

Especialização em  
**SAÚDE DA  
FAMÍLIA**



**Caso complexo**  
Vila Santo Antônio

**Fundamentação teórica**  
Abordagem da dependência química



## ABORDAGEM DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Thiago Marques Fidalgo, Pedro Mário Pan Neto e Dartiu Xavier da Silveira

### DEPENDÊNCIA QUÍMICA

#### Definição

A Organização Mundial de Saúde define a dependência química como o

estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem o impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação. (grifo nosso)

Seguindo essa definição, o *Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR)* define a dependência como um padrão mal adaptativo do uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, caracterizado pela presença de três ou mais dos critérios a seguir, pelo período de um ano:

- Tolerância (necessidade de quantidades maiores para obtenção do mesmo efeito ou menor intensidade do efeito com a dose habitual);
- Abstinência (síndrome com sinais e sintomas típicos de cada substância, que são aliviados pelo consumo);
- Consumo por período de tempo mais prolongado e em quantidades maiores que o planejado;
- Desejo persistente de uso e incapacidade para controlá-lo;
- Muito tempo gasto em atividades para obtenção da substância;
- Redução do círculo social em função do uso da substância;
- Persistência do uso da substância, apesar de prejuízos clínicos.

#### Epidemiologia

Segundo dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo CEBRID, 22,8% da população brasileira já fez uso de alguma droga (exceto álcool e tabaco) na vida. Entre as drogas mais usadas temos:

Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil

|                          | Uso na vida (% da população brasileira) | Dependência (% da população brasileira) |
|--------------------------|---|---|
| Álcool                   | 74,6                                    | 12,3                                    |
| Tabaco                   | 44,0                                    | 10,1                                    |
| Maconha                  | 8,8                                     | 1,2                                     |
| Solventes                | 6,1                                     | 0,2                                     |
| Benzodiazepínicos        | 5,6                                     | 0,5                                     |
| Estimulantes             | 3,2                                     | 0,2                                     |
| Cocaína                  | 2,9                                     | -                                       |
| Opiáceos                 | 1,3                                     | -                                       |
| Alucinógenos             | 1,1                                     | -                                       |
| Crack                    | 0,7                                     | -                                       |
| Heroína                  | 0,09                                    | -                                       |
| Esteroides anabolizantes | 0,9                                     | -                                       |

#### Etiologia

A dependência é um fenômeno complexo, com diversas variáveis envolvidas. Dessa forma, não existe uma explicação etiológica simples e que consiga contemplar todas as facetas do problema.

Podemos pensar na dependência como um tripé:

- **Meio ambiente:** é o cenário em que se desenrola o encontro do indivíduo com a droga, bem como o contexto em que ela é utilizada. Nesse caso, merecem atenção a disponibilidade da substância e o simbolismo de seu uso. Como ilustração da importância desse elemento do tripé, basta refletir sobre a diferença no consumo de álcool com amigos, em um brinde de Réveillon, e o consumo imediatamente antes de conduzir um veículo.
- **Substância:** devemos considerar sua forma de apresentação, acessibilidade e custo, seu modo de uso, suas características químicas, como o potencial para gerar dependência, e seus efeitos fisiológicos. Assim, o grau de lipossolubilidade da substância está intimamente relacionado com a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica. Rápido início de ação e intensidade dos efeitos correlacionam-se com o maior ou menor potencial de abuso. Substâncias com menor meia-vida em geral desencadeiam síndromes de abstinência mais intensas. As substâncias podem ser classificadas em três tipos, de acordo com os efeitos que causam:
  - Estimulantes do sistema nervoso central: aumentam não só a atividade do sistema nervoso central, mas também do sistema nervoso autônomo, gerando taquicardia, vasoconstrição, hipertensão, além de exaltação do humor e aceleração do pensamento. Nessa classe incluem-se a cocaína, o crack, as anfetaminas, o ecstasy, a nicotina e a cafeína.
  - Depressores do sistema nervoso central: promovem uma redução das atividades cerebrais e das funções orgânicas de modo geral. Seus efeitos se opõem aos dos estimulantes. Compõem esse grupo o álcool, os opioides, os benzodiazepínicos e os solventes.
  - Perturbadoras do sistema nervoso central: alteram a percepção do tempo e do espaço, bem como da realidade à volta daqueles que as consomem. O LSD, a maconha e os cogumelos, além do ecstasy (droga com duplo efeito), fazem parte dessa categoria.
- **Indivíduo:** certamente o mais complexo dos três elementos, que pode ou não se tornar um dependente, de acordo com a relação que estabelece com a droga. Tal relação será influenciada diretamente por diversos fatores genéticos, biológicos e psicodinâmicos:
  - Fatores genéticos: vários estudos envolvendo famílias com casos de dependência química vêm evidenciando a importância do fator genético no desenvolvimento do quadro. Todos os estudos, no entanto, são unânimes em apontar que apenas parte do fenômeno pode ser explicada pelos genes, sendo que os demais fatores são determinantes de sua expressão ou não. O gene responsável pela codificação do receptor dopaminérgico D2 parece ter papel-chave, uma vez que sua expressão está reduzida nos pacientes dependentes químicos. Assim, para compensar esse hipofuncionamento dopaminérgico, esses indivíduos procurariam formas de estimular tal via.
  - Fatores biológicos: todas as substâncias com potencial de gerar abuso e dependência agem em diversos sítios cerebrais, promovendo interação complexa entre as várias vias de neurotransmissão. Entretanto, a ativação da via de recompensa cerebral é o elemento comum a todas elas, gerando reforço positivo (sensação agradável e prazerosa), que leva à intensificação do consumo. Assim, tais substâncias agem sobre os corpos celulares de neurônios dopaminérgicos da área tegmental ventral. Tais neurônios lançam projeções para áreas límbicas, como o núcleo accumbens, a amígdala e o hipocampo (via mesolímbica). Essa via está ligada às sensações subjetivas e motivacionais do uso da substância. Além disso, projeções para o córtex pré-frontal são ativadas (via mesocortical), sendo responsáveis pela experiência consciente dos efeitos da droga, bem como pela fissura e pela compulsão ao uso.
  - Fatores psicodinâmicos: o dependente químico pode ser compreendido como um indivíduo que não completou adequadamente seu processo de individuação, como se, no momento de se perceber como pessoa, o fizesse frente a um espelho quebrado, no qual várias falhas e lacunas de seu ego são expostas. Diante dessa situação, a substância atua como um fator de estruturação do ego, gerando, assim, a sensação de profundo bem-estar, que leva ao impulso incessante de consumo.

### **Avaliação clínica**

Diante de um paciente que faz uso de substâncias, é importante a caracterização detalhada do consumo, questionando, para todas as drogas consumidas:

- as motivações do uso;
- a quantidade utilizada;
- o padrão de uso;
- os aspectos circunstanciais do uso;
- os efeitos obtidos;
- o sentimento pós-uso.

Entre os diversos padrões de consumo possíveis, temos:

- uso experimental: o uso se dá uma ou poucas vezes ao longo da vida, sem que se estabeleça uma frequência de consumo;
- uso recreacional ou ocasional: há um consumo frequente da substância, porém sem que se possa estabelecer qualquer tipo de prejuízo decorrente;
- uso nocivo ou abusivo: o paciente apresenta algum prejuízo concreto de sua saúde física ou mental ou se expõe a riscos, em decorrência de seu uso;
- dependência: os critérios propostos pelo DSM-IV-TR, citados na introdução, devem ser preenchidos.

Além disso, deve ser feita uma pesquisa ativa acerca da presença de comorbidades psiquiátricas, já que estão presentes em até 80% dos alcoolistas e em até 70% dos dependentes de substâncias ilícitas. Depressão e transtornos ansiosos são as comorbidades de eixo I mais comumente encontradas. Não existe consenso na literatura quanto ao potencial que as substâncias apresentam para desencadear quadros psiquiátricos mais graves, como transtornos do espectro bipolar e psicóticos, que também são encontrados em associação ao abuso de substâncias. Comorbidades com eixo II também são frequentes, especialmente com os transtornos que incluem a impulsividade como traço-chave, como os transtornos de personalidade do cluster B. A importância dessa avaliação psiquiátrica detalhada reside no fato de a presença de comorbidades influenciar diretamente o curso clínico, o prognóstico e o planejamento terapêutico do quadro. O exame do estado mental deve sempre ser feito com o paciente fora do estado de intoxicação.

Deve ser realizada, ainda, criteriosa avaliação clínica, com exame físico cuidadoso e avaliação com exames complementares completa, com ênfase na avaliação da função renal e hepática, assim como na presença de infecções, tais como hepatites B ou C, além do HIV. O ECG também é fundamental, uma vez que diversas substâncias, como os estimulantes, podem interferir com a perfusão e a eletrofisiologia cardíacas. Essa avaliação torna-se ainda mais imperiosa quando se considera que muitos pacientes usuários de substâncias vivem em situação marginal e sem acesso aos serviços de saúde, sendo o psiquiatra, muitas vezes, seu único contato com um profissional da área da saúde.

### **Instrumentos diagnósticos**

Há instrumentos de rastreamento são bastante práticos e de rápida aplicação, sendo muito úteis na detecção inicial de quadros em que o uso de substâncias pode caracterizar um problema.

### **Tratamento – princípios gerais**

#### **Avaliação psiquiátrica completa**

- anamnese detalhada sobre o padrão de consumo atual e passado, bem como seus efeitos no funcionamento “biopsicossocial”;
- avaliação médica e psiquiátrica global (anamnese e exame físico/psíquico);
- história de tratamentos psiquiátricos prévios e seus resultados;
- avaliação das condições familiares e sociais;
- testes laboratoriais para avaliar condições concomitantes comuns com dependências (por exemplo, avaliação da função hepática em etilistas);
- com a permissão do paciente, contato com terceiros para informações adicionais.

#### **Manejo psiquiátrico**

- motivação para abstinência;
- manejar os episódios de intoxicação e abstinência;

- promover psicoeducação e facilitar a aderência ao tratamento;
- diagnosticar e tratar comorbidades;
- avaliar necessidade e disponibilidade de tratamentos específicos;
- avaliar a segurança e o *setting* terapêutico adequado: local de tratamento o menos restritivo possível, que seja seguro e efetivo para o caso.

Considerar hospitalização se: overdose ou durante intoxicação grave; risco grave para desenvolvimento de síndromes de abstinência com *delirium* (por exemplo, *Delirium Tremens*); comorbidades com transtornos psiquiátricos graves (por exemplo, depressão com planejamento suicida, psicose aguda); o uso traduz grave risco ao paciente ou a terceiros; falha do tratamento ambulatorial.

Casas de apoio, comunidades terapêuticas: pacientes que não têm indicação para hospitalização, porém apresentam rede de suporte social falha ou completamente envolvida no contexto das drogas.

Hospitais-dias, internações “parciais”: usados na transição entre internação e tratamento ambulatorial; falha no tratamento ambulatorial; comorbidades psiquiátricas graves.

Tratamento ambulatorial: quando não há indicações clínicas ou sociais para níveis mais intensivos de tratamento. Envolve uma abordagem abrangente, com intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas.

#### **Tratamento – intervenções psicoterápicas**

Nos últimos 30 anos houve um progresso significativo na validação das técnicas psicoterapêuticas para o tratamento da dependência de substâncias. Contudo, por questões metodológicas, o foco predominante foram as terapias com orientação teórica voltada às técnicas cognitivo-comportamentais. Nesse contexto, destacam-se:

- manejo de contingências: incentivos ou recompensas que encorajam metas comportamentais específicas;
- prevenção de recaídas: identificação e intervenção em situações de risco para uso; incentivo às situações e comportamentos alternativos ao uso.

Uma recente metanálise publicada por Dutra et. al (2008) avaliou 34 ensaios clínicos *randomizados*, num total de 3.400 pacientes, avaliando as técnicas acima citadas e a terapia cognitivo-comportamental orientada à dependência. Os autores encontraram um tamanho de efeito entre baixo-moderado a moderado-alto, dependendo da técnica e substância específica avaliada, quando comparados aos controles (aconselhamento, lista de espera, tratamento ambulatorial padrão). Os resultados são válidos se comparados a outras intervenções em transtornos psiquiátricos (por exemplo, similares aos tamanhos de efeito da farmacoterapia para transtornos ansiosos). Quando se compararam as técnicas entre si, manejo de contingências ou terapias associadas apresentaram os melhores resultados.

Nas técnicas de psicoterapia psicodinâmica, o uso da substância é compreendido por um modo de pensar que inclui o conflito inconsciente e as distorções intrapsíquicas (como descrito na teoria do espelho quebrado). Entre as suas modalidades, destacam-se:

- grupo: alternativa economicamente vantajosa, podendo se constituir de espaço potencial para reflexão das inseguranças, incertezas, incompletudes do indivíduo, além das dificuldades de relação com outros;
- individual: opção para pacientes menos organizados ou que, por algum motivo, não se adequam ou não aceitam a intervenção em grupo. Diversas abordagens são possíveis, tanto na linha psicodinâmica quanto em uma abordagem cognitivo-comportamental.

#### **Tratamento – intervenções farmacológicas**

Há cerca de 20 anos, o NIDA (National Institute on Drug Abuse), órgão filiado ao Instituto Nacional de Saúde Norte-americano (NIH), criou um programa específico voltado ao desenvolvimento e à avaliação de tratamentos medicamentosos para a dependência de substâncias.

**Tratamento de manutenção para dependência de substâncias**

| <b>Substância</b> | <b>Medicação aprovada pelo FDA</b>  |
|-------------------|---|
| Álcool            | Dissulfiram 125-500 mg/dia<br>Naltrexone 25-100 mg/dia<br>Acamprosato 666 mg/3 vezes ao dia<br>Topiramato 25-150 mg/2 vezes ao dia (sem aprovação pelo FDA) |
| Estimulantes      | Sem aprovação ou recomendação   |
| <i>Cannabis</i>   | Sem aprovação ou recomendação   |
| Opioides          | Metadona 30-140 mg/dia<br>Buprenorfina 4-32 mg sublingual   |
| Alucinógenos      | Sem aprovação ou recomendação   |

Entretanto, muito se tem conhecido nos últimos anos sobre o sistema da recompensa e novos sistemas neuroquímicos envolvidos, como o sistema canabinoide. A partir desses estudos, há um novo e promissor campo de pesquisa. Diversas medicações estão sendo testadas e avaliadas em estudos clínicos:

- *Cocaína*: Dissulfiram, Naltrexone, Baclofeno, Topiramato, Modafinil, Vacina;
- *Cannabis*: Antidepressivos (principalmente no caso de síndrome amotivacional).

**Roteiro terapêutico**

O roteiro terapêutico demonstrado a seguir tem como característica principal o enfoque multidisciplinar e a política de redução de danos:

*Passo 1 – O acolhimento*

- primeiro contato com o paciente;
- acolher a angústia no “aqui-e-agora”;
- a abstinência não precisa ser condição para o início do tratamento;
- entender demandas e possibilidades.

*Passo 2 – Avaliação médica*

- avaliação clínica;
- avaliação psiquiátrica;
- acompanhamento psiquiátrico.

*Passo 3 – Abordagens psicossociais*

- modalidades de abordagens psicodinâmicas;
- terapia individual;
- terapia de grupo;
- terapia familiar;
- terapia ocupacional;
- oficinas terapêuticas.

**REDUÇÃO DE DANOS**

**Definição**

A redução de danos é uma estratégia de tratamento da dependência química que pode ser definida como um olhar pragmático para a redução dos prejuízos associados ao consumo de substâncias. Seu espectro de ação vai desde a abordagem do dependente que não deseja reduzir seu consumo (ao qual se pode oferecer um uso com menos riscos associados), passando pelas estratégias para lidar com a redução do consumo, até chegar às formas de lidar com a abstinência. Ao longo de todo esse processo, o foco é a autonomia do paciente, que deve ser buscada, respeitada e ampliada, garantindo, assim, o pleno exercício de sua liberdade individual.

Trata-se de um modelo de intervenção comprometido com a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, e pautado no respeito ao indivíduo. É uma abordagem que tem se mostrado muito eficaz nesses propósitos, uma vez que são estabelecidas metas factíveis, com a participação ativa dos pacientes e de toda a equipe envolvida em seu manejo. Constrói-se, assim, um vínculo de confiança e respeito, no qual é valorizada

a autonomia do paciente que se coloca à disposição da equipe de profissionais de saúde. É importante ressaltar que, dentro dessa proposta, o plano terapêutico deve ser permanentemente reavaliado e os objetivos estabelecidos devem ser constantemente revistos, respeitando-se sempre a possibilidade de transformação do paciente a cada momento, minimizando, dessa forma, a sua frustração, aspecto a um só tempo frequente e prejudicial na clínica da dependência. Nesse caso, o paciente pode desfrutar de autonomia e liberdade para se autodeterminar e desempenhar seus papéis sociais de forma mais adaptada.

#### **Bibliografia Consultada**

ABRAMS, K. et al. Self-Administration of Alcohol Before and After a Public Speaking Challenge by Individuals with Social Phobia. **Psychol Addict Behav.**, v. 16, n. 2, p. 121-128, Jun. 2002.

FIDALGO, T. M. et al. Validation of a short version of the Revised Drug Use Screening Inventory (DUSI-R) in a Brazilian sample of adolescents. **American Journal on Addictions**, 2010.

FIDALGO, T. M.; SILVEIRA, E. D.; SILVEIRA, D. X. Drug use among adolescents in Brazil. In: **Focus on Adolescent Behavior Research**. Ed. Nova Publisher, 2007.

\_\_\_\_\_. Psychiatry comorbidities related to alcohol use among adolescents. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 34, n. 1, 2008.

HARDING, T.W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, n. 10, p. 231-241, 1980.

KAMPMAN et al. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. **Drug Alcohol Depend**, n. 75, p. 233-240, 2004.

KARILA et al. New treatments for cocaine dependence. **Int J Neuropsychopharmacol**, n. 11, 2008.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, n. 51, p. 8-19, 1994.

KHANTZIAN, E. J. The Self-Medication Hypothesis of Addict Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. **American J Psychiatry**, n. 142, p. 1259-1264, 1985.

KLEBER et al. Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition. **American J Psychiatry**, n. 164, p. 4, April 2007 Supplement.

KUSHNER, M. G. et al. Anxiety Mediates the Association Between Anxiety Sensitivity and Coping-Related Drinking Motives in Alcoholism Treatment Patients. **Addict Behav.**, v. 26, n. 6, p. 869-885, Nov-Dec., 2001.

KUSHNER, M. G.; ABRAMS, K.; BORCHARDT, C. The Relationship between Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders: a Review of Major Perspectives and Findings. **Clin Psychol Rev.**, v. 20, n. 2, p. 149-171, Mar. 1999.

LIMA et al. Carbamazepine for cocaine dependence (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 4, 2007.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.

OLIEVENSTEIN, C. **La clinique du toxicomane**. Bagedis: Éd. Universitaires, 1987, p. 45-61.

REGIER, D. A. et al. Comorbidity of Mental Disorder with Alcohol and other Drug Abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area Study. **J Am Med Association**, v. 264, n. 19, p. 2511-2518, 1990.

SCHAEFER, M.; HEINZ, A.; BACKMUND, M. Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? **Addiction**, n. , 99, p. 1167-1175, 2004.

SILVEIRA, D. X. **Drogas, uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1995.

\_\_\_\_\_; JORGE, M. R. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 3, p. 145-151, jul./set. 1999.

\_\_\_\_\_; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.