

Transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas

Marcelo Ribeiro

Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Diretor-Clínico da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD – UNIFESP)

Ronaldo Laranjeira

Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Londres
Coordenador-Geral da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD – UNIFESP)

Guilherme Messas

Doutor em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo¹⁻². Tal preocupação fez com que novos conceitos acerca do tema fossem desenvolvidos nas últimas décadas, visando à melhor compreensão e tratamento do problema³. Anteriormente, o consumo de substâncias psicoativas era visto de modo dicotômico, fazendo com que apenas o usuário pesado e dependente da substância chegasse à atenção do médico. Atualmente o consumo de substâncias psicoativas é considerado não apenas a partir da sua intensidade, mas também das complicações físicas e psicossociais que suscita, variando ao longo de um *continuum* de gravidade⁴. Desse modo, não apenas os dependentes, mas também aqueles que apresentam problemas relacionados diretamente ao episódio de uso passaram a receber atenção da saúde pública. Portanto, não basta olhar para o consumo em si, sem considerar os danos que o mesmo acarreta aos indivíduos e seus grupos de convívio.

Antigamente, acreditava-se que apenas o especialista estaria apto para tratar esses transtornos. No entanto, a disseminação do consumo nas últimas duas décadas (principalmente entre os adolescentes e adultos jovens), as complicações psicossociais envolvidas e necessidade de se diagnosticar precocemente o problema tornaram os danos causados pelo consumo de substâncias psicoativas não apenas uma questão de saúde pública, mas também um desafio ao resgate da cidadania destes indivíduos. Desse modo, os modelos de tratamento vigentes consideram que o médico generalista tem papel fundamental no diagnóstico precoce e no encaminhamento, além de ser apto para realizar intervenções breves, baseadas em técnicas motivacionais⁵.

Os médicos têm facilidade para detectar e abordar as complicações clínicas decorrentes do consumo de drogas. No entanto, o uso nocivo e a dependência são pouco diagnosticados. Tais categorias nosológicas são pouco estudadas durante a formação médica e os tabus acerca do tema impedem uma avaliação sistemática e cotidiana do problema⁶⁻⁷. O objetivo deste capítulo é apresentar ao clínico geral os novos conceitos de dependência, aplicáveis ao consumo de qualquer tipo de substância, e como aplicá-los em sua prática diária, uma vez que todos os profissionais da saúde tornaram-se fundamentais para o tratamento dos indivíduos portadores de tal condição.

Modelo etiológicos vigentes

O sistema de recompensa

Dois modelos neurobiológicos procuram explicar a fisiopatologia da dependência: o sistema de recompensa e as neuroadaptações. O sistema de recompensa, também denominado sistema mesolímbico-mesocortical, se projeta desde a área tegmental ventral (ATV) em direção ao *nucleus accumbens*, córtex pré-frontal (funções psíquicas superiores) e sistema límbico (emoção). Esse parece ser a via dopaminérgica relacionada à recompensa⁸. Desse modo, as situações que contribuem para a manutenção da vida ou da espécie (alimentação, relacionamento sexual, ...) são capazes de estimular o sistema de recompensa, gerando reações de prazer e bem-estar, que aumentam a propensão individual pela busca repetida da experiência⁹.

A maioria das substâncias psicoativas é capaz de estimular o sistema de recompensa. A cocaína e as anfetaminas agem como agonistas indiretos dentro do próprio sistema de recompensa, por meio do aumento da liberação e do bloqueio da recaptção das monoaminas. Já os derivados do ópio, o álcool e a maconha parecem agir a partir do sistema opióide endógeno, que por sua vez é capaz de aumentar a liberação de dopamina no sistema de recompensa¹⁰. As situações cotidianas que normalmente estimulam o sistema de recompensa chegam a aumentar em até 100% sua atividade. Por sua vez, a ação de substâncias psicoativas como a cocaína, chega a elevá-la em até 1000%⁹. Tal magnitude deixa alguns indivíduos extremamente propensos a repetirem o consumo, ainda que em detrimento de outras situações de prazer ou compromissos que antes eram consideradas importantes para sua vida.

As neuroadaptações

O uso continuado de qualquer substância provoca modificações centrais (neuroadaptações), que serão responsáveis pelo surgimento dos comportamentos mal-adaptados de busca, bem como dos sintomas de abstinência¹⁰. As neuroadaptações visam ao equilíbrio, ou seja, procuram devolver ao sistema nervoso seu padrão de funcionamento original, a partir de mecanismos que o tornem mais refratário à presença constante da substância¹¹. Como resultado das neuroadaptações, o indivíduo desenvolve tolerância e síndrome de abstinência à substância que utiliza regularmente. Isso se dá a partir de um único processo de modificação neuroadaptativa, que pode ser didaticamente dividida em neuroadaptação de prejuízo e de oposição¹².

Adaptação de prejuízo

A **adaptação de prejuízo** consiste no desenvolvimento de mecanismos que dificultam a ação da droga sobre as células, reduzindo, assim, seus efeitos. Isso pode acontecer a partir da redução do número ou da sensibilidade dos receptores (*downregulation*) ou do aumento da eficiência do corpo na metabolização e eliminação da droga. A partir dessas modificações, a quantidade habitual de droga consumida não provocará no usuário os efeitos positivos que buscava. Para obtê-los de agora em diante, necessitará de doses maiores, capazes de ‘romper’ as novas barreiras neurobiológicas criadas pelo organismo. Esse aumento causará uma nova neuroadaptação, que implicará em um outro aumento de dose e assim por diante^{9,12}.

Adaptação de oposição

Apesar de também causar tolerância, a **adaptação de oposição** está relacionada ao aparecimento da síndrome de abstinência nos dependentes de substâncias psicoativas. Segundo Littleton & Harper (1994)¹², “a adaptação de oposição consiste num mecanismo para derrotar os efeitos da presença da droga através da instituição de uma força oponente dentro da célula. Este tipo de alteração tem claramente um potencial, quanto exposto à remoção da droga, de produzir transtornos funcionais na direção oposta àquela causada originalmente pela droga”. Desse modo, nota-se entre os usuários de sedativos uma síndrome de abstinência marcada por inquietação, insônia, aceleração do pensamento e confusão mental. Já entre os de estimulantes, o quadro é geralmente depressivo, com lentificação psicomotora e aumento do sono. É essencial afirmar que as adaptações de oposição causam um desequilíbrio no sistema nervoso central quando a droga é retirada¹². Esse desbalanço aparece na forma de sintomas de desconforto, de intensidade variável, geralmente de natureza oposta à droga utilizada. Tais sintomas permanecerão até que o organismo recupere seu equilíbrio anterior, no qual não havia a presença constante da droga. Esse quadro é denominado *síndrome de abstinência*^{9,12}.

A genética da dependência

A genética tem demonstrado que fatores hereditários podem contribuir para o desenvolvimento de padrões de consumo indevido de álcool e drogas. Estudos em famílias apontam que a prevalência de dependência entre familiares de dependentes pode ser até quatro vezes maior do que na população geral. Estudos de adoção também encontram maior prevalência de dependência entre filhos de pais biológicos com o mesmo problema¹³.

Mas se os fatores genéticos podem ser uma causa importante para o desenvolvimento da dependência de álcool e drogas, pouco se sabe sobre os mecanismos de transmissão genética. As evidências encontradas até o momento afastam uma hipótese de transmissão mendeliana, ou seja, a partir de um único gene. Pelo contrário, a hipótese atual considera necessária a atuação conjunta de vários genes, levando a uma condição de vulnerabilidade, que em conjunto com a ação ambiental produziram o fenótipo final¹⁴.

Desse modo, a genética considera a dependência química um produto final de processos geneticamente interligados que afetam o desenvolvimento do cérebro e resultam em comportamentos específicos, tais como hiperatividade, ansiedade e tensão. Em alguns casos, o consumo de substâncias psicoativas traria alívio para essas disfunções, deixando seus portadores mais propensos a utilizá-las constantemente, visando ao saneamento de tais disfunções¹³⁻¹⁴.

A substância per se

As substâncias psicoativas possuem propriedades farmacológicas que contribuem diretamente para o aparecimento da dependência. Tais propriedades são de natureza ansiolítica e/ou euforizante. Elas permitem que o usuário alcance um quadro de relaxamento e bem-estar¹⁰. A via de administração, o início, a duração e a intensidade do efeito produzido também interferem no surgimento da dependência. O crack gera dependência com muito mais facilidade do que a forma refinada (inalada). Apesar de não passarem de apresentações diferentes da cocaína, o crack tem absorção pulmonar, e por isso, um início de ação imediato, com efeitos estimulantes e eufóricos intensos e de curta duração, fazendo o usuário repetir o consumo com mais frequência, muitas vezes visando a antecipação da fissura, que aparece minutos após a última fumada. Já a forma refinada, absorvida pela circulação da mucosa nasal, é lentamente captada, leva até 15 minutos para atingir seu pico máximo de ação, que ainda assim é bem menos intenso do que o produzido pelo crack ou pela administração endovenosa. A duração dos efeitos é maior, fazendo com o indivíduo a utilize em intervalos maiores de tempo, o contrário do que é observado no crack¹⁵.

Multifatorialidade

A etiologia da dependência química não pode ser reduzida a alguns fatores. Como regra, continua ser vista como uma doença multifatorial, que envolve a cultura, a hereditariedade, fatores sócio-econômicos e ambientais⁴. A proibição religiosa para o consumo de álcool no mundo árabe impediu que esse hábito se espalhasse por esses países ou comunidades¹⁶. Famílias onde o pai ou a mãe são dependentes de álcool, mas que conseguem manter um convívio minimamente harmonioso e estruturado (almoçam juntos, está unida durante as festas tradicionais do ano, relaciona-se socialmente com outras famílias e pessoas,...) têm uma incidência significativamente

menor de dependência química entre seus filhos, do que aquelas visivelmente desestruturadas⁴. Portanto, há vulnerabilidade dependência em maior ou menor grau entre os indivíduos. É necessária, porém, a presença de estímulos (fatores de risco) capazes de converter uma condição potencial de dependência em uma entidade nosológica presente.

Manutenção da doença

Em conjunto com os fatores de risco e proteção, cuja interação é capaz de levar ao uso indevido e a dependência, os fatores de manutenção formam uma complexa rede cujo objetivo é a garantir a regularidade do consumo, mesmo que em detrimento de outras atividades, outrora consideradas importantes pelo usuário¹⁷. Do ponto de vista biológico, a presença dos sintomas de abstinência faz com que o dependente organize seu cotidiano a fim de garantir o consumo da substância antecipadamente ao aparecimento da fissura e do desconforto físico e mental. Além dos aspectos biológicos, estímulos ambientais (gatilhos) são importantes mantenedores do consumo de álcool e drogas¹⁰. Desse modo, é importante detectá-los precocemente, mapeá-los e procurar um distanciamento dos mesmos nas fases iniciais. Outro fator de manutenção é a imagem que o paciente e seu grupo de convívio têm do problema. Geralmente, há ressentimento e desconfiança, decorrentes do período de consumo, que se não identificados e abordados corretamente acabam se tornando um foco de estresse e recaída.

Diagnóstico

O conceito uso indevido de substâncias psicoativas parte de alguns pressupostos básicos. Em primeiro, a dependência é considerada uma *síndrome nosológica*, um agrupamento de sinais e sintomas que se repete com certa frequência em alguns usuários dessas substâncias⁴. Em segundo, tal síndrome se organiza dentro de níveis de gravidade e não como um absoluto categórico¹⁷. Essa noção é extremamente importante, pois se deve buscar não um sintoma característico e patognômico, mas uma série desses, considerando sua intensidade ao longo de um *continuum* de gravidade. Em terceiro, a síndrome de dependência é moldada por outras influências, capazes de predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação^{4,17}. São por isso denominados fatores de risco e proteção. Portanto, não basta diagnosticar apenas a síndrome: a habilidade está em reconhecer as sutilezas da sintomatologia e como tais manifestações foram moldadas pela personalidade e influências ambientais do indivíduo.

A síndrome de dependência possui critérios diagnósticos objetivos e específicos

O conceito de síndrome de dependência e seus critérios diagnósticos (**quadro 1**), elaborados pela escola britânica de Griffith Edwards, serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos psiquiátricos da atualidade: o CID-10 (OMS)¹⁸ e o DSM-IV (APA)¹⁹ (**quadro 2; quadro 3**). O conceito atual de dependência é descritivo, o que lhe confere objetividade, facilitando o trabalho diagnóstico do profissional da saúde.

Gravidade da dependência

Todas as substâncias psicoativas podem levar ao uso nocivo ou à dependência^{4,10,17}. Os critérios diagnósticos são claros e objetivos. Mas não basta detectá-los. É preciso também investigar a gravidade dos mesmos, pois cada um desses possui fatores de risco e padrões de consumo distintos. Além disso, o uso problemático pode estar acompanhado por transtornos psiquiátricos, tais como depressão, ansiedade, sintomas psicóticos e transtornos de personalidade.

Por isso, quando sintomas de dependência são detectados é sempre aconselhável o encaminhamento para profissionais especializados. Atualmente, o tratamento instituído baseia-se em grande parte na avaliação da gravidade do quadro. Muitos dependentes, porém, recusam qualquer tipo de ajuda. Nessa hora, buscar sensibilizá-lo conversando e se interessando por outras áreas de sua vida (como as listadas na **figura 1**), pode ser uma boa oportunidade para 'quebrar o gelo', fluir com a resistência e sensibilizar o usuário para a necessidade da busca por tratamento.

Outro importante critério de gravidade é o suporte social. Muitos indivíduos não possuem uma família estruturada e participante do seu cotidiano, tampouco grupos de convívio capazes de oferecer-lhe ajuda. Outros, devido ao consumo, perderam emprego, estão mal na escola ou foram despejados. Desse modo, considerar o suporte social é importante tanto para o tratamento, quanto para a prevenção.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas.

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. The treatment of drinking problems - a guide for the helping professions. New York: Cambridge University Press; 2003.

Nenhum padrão de consumo está isento de riscos

Nenhum padrão de consumo de substâncias psicoativas está isento de riscos (**figura 1**)⁴. O consumo de álcool em baixas doses e cercado das precauções necessárias para a prevenção de

acidentes é considerado um **consumo de baixo risco**. O consumo quase sempre acompanhado de complicações (acidentes, brigas, perda de compromissos) é denominado **uso nocivo** ou **abuso**. Por fim, quando o consumo é freqüente, compulsivo, destinado à evitação de sintomas de abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais, fala-se em **dependência**.



Figura 1: Não é necessário ser dependente para apresentar problemas relacionados ao consumo.

O padrão de consumo é influenciado por fatores de proteção e risco

A partir dos pressupostos anteriores, nota-se que entre o bebedor social e o dependente há um número incontável de padrões de consumo. Cada indivíduo desenvolve um padrão particular ao longo da vida. Tal padrão é constantemente influenciado por uma série de fatores de proteção e risco, de natureza biológica, psicológica e social (**figura 2**)¹⁷. Um fator de risco pode comprometer vários campos da vida, ser potencializado por outros fatores desfavoráveis ou ser neutralizado por fatores de proteção. A ação e a interação entre estes determinam a idiosincrasia dos padrões de consumo de substâncias psicoativas. Nunca um fator isolado responderá pela presença de um padrão problemático de uso: é necessário que um conjunto de fatores propicie o seu aparecimento.

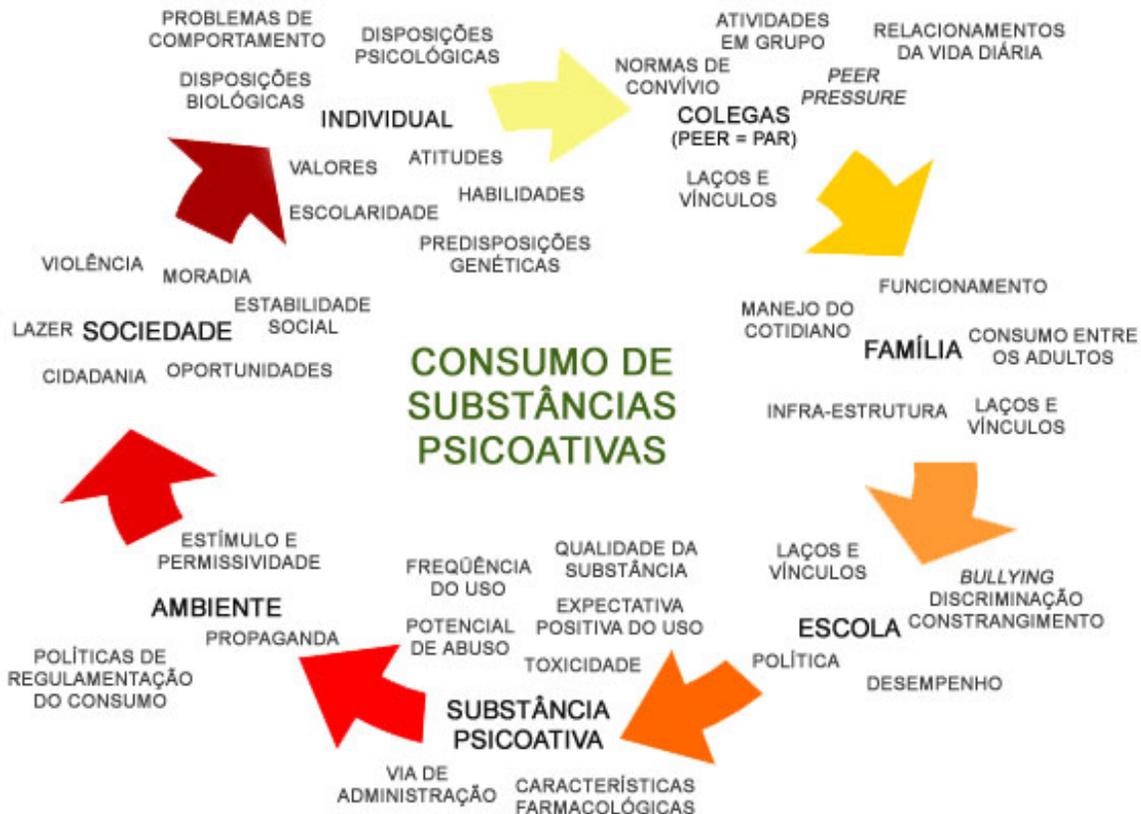


Figura 2: O padrão de consumo dos indivíduos é moldado por uma série de fatores de proteção e risco.

Dependência

A dependência de substâncias psicoativas (**quadro 2**) se caracteriza pela presença de um padrão de consumo compulsivo, geralmente voltado para o alívio ou evitação de sintomas de abstinência¹⁸⁻¹⁹. Ele se mostra mais importante do que parte ou a totalidade das atividades e compromissos sociais realizados pelo indivíduo, que passa a tratá-los com negligência ou abandono a fim de privilegiar o uso. Tal padrão, geralmente resulta em tolerância e síndrome de abstinência. Segundo a OMS¹⁸, o diagnóstico de dependência pode ser aplicado a qualquer classe de substância, exceto cafeína. No entanto, sintomas de abstinência desse estimulante têm sido descritos em usuários pesados.

Quadro 1: Critérios do CID-10 e DSM-IV para dependência de substâncias

CID-10	DSM-IV
<p>Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:</p>	<p>Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p>
<p>(a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</p> <p>(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;</p> <p>(c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;</p> <p>(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;</p> <p>(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas (deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).</p>	<p>(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou a efeito desejado</p> <p>(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância</p> <p>(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) síndrome de abstinência característica para a substância</p> <p>(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência</p> <p>(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidade ou por um período mais longo do que o pretendido</p> <p>(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância</p> <p>(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos</p> <p>(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância</p> <p>(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância</p>

Uso nocivo ou abuso de substância

A característica essencial do uso nocivo é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, que acarreta complicações clínicas e/ou psicossociais ao indivíduo de modo recorrente (**quadro 3**)¹⁸⁻¹⁹. Fazem parte desse grupo aqueles que na vigência ou logo após o consumo de substâncias psicoativas não conseguem cumprir suas obrigações e compromissos sociais, tornam-se mais vulneráveis a acidentes (automobilísticos ou com máquinas) e mais propensos a problemas legais e interpessoais. O diagnóstico diferencial entre uso nocivo e dependência se faz pela ausência de tolerância e síndrome de abstinência na primeira categoria, resumindo-se apenas às conseqüências prejudiciais do uso repetido. O mesmo diagnóstico não pode ser estabelecido naqueles que já preencheram critérios para dependência alguma vez na vida.

Quadro 2: Critérios do CID-10 e DSM-IV para uso nocivo (abuso) de substância

CID-10	DSM-IV
<p>O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.</p> <p>Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.</p> <p>A intoxicação aguda ou a "ressaca" não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo.</p> <p>O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.</p>	<p>A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes, relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p.e., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionadas ou uso de substância; ausências, suspensões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)(b) uso recorrente da substância nas quais isso representa perigo físico (p.e., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substâncias)(c) problemas legais (p.e., detenções por porte ou conduta desordeira relacionada à substância)(d) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p.e., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais) <p>B. Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência para esta classe de substância.</p>

Habitualmente, o uso nocivo é detectado, na maior parte das vezes, apenas nos indivíduos que iniciaram o consumo de alguma substância psicoativa recentemente. No entanto, alguns apresentam complicações relacionadas ao uso de substâncias por um longo período, sem nunca preencherem critérios para dependência¹⁹. A categoria abuso de substância não se aplica à nicotina e à cafeína.

Motivação para o tratamento

Além do diagnóstico diferencial entre uso nocivo e dependência, o entrevistador deve se preocupar em fazer o diagnóstico motivacional do paciente para o tratamento. Para isso, a **entrevista motivacional** é um recurso de grande importância: facilita a obtenção de informações, reforça o vínculo e o engajamento do paciente e já é por si só uma abordagem terapêutica. A entrevista motivacional parte de alguns pressupostos, comentados a seguir.

Existe um movimento natural para a mudança

A maioria dos dependentes de tabaco abandonam a dependência sem o auxílio de profissionais da saúde²⁰. Frente às primeiras consequências do uso nocivo do álcool, a maioria dos indivíduos adotam padrões sociais ou abandonam espontaneamente o consumo. *Portanto, se há a tendência natural para a mudança, cabe aos terapeutas potencializá-la.*

Intervenções breves funcionam

Estudos demonstram que o aconselhamento breve é capaz de diminuir (ainda que temporariamente) a intensidade do consumo e aumentar a busca por tratamento especializado²¹. Intervenções breves motivacionais podem ser realizadas por qualquer profissional da área da saúde²². Uma boa intervenção possui elementos fundamentais (**quadro 4**), que permitem ao profissional oferecer ajuda ao paciente, sem privá-lo de suas responsabilidades no sucesso do tratamento²⁰.

Quadro 4: Elementos fundamentais para as intervenções breves (FRAMES)

Feedback (devolução)	Devolver ao paciente o conteúdo do seu discurso, com o intuito de organizá-lo e buscar seu posicionamento frente ao que diz. Deve-se sempre evitar o confronto ou emitir opiniões pessoais sobre o problema do paciente.
Responsibility (responsabilidade)	Enfatizar a responsabilidade do paciente por sua mudança, mas também sua liberdade de escolha.
Advice (aconselhamento)	Recomendações claras ou conselhos sobre a necessidade de mudança, feitos de maneira suportiva, ao invés de autoritária.
Menu (opções)	Diversas estratégias devem ser oferecidas ao paciente, provendo-lhe opções dentre as quais escolherá a que lhe pareça a mais adequada.
Empathy (empatia)	A empatia, a reflexão, a cordialidade e o suporte, suscitam um melhor desfecho do que o confronto.
Self-efficacy (auto-eficácia)	O reforço positivo das capacidades de mudança presentes no paciente, aumentam suas expectativas de sucesso.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artmed; 1999.

A motivação para a mudança é flutuante

Antigamente acreditava-se que a negação fosse um traço da personalidade do dependente; a motivação deveria estar presente desde o início do tratamento; e o não-engamento era uma questão de caráter. Tais idéias caíram de desuso. A **motivação** é maleável, desencadeada, desenvolvida e mantida dentro do inter-relacionamento do paciente e seu terapeuta. A **resistência** é fomentada e/ou potencializada por abordagens inadequadas, geralmente marcadas pelo confronto ou posturas autoritárias por parte do terapeuta. Por fim, o **não-engamento** é sinal de **ambivalência**, que faz parte do processo natural de mudança²⁰.

Existem estágios de mudança

O modelo teórico desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1992)²³ é de grande importância, uma vez que a escolha da intervenção deve respeitar o estágio de motivação do paciente (**quadro 5**).

Quadro 5: Estágios motivacionais

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

O indivíduo não cogita a mudança. Essa fase é marcada pela *resistência* a qualquer orientação.

CONTEMPLAÇÃO

O indivíduo reconhece o problema (atual ou futuro) relacionado ao consumo, até cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância e o quanto gosta e precisa dela. Uma fase marcada pela *ambivalência*.

PREPARAÇÃO

O indivíduo reconhece o problema, sente-se incapaz de resolvê-lo sozinho e pede ajuda. Essa fase pode ser muito *passageira*, por isso é indispensável uma pronta abordagem e encaminhamento.

AÇÃO

O indivíduo interrompe o consumo e começa o tratamento. A *ambivalência*, porém, o acompanhará durante todo o trajeto, o que justifica que seja acompanhado periodicamente por um longo período.

MANUTENÇÃO

A manutenção da abstinência será sempre colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco que o acompanham. É um período dedicado à *prevenção da recaída*.

RECAÍDA

Fala-se em lapso, quando o retorno ao consumo dentro de uma situação de abstinência é pontual. O termo recaída, refere-se ao retorno ao consumo, após um período considerável de abstinência. Recair não é voltar à estaca zero. Ao contrário, trata-se de uma fase onde o profissional e o usuário têm a oportunidade de aprender com os erros, para evitar recaídas futuras.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Tratamento

A estratégia de tratamento deve ser construída de acordo e a partir das necessidades de cada paciente. Para isso, é preciso que os critérios diagnósticos e sua gravidade, o estágio motivacional e os fatores de risco, proteção e manutenção estejam bem claros para o profissional que conduzirá o caso. Não é possível propor alguma estratégia de tratamento ao paciente sem que este perfil

esteja muito bem estabelecido. Não se pode propor a um paciente que fique em casa e evite situações de risco, se o mesmo acha que não há problema algum em consumir cocaína. O tratamento indicado seria motivá-lo e procurar mantê-lo em tratamento, para que entenda melhor a sua condição. Deve ser encaminhado para outras especialidades caso haja problemas clínicos associados. Comorbidades devem ser tratadas. Tudo isso deve ocorrer em um ambiente de empatia, livre de confrontos e discussões desnecessárias, onde o cotidiano do paciente poderá ser entendido e organizado e seus progressos monitorados e elogiados realisticamente.

Princípios gerais

Quanto mais tempo o paciente permanecer em tratamento, melhores as chances de mudança⁴. A existência de tratamentos prévios não é necessariamente um sinal de mau prognóstico. Pelo contrário, boa parte dos pacientes traz consigo os benefícios dos tratamentos pregressos e utilizam-nos, melhorando seu prognóstico no tratamento vigente²⁰.

A estratégia de tratamento deve ser construída conjuntamente, conciliando o conhecimento técnico do médico com as necessidades do paciente. Ela deve possuir um sentido voltado para objetivos e metas específicos. A cada sessão, os progressos devem ser apontados e comentados de maneira otimista, sem perder o senso de realidade. No mesmo encontro, as metas para a sessão seguinte precisam ser conjuntamente estabelecidas. É importante que o paciente entenda e acredite que o mais importante no momento é o tratamento da sua dependência. Sem esse, seus objetivos futuros estão seriamente ameaçados. Nos primeiros dias de abstinência, porém, um turbilhão de planos e desejos lhe toma de assalto: quer fazer cursos, viagens, comprar coisas e assumir responsabilidades em casa. Parece que o problema da dependência é coisa do passado. É importante pontuar e elogiar essa iniciativa, mas também colocar-lhe que a dependência é uma doença crônica, cuja recuperação é marcada por armadilhas inusitadas, que o faz recair e abandonar tudo o que já conquistou. Aguardar mais algumas semanas ou escolher apenas uma atividade ajuda o paciente a se situar em seu problema e lhe traz alívio, uma vez que muitas vezes nem faz idéia do tamanho e da responsabilidade que tais escolhas lhe acarretariam.

Estratégias condicionadas ao estágio motivacional vigente

De acordo com o estágio de motivação em que se encontra o paciente e a gravidade de seus sintomas, a estratégia terá significados e objetivos diferentes²⁰. Pacientes nas fases iniciais de motivação (pré-contemplação e contemplação), onde a ambivalência é ainda pronunciada, estão propensos a comportamentos de negação e resistência, não cooperando e negligenciando as metas propostas. A utilização da **entrevista motivacional** é útil nesses estágios. Avaliar **os prós**

e os contras do consumo e da abstinência também são úteis para elucidar com o paciente seu grau de motivação e clarificar para esse o porquê da necessidade de mudança.

Pacientes prontos para a mudança (preparação, ação e manutenção) beneficiam-se mais de abordagens orientadas para a ação, focalizadas no conhecimento de sua doença e hábitos ligados ao consumo e recaídas, bem como no desenvolvimento de novas habilidades e estratégias de mudança. É sempre bom lembrar que a entrevista motivacional deve ser sempre retomada, mesmo em estágios avançados de manutenção da abstinência, quando sinais de ambivalência se manifestarem^{4,20}.

Mapeamento do cotidiano

O cotidiano do paciente deve ser mapeado durante as consultas. Isso inclui a identificação de fatores de risco e manutenção do consumo e as situações em que ocorrem com mais frequência e intensidade. Muitos pacientes sentem-se altamente influenciados por tais estímulos e recaem facilmente. Desse modo, a investigação dos mecanismos pessoais de manejo de cada paciente permite a instituição de estratégias adequadas à gravidade da dependência.

Farmacoterapia

O alívio dos sinais e sintomas de abstinência e fissura, o tratamento de comorbidades associadas, além da melhora na aderência ao tratamento são metas da farmacoterapia, importantes no processo geral de desintoxicação e manutenção da abstinência¹¹. Ausentes o desconforto físico e psíquico, aumenta a disponibilidade para o indivíduo focalizar os fatores de risco pessoais e ambientais, que o deixa vulnerável e predisposto a recaída.

Abordagens medicamentosas podem ser utilizadas, mas infelizmente não há um tratamento consensual. Vale a experiência do profissional no manejo e na combinação dos fármacos que mostram alguma utilidade para esses pacientes⁴. O alcance esperado pela farmacoterapia nessa fase é o alívio de sintomas ansiosos, da impulsividade, da irritabilidade, da insônia e da depressão. Há abordagens de substituição, como a utilização de metadona no tratamento da dependência por opiáceos, ou ainda medicamentos capazes de melhorar o desejo de consumir a substância, tais como o naltrexone (álcool) e a bupropiona e a nortriptilina (tabaco). Quando há presença de comorbidade, a segunda patologia deve ser tratada normalmente, como uma entidade nosológica independente¹⁷.

Família

A família é o suporte social mais importante que o paciente possui. Na maior parte das vezes, as estratégias traçadas pelo profissional e o paciente, como uma internação domiciliar ou a introdução de medicamentos específicos, só se tornam viáveis pela presença da família. No entanto, o convívio muitas vezes encontra-se seriamente desestruturado, fazendo com que ambos se tratem de maneira hostil. Em outras situações a família está visivelmente abalada, reagindo com desespero frente à possibilidade do paciente utilizar substâncias psicoativas. Desse modo, vigiam o paciente a ponto de irritá-lo e causar brigas ou entram em pânico, como se a recaída significasse o fracasso derradeiro do tratamento. Por outro lado, há aqueles que entendem que a chegada do paciente aos cuidados médicos e de outros profissionais significa o fim de suas obrigações.

O profissional da saúde, assim, tem um papel fundamental nesse momento, orientando os familiares acerca de suas responsabilidades e funções na melhora do paciente⁴. O início do tratamento também é um momento propício para ambas as partes se reaproximarem. Pequenos conflitos podem ser mediados pelo profissional envolvido, que com cuidado deve transmitir ao paciente e seus familiares que o sucesso do tratamento depende da ação conjunta de todos e que isso deve ficar acima de qualquer discórdia ou ressentimento.

Prevenção da recaída (PR)

Método desenvolvido com a finalidade de manter a mudança alcançada no curso do tratamento. Tem duas finalidades principais: desenvolver habilidades que dificultem o retorno ao consumo e manejar com habilidade as recaídas (se houver), visando a evitar o reinício do consumo. O modelo adotado pela PR entende a dependência química como hábito adquirido e aprendido²⁴. Como a substância é utilizada para lidar com situações, emoções e experiências de desprazer, a dependência também é vista pela PR como uma estratégia de enfrentamento aprendida disfuncional. A etiologia é multifatorial: genética, ambiental, familiar, por pressão de grupo, experiência precoce de uso, crenças individuais nos benefícios do consumo^{17,24}. A manutenção se dá pelos efeitos de curta duração da substância, capazes de aliviar os desconfortos do indivíduo, que assim se mantém no consumo. A associação da incapacidade em lidar com situações dolorosas (frustração) combinada à baixa auto-estima e auto-eficácia para a resolução de problemas perpetua o padrão de consumo. Além disso, o consumo de algumas substâncias, como o álcool e a nicotina, é estimulado socialmente e incorporado ao estilo de vida de muitos indivíduos, dificultando sua motivação para abandoná-lo.

Dependência é uma doença, mas o paciente tem responsabilidade no processo de cura

Para a PR, no entanto, *a etiologia não é importante, mas sim a manutenção dos comportamentos mal-adaptativos*²⁴. Nesse caso, cabe ao paciente assumir a responsabilidade pelo processo de mudança, comparecendo às consultas, identificando os fatores de risco e manutenção do consumo e desenvolvendo estratégias de modificação em conjunto com o profissional que o acompanha. *O indivíduo, assim, é o agente responsável por sua mudança.*

Situações de alto risco

O modelo da PR valoriza acima de tudo as **situações de alto risco**, por considerá-las como predisponentes à recaída. Elas são classificadas em situações de risco facilitadoras da recaída intrapessoais e interpessoais²⁴. As intrapessoais são os estados negativos do humor, tais como raiva, tédio, ansiedade, frustração e depressão. Parte dos indivíduos, afirmam que recaíram por estarem muito bem (estados positivos) ou ainda por estarem testando seu autocontrole. Já as interpessoais incluem os conflitos de relacionamento (problemas familiares, discussão com um amigo) e pressões sociais (convite de amigos para o consumo, permanência do convívio direto com pessoas que usam). *Entender e evitar as situações de risco são a razão de ser da prevenção da recaída.*

O modelo da recaída

Sempre que o indivíduo em tratamento se expõe a um fator de risco evoca uma *estratégia de enfrentamento*. Quando bem sucedida, não sente necessidade de recorrer ao consumo de substâncias e o indivíduo aumenta a *auto-eficácia*, ou seja, a capacidade de enfrentar com êxito as situações de risco. Por outro lado, o indivíduo pode ser incapaz ou não desejar enfrentar uma situação de risco.

A **recaída** é um acidente de percurso esperado. Menos de 5% dos que iniciam um programa de tratamento não recaem até o final desse. Mais de 70% dos pacientes recaem nos primeiros três meses de tratamento²⁰. O paciente não deve ter essa informação logo que inicia o programa, para não usá-la disfuncionalmente, como uma justificativa natural da ação de sua doença sobre o seu comportamento. Nesse caso, é importante lembrá-lo que o mesmo possui uma responsabilidade: entender e modificar seus comportamentos que o expõem a situações de risco. Caso não assuma

a sincera posição de mudança, cometerá, o tempo todo, *atitudes aparentemente irrelevantes*, que o conduzirão ao consumo. Um indivíduo que recai uma única vez deve ser encorajado a permanecer calmo e desestimulado a entrar em idéias de culpa e autopunição. Os objetivos iniciais devem ser rememorados, planos de recuperação da recaída, instituídos e as atitudes que levaram a recaída, estudados para que estratégias de prevenção possam ser criadas.

A internação como opção de tratamento

O aprimoramento do atendimento ambulatorial e suas técnicas de abordagem, e surgimento nos países desenvolvidos de opções intermediárias entre esse e a internação, tem deixado essa cada vez mais como a última opção dentro do tratamento da dependência química. Estudos têm demonstrado que o seguimento ambulatorial é capaz de produzir resultados semelhantes ou melhores do que a internação²⁵. Além disso, a criação de opções que interferem pouco na autonomia do paciente, tais como moradias assistidas, hospitais-dia, centros de convivência e equipes comunitárias de tratamento, permite um acompanhamento diário e próximo, permitindo que o paciente continue a trabalhar e estudar, estar em contato com seus parentes e amigos, ao mesmo tempo em que está sob supervisão profissional direta. Esse contato mais íntimo, permite a equipe conviver com o jeito de ser dos pacientes e detectar com mais sensibilidade momentos de maior dificuldade e de provável recaída. A abordagem ambulatorial é menos onerosa e por isso capaz de se proliferar com mais rapidez e eficácia nos diversos locais onde sua presença é necessária.

Ao contrário, a internação, por mais breve que seja, compromete o cotidiano de pacientes que ainda possuem laços sociais presentes (emprego, estudo, família,...). As prolongadas muitas vezes, além de não manter os indivíduos abstinentes após a alta, eliminam os ganhos que haviam obtido ambulatorialmente ou os laços que mantinham com a sociedade (por mais tênues que fossem). Tornam-se também motivo de estigmatização para o paciente, já que nesses casos, uma gama maior de pessoas fica ciente do problema do paciente, principalmente no ambiente de trabalho. Ambulatorialmente, tais problemas poderiam passar despercebidos.

Indicações de internação

A cultura de tratamento da dependência no Brasil vê a internação como a melhor opção tratamento. Muitos entendem que o paciente sairá de lá curado e nada mais precisará ser feito. Desse modo, a recomendação do tratamento ambulatorial é visto às vezes com desconfiança pelos familiares, pensando estarem sendo 'enrolados' pelo médico, que não tem ou se recusa a

lhes ceder uma vaga na rede pública. De qualquer forma, há algumas situações onde a internação é mais indicada (**quadro 6**)²⁶⁻²⁷.

Quadro 6: Indicações de internação para o tratamento da dependência química

Presença de comorbidades psiquiátricas graves

Quando o uso de substâncias gera quadros psiquiátricos graves ou desequilibra preexistentes, tais como crises psicóticas, de mania, depressões graves, tentativas de suicídio e episódios de agitação psicomotora e agressividade durante a intoxicação, a internação é a primeira indicação de tratamento. A comorbidade deve ser tratada como uma patologia independente e muitas a abordagem da dependência química só será possível após a resolução ou melhora da primeira.

Presença de complicações clínicas

Pacientes que chegam para uma primeira avaliação com sinais evidentes de abstinência do álcool ou opiáceos, com histórico de síndromes de abstinência pregressas complicadas, com convulsões e/ou *delirium*, devem ser internados até a resolução do quadro. O acometimento de órgãos vitais (overdose) durante a intoxicação aguda também é indicativo de internação. O hospital geral é o local mais adequado.

Investigação diagnóstica

Muitas vezes o paciente chega excessivamente medicado, com sinais e sintomas cuja origem pode ser atribuída ao consumo de substâncias, a uma patologia prévia (clínica e/ou psiquiátrica) ou ao uso de medicamentos psiquiátricos. Nesses casos, a internação breve do paciente pode ser indicada, a fim de repensar a estratégia medicamentosa e atingir uma abstinência em ambiente seguro.

Perda do suporte social e/ou familiar

O paciente que perde o apoio da família e acaba na rua, ou simplesmente vive só na cidade e não está conseguindo um suporte para se manter abstinente, tem na internação uma oportunidade de reforçar sua motivação e planejar seu retorno ao ambulatório com mais assertividade. Também pode ser um “álibi” para a reaproximação entre o paciente, sua família e grupos de convívio.

Fracasso do ambulatorial associado ou não a complicações sociais

Pacientes que não conseguem a abstinência ambulatorial podem ser estimulados a permanecerem internados por um curto período, a fim de melhorar sua motivação, examinar e planejar as estratégias de tratamento que seguirá após a alta.

Obstáculos comuns e sinais de alerta

Uma boa parte dos pacientes com transtorno relacionado ao consumo de álcool e drogas tem problemas sérios em suas vidas, tanto anteriores, quanto decorrentes do mesmo. Além disso,

quanto maior o tempo de uso, maior a tendência dos indivíduos possuírem déficits na sua formação pessoal, tais como baixa escolaridade e falta de habilidade para a resolução de conflitos sociais e afetivos. Desse modo, a abstinência torna-se apenas o início de um longo processo, onde a ocorrência de crises é extremamente comum.

O equilíbrio proporcionado pelo tratamento é bastante instável, principalmente nos períodos iniciais, onde as chances de recaída são quase uma regra. Ainda que haja um período prolongado de grandes progressos, um simples lapso pode recrudescer gravemente conflitos familiares ou profissionais, fazendo com que avanços importantes sejam colocados em xeque ou mesmo perdidos. Os pacientes nessa situação frequentemente não pedem ajuda ao profissional, só retornando quando boa parte do trabalho já está perdido²⁸. Além disso, detectam mal a presença de problemas estressantes em suas vidas, que cronicamente reconduzem-no mais um vez ao consumo. O terapeuta, assim, deve adotar uma postura ativa, antecipando tais situações ou resolvendo-as prontamente, a fim de evitar a reinstalação do consumo (**quadro 7**).

Quadro 7: Sinais de alerta quanto a iminência ou presença de recaídas**Sessões em atraso ou perdidas**

Atrasos habituais que tomam boa parte da consulta ou faltas sem justificativa podem significar um sinal de recaída ou um processo em curso. O terapeuta deve agir rapidamente nesses casos, entrando em contato com o mesmo por telefone no espaço da sessão, enviando-lhe cartas ou contando seus familiares. Tal atitude é capaz de aumentar a adesão à próxima consulta em até 50%, melhorando, assim, as chances de engajamento do paciente.

Mudanças no humor e no comportamento

Pacientes que evoluíam bem começam a apresentar mudanças repentinas, tais como irritabilidade, aumento do questionamento sobre a atuação do profissional, atitudes acusatórias, piora da articulação cognitiva, labilidade afetiva, além de sinais de intoxicação aguda. Nesse momento, o terapeuta não deve partir para a argumentação, muito menos para o confronto. Ao interpretar tais manifestações como parte do processo de recaída, o profissional abre ao paciente a possibilidade de tocar no assunto, para juntos pensarem na melhor forma de superar a crise iminente ou vigente.

Relatos de ‘quase-recaída’

Os pacientes têm dificuldade em relatar suas recaídas, mas estão mais propensos a discutir situações próximas. Desse modo, quando o paciente relata uma situação de alto risco durante uma sessão é bastante provável que a mesma volte a acontecer na semana seguinte. Mais do que isso, é provável que a recaída já

tenha ocorrido e volte a se repetir nos dias seguintes. Assim, quando esse assunto aparece deve se tornar o alvo maior da consulta. Muitos não relatam espontaneamente e por isso cabe sempre ao profissional perguntar se durante uma sessão e outras tais situações aconteceram.

Fonte: Newman CF, Wright FD: Abuso de Substâncias Químicas. In: Dattilio FM, Freeman A: Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1995.

Situações de crise

Além das situações sugestivas de retorno ao consumo, o profissional deve estar atento para situações de crise concretas, que ameaçam diretamente o curso e o sucesso do tratamento (**quadro 8**)²⁸. Para isso, deve agir imediatamente a ocorrência das mesmas. Qualquer adiamento pode significar o fracasso do esforço terapêutico empreendido até então.

Quadro 8: Situações de crise.

Overdose

A overdose, com ou sem intenção de suicídio, é a *causa mortis* mais encontrada entre usuários de opiáceos e com alguma frequência entre os usuários de cocaína. Geralmente, o profissional é notificado por terceiros após a ocorrência da mesma. Algumas vezes, porém, o próprio paciente entra em contato, assustado com a sensação de morte iminente ou para lhe comunicar seu planejamento suicida em curso. Desse modo, é importante que o médico tenha sempre consigo o telefone de seus pacientes, parentes mais próximos e responsáveis, a relação medicamentos prescritos por ele ao paciente, bem como o telefone do resgate.

Perda ou desaparecimento domiciliar

Pacientes usuários de álcool e drogas com alguma frequência vêm-se sem moradia, por motivo de despejo ou expulsão por parte da família. Nesse momento, cabe ao profissional ajudá-lo na busca de abrigo (albergues, internação) e na resolução do conflito de origem ou a perda da moradia (conflito familiar). Quando o paciente desaparece de casa, o profissional deve investigar com a família todas as possibilidades de locais onde o paciente possa ser encontrado. Sempre é mais seguro deixar essa empreitada nas mãos das autoridades competentes (resgate médico, polícia). Após o reaparecimento, o profissional deve agir prontamente, atendendo o paciente naquele momento ou nas próximas horas.

Perda do emprego

A perda do emprego requer ação imediata e prioritária por parte do terapeuta. Deve-se discutir junto com o paciente a possibilidade de adquirir novas fontes legais de renda (empréstimo familiar, seguro-desemprego, reverter a demissão para afastamento por motivo de saúde) e maneiras de procurar uma nova ocupação.

Ruptura ou perda de relacionamentos

A perda de relacionamentos, por morte ou separação, é sempre uma fonte potencial de estresse e recaída. O profissional deve agir buscando fontes de apoio adicionais ao paciente (por exemplo, um amigo ou parente próximo, que possa lhe fazer companhia por alguns dias). O risco da recaída e a responsabilidade do paciente na sua evitação devem ser sempre lembrados empaticamente pelo profissional.

Crises legais

A obtenção de dinheiro para o consumo de drogas ou as brigas durante a intoxicação fazem com que estes indivíduos passem frequentemente por crises legais. Na ausência de suporte social, o terapeuta deve pesquisar alternativas para resolver a situação ilegal (encaminha-lo para departamentos de auxílio jurídico, estimula-lo buscar o entendimento com a parte lesada,...). Sem tomar qualquer atitude moralista, o terapeuta pode ajudar o paciente a avaliar os prós e os contras dos comportamentos ilegais, assim como as vantagens e desvantagens dos métodos legais para se atingir o objetivo.

Fonte: Newman CF, Wright FD: Abuso de Substâncias Químicas. In: Dattilio FM, Freeman A: Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1995.

Prognóstico e alta médica

O prognóstico dos pacientes usuários de álcool e outras drogas depende múltiplos fatores, relacionados à substância, ao indivíduo e ao ambiente que o cerca. Todos esses contribuem para a gravidade da dependência e favorecem a manutenção do comportamento de busca e consumo^{4,17}. Desse modo, há casos que respondem bem a poucas sessões de terapia breve e outros que serão acompanhados durante muitos anos.

Geralmente, os estudos apontam que o sucesso das intervenções terapêuticas atinge cerca de um terço dos pacientes ao final de um ano. Vaillant (1999) acompanhou um grupo de usuários de álcool por mais de cinquenta anos e observou que padrões de abstinência estáveis eram alcançados apenas a partir do sexto ano²⁹. O *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* considera a dependência química uma doença crônica, que requer um longo período de tratamento, que pode passar por diversas fases e tipos de abordagem³⁰.

Desse modo, nunca é conveniente 'dar alta' ao paciente espontaneamente⁴. Tudo vai depender dos progressos e metas atingidas, bem como das novas necessidades do paciente. Pode ser que em determinada fase do tratamento seja mais importante para o paciente dedicar seu tempo em cursos de capacitação profissional do que comparecer três vezes por semana às consultas. Do contrário, é ilusório pensar que arrumar um emprego resolverá todos os problemas de alguém que

ainda consome grandes quantidades de álcool diariamente. A intensidade e a duração do tratamento estão diretamente relacionadas à capacidade do paciente assumir suas responsabilidades e consolidar sua autonomia.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy. New York: Oxford University Press; 2003.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global illicit drug trends. Vienna: UNODC; 2004.
3. Berridge V, Mars S. History of addictions. J Epidemiol Community Health. 2004; 58(9):747-50.
4. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. The treatment of drinking problems - a guide for the helping professions. New York: Cambridge University Press; 2003.
5. Department of Health (UK). Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management. London: DH; 1999.
6. Frost-Pineda K, VanSusteren T, Gold MS. Are physicians and medical students prepared to educate patients about alcohol consumption? J Addict Dis. 2004;23(2):1-13.
7. Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol and drug-related disorders. Acad Med 2001; 7: 410-8.
8. World Health Organization (WHO). Biobehavioural processes underlying dependence. In: WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve: WHO; 2004.
9. Abbott A. Addicted. Nature 2002; 419: 872-4.
10. World Health Organization (WHO). Psychopharmacology of dependence for different drug classes. In: WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve: WHO; 2004.
11. Araújo MR, Laranjeira R, Dunn J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. J Bras Psiquiatr 1998;47(10):497-511.
12. Littleton JM, Harper JC. Tolerância e dependência celular. In: Edwards G, Lader. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artmed; 1994.
13. World Health Organization (WHO). Genetic basis of substance dependence. In: WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve: WHO; 2004.
14. Messas GP, Vallada-Filho HP. O papel da genética na dependência do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(supl. 1): 54-8.
15. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? JAMA 1996; 276(19): 1580-7.
16. Edwards G. Alcohol – the ambiguous molecule. London: Penguin Books; 2000.

17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) & Associação Médica Brasileira (AMB). Usuário de substâncias psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP; 2002.
18. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
19. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 1994.
20. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artmed; 1999.
21. Barnes HN, Samet JH. Brief interventions with substance abusing patients. Med Clin N America 1999; 81(4): 867-79.
22. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. Addiction 2001; 96: 1725-42.
23. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 1992; 28:183-218.
24. Marllat GA, Gordon JR. Prevenção da recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 1993.
25. Carroll KM, Power MD, Bryant K, Rounsaville BJ. One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. J Nerv Ment Dis 1993, 181 (2): 71-9.
26. National Treatment Agency for Substance Misuse (NHS). Models of care for treatment of adult drug misusers. London: Department of Health; 2002.
27. Department of Health (UK). Dual diagnosis good practice guide. London: DH; 2002.
28. Newman CF, Wright FD: Abuso de Substâncias Químicas. In: Dattilio FM, Freeman A: Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1995.
29. Vaillant GE. História natural do alcoolismo. Porto Alegre: Artmed; 1999.
30. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment. Rockville: National Institute of Health; 2001.