

Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 13 de Fevereiro de 2008

Autoria: Marques ACPR, Ribeiro M

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Araújo MR, Baltieri DA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastrí S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições mais encontradas na população referentes ao abuso e dependência de substâncias químicas foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista, nas recomendações de entidades internacionais, com reconhecido saber na área, e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação do grupo assessor. A diretriz foi finalizada após a discussão em grupo, com acréscimo e subtração de conteúdo e referências científicas da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar aos serviços especializados o usuário de substâncias químicas com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência.

PROCEDIMENTOS:

- Diagnóstico de uso nocivo e dependência;
- Diagnóstico do nível de gravidade;
- Abordagem dos estágios de prontidão para mudança;
- Avaliação clínica inicial;
- Avaliação do risco para uso de álcool e drogas;
- Intervenção psicossocial.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas está presente em todos os países do mundo. Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentou álcool alguma vez na vida^{1,2}(D) e cerca de um quarto é fumante³(D). O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial⁴(D). A maconha é a mais consumida (144 milhões de pessoas), seguida pelas anfetaminas (29 milhões), cocaína (14 milhões) e os opiáceos (13,5 milhões, sendo 9 milhões usuários de heroína)⁴(D).

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. O tabaco foi o maior fator responsável pelas mortes nos Estados Unidos, em 1990, contribuindo substancialmente para as mortes relacionadas à neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, baixo peso ao nascimento e queimaduras⁵(B). O aumento do consumo de álcool está diretamente relacionado à ocorrência de cirrose hepática, transtornos mentais, síndrome alcoólica fetal, neoplasias e doenças cardiovasculares⁶(D). Cerca de 3% dos indivíduos que procuram atendimento de emergência com queixa de *angina pectoris*, no Canadá, relataram consumo prévio de cocaína⁷(B).

Os médicos têm facilidade para identificar e abordar tais complicações⁸(D), no entanto, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas são pouco diagnosticadas⁹(D). Tais categorias nosológicas são pouco abordadas durante a formação médica. O resultado é um conhecimento deficiente sobre um assunto que repercute cotidianamente em todas as especialidades médicas¹⁰(D).

Entretanto, as inovações diagnósticas introduzidas nas últimas décadas, as investigações acerca da história natural da doença, bem como as novas técnicas terapêuticas (especialmente as intervenções breves) tornaram a dependência de substâncias psicoativas um assunto menos complexo e passível de ser conduzido por um espectro maior de profissionais. Desse modo, todos os profissionais da saúde tornaram-se fundamentais para o tratamento dos indivíduos portadores de tal condição.

O objetivo dessa publicação: atualizar os profissionais da área médica acerca das inovações conceituais da dependência química e as novas abordagens baseadas em evidências para estes indivíduos. Há justificativas claras para a existência deste manual: boa parte dos dependentes químicos entram em contato com o sistema de saúde devido a complicações decorrentes do seu consumo. Desse modo, o médico generalista é o seu primeiro contato com a rede de atendimento. Torna-se, desse modo, fundamental para o estabelecimento do diagnóstico precoce e para a motivação destes indivíduos a buscar ajuda especializada. Eis a importância do médico de todas as especialidades para a qualidade de vida destes indivíduos^{11(D)}.

CONCEITOS BÁSICOS

Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo^{12(D)}. Tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir o efeito desejado^{12(D)}. As substâncias com potencial de abuso discutidas neste conjunto de diretrizes são agrupadas em oito classes: álcool, nicotina, cocaína, anfetaminas e êxtase, inalantes, opióides, ansiolíticos benzodiazepínicos e maconha

O conceito atual de dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas. Isso lhe conferiu objetividade^{13(D)}. O novo conceito, além de trazer critérios diagnósticos claros, apontou para a existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a idéia dicotômica anterior (dependente e não-dependente)^{13(D)}. Desse modo, a dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação

de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas em cada indivíduo. Veja algumas das principais idéias:

HA DIFERENTES PADRÕES DE CONSUMO E RISCOS RELACIONADOS

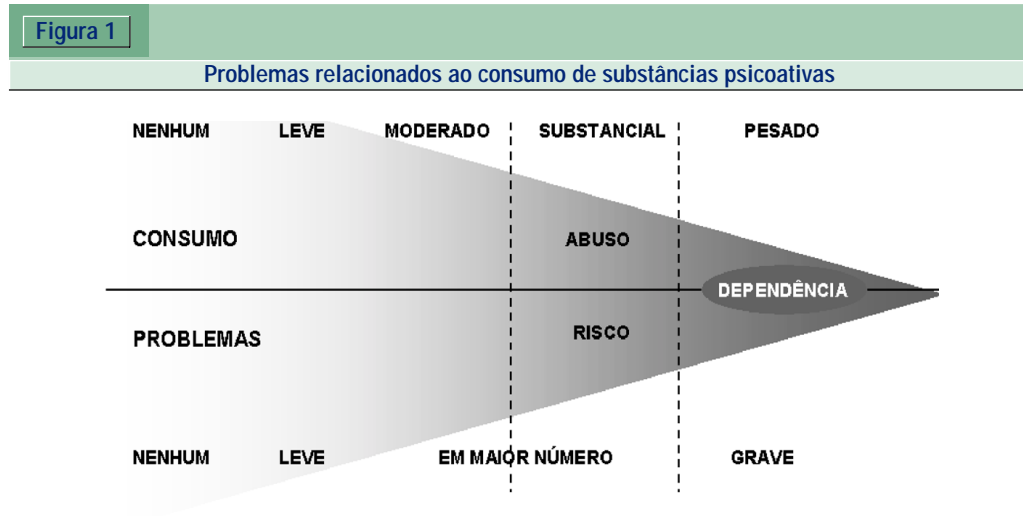
O novo conceito dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeitou a idéia da existência apenas do dependente e do não-dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua^{13(D)}. (Figura 1).

Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo^{14(D)} (Figura 2). Desse modo, o consumo de álcool em baixas doses, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados, faz deste um *consumo de baixo risco*. Há indivíduos que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isso pode levar a problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (heteroagressividade). Diz-se que tais indivíduos fazem um *uso nocivo* do álcool. Por fim, quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, fala-se em *dependência*.

HA CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA

Critérios diagnósticos de uso nocivo ou abuso

A OMS^{15(D)} define *uso nocivo* como “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, podendo ser esse de



natureza física ou mental (Quadro 1). A presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo, como demência alcoólica, exclui esse diagnóstico.

Critérios diagnósticos da dependência

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica. A avaliação inicial começa pela identificação dos sinais e sintomas que caracterizam tal situação (Quadro 2)^{13(D)}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizou esses critérios para elaborar suas diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas^{15(D)}, apresentadas no (Quadro 3).

Todo critério diagnóstico possui níveis de gravidade

Os critérios diagnósticos de dependência possuem níveis de gravidade distintos para cada caso. Após identificar a presença destes critérios no padrão de consumo de um indivíduo, o segundo passo é determinar sua gravidade. Esta análise é fundamental para individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico^{13(D)}. Alguns critérios de gravidade devem ser investigados:

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

As complicações clínicas proporcionam um critério objetivo da gravidade da dependência. Abordá-las de modo preciso e precoce é importante por vários motivos. Muitas delas, quando detectadas no início, são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose

hepática no dependente de álcool^{13(D)}. Alguns pacientes recusam-se a admitir a relação entre seu consumo de drogas e as complicações relacionadas, mas aceitam permanecer em tratamento devido a existência desses problemas clínicos. A presença de complicações pode estimular o paciente a buscar a abstinência^{16(D)}. As complicações clínicas relacionadas ao consumo de substâncias serão apresentadas nos capítulos específicos de cada substância.

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Comorbidade é a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais ou com outras condições clínicas gerais^{17(D)}. A presença de comorbidades entre os usuários de álcool e outras drogas tem sido demonstrada pela literatura médica^{18(C)}. Investigar a presença de comorbidades entre os usuários de álcool e drogas é importante sob vários aspectos, entre eles a busca de tratamento: indivíduos com comorbidades têm uma tendência maior a procurar por tratamento médico^{19(D)}. Por fim, a melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido^{20(D)}.

SUORTE SOCIAL

O suporte social é fundamental para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas^{21(B)}. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada. O serviço social é o mais indicado para auxiliar o médico nessa tarefa^{22(D)}.

Quadro 1

Critérios do CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância

O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

Padrões nocivos de uso são frequentemente 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 ser aprovado por outra pessoa, pela cultura ter levado à conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

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.

Quadro 2

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.

Quadro 3

CrITÉRIOS DO CID-10 PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

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:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- (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;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- (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;
- (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.

Todo o dependente passa por estágios de motivação

A dependência não é uma condição imutável, marcada por problema de personalidade, do qual o indivíduo estará para sempre refém²³(D). Desse modo, todo o dependente pode ser motivado para a mudança. Motivação é um estado de prontidão para a mudança, flutuante ao longo do tempo e passível de ser influenciado por outrem²⁴(D).

Durante o período da vigência do consumo, o dependente de substâncias psicoativas pode passar por estágios motivacionais²⁴(D). Para cada estágio há uma abordagem especial. Desse modo, determinar as expectativas em relação ao tratamento e o estágio motivacional fazem parte da avaliação inicial e são importantes para o planejamento terapêutico do paciente. Os estágios motivacionais são apresentados a seguir (Tabela 1).

AValiação INICIAL

Uma boa avaliação é essencial para a continuidade do tratamento. Não apenas pode ser decisiva para o engajamento do paciente, como pode desencadear o processo de mudança muito antes da sua conclusão. Qualquer avaliação inicial tem como objetivo coletar dados do indivíduo para o planejamento do seu cuidado (Quadro 4). Além das queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo, a avaliação inicial investiga também sua condição social e econômica. Dessa forma, fornece informações para a melhor adequação dos programas. O preenchimento de um *protocolo de identificação geral do usuário no serviço* é sempre bem-vindo. Ele objetiva e auxilia o raciocínio clínico e corrobora a avaliação médica¹⁴(D).

A entrevista inicial deve ser diretiva, mas sem deixar de ser acolhedora, empática, clara,

Tabela 1

Estágios de Prontidão para Mudança			
	Estágio do paciente	Postura do profissional	Frequência e seguimento
Pré-contemplação	Sem idéia sobre o problema e sem planos	Flexibilizar sobre a evidência de dependência	Visitas periódicas para avaliação
Contemplação	Percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança.	Triagem e avaliação + , Deve ser sensibilizado objetivamente.	Agendar outras visitas, no máximo a cada três meses e sugerir uma entrevista familiar
Determinação	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças.	Ofereça soluções e retire barreiras. Negocie um plano de abordagem.	Consultas frequentes a cada duas semanas no máximo e seguimento.
Ação	Pronto para começar a mudança.	Prover o suporte; definir a assistência; convidar a família; considerar a farmacoterapia e outros recursos.	Semanal por meses.
Manutenção	Incorporação da mudança na rotina de vida.	Reforçar o sucesso; encaminhar para grupos de auto-ajuda; reavaliar a farmacoterapia; aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco; avaliação bioquímica.	Inicialmente mensal e antecipar se necessário.
Recaída	Volta para a contemplação ou pré-contemplação	Otimismo, reforço para retomar e continuar o tratamento, solicitar a participação da família.	Inicialmente mais freqüente e voltar para a fase anterior.

Quadro 4

Objetivos da avaliação inicial ²⁵ (D)
• Tratamento de qualquer emergência ou problema agudo.
• Elaboração de um diagnóstico precoce acerca do consumo de drogas.
• Identificação de complicações clínicas, sociais ou psíquicas.
• Investigação de comorbidades psiquiátricas.
• Motivação do indivíduo para a mudança.
• Estabelecimento de um vínculo empático com o paciente.
• Determinar o nível de atenção especializada de que o paciente necessitará.

simples, breve e flexível. O foco deve estar centrado no indivíduo e no uso de substâncias. Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e melhoram o planejamento do tratamento²⁴(D). *Deve-se evitar confrontos e só estimular mudanças compatíveis* com o estado motivacional do paciente, utilizando o bom senso.

A avaliação inicial começa por uma anamnese clínica geral. Em seguida, uma anamnese mais específica, mesmo que breve, deve investigar o consumo de álcool e drogas (Quadro 5).

Alguns sinais e sintomas, se investigados, podem indicar a presença de complicações do consumo (Quadro 6). Auxiliam, assim, na determinação da gravidade do consumo²⁶(D).

Após a anamnese geral e específica, processa-se o exame físico. Deve-se observar alguns sinais mais comuns do uso de álcool e drogas²⁶(D) (Quadro 7).

Uma investigação ampla do indivíduo que busca atendimento em serviço de saúde pode ser exemplificada pelo formulário (Quadro 8), que investiga o uso de algumas substâncias de forma contextualizada²⁷(D).

Não há análises bioquímicas específicas, patognomônicas para o uso de álcool e drogas. No entanto, a dosagem das enzimas hepáticas pode contribuir com o diagnóstico dos transtornos relacionados ao consumo de álcool ou de estimulantes.

Quadro 5

Questões essenciais para a investigação do consumo de álcool e drogas ²²(D)

- O último episódio de consumo (tempo de abstinência)
- A quantidade de substância consumida
- A via de administração escolhida
- O ambiente do consumo (festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho...)
- A frequência do consumo nos últimos meses.

Quadro 6

Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas

- Faltas frequentes no trabalho e na escola
- História de trauma e acidente frequentes
- Depressão
- Ansiedade
- Hipertensão arterial
- Sintomas gastrointestinais
- Disfunção sexual
- Distúrbio do sono

Quadro 7

Sinais físicos sugestivos do uso de álcool e drogas
• Tremor leve
• Odor de álcool
• Aumento do fígado
• Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína)
• Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha)
• Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
• Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
• "Síndrome da higiene bucal" (mascarando o odor de álcool)
• Odor de maconha nas roupas

Quadro 8

Formulário de avaliação do risco para uso de álcool e drogas	
Data: _____	Tabaco Você fuma? (Sim, Não) Quantos cigarros por dia ? _____
Nome : _____	Dieta Você cuida de sua dieta para: Colesterol? (Sim, Não) Sal? (Sim, Não) Calorias totais /dia ou gorduras? (Sim, Não)
Idade: _____	
Por que você está aqui hoje? O que está errado com você ?	Uso de Álcool Você tem observado algum problema com seu consumo de bebida alcoólica? (Sim, Não) Alguém de sua família tem problemas com a bebida ? (Sim, Não) Você já sentiu que deveria diminuir a bebida? (Sim, Não) As pessoas que convivem com você se incomodam com sua bebida? (Sim, Não) Você já se sentiu mal por ter bebido? (Sim, Não) Você tem bebido logo pela manhã para poder iniciar seu dia ou para melhorar da ressaca? (Sim, Não)
Outros problemas: Desde seus 18 anos (Sim, Não) Teve fratura ? Teve um acidente no trânsito? Teve traumatismo na cabeça? Teve problemas decorrentes de brigas ? Teve problemas após beber álcool?	
Exercícios físicos Você se exercita regularmente? (Sim, Não)	
Estresse Você se sente estressado? (Constantemente, freqüentemente, eventualmente ou infreqüentemente)	Quantas doses você consome em um dia típico de beber? _____ (1 dose = 1 lata de cerveja = 1 copo de vinho = 1 medidor de destilado) Quantos dias por semana você bebe ? _____
Com quem vive? (Só, com o cônjuge, outros parentes, amigos)	

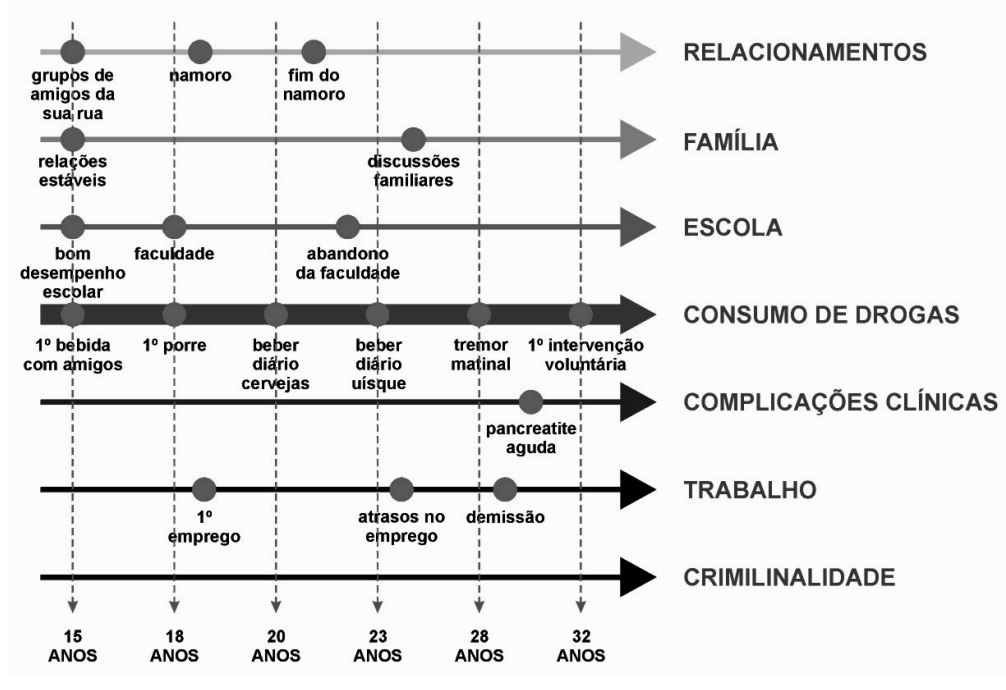
Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Em resumo, o diagnóstico de dependência consiste na obtenção de três perfis básicos: 1) o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; 2) a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida; e 3) a motivação para a mudança. A partir da Figura 3 é possível exemplificar um pouco essa investigação. O padrão de consumo de álcool do indivíduo é a questão central. A partir desta, pode-se notar, progressivamente, uma redução do controle sobre o consumo, invadindo várias áreas de sua vida, como perda do controle; um aumento progressivo do consumo, ou tolerância; o surgimento de sintomas

de abstinência e um padrão diário de consumo, com a finalidade de evitá-los, alívio ou evitação. Avaliando outras áreas de sua vida, nota-se uma piora progressiva na qualidade e na quantidade de relacionamentos, estreitamento, e o beber invadindo cada vez mais áreas que o paciente valorizava anteriormente, como desempenho escolar, amigos, namoro, emprego. A internação voluntária parece indicar que o paciente tem alguma motivação para o tratamento. A importância de se obter esses três critérios está relacionada ao planejamento da abordagem terapêutica. Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes médicas compatíveis com o grau de problema²⁶(D).

Figura 3



Assim, a avaliação inicial deve incluir^{14(D)}^{28(D)} (Figura 4) (Quadro 9):

- Uma triagem breve e efetiva;
- Uma descrição detalhada do problema;
- A avaliação da motivação;
- O diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidades;
- O plano de tratamento;
- Avaliação de processo e resultados

ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS

ACONSELHAMENTO

O aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo de qualquer substância deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese^{29(B)}^{30(A)}. Um aconselhamento

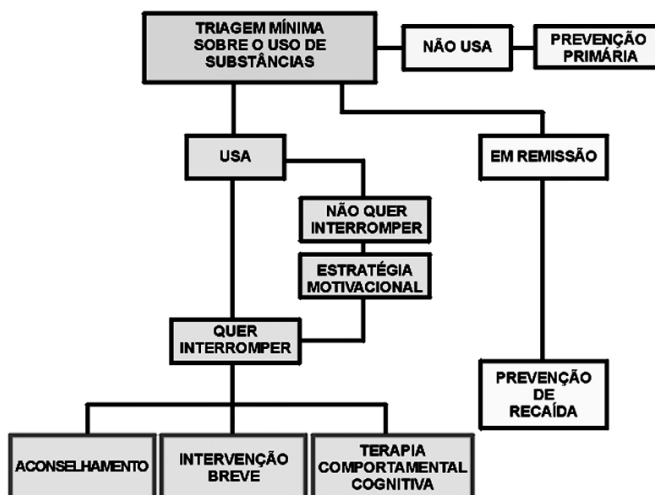
rápido feito por um generalista é capaz de induzir uma porcentagem de pacientes a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas^{31(B)} (Quadro 10). Sua técnica é simples e de fácil aplicação (Quadro 11).

INTERVENÇÃO BREVE

A intervenção breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, mas não mais complexa. Possui um formato também claro e simples e pode ser utilizada por qualquer profissional^{32(D)}. Qualquer intervenção, mesmo que breve, é melhor que nenhuma^{33(A)}. Ela está indicada inclusive para pacientes gravemente comprometidos^{34(D)}. Quando tais intervenções são estruturadas em uma a quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos para a dependência de álcool^{27(D)}.

Figura 4

Algoritmo para a avaliação inicial



Quadro 9

Resumo das Etapas de Triagem, Diagnóstico e Intervenção Psicossocial

Etapa 1

Perguntar sobre o uso de substâncias:

- a. consumo;
- b. aplicar escalas ou questionários para triagem.

Etapa 2

Avaliar os problemas relacionados com o uso:

- a. problemas clínicos;
- b. problemas comportamentais;
- c. dependência.

Etapa 3

Aconselhe uma estratégia adequada:

- a. Se existe suspeita de dependência:
 - 1) Aconselhe a abstinência;
 - 2) Encaminhe para o especialista.
- b. Se o uso é nocivo ou de risco:
 - 1) Aconselhe a cessar o uso;
 - 2) Proponha a moderação.

Etapa 4

Monitorização dos progressos do paciente.

Quadro 10

Etapas do Aconselhamento

Aconselhamento

Mínimo: 3 minutos

Breve: 3 a 10 minutos

Intensivo: maior que 10 minutos

Fases de:

1. Avaliação (identificação)
2. Aconselhamento (estratégia motivacional mínima)
3. Assistência
4. Acompanhamento

Quadro 11

Aconselhamento

Aconselhar não é dizer o que deve ser feito.
A mudança é do indivíduo.
Aconselhar consiste em:

Chamar à reflexão	“Qual a sua opinião sobre o seu consumo atual de drogas?”
Dar responsabilidade	“O que você pretende fazer com relação ao seu consumo?”
Opinar com honestidade	“Na minha opinião seu uso de álcool está absolutamente fora de controle.”
Dar opções de escolha	“Vamos discutir as alternativas que você tem para não chegar embriagado em seu emprego.”
Demonstrar interesse	“Conte mais sobre sua semana, como foram suas tentativas para se manter abstinente.”
Facilitar o acesso	“Vamos tentar encontrar um horário que se adapte bem a nós dois.”
Evitar o confronto	“Ao invés de encontrarmos culpados, podemos juntos buscar soluções para o seu problema.”

Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma intervenções breves²⁴(D). Motivar o paciente melhora suas chances de procurar e aderir ao tratamento especializado²⁴(D).

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

As intervenções breves utilizam técnicas comportamentais para alcançar a abstinência ou a moderação do consumo. Começa pelo estabelecimento de uma meta. Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de beber problemático³³(A).

Em função da heterogeneidade e gravidade dos pacientes e seus problemas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões³⁵(D). O espectro de problemas também determina que se aplique intervenções mais especializadas para pacientes com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de auto-ajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos³⁶(D).

RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES

Todo médico deve investigar o uso de álcool e drogas em seus pacientes, com atenção especial aos adolescentes.

Os pacientes que apresentam uso problemático de álcool e drogas devem receber orientação básica sobre os conceitos de abuso, dependência, abstinência, *fissura* e tratamento.

Intervenções comportamentais breves, com uso de técnicas motivacionais, podem ser eficazes. Técnicas de confronto devem ser evitadas.

A combinação de psicoterapia e farmacoterapia é mais efetiva. De acordo com a gravidade da síndrome de abstinência, a farmacoterapia deve ser administrada.

A família do paciente deve receber orientações e participar do tratamento.

Caso o médico generalista não se sinta apto a intervir, ele deve motivar o paciente a procurar ajuda especializada, realizando o encaminhamento. A seguir, deve estabelecer um sistema de referência e contra-referência para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Drinking in the United States: main finds from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). Bethesda: NIH, 1998. Available from: URL: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/Nlaesdrm.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol. Geneva: WHO, 1999. Available from: URL: http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm
3. World Health Organization (WHO) – Tobacco Free Initiative. Tobacco control country profiles [online]. Geneva: WHO, 2000. Available from: URL: <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?sid=57#European>
4. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). World drug report 2000. New York: Oxford Press, 2000. Available from: URL: http://www.unodc.org/adhoc/world_drug_report_2000/report.html
5. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270:2207-12.
6. World Health Organization (WHO). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO, 2000. Available from: URL: http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/guidemontr_alcoholconsum.pdf
7. Feldman JA, Fish SS, Beshansky JR, Griffith JL, Woolard RH, Selker HP. Acute cardiac ischemia in patients with cocaine-associated complaints: results of a multicenter trial. Ann Emerg Med 2000; 36:469-76.
8. Lubin B, Brady K, Woodward L, Thomas EA. Graduate professional training in alcoholism and substance abuse: 1984. Prof Psychol Res Pr. 1986; 17:151-154.
9. Donovan DM. Assessment Strategies and Measures in Addictive Behaviors. In Case Identification, assesment and tretment planing; 1998.
10. Sobell LC, Sobell MB & Nirrenberg TD (1988). Behavioral assesssment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with na emphasis on clinical application. Clinical Psychology Review, 8, 19-54.
11. Clark WD. Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. Am J Med 1981; 71:275-86.
12. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: ARTMED; 1994.
13. Edwards G. A síndrome de dependência do álcool. In: Edwards G. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: Artmed, 1999.
14. Institute of Medicine IOM. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.
16. Stall R, Biernacki P. Spontaneous remission from the problematic use of substances: na inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco, and food/obesity literatures. *Int J Addict* 1986; 21:1-23.
17. Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p.13.
18. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1023-31.
19. Grant BF. The influence of comorbid major depression and substance abuse disorders on alcohol and drug treatment: results of a national survey. In: NIDA Research Monograph Series. Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders [online]. 1997; Number 172, p. 4-15. Available from: URL: <http://165.112.78.61/pdf/monographs/monograph172/download172.html>
20. Weiss RD, Najavits LM. Overview of treatment modalities for dual diagnosis patients – pharmacotherapy, psychotherapy, and 12-step program. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ. Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid – medical and psychiatric disorders. New York: Marcel Dekker; 1998.
21. Rush BR. The use of family medical practices by patients with drinking problems. *CMAJ* 1989; 140:35-8.
22. Department of Health, Scottish Office, Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services of Northern Ireland. Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management [online]. Norwich: Department of Health; 1999. Available from: URL: <http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/dmfull.pdf>
23. Vaillant GE. A história natural do alcoolismo revisitada. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.69-70.
24. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991. p.30-5.
25. Department of Health, Scottish Office, Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services of Northern Ireland. Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management [online]. Norwich: Department of Health; 1999. Available from: URL: <http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/dmfull.pdf>
26. Schulz JE, Parran TJ. Principles of Identification and Intervention. American Society of Addiction Medicine; 1998. p. 249-61.

27. Grahan AW, Fleming MS. Brief interventions. In: Graham A, Schultz T (editors). Principles of addiction medicine. American Society of Addiction Medicine (ASAM); 1998. Section 8, chapter 3, p. 615-30.
28. Allen JP, Columbus M, Fertig JB. Assessment in alcoholism treatment: an overview. In: Allen JP, Columbus M, editors. Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. Treatment handbook Series, Number 4. Bethesda: MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995. p.1-9
29. Chick J, Lloyd C, Crombie, E. Counseling problem drinkers in medical wards: A controlled study. Br Med J (Clin Res Ed) 1985; 290:965-7.
30. Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. Brit J Addict 1992; 87:1498-1508.
31. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. Br Med J 1979; 2:231-5.
32. Bien TH, Miller WR & Tongan IS. Brief intervention for alcohol problems: a review. Addiction 1993; 88:315-36.
33. Babor T, Grant M (1992) Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
34. Sanchez-Craig, M, Wilkinson AD. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: practical and methodological issues. In: Loberg T, Miller WR, Nathan PE, Marlatt A, editors. Addictive behaviour prevention and early intervention. Amsterdam: Suvets e Zellinger; 1989. p. 233-52.
35. Sanchez-Craig M. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. Br J Addiction 1990; 85:169-77.
36. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of therapy individual and group self control training in the treatment of problem drinkers. Addictive Behav 1980, 5:13-24.