2009).

Grande parte dos estudos farmacológicos sobre o tratamento do abuso e dependência de cocaína se utilizam do MC como potencializadores do tratamento farmacológico. O MC bastante utilizado nos Estados Unidos com eficácia comprovada na cessação em curto prazo (6 meses) do uso de cocaína e *crack*, tem obtido bons resultados em outros países (Shumacher et al., 2007). O sucesso do MC em longo prazo ainda não foi verificado embora resultados promissores tenham sido obtidos na utilização do MC em dependentes químicos abstinentes vinculados a um trabalho formal (DeFulio, Donlin, Wong & Silverman, 2009). A eficácia a longo prazo parece ser influenciada pela quantia de dinheiro ganho (diretamente em dinheiro, ou indiretamente através de vales): quanto maior o montante ganho tanto maiores as chances de abstinência após o término do programa (Petry & Roll, 2011). O MC também parece apresentar melhores resultados em adultos jovens do que naqueles em meia-idade ou mais velhos (Weiss & Petry, 2011). No Brasil pouco se conhece sobre o emprego dessa estratégia

e nenhum estudo foi conduzido no sentido de comprovar a eficácia desse tratamento na cultura brasileira. Provavelmente as barreiras para aplicação do MC seja o custo com vales ou prêmios e a dificuldades dos clínicos em prescrever essa estratégia pois estariam premiando o paciente por comportamentos que deveriam partir dele próprio (Mercer & Woody, 2007).

Uma alternativa terapêutica para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas tem sido a ACT, que tem apresentado resultados promissores para o tratamento da dependência química (Fukahori, Silveira & Costa, 2005; Gifford et al., 2004; Lunde & Nordhus, 2009). No entanto, muitos desses resultados são obtidos a partir de estudos de caso necessitando maiores investigações para melhor avaliar a eficácia dessa terapia. Algumas críticas têm surgido quanto ao modelo da ACT, comparando sua filosofia e técnicas com a terapia holística e a terapia de Morita (Hofmann, 2008). Há uma necessidade de mais estudos que possam comparar o modelo, a técnica e a eficácia (Arch & Craske, 2008). Esta abordagem, que visa trabalhar emoções negativas presentes durante períodos de abstinência ou fissura (Stotts, Masuda & Wilson, 2009; Gifford et al., 2004) também pode reduzir o autoestigma presente nos dependentes químicos (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting & Rye, 2008).

A redução do autoestigma também pode ser verificado em pacientes que participam de Comunidades Terapêuticas. As CT no Brasil estão em crescimento e são alternativas a falta de leitos para dependentes químicos em hospitais gerais. Seu mecanismo de ação dá-se substancialmente pela interação e modelação entre pares, sendo que aqueles que completam o tratamento apresentam maiores chances de modificar comportamentos agressivos, de risco e uso de drogas (Fernandez-Montalvo, López-Goni, Illescas, Landa & Lorea, 2008). Ainda, é necessária uma maior fiscalização, como medida de assegurar que os preceitos das CT estejam mesmo sendo implementados, devido ao surgimento de tantas novas comunidades.

Por último, investimentos em programas de prevenção, atuando na prevenção primária e trabalhando com o intuito de evitar a experimentação e /ou o abuso de substâncias psicoativas, podem impedir a instalação da dependência (Bucheche, Coelho & Lindner, 2009). Esses programas precisam ser pensando não como medidas emergenciais, cuidando-se o sensacionalismo presente na mídia e na chamada “epidemia” do *crack* (Ronzani et al., 2009); mas sim, devem abordar multidisciplinarmente o jovem, familiares e pares, trabalhando com intuito de evitar ou postergar a chamada porta de entrada de drogas ilícitas, principalmente, o álcool e o tabaco, amplamente utilizadas por jovens. Os programas de prevenção para maior eficácia devem ser baseados em modelos já existentes que apresentaram resultados efetivos, com o cuidado de se adequar a cultura da população foco do programa. Universalizar um programa pode trazer mais prejuízos que benefícios, desperdiçando o interesse do jovem por determinada droga ao invés de

afastá-lo (Winters, Fawkes, Fahnhorst, Botzet & August, 2007; Kumpfer, Smith & Summerhays, 2008; Sloboda et al., 2009). As pesquisas acerca da eficácia de programas de prevenção devem obedecer a determinados constructos de maneira a tornar transparente, conciso e universalizar os dados positivos obtidos (Holder, 2010).

CONCLUSÃO

Não há ainda uma terapêutica de excelência, nem medicamentosa e nem tampouco psicoterápica. Uma alternativa que se mostra eficaz, quando bem empregada, é o investimento em prevenção primária ao uso de substâncias psicoativas. Embora individualmente essas abordagens não demonstrem superioridade significativa quando comparadas aos tratamentos tradicionais, se utilizadas concomitantemente a esses modelos, parecem potencializar o tratamento da dependência do *crack*.

O Brasil se beneficia de estudos norte-americanos, empregando terapêuticas que se mostram eficazes nos EUA. Contudo, o *crack* deixou, na década de 90, de ser o foco de pesquisas com a entrada de outras drogas no mercado americano (Kessler F, Pechansky, 2008). Faz-se necessário um maior investimento e incentivo em pesquisas no Brasil tanto para validar e aprimorar terapias já existentes quanto para formular alternativas terapêuticas mais eficazes no tratamento da dependência do *crack*.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, Y., Farré, M., Fonseca, F., & Torrens, M. (2010). Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(1),66-73.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S., Holmes, T., Shemanski, L., Slee, A., Smith, E. V., Kahn, R., Chiang, N., Vocci, F., Ciraulo, D., Urschel III, H. C., & Elkashef, A. M. (2009). Modafinil for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 104*,133-139.
- ANVISA. (2001). *Resolução da diretoria colegiada n 101*. São Paulo: ANVISA/SENAD.
- Arch, J. J., & Craske, M. J. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*,263-279.
- Barry, D., Sullivan, B., & Petry, N. M. (2009). Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among african american, hispanic and white methadone maintenance clients. *Psychology of Addiction Behavior, 23*(1),168-174.
- Bastos, F. I., Bertoni N., & Hacker, M. A. (2008) Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública, 42*(Supl.1),109-117.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 13*,107-118.

- Berger, S. P., Winhusen, T. M., Somoza, E. C., Harrer, J. M., Mezinskas, J. P., Leiderman, D. B., Montgomery, M. A., Goldsmith, R. J., Bloch, D. A., Singal, B. M., & Elkashef, A. (2005). A medication screening trial evaluation of reserpine, gabapentin and lamotrigine pharmacotherapy of cocaine dependence. *Addiction, 100*(Suppl.1),58-67.
- Buchele, F., Coelho, E. B. S., & Lindner, S. R. (2009). A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. *Ciência & Saude Coletiva, 14*(1),267-273.
- DeFulio, A., Donlin, W. D., Wong, C. J., & Silverman, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: a randomized controlled trial. *Addiction, 104*,1530-1538.
- Dye, M. H., Ducharme, L. J., Johnson, J. A., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2009). Modified Therapeutic Communities and adherence to tradicional elements. *Journal of Psychoactive Drugs, 41*(3),275-283.
- Edelen, M. O., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Paddock, S. M., Ebener, P. A., Dahl, J., & Mandell, W. (2007). Treatment process in the therapeutic community: Associations with retentions and outcomes among adolescent residential clients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*,415-421.
- Epstein, D. H., Covi, L., Hawkins, W. E., Umbricht, A., & Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Drug and Alcohol Dependence, 17*(1),73-82.
- Fernandez-Montalvo, J., López-Goni, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: a long term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse, 43*,1362-1377.
- Filho, O. F. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública, 37*(6),751-759.
- Fochi, G. R. A., Leite, M. C., & Scivoletto, S. (2001). Utilização do agonista dopaminérgico pergolida para o tratamento da "fissura" por cocaína. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(4),188-194.
- Formiga, L. T., Santos, R. C. S., Dumcke, T. S., & Araujo, R. B. (2009). Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Revista HCPA, 29*(2),120-126.
- Franklin, S. O., & Howlett, A. C. (2007). Drama-based education to motivate participation in substance abuse prevention. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 2*,11.
- Fukahori, L., Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2005). Exibicionismo e procedimentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): Um relato de caso. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva, 7*(1),67-76.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Hasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy, 35*,689-705.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*,639-665.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva, 10*(1),81-104.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*,280-285.
- Holder, H. (2010). Prevention programs in the 21st century: what we do not discuss in public. *Addiction, 105*,578-581.
- Higgins, S. T., & Petry, N. M. (1999). Contingency Management: Incentives for sobriety. *Alcohol Research & Health, 23*(2),122-127.
- Johnson, B. A., Roache, J. D., Ait-Daoud, N., Javors, M. A., Harrison, J. M., Elkashef, A., Mojsiak, J., Li, S., & Bloch, D. A. (2006). A preliminary randomized, Double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of ondansetron in the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 84*,256-263.
- Johnson, K., Pan, Z., Young, L., Vanderhoff, J., Shamblen, S., Browne, T., Linfield, K., & Suresh, G. (2008). Therapeutic Community drug treatment success in Peru: a follow-up outcome study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 3*,26.
- Kahn, R., Biswas, K., Childress, A. R., Shoptaw, S., Fudala, P. J., Gorgon, L., Montoya, I., Collins, J., McSherry, F., Li, S. H., Chiang, N., Alathari, H., Watson, D., Liberto, J., Beresford, T., Stock, C., Wallace, C., Gruber, V., & Elkashef, A. (2009). Multi-center Trial of baclofen for abstinence initiation in severe cocaine-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence, 103*,59-64.
- Kampman, K. M., Dackis, C., Pettinati, H. M., Linch, K. G., Sparkman, T., & O'Brien, C. P. (2011). A Double-blind, placebo controlled pilot trial of acamprostate for the treatment of cocaine dependence. *Addictive Behaviors, 36*,217-221.
- Kaune, M. (2004). A double-blind placebo-controlled pilot study of risperidone for decreasing cue-elicited craving in recently withdrawn cocaine dependent patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*,45-49.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008) Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 30*(2),96-98.
- Kumpfer, K. L., Smith, P., & Summerhays, J. F. (2008). A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use Misuse, 43*,978-1001.
- Lott, D. C., & Jencius, S. (2009). Effectiveness of very low-cost contingency management in a community adolescent treatment program. *Drug and Alcohol Dependence, 102*,162-165.
- Lunde, L. H., & Nordhus, I. H. (2009). Combining Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Chronic Pain in Olders Adults. *Clinical Case Studies, 8*,296-308.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory, 16*(2),149-165.
- Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher, L. Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy target shame in substance use disorder (2012). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1),43-53.
- Malcolm, R., LaRowe, S., Cocchran, K., Moak, D., Herron, J., Brady, K., Hedden, S., Woolson, R., & Halushka, P. (2005). A controlled trial of amlodipine for cocaine dependence: A negative report. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*,197-204.
- Mandell, W., Edelen, M. O., Wenzel, S. L., Dahl, J., Ebener, P. A. (2008). Do dimensions of therapeutic community treatment predict retention and outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*,223-231.

- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1993) *Prevenção de Recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N., & Farrell, L. M. (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, *101*,1014-1026.
- Melo, W. V., Oliveira, M. S., Araujo, R. B., & Pedroso, R. S. (2008). A entrevista motivacional em tabagistas: Uma revisão teórica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *30*(1),1-12.
- Mercer, D., & Woody, G. E. (2007). Psicoterapia Individual e Aconselhamento para Drogadição. In Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, organizadores. *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed; P. 327-339.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001) *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Moeller, F. G., Schmitz, J. M., Steinberg, J. L., Green, C. M., Reist, C., Lai, L. Y., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2007). Citalopram combined with behavioral therapy reduces cocaine use: a double-blind placebo-controlled trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *33*,367-378.
- Mooney, M. E., Herin, D. V., Schmitz, J. M., Moukaddan, N., Green, C. E., & Grabowski, J. (2009). Effects of oral methamphetamine on cocaine use: A randomized, Double-blind placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *101*,34-41.
- Olmstead, T. A., & Petry, N. M. (2009). The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid- dependent outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*, *102*,108-115.
- Perfas, F. B., & Spross, S. (2007) Why the concept-based therapeutic community can no longer be called drug-free. *Journal of Psychoactive Drugs*, *39*(1).
- Petry, N. M., & Roll, J. M. (2011). Amount of earnings during prize contingency management treatment is associated with posttreatment abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. DOI: 10.1037/a0024261.
- Plebani, J. G., Kampman, K. M., & Lynch, K. G. (2009). Early abstinence in cocaine pharmacotherapy trials predicts successful treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *37*,313-317.
- Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammio, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., & Ling, W. (2005). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, *101*,267-274.
- Reis, A. D., Castro, L. A., Faria, R., & Laranjeira, R. (2008). Craving decrease with topiramate in outpatient treatment for cocaine dependence: an open label Trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(2),132-135.
- Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Lima, M. S., & Laranjeira, R. (2007). Crack cocaine: A Five-year follow-up study of treated patients. *European Addictive Research*, *13*,11-19.
- Rodriguez, O. G. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*, *10*(4),242-251.
- Ronzani, T. M., Fernandes, A. G. B., Gebara, C. F. P., Oliveira, S. A., Scoralick, N. N., & Lourenço, L. M. (2009). Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. *Ciência & Saude Coletiva*, *14*(5),1751-1762.
- Shumacher, J. E., Milby, J. B., Wallace, D., Meehan, D. C., Kertesz, S., Vuchinich, R., Dunning, J., & Usdan, S. (2007). Meta-analysis of day treatment and contingency management dismantling research: Birmingham homeless cocaine studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(5),823-828.
- Sloboda, Z., Stephens, R. C., Stephens, P. C., Grey, S. F., Teasdale, B., Hawthorne, R. D., Williams, J., & Marquette, J. F. (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized Field Trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, *102*,1-10.
- Smelson, D. A., Williams, J., Ziedonis, D., Sussner, B., Losonczy, M. F., Engelhart, C., & Winters, K. C., Fawkes, T., Fahnhorst, T., Botzet, A., & August, G. (2007). A synthesis review of exemplary drug abuse prevention programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *32*,371-380.
- Stein, M. D., Herman, D. S., & Anderson, B. J. (2009). A motivational intervention Trial to reduce cocaine use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*,118-125.
- Stephens-Hernandez, A. B., Livingston, J. N., Dacons-Brock, K., Craft, H. L., Cameron, A., Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L. E., & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*, *105*,749-759.
- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy During Methadone Dose Reduction: Rationale, Treatment Description, and a Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*,205-213.
- Villa, R. S., Rodriguez, O. G., Higgins, S. T., Hermida, J. R. F., & Carballo, J. L. (2008) Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *34*,202-207.
- Vosburg, S. K., Hart, C. L., Haney, M., Rubin, E., & Foltin, R. W. (2010). Modafinil does not serve as reinforcer in cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, *106*(2-3),233-6.
- Weiss, L. M., & Petry, N. M. (2011). Interaction effects of age and contingency management treatments in cocaine-dependent outpatient. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *19*(2),173-181.
- Winhusen, T. M., Somoza, E. C., Harrer, J. M., Mezinskas, J. P., Montgomery, M. A., Goldsmith, R. J., Coleman, F. S., Block, D. A., Leierman, D. B., Singal, B. M., Berger, P., & Elkashef, A. (2005). A placebo-controlled screening trial of tiagabine, sertraline and donepezil as cocaine dependence treatments. *Addiction*, *100*(1),68-77.