

MODELO MATRIX

Christiane Farentinos

PONTOS-CHAVE

- ✓ O Modelo Matrix é um modelo integrado de tratamento ambulatorial que combina terapias baseadas em evidência, participação da família e monitoramento do uso de substâncias como álcool e drogas.
- ✓ Ele utiliza terapia comportamental e foi inicialmente desenvolvido para atender pacientes que apresentavam dependência de cocaína, sendo mais tarde aprimorado para todos os tipos de dependência química.
- ✓ A participação da família em grupos semanais fortalece o tratamento no Modelo Matrix.

O Modelo Matrix¹ para tratamento ambulatorial foi desenvolvido durante os anos 1980, para atender à esmagadora demanda por parte dos serviços de tratamento para dependência química, sobretudo dependência de drogas estimulantes, como a cocaína. A intenção foi criar um modelo para tratamento ambulatorial que respondesse às necessidades dos pacientes que faziam uso abusivo de substâncias estimulantes e construir um protocolo de tratamento que pudesse ser avaliado. Os criadores do Modelo Matrix comprometeram-se, desde o princípio, a desenvolver o tratamento usando terapias baseadas em resultados empíricos. O material para desenvolver esse tipo de tratamento foi extraído da literatura envolvendo as áreas de prevenção de recaída² e terapia cognitivo-comportamental, terapias de grupo e familiar, educação sobre drogas, grupos de mútua ajuda, como AA, e monitoramento do uso de drogas (**Quadro 74.1**). Mais de 5 mil dependentes de cocaína e mil usuários de metanfetamina foram tratados com esse método. A experiência com esses pacientes tem sido usada no desenvolvimento e modificação desse modelo terapêutico. O Modelo Matrix é indicado para atender às necessidades clínicas tanto dos abusadores de álcool, maconha e cocaína quanto dos dependentes de opioides.

QUADRO 74.1

Princípios do Modelo Matrix

- Estabelecer uma relação positiva com o paciente.
- Ensinar conceitos cognitivo-comportamentais.
- Criar uma estrutura diária.
- Reforçar mudanças positivas.
- Educar a família sobre o caminho de recuperação.
- Solicitar análises de urina.

O modelo requer que os terapeutas usem uma combinação de habilidades que exigem o exercício simultâneo das funções de terapeutas, professores e orientadores. O terapeuta promove um relacionamento positivo e encorajador com o paciente e usa essa relação para reforçar as mudanças positivas de comportamento. A interação entre o paciente e o terapeuta é realista e direta, porém não confrontativa e parental. Os profissionais são treinados a olhar o processo de tratamento como um exercício de aumento da autoestima, da dignidade e do valor próprio. Além disso, também são aptos a reconhecer o estágio de mudança do paciente, e, de acordo com esse estágio, trabalhar com ele as possibilidades de mudança do comportamento.³ O material que constitui esse modelo, incluindo um manual para o terapeuta, pode ser acessado, em inglês, no *site*⁴ <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/matrix/index.htm>, pois é de domínio público.

O Modelo Matrix é constituído de 16 semanas de tratamento, durante as quais os pacientes frequentam vários grupos por semana. Ele incorpora vários tipos de grupos de tratamento e apoio (**Quadro 74.2**):

- sessões de terapia individual/de casal ou de família (3 ou 4 sessões);
- grupo de habilidades precoces para a recuperação (8 sessões);
- grupo de prevenção de recaídas (32 sessões);
- grupos de educação de famílias (12 sessões);
- grupos de suporte/apoio social (36 sessões).

MOTIVAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO

O conceito de motivação tem recebido uma grande atenção na área das dependências. Essa maior atenção deve-se ao fato de que abandonar o uso de uma

QUADRO 74.2**Componentes do Modelo Matrix**

- Grupos de recuperação inicial
- Grupos de prevenção de recaída
- Grupos de suporte social
- Palestras educacionais para as famílias
- Sessões conjuntas de casal ou família
- Exame de urina (testagem)
- Análise da recaída
- Uso de um cofacilitador ou mentor-assistente

substância está por demais ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação está vinculada. A palavra motivação vem sendo usada em medicina e em psicologia significando conceitos diferentes para pessoas diferentes. No geral, a prática clínica tem adotado uma perspectiva de motivação como algo relativamente imutável, ou seja, ou o paciente está motivado para o tratamento e, nessas condições, o terapeuta teria um papel definido de ajudar a pessoa, ou o paciente não está motivado, e então o tratamento não será possível. Porém, nos dias de hoje, percebe-se que o quadro não é assim tão rígido, isto é, uma técnica denominada entrevista motivacional (EM)⁵ postula que a adesão do dependente ao tratamento depende de sua motivação, atitude esta passível de ser modificada ao longo do tratamento.

Até há pouco tempo, a forma encontrada para lidar com a falta de motivação eram aquelas abordagens chamadas “de confronto”. O que está por trás das estratégias confrontativas é que os dependentes de alguma droga teriam um sintoma como parte de seu caráter, possuiriam um altíssimo nível de mecanismos de defesa que os impediriam de avaliar o que se passa com sua relação com as drogas. Essa ideia parece ter derivado do pensamento de linha psicodinâmica que acredita na dependência como um traço dos transtornos da personalidade.

A boa relação entre o terapeuta e o paciente é um ponto fundamental para a adesão deste ao tratamento. A situação ideal é quando o terapeuta é formado em entrevista motivacional e pode associar essas técnicas ao emprego do Modelo Matrix. A relação paciente e terapeuta é fundamental, e terapeutas em recuperação que baseiem o tratamento sobretudo em sua experiência nos 12 passos necessitam de treinamento em entrevista motivacional para que possam ter uma atitude encorajadora, sem preconceitos ou julgamentos prévios.

OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA

O Modelo Matrix foi também conceitualizado para entender que os dependentes de álcool e drogas, quando

buscam tratamento, geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que se chama de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito de seu comportamento, mas, ao mesmo tempo, também não querem mudar. Ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos.⁶ Por ser a EM uma técnica desenvolvida para lidar com a dependência, tem-se como uma de suas metas principais a constatação e a resolução da ambivalência.

Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar (como mencionado anteriormente, um estado interno mutável de acordo com fatores externos), esse modelo acredita que a mudança se faça por meio de um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. A entrada no processo de mudança é o estágio de pré-contemplação, no qual a pessoa ainda não está considerando a mudança. De modo geral, a pessoa nesse estágio nem sequer encara seu comportamento como um problema, podendo ser chamada “resistente” ou “em negação”. Quando alguma consciência sobre o problema aparece, a pessoa entra no estágio seguinte, de contemplação. O contemplador considera a mudança, mas, ao mesmo tempo, a rejeita, e é nessa fase que a ambivalência, estando em seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar. Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de preparação, no qual está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte desse estágio aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação. O estágio seguinte é o de ação, em que ela já muda e usa a terapia como um meio de ter segurança de seu plano, para ganhar autoeficácia e finalmente criar condições externas para a mudança. O processo todo nos pacientes com comportamentos dependentes pode durar de 3 a 6 meses, já que, nesses casos, o novo comportamento (o de abstinência, por exemplo) demora tempo para se estabelecer. O grande teste para comprovar a efetividade da mudança é a estabilidade nesse novo estado por anos, o que, no processo de mudança, chama-se manutenção.

A recaída é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito nas dependências. Em termos médicos, recaída é a “recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora”. Adaptando esse conceito às dependências, a recaída seria, então, “um retorno a níveis anteriores de uso, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir esse uso, ou apenas “o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo”.⁷ É importante perceber a recaída não como um fato isolado, mas como uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos. Além disso, deve ser encarada como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de melhora. No Modelo Matrix, o terapeuta é treinado para reconhecer o estágio de mudança do paciente e trabalhar de acordo com ele, usando técnicas

motivacionais para engajá-lo nos temas dos grupos, estando sempre alerta para a possibilidade de uma recaída como parte do processo de tratamento.

PLANEJAMENTO DIÁRIO

O planejamento da agenda do paciente durante a recuperação inicial é fundamental para criar uma estrutura positiva e de apoio à sobriedade. Pacientes planejam seus dias cuidadosamente durante as sessões de grupo e obtêm *feedback* dos outros pacientes do grupo e do terapeuta quanto à eficácia do planejamento. Eliminar o ócio e estar ocupado com atividades positivas são fundamentais para esse estágio de recuperação. Agendas simplificadas podem ser usadas com o objetivo específico de ajudar o paciente a planejar seu dia e suas atividades pró-recuperação (exercícios, grupos de 12 passos, esportes, aulas, leitura, cinema, trabalho e lazer sem uso de substâncias).

CALENDÁRIOS E MONITORAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS

O monitoramento do uso de substâncias é um componente intrínseco do Modelo Matrix. Para tanto, o Modelo prescreve análises de urina com toxicologia pelo menos uma vez por semana, com *feedback* para o paciente. O monitoramento ajuda a aumentar a motivação extrínseca e intrínseca, já que fornece ao paciente uma medida de realidade quanto a seu uso, e também uma medida para a família. Durante as sessões de grupo, o paciente preenche um calendário com informações diárias sobre seu uso ou sobriedade, e também com os resultados das análises de urina. Esse monitoramento gera a possibilidade de compartilhar com o terapeuta e os outros pacientes do grupo o progresso rumo à sobriedade. O terapeuta do Modelo Matrix reconhece publicamente os pacientes que conseguem atingir metas, como, por exemplo, uma semana ou um mês sem uso. Esse é mais um dos aspectos do Modelo que incorpora estratégias que afirmam o paciente em seu progresso.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

Os tópicos e os grupos do Modelo Matrix baseiam-se sobretudo na TCC. As suposições da TCC são que a informação e os pensamentos têm um efeito nas emoções e no comportamento e que o comportamento prejudicial pode ser mudado pela identificação do que seria o comportamento desejado e pela busca de atitudes em sua direção. Os pacientes aprendem a analisar os acontecimentos que precedem o uso de álcool e drogas e

a mudar os pensamentos e comportamentos analisados para que possam atingir diferentes resultados. Além disso, aprendem habilidades para interromper o abuso de drogas e prevenir recaídas, são orientados a identificar e planejar eventos que não estejam associados ao uso de substâncias e recebem recompensas por usar as ferramentas e realizar as tarefas propostas. Outros aspectos da TCC incluem desenvolvimento de comportamentos alternativos que não levem ao uso de drogas e álcool, em outras palavras, mudança do estilo de vida. Solicitação regular de análises de urina também faz parte do tratamento. Esses aspectos essenciais da TCC estão descritos no *Cognitive Behavioral Treatment Manual*, escrito por Kadden e Carroll e colaboradores⁷ e publicado pelo National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. O trabalho de prevenção de recaída tem suas raízes nos trabalhos de Marlatt e Gordon,² e as pesquisas em TCC têm apresentado eficácia no tratamento de transtornos decorrentes de abuso de substância.^{7,8}

No Modelo Matrix, a informação e o aconselhamento visando à mudança de comportamento são condições básicas. A associação de pessoas, lugares e eventos com uso de droga e álcool provocará pensamentos automáticos e fissura, independentemente da decisão por interromper o uso ou de se ter consciência de suas consequências. Essa relação de causa e efeito entre o comportamento fissura e o consequente uso de drogas é o ponto central da TCC. Por isso, no Modelo Matrix, é importante ensinar aos pacientes e a suas famílias, usando linguagem fácil para ser compreendida, como o uso de drogas ocorre, por que ele é tão destrutivo e como essa situação pode ser revertida. Essa educação fornece aos pacientes e a suas famílias formas racionais de se relacionarem com as intervenções e as habilidades aprendidas, servindo como base para entenderem o processo de tratamento e recuperação.

DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS COMO UMA DOENÇA DO CÉREBRO

Um poderoso componente do Modelo Matrix é a suposição de que a dependência de substâncias seja uma doença cerebral. Nesse modelo, a dependência se define como uma enfermidade crônica com características genéticas, com recaídas, caracterizadas pela busca e uso compulsivo de drogas, apesar das consequências negativas desse uso. Considera-se uma doença do cérebro, já que as drogas e o álcool o modificam em sua estrutura e função. Essas transformações podem durar muito tempo e resultar em comportamentos arriscados e perigosos, com consequências danosas para os pacientes e sua família.

Em geral, a decisão inicial de consumir drogas ou álcool é voluntária. Quando o uso se transforma em dependência, a capacidade individual de exercer controle se torna deficiente. Os estudos de imagens cerebrais de indivíduos que se tornam dependentes mostram

modificações físicas em áreas cerebrais essenciais para as tomadas de decisão, o aprendizado, a memória e o controle do comportamento.

Pacientes e familiares recebem educação extensa sobre a neurobiologia da dependência de substâncias, as características do processo de recaída e as fases da recuperação, o córtex pré-frontal e o sistema límbico e a interação entre eles, os aspectos genéticos da dependência de drogas e álcool, neurotransmissores e outros assuntos relacionados. O objetivo é educá-los em relação ao que acontece com o corpo e instruí-los melhor sobre os efeitos da droga, do ambiente, da genética, da biologia e sobre seu efeito nas tomadas de decisão.

ELEMENTOS ESTRUTURAIS DO MODELO MATRIX

O Modelo Matrix segue uma estrutura e um manual-padrão que pode ser ligeiramente modificado de acordo com o programa de tratamento e as necessidades clínicas. No entanto, a pesquisa dos resultados foi baseada no modelo que mantém sua estrutura fiel aos seguintes componentes: terapia de grupo três vezes por semana para pacientes em tratamento em regime ambulatorial, 3 a 5 sessões de terapia individual durante 4 meses, com cada paciente, e análises de urina semanais. A família é convidada a participar de sessões semanais junto com os pacientes. Estes também são encorajados a participar de reuniões do modelo 12 passos de 1 a 3 vezes por semana durante os dias em que não frequentam a terapia de grupo.

O uso de colíderes ou mentores-assistentes nos grupos é um elemento-chave do Modelo Matrix. Suas participações nos grupos é um caminho eficaz para a recuperação de pacientes recém-chegados na terapia de grupo. O mentor-assistente é convidado para fazer parte do grupo uma vez por semana depois de ter concluído o seu próprio tratamento com sucesso. Comparece ao grupo semanalmente para dar seu testemunho de como o Modelo Matrix tem ajudado em seu processo de recuperação. Em situação ideal, essa pessoa estaria familiarizada com a linguagem do Modelo Matrix e poderia ser convidada pelo terapeuta de grupo para compartilhar sua recuperação e o uso das ferramentas aprendidas; além disso, também poderia funcionar como uma ligação para as reuniões do programa de 12 passos. O colíder não é um terapeuta, nem um especialista em conduzir o grupo e o andamento das discussões, porém está presente para ajudar, por meio de sua experiência, a demonstrar como funciona o processo de recuperação. É instruído pelo terapeuta a apenas participar do grupo quando solicitado e se limitar a falar de sua experiência, sem dar conselhos para os outros pacientes. Esse aspecto do Modelo Matrix cria um vínculo positivo e terapêutico entre pacientes que se “formam” nesse tratamento e novos pacientes em busca de terapia e otimismo. Quatro

tipos de grupos integram o Modelo Matrix: habilidades precoces de recuperação inicial, prevenção de recaída, grupo familiar e grupo de suporte social.

Grupos de habilidades precoces para a recuperação

Os grupos de habilidades precoces para recuperação são estruturados para fornecer um ambiente em que os pacientes novos aprendam sobre habilidades de recuperação, programas de ajuda mútua, sejam apresentados às ferramentas básicas de recuperação e aprendam com os pacientes colíderes um modelo inicial de recuperação. São oito temas abordados, em grupos de uma hora, duas vezes por semana. Nesses grupos, os pacientes desenvolvem uma linguagem comum e aprendem a lidar com o dia a dia do processo de recuperação, usando ferramentas como calendários e agendas para estruturação da vida, identificação de gatilhos internos (sentimentos) e externos (pessoas, lugares, associações perigosas), assim como analisando a motivação interna e os prós e contras do uso (**Quadro 74.3**).

Grupos de prevenção de recaída

Os grupos de prevenção de recaída são formados para permitir aos pacientes que interajam com outras pessoas em recuperação. Apresentam material específico para prevenção de recaída, incluindo as armadilhas e os gatilhos da recaída, e permitem aos colíderes que compartilhem experiências de sobriedade de longo prazo. São 32 temas e mais três temas eletivos que norteiam a terapia dos pacientes que frequentam esses grupos (**Quadro 74.4**). Os grupos de prevenção de recaída são estrategicamente agendados no início e no final da semana, para criar o apoio necessário para o paciente. Além disso, produzem coesão e empatia entre eles e

QUADRO 74.3

Tópicos para grupo de habilidades precoces

- Calendários
- Gatilhos (internos e externos)
- Introdução ao programa de 12 passos
- Álcool e seus problemas
- Pensamentos, emoções e comportamentos
- Parar com o círculo vicioso
- Química corporal e recuperação
- Pensamentos, sentimentos e ações
- Desafios na recuperação inicial
- Sabedoria do modelo 12 passos

QUADRO 74.4**Grupos de prevenção de recaída (exemplos)**

- Álcool
- Aborrecimento
- Evitando a recaída (cabos de ancoramento)
- Trabalho e recuperação
- Culpa e vergonha
- Ocupando a vida
- Motivação para a recuperação
- Honestidade
- Abstinência
- Sexo e recuperação
- Antecipando e prevenindo a recaída
- Definindo espiritualidade
- Justificativas para a recaída I e II
- Gatilhos emocionais
- Enfermidades e recuperação
- Reconhecendo o estresse
- Redução do estresse
- Gerenciando sentimentos de raiva
- Aceitação
- Fazendo novos amigos
- Relacionamentos
- Comportamentos compulsivos
- Depressão e recuperação
- Um dia de cada vez

permitem que os terapeutas testemunhem as interações dos mesmos.

Grupo de familiares

Estudos em sistemas familiares indicam que é fundamental envolver a família no tratamento de dependentes para que se obtenham os melhores resultados.⁹ As opiniões da família do paciente podem contribuir para o tratamento ou interferir no esforço terapêutico. Quando a família entende o processo de dependência química e de recuperação passa a ter expectativas mais realistas e atitudes mais positivas em relação ao paciente. Mas pacientes raramente entendem essa relação de causa e efeito e muitas vezes sabotam a participação da família no tratamento. Além disso, a família costuma estar cansada e irritada com os comportamentos erráticos do paciente e com seu uso de substâncias. Logo, os familiares se sentem aliviados com o início do tratamento, já que agora o “problema” é da clínica de tratamento, do terapeuta, e não está mais em suas mãos.

O Modelo Matrix criou uma sessão semanal em que pacientes e familiares participam juntos no processo de recuperação. A meta é instruir a família por meio de palestras, em que, durante 12 semanas, os familiares e/ou a rede social do paciente são convidados a participar e a aprender sobre dependência química, processo de recuperação e outros tópicos relevantes. As palestras

são interativas e estimulantes e criam um ambiente de troca e confiança entre os pacientes e seus familiares.

Grupo de suporte/apoio social

Após essas 12 semanas de instrução para as famílias, os pacientes passam a fazer parte de um grupo de suporte social, que é conduzido por eles mesmos. A função do conselheiro ou terapeuta nesse grupo é acompanhar o paciente em seus passos iniciais rumo ao final do tratamento, mas são os próprios pacientes que facilitam o grupo, em um sistema rotativo. Eles usam esse grupo como um primeiro passo para aprender a participar de forma mais ativa nos grupos de mútua ajuda da comunidade. Os grupos de suporte social são frequentados por pacientes que já terminaram as 12 semanas de grupos familiares. Esses grupos são essencialmente um espaço no qual os pacientes podem obter cuidados após o final do tratamento, continuando a frequentá-los com regularidade sem precisar pagar pelos serviços.

Sessões de terapia individual ou de casal

As sessões conjuntas de família ou casais ou sessões de terapia individuais também compõem esse modelo de tratamento. Existem alguns tópicos desenvolvidos no manual tanto para abordar sessões individuais com os pacientes quanto para sessões de família ou casal. Esses tópicos variam desde “drogas, álcool e sexo” a “emoções e recuperação” (Quadro 74.5). Às vezes, as sessões individuais são usadas para trabalhar um momento de crise, obstáculos individuais rumo à recuperação, ou outros transtornos, como depressão e ansiedade. Essas sessões também podem abordar a recaída por meio de uma análise sistemática.

ANÁLISE DA RECAÍDA

Tanto na terapia cognitivo-comportamental como no Modelo Matrix, cada recaída merece uma sessão de

QUADRO 74.5**Sessões individuais e de casal (exemplos)**

- Abrindo a porta
- Fazendo mudanças
- Sonhos e recuperação
- Análise de recaída
- Definindo alvos terapêuticos
- A parede – lista de sintomas
- Emoções e recuperação
- Assuntos do coração

grupo ou individual diferenciada, na qual o terapeuta ajuda o paciente a fazer uma reflexão sistemática sobre os gatilhos que levaram à recaída. O tópico usado para essa sessão é a “análise da recaída”.

MODELO MATRIX COMO PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Muitos estudos a respeito do Modelo Matrix foram realizados nos últimos 20 anos. Estes variam entre ensaios clínicos com pequena amostra de grupo-controle a ensaios clínicos controlados. Um estudo-piloto feito em 1985 documentou o progresso clínico de 83 abusadores de cocaína após 8 meses de tratamento.¹⁰ Durante uma sessão de avaliação, os pacientes iniciaram tratamento em basicamente três grupos: grupo sem tratamento formal (os que frequentam reuniões de AA e/ou NA), tratamento em regime de internação durante 28 dias ou Modelo Matrix ambulatorial de tratamento. Um assistente da pesquisa fez o acompanhamento dos pacientes por meio de ligações telefônicas, perguntando sobre o envolvimento com álcool e outras drogas e a participação em grupos de mútua ajuda.

Não foram observadas diferenças demográficas, tampouco diferenças em relação ao uso de drogas no início do tratamento. Os pacientes internados receberam tratamento durante 26,5 a 28 dias, e os submetidos ao Modelo Matrix foram tratados durante 21,6 a 26 semanas. Em contraste, somente 20% dos pacientes que não foram submetidos ao tratamento formal frequentaram mais de uma reunião de mútua ajuda. O resultado mais significativo desse estudo-piloto foi a notável redução do uso de cocaína nos pacientes submetidos ao Modelo Matrix, 8 meses após o início do tratamento. O número de pacientes que retornaram a usar cocaína mensalmente ou que usaram com mais frequência no grupo submetido ao Modelo Matrix foi de 4 em 30, comparado com 10 em 23 dos pacientes internados, e 14 a 30 dos que frequentaram tratamento de grupo informal (AA e/ou NA).

Outro importante resultado desse estudo foi que os pacientes de todos os grupos apresentaram maior probabilidade de voltar a fazer uso de cocaína quando faziam uso concomitante de álcool (50% dos que faziam uso de bebida alcoólica voltaram a fazer uso de cocaína, enquanto 6% dos que não bebiam recaíram no uso de cocaína, $X^2=10,70$, $df=2$, $p < 0,05$). Igualmente, foi observado que a taxa de recaída entre os usuários de maconha foi de 59% dos que faziam uso de tabaco, em comparação com 20% entre os não fumantes. Apesar da natureza experimental desse estudo, algumas conclusões podem ser extraídas, a saber: os resultados forneceram sustentação ao Modelo Matrix e foi base para alterar os materiais de tratamento e prescrever a

abstinência como um objetivo necessário para impedir a recaída no uso de cocaína.

Ensaio clínico aberto

Em duas das clínicas em que o Modelo Matrix foi criado e introduzido, no sudeste da Califórnia, um ensaio clínico aberto foi conduzido com 486 usuários de cocaína que receberam tratamento entre 1986 e 1990.¹⁰ Os pacientes estavam em tratamento em Beverly Hills ($n = 314$) ou em Rancho Cucamonga ($n = 172$). Na clínica em Beverly Hills, em que a maioria pertencia à classe média, 85% tiveram seu tratamento financiado pelo seguro de saúde. No entanto, em Rancho Cucamonga, apenas 20% pagaram seu próprio tratamento ou usaram seguro de saúde, enquanto 80% tiveram seu tratamento financiado sob um contrato com San Bernardino County (recursos públicos). A principal diferença entre os dois grupos foi a renda média anual (US\$ 27.900 em Beverly Hills versus US\$ 16.700 em Rancho Cucamonga) e a via de administração primária (51% intranasal em Beverly Hills, 65% fumada em Rancho Cucamonga).

Em cada uma das clínicas citadas (Beverly Hills e Rancho Cucamonga), 80% das análises de urina semanais foram negativas para estimulantes durante os 6 primeiros meses. Apesar de os resultados da testagem de urina terem sido semelhantes em ambas as clínicas, foi observada diferença significativa em relação à adesão ao tratamento. Em Beverly Hills, os pacientes permaneceram no tratamento durante aproximadamente 5 meses (21 semanas), e 48% completaram o tratamento, enquanto em Rancho Cucamonga, os pacientes se trataram durante uma média de 3 meses (13,2 semanas), e apenas 22% completaram. Uma das causas para essa diferença foi que, em Rancho Cucamonga, 20% dos pacientes abandonaram o tratamento durante as duas primeiras semanas, enquanto, em Beverly Hills, apenas 8% abandonaram durante o período inicial.

Esse ensaio clínico com um número relativamente grande de usuários de cocaína forneceu resultados que fizeram do Modelo Matrix uma alternativa de tratamento viável para os pacientes em tratamento de dependência química. Além disso, apesar da demonstração de uma associação positiva entre o nível socioeconômico dos pacientes e a adesão ao tratamento, isso pode ter sido confundido pela presença de outras variáveis, como via de administração, se estavam ou não empregados e acesso aos meios de transporte.¹¹

Em 1998, o Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) selecionou o Modelo Matrix para ser submetido a um estudo clínico para ratificar sua eficácia na ajuda a indivíduos dependentes de metanfetamina. O estudo constituiu-se em submeter 150 pacientes por clínica, em oito clínicas, de vários Estados americanos. Ao final, 978 pacientes participaram do estudo clínico.

Alguns pontos importantes podem ser observados na estrutura e no resultado desse estudo. A estrutura envolveu a comparação do Modelo Matrix com outras oito diferentes formas de tratamentos usuais, em oito clínicas diferentes. Essa não é a melhor estrutura de estudo de eficácia, porém foi feito dessa forma para atender à necessidade do CSAT de abordar o maior número de clínicas possível. Nesse estudo, em vários aspectos, os modelos de tratamento usuais (controles) eram bastante similares ao material do Modelo Matrix e, em alguns casos, a “dose” de tratamento fornecida pelos modelos terapêuticos usuais foi considerada mais intensa do que a fornecida pelo Modelo Matrix. A variedade de condições a serem comparadas foi significativa, o que dificulta o esforço de encontrar diferenças estatísticas entre os grupos de estudo e de controle. Além disso, os modelos terapêuticos de tratamento usuais não deveriam ter sido considerados “condições mínimas do controle do tratamento”. O fato é que os modelos de tratamentos usuais já eram intervenções de tratamento bastante eficazes; logo, foi um desafio obter uma diferença significativa.

Apesar das limitações desse estudo, durante a aplicação do Modelo Matrix, a adesão dos pacientes submetidos a ele, em 7 das 8 clínicas, foi claramente superior à adesão dos indivíduos tratados pelos modelos usuais tratamento. Da mesma forma, no Modelo Matrix, a testagem de urina negativa e a habilidade para sustentar o período de abstinência também foram superiores.¹¹

Resultados do estudo CSAT

Resultado 1 – Adesão ao tratamento

Com base no total de semanas do tratamento e no número de sessões de que os pacientes participaram, a adesão do tratamento foi avaliada tanto para os modelos usuais quanto para o Modelo Matrix. Os pacientes desse último permaneceram 38% mais tempo (número de sessões) em tratamento quando comparados aos pacientes tratados com modelos usuais.

Resultado 2 – Tratamento completo e de sucesso

O tratamento completo foi definido como o número de pacientes que completaram o tratamento com sucesso. O Modelo Matrix teve 27% a mais de pacientes completando o tratamento com sucesso do que os modelos usuais.

Resultado 3 – Uso de drogas

Esse resultado foi medido por meio dos relatos dos pacientes sobre seu uso nos últimos 30 dias, de acordo com o Índice de Gravidade da Adição (Addictions Severity Index)¹² e com análises de urina. Os indicadores do uso de drogas estimulantes nesse índice reduziram de forma significativa tanto nos pacientes submetidos aos modelos de tratamento usuais quanto nos submetidos ao Modelo Matrix. A frequência de uso da metanfetamina, nos últimos 30 dias, diminuiu de 11 dias no início do tratamento para quatro dias ao final em ambos os modelos. Em comparação com o subgrupo de pacientes que recebeu tratamento por 12 semanas, os submetidos ao Modelo Matrix tiveram mais análises de urina negativas (4,3 versus 3,3) do que o subgrupo do tratamento usual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo Matrix demonstrou ser uma alternativa de tratamento intensivo para pacientes em regime ambulatorial e um modelo com base em evidência que pode ser utilizado tanto com abusadores de estimulantes quanto com usuários de outras drogas. Existe uma grande demanda para o treinamento desse modelo de tratamento nos Estados Unidos assim como em outros países, como México, Tailândia, Espanha e África do Sul. Alguns Estados nos Estados Unidos o adotaram como um meio de referência nos programas de tratamento do setor público. O Modelo Matrix apresenta elementos estruturais que integram em seu currículo aspectos de tratamento do paciente, da família, análise

QUESTÃO PARA DISCUSSÃO

1. Estamos em uma era em que existem vários modelos de tratamento para dependência química, fundamentados em estudos clínicos com base em evidência. Em sua opinião, como escolher o melhor modelo de tratamento para trabalhar com diferentes pacientes? Qual o custo-benefício de trabalhar com o Modelo Matrix? E qual seria o investimento que clínicas teriam de fazer para implementar um modelo terapêutico com base em evidência? Como assegurar fidelidade ao Modelo Matrix?

de urina e uma filosofia motivacional, que ajudam no engajamento do paciente e têm demonstrado resultados promissores para um modelo terapêutico para pacientes ambulatoriais dependentes químicos.

REFERÊNCIAS

1. Rawson RA, Obert JL, McCann MJ, Ling W. Psychological approaches for the treatment of cocaine dependence – a neurobehavioral approach. *J Addict Dis.* 1991; 11(2): 97-119.
2. Marlatt BA, Gordon JR. Relapse prevention. New York: Guilford; 1985.
3. Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Washington: U.S. Government Printing Office; 1999.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Counselor's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders. Rockville; 2007. Disponível em: <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/matrix/index.htm>.
5. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford; 2002.
6. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992; 47(9): 1102-14.
7. Kadden R, Carroll KM. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1992.
8. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction.* 2004; 99(6): 708-17.
9. Kauffman E. Family therapy: other drugs. In: Galanter M, Kleber HD, editors. Textbook of substance abuse treatment. Washington: American Psychiatric; 1994.
10. Rawson RA, Obert JL, McCann MJ, Mann AJ. Cocaine treatment outcome: cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. *NIDA Res Monogr.* 1986; 67: 271-7.
11. Rawson RA, Shoptaw SJ, Obert JL, McCann MJ, Hasson AL, Marinelli-Casey PJ, et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *J Subst Abuse Treat.* 1995; 12(2): 117-27.
12. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat.* 1992; 9(3): 199-213.