

CONSUMO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Wai-him Cheung, Anna Kit-sum & Se-fong Hum

Edição em Português:

Editores: Rui Guimarães, Luísa Morais e Felipe Matos M. Campos

Tradutores: Mara Pinto, Rui Sampaio e Susana Santos



Wai-him Cheung MBBS, MRCPsych (UK), FHKAM (Psychiatry), FHKCpsych
Associate Consultant, Kwai Chung Hospital, Hong Kong
Conflito de interesse: nenhum

Anna Kit-sum Lam MBBS, MRCPsych (UK), FHKAM (Psychiatry), FHKCpsych
Honorary Clinical Assistant Professor, Department of Psychiatry, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Hong Kong
Conflito de interesse: nenhum

Se-fong Hung MBBS, FRCPsych (UK), FHKAM (Psychiatry), FHKCpsych
Consultant of Child and Adolescent Psychiatrist & Honorary Clinical Professor, Department of Psychiatry, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong
Conflito de interesse: nenhum

Esta publicação destina-se a profissionais em treinamento ou prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam necessariamente os pontos de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas na evidência científica disponível no momento da escrita, avaliada pelos autores, e podem ser alterados com o resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento para os pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país de prática. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações sobre o medicamento específico, uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados ou ligados com o objetivo de ilustrar os problemas ou como uma fonte de informação adicional. Isso não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP endossem seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. Websites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2012. Esta é uma publicação de acesso aberto sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio é permitida sem autorização prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpond.net.au

Citação sugerida: Chung W, Kit-sum Lam A, Hung S. Other substance use. In Rey JM & Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que o consumo de substâncias é comum entre adolescentes e que a idade do primeiro consumo está a diminuir; uma proporção significativa deles posteriormente desenvolve um padrão estereotípico de consumo de substâncias. É bem conhecido que algumas substâncias psicoativas têm efeitos particularmente deletérios na saúde mental e funções cognitivas, o que aumenta a sobrecarga dos serviços de saúde mental de crianças e adolescentes. Este capítulo foca principalmente no consumo de substâncias para além de álcool e canábis: anfetaminas, benzodiazepinas, cocaína, codeína, opiáceos, “club drugs” ou “recreativas” (GHB, MDMA, Ketamina e mefedrona), alucinógenos, e inalantes. Os termos “substância” e “droga” são usados de forma intercambiável.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do consumo de substâncias em adolescentes varia amplamente em diferentes estudos epidemiológicos. O estudo *Monitoring the Future (MTF)*, em curso desde 1975, é uma pesquisa anual em grande escala de amostras nacionalmente representativas de alunos do ensino médio nos EUA. Em 2010, 16,8% dos participantes reportaram consumo em algum momento de uma substância ilícita que não marijuana, 11,8% uso/ consumo no ano anterior e 5,7% nos últimos 30 dias (Johnston et al, 2011). O consumo de inalantes (cola, removedor de verniz, gasolina, solventes, butano e propelentes) é mais comum entre os adolescentes mais jovens. Entre os entrevistados de 2010, 7,8% dos alunos do 8º ano relataram ter consumido inalantes até ao final do 6º ano, mas o consumo tende a diminuir com a idade. Outra descoberta importante foi que a proporção de alunos do 12º ano em 2010 que relataram o uso de fármacos (psicotrópicos) sujeitos a receita médica (por exemplo, anfetaminas, sedativos, tranquilizantes e narcóticos que não a heroína) sem supervisão médica foi de 15%, ligeiramente acima dos 14,4% em 2009.

Uma tendência semelhante de redução do uso de inalantes com o aumento da idade também foi relatada entre estudantes australianos; enquanto 11% das crianças de 12 anos tinham consumido inalantes no último mês, apenas 4% dos jovens de 17 anos o tinham feito recentemente (White & Smith, 2009). A pesquisa também descobriu que cerca de 5% dos alunos com idade igual ou superior a 13 anos tinham consumido ansiolíticos no último mês e cerca de 2% dos alunos com 15 anos ou mais tinham apresentado consumo de anfetaminas no último mês. Outra pesquisa anual (Fuller, 2011) para monitorizar o consumo de tabaco, álcool e drogas entre alunos do ensino médio com idades entre os 11 e 15 anos na Inglaterra encontrou que 18% dos estudantes já tinham consumido drogas, 12% tinham consumido alguma droga no último ano e 7% no último mês; enquanto 3,8% usaram inalantes no último ano, menos de 2% consumiram outras drogas. Uma pesquisa realizada em três escolas vocacionais (idade 15-21) na Tailândia em 1999 mostrou que 29% dos alunos relataram já ter consumido metanfetaminas. A prevalência de teste urinário positivo para metanfetaminas foi de 10%, enquanto a do teste positivo para opiáceos foi baixa (0,2%) (Griensven et al, 2001).



Clique nas imagens para ver vários adolescentes a falar sobre a sua progressão da experimentação de canábis para abuso de múltiplas substâncias e depois adição (4:10 e 5:13)



Em Hong Kong, tem sido realizada a cada quatro anos uma pesquisa ao nível dos alunos do ensino fundamental (9-11 anos) e médio (12-18 anos). A pesquisa 2008/09 (*Narcotics Division of Security Bureau of Hong Kong, 2011*) mostrou que a proporção de consumo de drogas ao longo da vida e nos últimos 30 dias entre os alunos do ensino médio foi 4,3% e 1,5% respectivamente; a proporção entre os alunos do ensino fundamental foi estimada em 1,6% e 0,5%, respectivamente. Entre os alunos do ensino médio com consumo de drogas, 15,6% consumiram drogas pela primeira vez aos 10 anos de idade ou menos. Em contraste com os seus colegas americanos ou europeus, mais alunos do ensino médio em Hong Kong consumiram Ketamina (49,4%) do que canábis (35,6%) e os alunos do ensino fundamental preferiram medicamentos antitússicos (37,5%) e diluentes (30,7%).

HISTÓRIA NATURAL DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Um estudo de coorte representativo da população com um período de seguimento de 19 anos permite ter alguma noção da história natural do uso de drogas desde a adolescência até a idade adulta (Chen & Kandel, 1995). O principal período de risco para o início do consumo de cigarros, álcool, e *marijuana* termina maioritariamente por volta dos 20 anos de idade. A maior parte do consumo de outras substâncias é iniciado e interrompido antes do final da terceira década de vida. Tanto a prevalência de consumo de elevada frequência como as quantidades consumidas durante os períodos de uso intenso da maioria das substâncias (exceto o tabaco) diminuem na idade adulta. A prevalência de consumo de psicotrópicos prescritos não mostra grandes alterações ao longo do tempo e as taxas de consumo são consistentemente mais altas para as mulheres do que para os homens. Para todas as substâncias em geral, no entanto, as taxas de iniciação são maiores para os homens, enquanto as taxas de cessação são maiores para as mulheres.

Mark

O Mark era um adolescente franzino trazido pela assistente social da sua escola devido ao seu humor irritável e comportamentos agressivos no ano anterior. O Mark parecia indiferente; ele apenas compareceu como um favor ao assistente social que estava a cuidar dele apesar de não frequentar a escola regularmente.

O Mark teve uma infância difícil. A sua mãe era uma adolescente quando o Mark e o seu irmão mais velho nasceram. O pai do Mark deixou a família pouco tempo depois. Os dois meninos ficaram aos cuidados da avó até ela falecer num acidente de trânsito sete anos depois. As decisões sobre os cuidados infantis a partir daí tornaram-se desorganizadas. Sendo um menino ativo, curioso e impulsivo, o Mark tinha necessitado de atenção adicional desde muito pequeno. A sua mãe frequentemente recorria a palmadas apesar de estar ciente de que não funcionava com ele. O Mark ficou triste após a morte da sua avó; ele sentiu que não tinha ninguém para conversar quando o seu irmão mais velho se foi tornando cada vez mais volátil. Nos últimos anos, ele presenciou o irmão mais velho a cheirar Ketamina algumas vezes. Em casa, o Mark não gostava particularmente dos homens que lá ficavam com a sua mãe. Ele ficava irritado com os barulhos que eles faziam durante a noite. O Mark também não era feliz na escola; as aulas eram aborrecidas e ficar sentado na sala de aula era uma tortura, os trabalhos de casa eram uma tarefa exaustiva todos os dias. Ele era o palhaço da turma; fora disso, os intervalos e a educação física eram os únicos momentos divertidos para ele. O Mark tinha problemas com os professores com alguma frequência; ele sentia que eles implicavam

com ele injustamente em assuntos triviais. Em geral, os professores comentavam que ele era um aluno esperto, mas desobediente, falador e com baixo rendimento. Ele foi o pior aluno em todas as avaliações escolares exceto no primeiro ano do ensino fundamental. No quarto ano, foi considerado o diagnóstico de dislexia. No entanto, nem a implementação de medidas educacionais especiais nem repetição de ano letivo o ajudou a melhorar. Considerado pela maioria como um aluno com pouco sucesso, o Mark tinha uma relação difícil com os colegas de turma; no entanto, ele tinha alguns amigos fora da escola.

Durante o último ano do ensino fundamental, o Mark apegou-se a vários adolescentes mais velhos da sua vizinhança. Ele faltava à escola para sair com eles, ficava a fumar e a beber até tarde; tal piorou quando começou o ensino médio. Os confrontos e o escrutínio dos professores resultaram em desafio e afastaram o Mark cada vez mais da escola. O Mark foi introduzido a cheirar Ketamina há dois anos. Ele não gostava de usar Ketamina, mas tinha dificuldade em recusar as ofertas dos amigos. Ele também experimentou outras drogas ilícitas; "ice" (metanfetamina) era a favorita do Mark - fazia-o sentir muito alerta e focado. Ele percebeu que precisava grandes quantidades para ficar "pedrado" e muitas vezes necessitava de hipnóticos para o ajudar a superar a insónia e os sonhos vívidos e desagradáveis. Ultimamente, a sua namorada reclamava que ele estava hipersensível e irritável.

FATORES QUE INFLUENCIAM O USO DE SUBSTÂNCIAS

Fatores individuais

Exposição pré-natal a substâncias

- A evidência científica revela uma elevação do risco de consumo de álcool, canábis e cocaína durante a adolescência ou início da idade adulta em pessoas expostas a essas substâncias no período pré-natal (Baer et al, 2003; Day 2006; Delaney-Black et al, 2011)
- Os riscos são não apenas mediados por uma propensão para perturbação do comportamento ou outros problemas desenvolvimentais, mas também estão provavelmente diretamente relacionados com a influência no desenvolvimento neural intrauterino.

Genética

- Embora a maioria dos estudos se concentre no álcool, a evidência de estudos de famílias, de gêmeos e de adoção demonstra o importante papel da genética nas perturbações de uso de substâncias (Rhee et al, 2003)
- Estudos recentes abordam o papel do polimorfismo genético nas diferenças individuais na resposta ao uso de substâncias; um alelo MAOA de baixa atividade pode exacerbar os efeitos deletérios da cocaína no cérebro (Alia-Klein et al, 2011)

Desenvolvimentais

- A adolescência é um período de experimentação e de comportamentos de risco.
- Os adolescentes sentem a necessidade de se identificar com os colegas para evitarem a rejeição pelo grupo.
- Estresse com a mudança de papéis e expectativas na escola ou em casa
- Uso de drogas como forma de “fuga” e de alívio da ansiedade e infelicidade.

Fatores familiares

- Parentalidade ineficaz, coercitiva ou hostil, abuso, negligência e falta de supervisão aumentam o risco tanto de perturbação do comportamento como de consumo indevido de substâncias (Fergusson & Woodward, 2000; Armstrong & Costello, 2002).
- Pais que consomem drogas (Haggerty et al, 2007).

Fatores sociais

- Acesso a substâncias (por exemplo, através de colegas ou vizinhança)
- Disponibilidade
- Privação económica, indigência / condição de sem-abrigo
- Exclusão/ expulsão e absentismo escolar
- Delinquência.



Clique na imagem para aceder a *Drugscope* (Reino Unido), um centro independente de referência em drogas que procura informar sobre o desenvolvimento de políticas e reduzir o risco relacionado com as substâncias.

Amanda

A Amanda era uma jovem sossegada, sensível e perfeccionista de 15 anos. A sua família tinha mudado frequentemente de país na última década conforme o seu pai ocupava diferentes cargos numa empresa multinacional. Eles estavam a viver em Hong Kong há seis meses. O psicólogo escolar sugeriu que a Amanda deveria consultar um psiquiatra após ser encontrada a cortar-se na casa de banho escolar.

Embora esta tenha sido a primeira vez que ela se cortou, a Amanda sofreu em silêncio com cada mudança da família. No passado, conversar com a sua mãe ajudou a aliviar aqueles sentimentos, mas nos últimos dois anos ela não quis preocupar a mãe, que sempre parecia cansada e preocupada. A Amanda preocupava-se com a mãe, que sempre ficava acordada até tarde a não ser que tomasse algum hipnótico ou algumas bebidas, e questionava-se se tal estaria relacionado com as frequentes discussões com o seu pai.

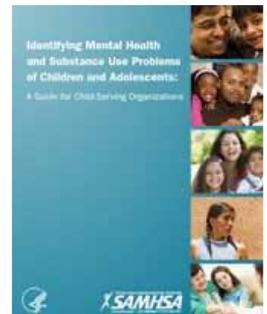
Sair do país onde viveu durante três anos e onde ela tinha feito bons amigos foi muito doloroso para a Amanda. Ela odiava ouvir o seu pai a dizer repetidamente que tudo ficaria bem. Ela estava frustrada por ele a tratar como uma criança pequena. Apesar de tentar estudar, a Amanda não conseguia evitar ruminar sobre as mudanças da família, chorando até adormecer por semanas após a mudança. Não se sentindo

revigorada ao acordar, ela praticamente não conseguia se concentrar nas aulas. Ela raramente falava, os seus novos colegas não pareciam amigáveis e os seus antigos amigos muitas vezes estavam offline quando ela procurava por eles. A Amanda sentiu que ninguém a conseguia entender. A escola tornou-se cada vez mais pesada; ela não tinha energia para terminar as tarefas e muito menos para pegar na sua guitarra, algo que ela previamente gostava. Nos fins de semana, ela preferia ficar em casa a comer de forma ruminativa. Ela sentia-se infeliz e desapontada com a sua deterioração no desempenho escolar e temia que o seu problema não tivesse fim. A Amanda começou a roubar comprimidos da sua mãe, o que a fez sentir-se "grogue", mas também relaxada. Ela rapidamente se apercebeu que alguns desses comprimidos associados a algumas horas de privacidade tornavam o seu quarto um refúgio, a sua mente livre de todos os problemas. Ela então começou a tomar esses comprimidos mesmo durante o dia. Porém, fora do quarto dela, a sua situação não melhorou, as coisas na verdade ficaram piores. Na manhã em que recebeu os resultados académicos daquele período, ela sentiu-se absolutamente derrotada por ter negativa em duas disciplinas. Ela trancou-se na casa de banho, chorou e cortou-se.

RASTREAMENTO

Há várias ferramentas de rastreio para avaliar se um jovem terá ou não um problema com consumo de substâncias; os resultados ajudam a determinar se é necessária avaliação aprofundada:

- *O CRAFFT (ver apêndice G.3.1) é uma ferramenta de autoavaliação de 6 itens para rastreio de uso de álcool e drogas em adolescentes. Num estudo, um score de cut-off de 2 ou mais respostas "sim" tem uma sensibilidade de 92,3% e especificidade de 82,1% (Knight et al, 1999). Aparenta ser um meio válido de rastreio de perturbações de uso de substâncias para adolescentes em serviços clínicos e em populações adolescentes multiétnicas ((Knight et al, 2002; Subramaniam et al, 2010).*
- *O "Drug Abuse Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A)" é um instrumento de autoavaliação de 27 itens que questiona os adolescentes diretamente sobre consequências adversas experienciadas como resultado do consumo de drogas. Resultados no DAST-A superiores a 6 apresentam sensibilidade, especificidade, e poder preditivo positivo de 79%, 85% e 82% respetivamente (Martino et al, 2000). O DAST-A tem boa fidelidade e validade para o rastreio de abuso de substâncias em adolescentes com doença mental em contexto de internamento.*



Clique na imagem para aceder à monografia "Identificar Problemas de Uso de Substâncias em Crianças e Adolescentes: Um Guia para Organizações de Apoio a Crianças"

Tabela G.3.1 Características de substâncias comumente utilizadas de forma incorreta

Substância	Forma física	Forma preferida de consumo	Tempo de detecção (Urina) ¹
Benzodiazepinas	Comprimido	Ingerida ou injetada	3 dias
Cocaína	Base (menos hidrossolúvel)	Fumada	24 - 96 horas
	Sal (altamente hidrossolúvel)	"Snifada" ou injetada	
Codeína	Líquido, cápsula, comprimido	Ingerida	24 - 72 horas
Morfina	Cápsula, comprimidos, líquido	Ingerida, injetada	24 - 72 horas
Dextrometorfano	Comprimido, xarope	Ingerida	(3 - 5 dias)
GHB (gama-hidroxibutirato)	Líquido ou pó branco	Ingerida	5 - 12 horas
Heroína	Pó	Fumada, inalada ou injetada	24 - 72 horas
Ketamina	Pó cristalino ou líquido	"Snifada", ingerida, injetada	24 - 72 horas
MDMA (ecstasy)	Comprimido	Ingerida	24 - 72 horas
Mefedrona	Pó ou cápsula	"Snifada", ingerida	24 - 96 horas
Metanfetamina	Cristais ("ice"), pó	Inalada, fumada, injetada	24 - 72 horas
Nitritos de alquila voláteis (popper)	Líquido volátil em ampolas	Inalada	24 - 48 horas
Solvente orgânico	Gás ou líquido claro	"Snifada", inalada	24 - 72 horas
PCP (fenciclidina)	Pó, comprimido, líquido	Ingerida, fumada, injetada	14 - 30 dias
LSD (dietilamida do ácido lisérgico)	Comprimido, cápsula, líquido, papel, injetado	Ingerida, inalada, "snifada", fumada	1,5 - 5 dias
Zopiclone	Comprimido	Ingerido	24 - 72 horas

¹ A duração de detecção é variável e depende da via, dosagem, duração e forma de administração, metabolismo individual e ponto de corte do exame laboratorial.



Clique nas imagens para ver "Fatos sobre Dependência de substâncias" ("Facts about Drug Addiction") um videoclipe que explica como atuam as drogas (2:00)

- O *“The Assessment of Substance Misuse in Adolescence (ASMA)”* é um questionário de 8 itens para adolescentes que não frequentam os serviços de tratamento. Dois valores de cut-off foram sugeridos: um rating de “em risco” (resultado superior a 8) detetou consumo de drogas semanal ou diário com 85% de sensibilidade e 95% de especificidade; um rating de “uso problemático de drogas” (resultado superior a 12) detetou consumo diário de drogas com 36% de sensibilidade e 99% de especificidade (Willner, 2000).

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Uma boa avaliação é um aspeto chave da gestão das perturbações de uso de substâncias. Além da recolha de informação, oferece uma oportunidade de educar e motivar o jovem para a mudança, mesmo no primeiro encontro. Perceber como é que o paciente conduz a sua vida, as suas aspirações e necessidades não satisfeitas, assim como perceber o padrão e o impacto do consumo da droga são aspetos importantes na formulação do plano de tratamento.

Questões gerais

- Esteja atento; procure sinais de consumo de drogas
- Desenvolva um bom relacionamento ao manter uma atitude empática e não julgadora, de forma a encorajar a comunicação do consumo problemático de drogas
- Os objetivos e o processo de avaliação devem ser claros para o jovem e os seus pais
- Familiarize-se com a legislação relacionada com a confidencialidade sobre o abuso de substâncias e explique-a ao paciente e aos seus pais
- O envolvimento dos pais deve ser encorajado
- Devido à história de vida limitada e ao contexto desenvolvimental (por exemplo, viver com a família), as perturbações do uso de substâncias podem manifestar-se de formas diferentes em adolescentes e em adultos
- Esclareça o entendimento que o jovem tem dos seus sintomas
- Cuide dos problemas gerais de saúde e problemas relacionados com a droga, independentemente de o doente se encontrar pronto a deixar de consumir

História clínica

A seguinte informação deve ser obtida (ver também capítulo A.5):

- Substâncias consumidas (no passado e no presente), e para cada uma delas:
 - Idade aquando do primeiro consumo
 - Frequência
 - Duração
 - Quantidade mínima, máxima, e normalmente consumida



Clique na imagem para aceder ao US National Institute of Drug Abuse (NIDA), um dos melhores websites sobre abuso de substâncias: é de confiança e contém muitos recursos úteis. O NIDA apoia e realiza investigação num largo espectro de áreas.

- Forma de administração
- Substâncias tomadas em conjunto

Tabela G.3.2 Efeitos de substâncias de abuso comuns

Substância	Farmacologia	Efeito agudo	Síndrome de abstinência
Benzodiazepinas	Agonista do recetor GABA _A ; aumento do influxo de pós-sináptico de Cl ⁻	Sedação, relaxamento, euforia, diminuição da concentração, desorientação, sonolência, confusão, descoordenação, tremor, amnésia	Insónia, ansiedade, tremor, taquicardia, hipertensão e diaforese. Alucinações e ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; cefaleia. Convulsões.
Cocaína	Bloqueio da recaptção pré-sináptica de dopamina, norepinefrina e serotonina Bloqueio (ligeiro) dos canais de Na	Euforia, aumento da concentração, sensação de grandiosidade, verborreia, redução do apetite, ansiedade, inquietação, ataques de pânico, irritabilidade, paranoia, delírios e alucinações.	Fadiga, dificuldade na concentração, craving, anedonia, sonhos vívidos desagradáveis, mialgias, agitação e lentificação psicomotora, hiperfagia e anorexia, insónia ou hipersónia.
Codeína	Análogo opioide, agonista do recetor mu-opioide.	Antitússico, analgesia, euforia, sonolência, depressão, miose	Irritabilidade, agitação, insónia, letargia, humor deprimido, ideação suicida, lacrimejo, diarreia
Morfina	Agonista do recetor mu-opioide	Euforia, bem-estar, sonolência, depressão respiratória, miose, analgesia, diminuição da consciência	Irritabilidade, agitação, ansiedade, insónia, tremor, calafrios, rinorreia, midríase, pilo-ereção, dor óssea, dor abdominal, perda de apetite, náusea, diarreia.
Dextrometorfano	Análogo opioide, antagonista do recetor NMDA, aumentando a síntese e libertação de serotonina, assim como inibindo a recaptção de serotonina	Euforia, dissociação e experiências oníricas, alucinações, sonolência, enjoo, disartria, vômito, diarreia, prurido	Insónia, náusea, sudorese, depressão, dificuldades de pensamento e memória
GHB (gama-hidroxi-butarato)	Ativa o recetor GABA _B , e um recetor GHB	Euforia, desinibição, sonolência, disartria, perda de controlo motor, aumento da empatia e intimidade sexual	Insónia, ansiedade, agitação, delírio, alucinações, câibras, instabilidade autonómica
Heroína	Agonista do recetor mu-opioide	Euforia, letargia, bem-estar, sonolência, miose, estado hipoativo	Insónia, ansiedade, agitação, tremor, calafrios, rinorreia, midríase, taquicardia, hipertensão, dor óssea, câibras, dor abdominal, anorexia, vômitos, diarreia
Ketamina	Antagonista do recetor NMDA, promove libertação de glutamato	Analgesia, dormência, amnésia, dissociação, desorientação, alucinações	Fadiga, insónia, irritabilidade, depressão
MDMA (ecstasy)	Agonista de recetores pós-sinápticos de serotonina	Empatia, sensação de confiança e bem-estar, ligeira despersonalização e desrealização, tensão mandibular, sede, boca seca, inquietação, ataxia, dificuldades de concentração, anorexia, enjoo, bruxismo, diaforese	Depressão, ansiedade, dificuldades de concentração.
Mefedrona	Estimula a libertação e inibe a recaptção de monoaminas	Euforia, aumento da concentração, verborreia, acatisia, empatia, tensão mandibular, anorexia, insónia, cefaleia, náusea, palpitações, aumento do desejo sexual, hipersudorese, cianose distal	Cansaço, insónia, congestão nasal, dificuldade de concentração, irritabilidade, blackout, depressão, ansiedade, alteração do odor do suor, aumento do apetite e craving
Metanfetamina	Baixa dose: bloqueio da recaptção da dopamina e norepinefrina. Alta dose: aumenta a libertação de dopamina, norepinefrina e serotonina	Euforia, hipervigília, ansiedade, anorexia, aumento da atividade física, excitação, raiva, delírios e alucinações paranoides, comprometimento do juízo crítico	Fadiga, insónia ou hipersónia, atividade onírica desagradável, labilidade emocional, ansiedade, depressão, irritabilidade, violência, psicose paranoide, ideação suicida, estereotipias motoras

GABA: ácido gama-aminobutírico; 5-HT: 5-hidroxitriptamina (serotonina); MDMA: 3,4-metilenodioxil-N-metilamfetamina; NMDA: N-metil-D-aspartato.

Tabela G.3.2 Efeitos de substâncias de abuso comuns (continuação)

Substância	Farmacologia	Efeito agudo	Síndrome de abstinência
Solventes orgânicos	Desconhecida	Excitação, desinibição, sonolência, tontura, agitação, anestesia, descoordenação motora	Cefaleia, epistaxe, tosse seca, ataques de ansiedade, anorexia, tensão, náuseas e vômitos, toracalgia, depressão, insônia
PCP (fenciclidina)	Antagonista do recetor NMDA, estimula libertação de glutamato	Agitação, euforia, nistagmo, ataxia, disartria, confusão, delírio, psicose	Vocalizações, bruxismo, diarreia, hiperatividade oculomotora, tremor, pilo-ereção, sonolência, convulsões
LSD (dietilamida do ácido lisérgico)	Agonista 5-HT2A	Aumento da sensibilidade, alucinações visuais, sinestesia, desrealização, reações de pânico, hiperatividade autonômica, (midríase, pilo-ereção, diaforese, taquicardia, hiperreflexia, tremor) descoordenação	Não documentado
Zopiclone	Agonista das subunidades $\alpha 1,2,3$ e 5 dos recetores GABAA	Reduz tempo de latência do sono, aumenta o sono de onda lenta	Semelhante a benzodiazepinas

GABA: ácido gama-aminobutírico; 5-HT: 5-hidroxitriptamina (serotonina); MDMA: 3,4-metilenodioxo-N-metilamfetamina; NMDA: N-metil-D-aspartato.

- Fenómenos de *binge* e episódios de perda de memória e de overdose
- Acidentes e lesões relacionadas com uso de substâncias
- Tentativas de cessação de consumo no passado
- Sintomas de privação
- Presença de episódios psicóticos e sua associação com consumo de drogas
- Sintomas de dependência psicológica ou física
- Fatores de risco imediatos:
 - Overdoses, comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio
 - Consumo de substâncias por via injetável
 - Consumo de múltiplas substâncias
- Problemas psiquiátricos concomitantes (por exemplo, depressão, perturbação de conduta, psicose, PHDA)
- Consumo de substâncias em contextos de risco
 - Consumo de substâncias na presença de familiares
 - Exploração sexual ou comportamento sexual de risco
 - Comportamento delinquente
- Problemas orgânicos
 - Infecções (por exemplo, hepatite B/C, HIV, doenças sexualmente transmissíveis)
 - Problemas urológicos relacionados com o uso de ketamina



Clique na imagem para aceder a "Street Drugs", um website com informação para estudantes, pais, professores e profissionais de saúde. O site dispõe de relatórios de investigação, perguntas frequentemente colocadas e materiais como posters e media interativos.

É necessário obter informação sobre o entendimento do paciente relativamente ao seu consumo de substâncias, questionando-o acerca de:

- Grau de conhecimento das substâncias e riscos associados
- Onde, como e com quem consomem as substâncias
- Que outros amigos e familiares também consomem
- Se, segundo o paciente, as substâncias estão a ser consumidas para controlar o humor, pensamentos ou comportamento
- O seu entendimento de como o consumo de substâncias afeta as suas vidas
- Expectativas e receios em relação ao consumo de substâncias e em relação à abstinência; experiência prévia de abstinência de álcool e drogas
- Perspetiva da família sobre o consumo de substâncias
- Apoios disponíveis para a alteração de padrão de consumo
- Expectativas em relação a tratamento e motivação – de acordo com o modelo de etapas de mudança (Prochaska & DiClemente, 1992).

Becky

A Becky tinha 16 anos quando foi internada pela primeira vez num serviço psiquiátrico de um hospital central após ser conduzida pela polícia. De acordo com a nota de entrada, encontrava-se em "histeria" e tentou saltar do terraço de um edifício após uma briga com o namorado. A Becky encontrava-se tranquila após o segundo dia de internamento, mantendo-se cooperante durante os dez dias do seu internamento hospitalar. Uma avaliação aprofundada revelou que a Becky tinha desistido da escola um ano antes e que não teria feito nada desde então. Mantinha um relacionamento pobre com a sua família, que se habituou à sua ausência durante vários dias de cada vez. Na semana anterior ao internamento, a Becky estava zangada por o seu namorado ter tido encontros com uma das suas amigas. Ela confrontou-os várias vezes com este facto, mas eles nunca o admitiram. Sentiu-se deprimida, zangada e traída, mas negava intenção suicida. Descreveu-se como anormalmente "fora do controlo" quando ameaçou saltar do edifício. O exame físico e os métodos complementares de diagnóstico, incluindo uma pesquisa de drogas na urina não revelaram alterações e o teste de gravidez era negativo. A Becky encontrava-se habitualmente tranquila e em silêncio na enfermaria. O seu humor melhorou gradualmente. Não

foram observados comportamentos anormais durante o internamento. A Becky foi diagnosticada com perturbação de ajustamento.

Foi marcada consulta de follow-up para duas semanas após a alta, mas a Becky apareceu um mês depois. Nessa consulta, a Becky revelou que estava a ouvir vozes a falar consigo desde há várias semanas e até alguns dias após a sua admissão no internamento. Escondeu esse facto por acreditar que se isso fosse conhecido teria de ficar internada durante mais tempo. Voltou a salientar que não tinha tomado quaisquer drogas, mas que tinha tomado comprimidos para emagrecer durante as semanas anteriores ao evento que motivou o internamento. Quando deixou de tomar esses comprimidos as vozes pararam. A Becky apresentava-se calma e amigável nas duas consultas seguintes, mas o seu acompanhamento foi, entretanto, perdido. Regressou ao serviço cinco meses depois revelando que estaria a fumar "ice" com os seus amigos há quase um ano. Durante este período ouvia vozes a falar consigo ocasionalmente. Não tinha a certeza se a sua experiência alucinatória estaria relacionada com o consumo da substância porque por vezes a atividade alucinatória era excepcionalmente duradoura; estava grávida de 3 meses.

Um bom entendimento do impacto psicossocial do uso de substâncias é necessário para elaborar o diagnóstico e plano de tratamento. Para tal é necessária a compreensão da vida do jovem:

- Como gere a sua vida
- Em que atividades participa
- Quem tem influência em si
- Como percebe a sua vida
- Que aspirações tem
- Quais as suas necessidades não cumpridas
- Quais são as consequências do abuso de substâncias para si
- Quais são os seus objetivos e aspirações.

DIAGNÓSTICO

Abuso

Para estabelecer um diagnóstico de abuso de substâncias na DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), deve-se verificar um padrão recorrente de consumo que resulte em falhas no cumprimento de obrigações domésticas, laborais e escolares; problemas legais; problemas interpessoais ou sociais; e situações fisicamente perigosas num período de 12 meses. A categoria correspondente na ICD-10 (World Health Organization, 1992) é definida como “uso nocivo” e enfatiza o dano causado na saúde física ou mental, mas não as consequências sociais adversas para o utilizador da substância.

Dependência

Fazer um diagnóstico de dependência de substância de acordo com a DSM-IV requer o cumprimento de três dos sete critérios seguintes no período de 12 meses: tolerância, sintomas de abstinência, natureza compulsiva do consumo, incapacidade em cessar o consumo, quantidade de tempo despendida à procura de drogas em prejuízo de outras atividades mais apropriadas, e o consumo apesar de consequências adversas. Critérios semelhantes são aplicáveis na ICD-10. Para mais discussão da validade da distinção entre abuso e dependência, ver secção sobre o DSM-5 abaixo.

Apesar de os critérios de diagnóstico em ambos os sistemas de classificação serem usados há vários anos, subsistem problemas na sua aplicação a adolescentes. Os critérios para tolerância, abstinência e complicações médicas podem não ser aplicáveis a adolescentes dada a história de abuso de substâncias ser relativamente curta.

Alterações propostas para o DSM-5

Nas alterações propostas para o DSM-5, a secção global deve ser denominada “adições e perturbações associadas”, e incluiria jogo patológico – uma adição comportamental e sem substância associada. Uma nova categoria de “perturbação de uso de substâncias” é proposta, e combinaria os dois diagnósticos de “abuso de substâncias” e “dependência de substâncias” (com base na noção que esta distinção histórica não é apoiada por evidência empírica), e com graus de gravidade baseados no número de sintomas apresentados. O critério “dificuldades legais” deve ser eliminado e acrescentado o critério de “*craving*”. Os sintomas de tolerância e abstinência não devem ser contabilizados para efeitos de diagnóstico se os pacientes estiverem envolvidos num programa de tratamento médico apropriado para um problema como dor, ansiedade ou depressão, exceto se apresentarem comportamento que demonstre procura compulsiva de drogas (O’Brien, 2011). Os autores da DSM-5 esperam que estas alterações esclareçam equívocos e evitem que pacientes com outras perturbações psiquiátricas vejam o seu tratamento interrompido para tratamento da sua “dependência” (Heilig, 2011).

É necessária mais investigação para esclarecer se as alterações à DSM-5 propostas são clinicamente úteis na distinção de pacientes com padrões de consumo



Clique na imagem para aceder a “Erowid”, um website útil com informação sobre tudo o que esteja relacionado com drogas.

de substâncias que beneficiariam de intervenções psicológicas breves daqueles que requerem um tratamento mais completo (Poznyak et al, 2011). Críticas a estas alterações incluem o facto de que, excetuando na situação de intoxicação aguda, utilizadores esporádicos de substâncias psicoativas que não apresentem indícios claros de dependência dificilmente verão as suas perturbações de uso de substâncias diagnosticadas nos serviços de urgência, internamentos ou consulta, e dificilmente serão alvo de intervenções precoces – intervenções que se revelaram eficazes em utilizadores de substâncias sem dependência (Babor, 2011). Além disso, ao combinar os diagnósticos de abuso e dependência numa entidade nosológica única, é possível fazer o diagnóstico de perturbação de uso de substâncias com base apenas em dois critérios psicossociais e no juízo subjetivo do clínico (Meyer, 2011). Apesar de alterações positivas, os critérios propostos para a DSM-5 para perturbação de uso de substâncias não melhoram significativamente o diagnóstico em jovens; ajustes dirigidos às diferentes fases de desenvolvimento, incluindo definições mais claras dos sintomas, são alterações necessárias para garantir que a DSM-5 identifica perturbações de uso de substâncias em todas as fases de desenvolvimento com validade (Winters et al, 2011).

Testar o consumo de drogas em adolescentes

As diretrizes atuais (Bukstein et al, 2005) referem que os exames toxicológicos “devem ser uma componente rotineira da avaliação formal e do acompanhamento no uso de substâncias tanto durante o tratamento como após o seu término”. Os autorrelatos de adolescentes utilizadores de drogas são frequentemente pouco confiáveis, especialmente em contexto comunitário, escolar e legal. A negação, respostas socialmente desejáveis e receios legais resultam provavelmente num relato inferior ao real relativamente ao uso de drogas nesta faixa etária. Os exames toxicológicos podem fornecer informação objetiva para o rastreio, diagnóstico e monitorização da adesão ao tratamento e do seu sucesso.

Em contexto clínico, os exames toxicológicos são práticos e com boa relação custo-eficácia, consistindo na aplicação de kits de teste de imunoensaio a amostras de urina para detetar a presença de substâncias de abuso. Para confirmar um resultado positivo pode ser necessário em algumas circunstâncias recorrer a cromatografia em fase gasosa e espectroscopia de massa (por exemplo, se forem aplicáveis penas legais). A principal limitação deste método é o facto de o período no qual a maioria das substâncias pode ser detetada variar entre 1 e 3 dias e de serem necessárias precauções para evitar a manipulação da amostra (a amostra deve ser produzida sob supervisão direta por profissionais do mesmo sexo; o pH e o peso da amostra ajudam a verificar se ocorreu diluição; a medição da temperatura da amostra também pode ajudar na prevenção da manipulação). Testes de imunoensaio em amostras de saliva podem também ser realizados; no entanto, são mais caros e o período de deteção é mais curto (6-12 horas). Testes a amostras de cabelo detetam o consumo de substâncias nos últimos 3 meses (exceto os últimos 7 dias). Estas amostras são difíceis de adulterar, mas tratamentos capilares com permanentes, descoloração ou alisamento podem alterar os níveis de drogas detetados nestas amostras; este teste é caro e não pode ser realizado em contexto clínico. O teste ao



Clique na imagem para ver um estudante do ensino secundário a falar da sua batalha contra as drogas (10:05)

suor permite testar o uso de substâncias prospectivamente durante 1 a 3 semanas. A tira dérmica capta vestígios das substâncias e dos seus metabolitos a partir do suor evaporado; é também um teste caro embora um pouco menos do que o teste capilar. O exame toxicológico de amostras de sangue é útil para evitar adulteração, mas é invasivo e caro.

É importante ter em conta vários fatores antes de realizar um exame toxicológico:

- É esperável que os adolescentes tenham uma relação de confidencialidade com o terapeuta se se mostrarem capazes para dar consentimento. É, portanto, uma boa prática explicar as necessidades e as implicações (tanto de resultados positivos como negativos) do exame toxicológico e obter o consentimento informado do adolescente.
- Não é recomendável pedir um exame toxicológico unicamente por suspeições parentais de consumos.
- O terapeuta é encorajado a discutir com o adolescente os limites da confidencialidade, quem será informado dos resultados do exame toxicológicos e como se desenrolará esse processo.



Jovens cheirando solventes

É importante ter em conta que substâncias como anfetaminas, cocaína e opiáceos são provavelmente indetetáveis na urina 1-4 dias após o seu consumo (ver Tabela G.3.1). A disponibilidade destes testes laboratoriais não torna redundante o rastreio cuidadoso através da entrevista e do autorrelato, mas constituem uma ferramenta importante na avaliação e monitorização do consumo de substâncias. Além disso, o uso de exames toxicológicos aumenta a confiança do autorrelato do adolescente sobre consumo de substâncias, o que pode ter valor terapêutico em si mesmo. Uma abordagem possível ao pedido de um exame toxicológico é dizer ao

adolescente que é provável que o resultado seja positivo se tiver consumido canábis no último mês. Se o adolescente confirmar o consumo da substância, o clínico poderá não vir a pedir o exame. Outra prática clínica e investigacional comum consiste em considerar um exame toxicológico recusado como equivalente a um resultado positivo (Goldstein, 2009).

TRATAMENTO

Após uma avaliação completa, o jovem e os seus pais devem ser envolvidos no planeamento do tratamento. Os objetivos do tratamento dependem largamente na motivação e nas circunstâncias de cada indivíduo. É útil encarar o abuso de substâncias como sintoma de uma disfunção complexa no jovem, na sua família e no ambiente escolar e social e que requer um plano de tratamento global, o qual deve endereçar aspetos como o vínculo, as necessidades emocionais, a saúde física e psicológica, o estilo de vida, as relações com os pares e o stress psicológico de forma coordenada.

Os níveis de cuidado requeridos serão determinados pela intensidade e complexidade dos problemas apresentados e pelas necessidades do paciente. O plano de tratamento deve ser realista, aceitável para o paciente e para a sua família, e praticável tendo em conta os recursos disponíveis. Adolescentes cuja frequência de consumo de substâncias é baixa e que tenham problemas ligeiros relacionados serão melhor acompanhados pelo seu médico de família. Para aqueles em que o abuso de drogas é frequente e que tenham problemas relacionados com o consumo que sejam moderados a graves, o acompanhamento por uma equipa de saúde mental infantojuvenil é mais apropriado. O encaminhamento para uma equipa especializada em adições será apropriado se as necessidades complexas do jovem não puderem ser satisfeitas por cuidados de saúde mais generalistas.

Certas intervenções estão dirigidas diretamente ao consumo de substâncias e dela fazem parte: psicoeducação, estratégias de aumento de motivação, intervenções de redução de dano e prevenção de recaída. Outras intervenções têm como alvos aspetos como as competências sociais, relações familiares, humor, controlo de impulsos e saúde física e mental.

Intervenções breves

Trata-se de intervenções disponibilizadas de forma oportunista em contextos como unidades de saúde familiares, serviços sociais e serviços de urgência para indivíduos com escasso contacto com serviços de apoio às dependências, que consomem drogas, mas que não apresentem propriamente uma perturbação de uso de substâncias. Deve-se oferecer informação e conselhos sobre redução dos riscos associados ao abuso de drogas (por exemplo, exposição a vírus transmissíveis pelo sangue) a todos estes indivíduos em consultas de rotina ou oportunisticamente. Podem ser organizadas sessões com o objetivo de aumentar a motivação para alterar comportamentos de consumo de substâncias. Durante a sessão, os terapeutas devem explorar a ambivalência em relação ao consumo de substâncias e possíveis tratamentos. Foram demonstrados aumentos de taxas de



Clique na imagem para aceder a informação sobre "club drugs" providenciada pela NIDA (US)

abstinência de heroína, cocaína e anfetaminas com estas intervenções básicas (Bernstein et al, 2005; Baker et al, 2005).

Grupos de autoajuda

Os “narcóticos anônimos” e “cocainómanos anônimos” são os melhores exemplos. Estes grupos são baseados nos princípios dos “12 passos”, que colocam a ênfase na abstinência como objetivo do tratamento (ver também o capítulo G.1). Embora não exista evidência definitiva da eficácia destes grupos, a participação semanal ou mais frequente em grupos de “12 passos” aparenta estar associada à redução de consumos de drogas e álcool (Fiorentine, 1999). O apoio social prestado e a participação em atividades religiosas foram propostos como efeitos mediadores da manutenção da recuperação a longo prazo em adolescentes (Chi et al, 2009).

Entrevista motivacional

A entrevista motivacional é uma técnica que ajuda os pacientes a explorar e resolver a sua ambivalência em relação ao consumo de drogas. Tal é atingido através da escuta reflexiva, do desenvolvimento de discrepâncias, da luta contra as resistências através de uma postura empática e de compreensão, e pelo apoio à autoeficácia do paciente, de forma a atingir uma decisão de mudança com que o paciente se comprometa (Miller & Rollnick, 1991).

O(A) terapeuta é encorajado a adotar uma postura não julgadora e a levar o paciente a expressar os seus receios e identificar os problemas relacionados com o abuso de substâncias. Através da escuta empática e da reflexão modificada da resposta do paciente, este é encorajado a expressar a discrepância entre os seus objetivos pessoais ideais e os seus verdadeiros comportamentos (por exemplo, entre o desejo de ser um cabeleireiro de topo e a manutenção do consumo de álcool apesar do tremor das mãos resultante). Este processo ajuda a aumentar a motivação para a mudança.

Para reduzir a resistência à mudança, o terapeuta deve evitar a confrontação e a argumentação com o paciente (por exemplo, sobre se o uso de metanfetamina aumenta a performance laboral ou não). Em vez disso o terapeuta deve ser capaz de compreender as referências de vida do paciente, filtrar e amplificar os pensamentos encorajadores do paciente, provocar afirmações no paciente que o encorajem à mudança, corresponder ao estado de mudança do paciente e expressar aceitação e afirmação da liberdade de escolha e autonomia do paciente (Rollnick & Miller, 1995).

Usuários de drogas sujeitos a entrevistas motivacionais revelaram-se mais propensos a reduzir o seu consumo, a cumprir melhor o seu tratamento, a manter-se em tratamento por mais tempo, a apresentar menos problemas psiquiátricos após o tratamento, a atingir a abstinência e a sofrer menos recaídas (Baker et al, 2001; Daley et al, 1998; Macgowan & Engle, 2010; Saunders et al, 1995).

Prevenção de recaídas

A prevenção de recaídas combina o treino de competências comportamentais, treino cognitivo e mudança de estilo de vida (Marlatt & Gordon, 1985). O objetivo é ensinar os utilizadores de drogas a identificar, antecipar e lidar com situações de alto risco que podem levar à recaída. Os pacientes são encorajados a estabelecer objetivos de comportamento atingíveis de forma a potenciar o sentido de autoeficácia. Devem ser esclarecidos os mitos sobre os efeitos das drogas que os pacientes possam ter. A reformulação do sentido dos eventos que levam a recaídas ajuda a minimizar a sensação de falhanço, a encorajar o estabelecimento de um plano de tratamento e a redução das hipóteses de recaída. Além disso, os pacientes são encorajados a aumentar o seu envolvimento em atividades recompensadoras ou redutoras de stress na sua rotina diária por forma a aumentar o sentido de autoeficácia.

Uma revisão de 24 intervenções focadas no uso de substâncias demonstrou que a prevenção de recaídas tem uma eficácia comparável a outros tratamentos (Carroll, 1996), podendo ainda reduzir a gravidade dos episódios de recaída se estes ocorrerem e promove resultados significativamente melhores mesmo em casos mais graves de abuso de substâncias (Carroll et al, 1991; Carroll et al, 1995). Uma revisão extensiva recente de intervenções de autoajuda baseadas na prevenção de recaída revelou um efeito consistente e significativo de aumento de taxas de abstinência a longo prazo em fumadores (Agboola et al, 2010). Outra meta-análise de 53 ensaios controlados de TCC baseada sobretudo numa abordagem de prevenção de recaída revelou que 58% dos indivíduos alvo de TCC demonstravam melhores resultados que os grupos de controlo (Magill & Ray, 2009).



Clique na imagem para ver um vídeo que pode ser recomendado para educação parental sobre uso de drogas por adolescentes (3:39)

Manejo de contingência

O manejo de contingência é um tipo de programa de reforço positivo para motivar utilizadores de drogas a atingir a abstinência, através de recompensas como dinheiro ou *vouchers* para compras ou privilégios como a possibilidade de levar a metadona para casa (ver também os Capítulos G.1 e G.2). A abstinência é normalmente avaliada através de exames toxicológicos de urina. O valor da recompensa (por exemplo, o valor monetário dos *vouchers*) aumenta habitualmente com o aumento da duração do período de abstinência (por exemplo, número de exames toxicológicos de urina negativos consecutivos). Verifica-se que a gestão de contingência é útil para pacientes não cumpridores (Gossop, 2003).

Intervenções familiares

As intervenções familiares demonstraram ter sucesso na diminuição do consumo de substâncias, reduzindo o risco de envolvimento de novas substâncias no padrão de consumo, melhores taxas de retenção em tratamento e na promoção de fatores protetores em vários aspetos da vida do adolescente.

A *terapia familiar multidimensional* tem como objetivos mudar o estilo de vida de abuso de drogas do adolescente para um modo de vida adequado à fase de desenvolvimento, melhorar o seu funcionamento, aumentar o empenho dos pais e

melhorar as suas competências parentais e a comunicação com o adolescente ((Liddle, 2002). A terapia familiar multidimensional tenta alcançar a diminuição de fatores de risco e promover fatores protetores no indivíduo, família, círculo de amigos e ambiente escolar, reduzir o uso de substâncias e a delinquência (Liddle et al, 2004; Rowe et al, 2003; Rowe 2010). Um estudo revelou que a terapia familiar multidimensional produz resultados de tratamento superiores nos jovens com uso de drogas e comorbilidades psiquiátricas mais graves, quando comparado com terapia cognitivo-comportamental focada no indivíduo (Henderson et al, 2010).

Tratamento farmacológico

A farmacoterapia para jovens que abusam de substâncias regularmente pode ser usada para reduzir o risco imediato desse abuso, estabilizar os jovens e permitir-lhes a transição para a abstinência (Department of Health UK, 2007).

O tratamento farmacológico é útil em:

- Tratamento da abstinência
 - Durante o processo de desintoxicação
 - Para eliminar ou reduzir a gravidade dos sintomas de abstinência quando o utilizador com dependência física interrompe o consumo de drogas
- Tratamento de substituição (também chamado tratamento de manutenção)
 - Prescrição de uma substância com ações farmacológicas semelhantes à da droga de dependência, mas com um menor risco
 - Reduzir a exposição a comportamentos de risco e estabilizar a saúde e funcionamento social antes de abordar o aspeto de adaptação física da dependência
- Prevenção de recaída
 - Prevenir a recaída após a desintoxicação

Dependência de benzodiazepinas

A desintoxicação de pacientes que sofrem de dependência de benzodiazepinas, rara nos jovens, deve ser cuidadosamente planeada e deve ser monitorizada a presença de sintomas de abstinência como insónia, inquietação, espasmos musculares e convulsões. A monitorização do estado mental e do risco de suicídio é também necessário. A desintoxicação em contexto de internamento é considerada a melhor opção para os pacientes com fraca adesão a tratamentos prévios ou pacientes em risco de desenvolver sintomas de abstinência graves como convulsões. Uma benzodiazepina de ação longa (por exemplo, diazepam) é utilizada em regime de redução gradual de dose no processo de desintoxicação. A prescrição de benzodiazepinas como tratamento de manutenção não é recomendada.

Dependência de estimulantes

Sintomas como *craving*, insónia ou hipersónia, letargia, agitação e depressão são relatados quando um utilizador regular para de tomar estimulantes. No entanto, não existe medicação eficaz para o tratamento da abstinência de anfetaminas (Shoptaw et al, 2009). A presença de humor deprimido, irritabilidade, ideação suicida ou heteroagressiva durante o período de abstinência requer monitorização apertada. Episódios psicóticos relacionados com o consumo de estimulantes são habitualmente breves e regridem espontaneamente após a cessação do uso. O tratamento de substituição (por exemplo, bupropion, dexanfetamina, metilfenidato, modafinil, mazindol, metanfetamina e selegilina) não é recomendado (Castells et al, 2010; Department of Health UK, 2007).

Dependência de opiáceos

A abstinência de opiáceos pode ser muito desconfortável, mas raramente acarreta risco de vida. Os pacientes referem habitualmente dor músculo-esquelética, insónia, náusea ou vômitos, arrepios, calafrios, sudorese, rinorreia, bocejos e lacrimejo. Os sintomas de abstinência podem ser aliviados por:

- Redução gradual da dose de metadona
- Buprenorfina
- Clonidina e lofexifidine
- Tratamento sintomático
- Acupuntura

Quando o paciente não está pronto para a abstinência completa de opiáceos, o tratamento de manutenção com metadona pode ser sugerido como tratamento de substituição (embora tal não seja aceite ou legal em alguns países). A manutenção com metadona ajuda a aliviar sintomas de abstinência, elimina o *craving* e bloqueia os efeitos euforizantes dos opiáceos ilícitos. A manutenção com metadona também ajuda a reduzir a transmissão de infeções associada à injeção intravenosa, como hepatites e HIV, porque ajuda a reduzir a toma de substâncias por via intravenosa, a partilha de agulhas e comportamento sexual de risco (por exemplo, múltiplos parceiros ou a prática de relações sexuais por drogas ou dinheiro) em indivíduos dependentes de heroína (Gossop et al, 2002; Gowing et al, 2011; Sorensen & Copeland, 2000). É o tratamento de primeira linha para grávidas adolescentes com abuso de heroína.

Apesar de existir evidência abundante sobre a sua utilidade na redução do dano da dependência de opiáceos, existe controvérsia sobre o tratamento de manutenção com metadona em muitos países. Tal deve-se ao facto de a metadona ser vista como um opiáceo legalmente disponível. Além disso, não é raro constatar que alguns pacientes a fazer tratamento de manutenção com metadona também consomem heroína.

A *buprenorfina* é um agonista opioide parcial pelo menos tão eficaz como a metadona como agente de substituição na redução do uso ilícito de opiáceos e na retenção de pacientes em tratamento (Johnson et al, 2000). Quando comparada com



Clique na imagem para aceder a um website sobre anfetaminas criado pela Turning Point Alcohol and Drug Centre in Melbourne (Australia). O website contém informação de autoajuda e opções de tratamento para utilizadores de metanfetamina e informação útil para famílias e profissionais de saúde.

metadona, a buprenorfina é segura – tem menos risco de overdose – e é bem tolerada. São reportados menos sintomas de abstinência na sua desintoxicação. Uma combinação de buprenorfina com naloxona (Suboxone®) substituiu a preparação previamente existente (Subutex®) para impedir que a buprenorfina seja usada por via intravenosa. O Suboxone® está disponível como comprimido ou filme sublingual. Ambos devem ser usados uma vez por dia. O filme tem um sabor mais agradável e demora menos tempo a dissolver do que o comprimido sublingual.

A *naltrexona* é um antagonista opioide oral de longa-ação que bloqueia ou reduz os efeitos dos opiáceos, incluindo a euforia. A naltrexona é bem tolerada na dose habitual, tornando-se aversiva apenas ao precipitar sintomas de abstinência em pessoas que consomem opiáceos. Pode ter um papel na prevenção de recaída de consumo de opiáceos após a abstinência (Marsch et al, 2005), embora seja usada mais frequentemente no tratamento do alcoolismo. Medicamentos que contenham opioides (por exemplo, antitússicos e analgésicos) devem ser evitados quando um paciente toma naltrexona. Devido ao risco de hepatotoxicidade, é recomendada a realização de testes de função hepática basal e a sua monitorização regular.

Abuso de inalantes

Não existe medicação disponível especificamente para a desintoxicação de inalantes. Na intoxicação aguda, o paciente deve ser avaliado e tratado sintomaticamente. A hidratação e o estado cardiorrespiratório devem ser monitorizados intensivamente. É necessário um ambiente calmo. Fármacos antiarrítmicos ou betabloqueadores podem ser necessários para estabilizar o miocárdio; devem ser evitados simpaticomiméticos ou broncodilatadores. As comorbilidades psiquiátricas devem também ser tratadas (Williams et al, 2007; Baydala 2010).

PREVENÇÃO

O abuso de substâncias em adolescentes é o resultado da interação entre fatores de risco e fatores protetores no indivíduo, na família, no grupo de amigos e na comunidade escolar e local. Os objetivos da prevenção são de reduzir ou atrasar o início do consumo de drogas, atrasar a progressão da experimentação para o consumo problemático e minimizar complicações.

Prevenção universal

As atividades de prevenção universal podem ter como alvo a população geral ou a população escolar. O conteúdo é sobretudo focado na transmissão de informação, informação sobre as últimas tendências no consumo de drogas, possíveis complicações e formas de lidar com elas. Esta informação é transmitida ao público geral pelos média e por palestras com o objetivo de aumentar o conhecimento do público sobre temas relacionados com drogas. O treino de competências pessoais e sociais, conselhos sobre a elaboração de currículos para melhorar o conhecimento de temas relacionados com o consumo de drogas, e competências parentais são alguns aspetos que podem ser endereçados através de atividades em contexto escolar. Foi demonstrado que programas em contexto



Clique na imagem para aceder à Australian National Inhalants Information Service, que dispõe de informação sobre o abuso de inalantes.



Clique na imagem para ver um excerto do filme "Samson and Delilah" sobre a inalação de gasolina e os seus efeitos em aborígenes Australianos. O mundo de Samson e Delilah é pequeno – uma comunidade isolada no deserto da Austrália Central. Quando uma tragédia ocorre, eles fogem de casa e embarcam numa viagem de sobrevivência. Perdidos, indesejados e sozinhos, descobrem que a vida nem sempre é justa, mas que o amor não faz julgamentos (14:56)

escolar com o objetivo de melhorar competências sociais são eficazes na redução do consumo de drogas (Faggiano et al, 2005), mas não tão bem-sucedidos na redução do consumo de tabaco e do abuso de álcool (Thomas & Perera, 2006).

O ensaio “*European Drug Addiction Prevention*” é um dos maiores programas em contexto escolar, envolvendo 170 escolas (7079 alunos entre os 12 e 14 anos de idade) em sete países europeus. Este programa consiste num currículo de 12 horas com uma abordagem de influência social e com uma ênfase especial na correção das crenças dos alunos sobre drogas e consumo de drogas. Foram demonstrados efeitos positivos e persistentes ao longo de 18 meses relativos ao consumo de álcool e canábis (Faggiano et al, 2010).

Prevenção indicada e prevenção seletiva

A prevenção indicada e a prevenção seletiva focam a atenção nos indivíduos com maior risco de consumo de drogas. Os jovens vulneráveis e as suas famílias são sinalizados por professores ou por assistentes sociais para aprofundamento de treino de competências, por exemplo, controlo de impulsos e treino de competências de *coping* para os jovens e treino de competências parentais para os pais. O “*Project Towards No Drug Abuse (Project TND)*” é financiado pelo *National Institute on Drug Abuse* e destina-se a adolescentes entre os 14 e os 19 anos de idade em percursos escolares normais ou especiais. O “Project TND” tem como objetivo prevenir o consumo de tabaco, álcool e outras drogas e ajudar os alunos a tomar decisões saudáveis e informadas. Consiste em doze sessões de 40 a 50 minutos e aborda as seguintes áreas:

1. Fatores de motivação:
 - Abordar as atitudes, crenças, expectativas e desejos dos alunos em relação ao consumo de drogas
 - Abordar perceções erradas e mitos sobre o consumo de drogas
2. Habilidades (sociais, de autocontrolo e de *coping*):
 - Proporcionar aos alunos mecanismos mais saudáveis de *coping* e técnicas de comunicação e autocontrolo de forma a que não recorram ao consumo de substâncias.
3. Tomada de decisões:
 - Como tomar decisões.
 - Comprometer-se a não consumir drogas e a dar seguimento às conversas iniciadas no Project TND com os seus colegas.

Sussman e colegas (2004) demonstraram que o Project TND reduz o consumo de substâncias entre adolescentes tanto no curto como no longo prazo (1 ano). Além disso, demonstraram também que o Project TND foi eficaz entre jovens de baixo e de alto risco em percursos escolares normais e especiais. No entanto, o estigma e os critérios de seleção para grupos de “alto risco” podem ter impacto nos resultados.



Clique na imagem para ver um excerto sobre se os pais devem falar o seu consumo de drogas com os filhos (4:15)

REFERÊNCIAS

- Agboola S, McNeill A, Coleman T et al (2010). A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*, 105:1362-1380.
- Alia-Klein N, Parvaz MA, Woicik PA (2011). Gene x disease interaction on orbitofrontal gray matter in cocaine addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68:283-294.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong TD, Costello EJ (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70:1224-1239.
- Babor TF (2011). Substance, not semantics, is the issue: comments on the proposed addiction criteria for DSM-V. *Addiction*, 106:870-872.
- Baer JS, Sampson PD, Barr HM et al (2003). *Archives of General Psychiatry*, 60:377-385.
- Baker A, Boggs TG, Lewin TJ (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96:1279-1287.
- Baker A, Lee NK, Claire M et al (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100:367-378.
- Baydala L (2010). Inhalant abuse. *Paediatrics & Child Health*,; 15(7):443-448.
- Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K et al (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77:49-59.
- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V et al (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:609-621.
- Carroll KM (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4:46-54.
- Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ (1995). Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183:251-259.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17:229-247.
- Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C et al (2010). Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD007380. DOI: 10.1002/14651858.CD007380.pub3.
- Chen K, Kandel DB (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85:41-47.
- Chi FW, Kaskutas LA, Sterling S et al (2009). Twelve-step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: social support and religious service attendance as potential mediators. *Addiction*, 104: 927-939.
- Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A et al (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155:1611-1613.
- Day NL, Goldschmidt L, Thomas CA (2006). Prenatal marijuana exposure contributes to the prediction of marijuana use at age 14. *Addiction*, 101:1313-1322.
- Delaney-Black V, CHiodo LM, Hannigan JH et al (2011). *Neurotoxicology & Teratology*, 33:110-119.
- Department of Health, UK (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G et al (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU- Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108:56-64.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2) doi:10.1002/14651858, Art. No.: CD003020.pub2.
- Fergusson D, Woodward L (2000). Educational, psychosocial and early sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:779-792.

- Fiorentine R (1999). After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 25:93-116.
- Fuller E (ed) (2011). *Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2010. Health and Social Care Information Centre, Lifestyles Statistics.*
- Goldstein BI (2009). Managing adolescents with comorbid depression and substance abuse. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gossop M (2003). *Drug Addiction and Its Treatment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D et al (2002). Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*, 14:77-93.
- Gowing L, Farrell MF, Bornemann R et al (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004145.
- Griensven FV, Supawitkul S, Kilmarx PH et al (2001). Rapid assessment of sexual behavior, drug use, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted diseases in Northern Thai youth using audio- computer-assisted self-interviewing and noninvasive specimen collection. *Pediatrics*,; 108;1:e13.
- Haggerty KP, Skinner ML, MacKenzie EP et al (2007). A randomized trial of Parents Who Care: effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prevention Science*, 8:249-260.
- Heilig M (2011). A welcome change that stops short of being fully satisfying. *Addiction*, 106:874-875.
- Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE et al (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78:885-897.
- Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC et al (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343:1290-1297.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG et al (2011). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2010: Volume I, Secondary School Students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA et al (2002). Validity of CRAFFT substance abuse screening tests among adolescent clinic patients. *Archives in Paediatric & Adolescent Medicine*, 156:607-614.
- Knight JR Shrier, LA, Bravender TD et al (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*,;153:591-596.
- Liddle HA (2002). *Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA et al (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Family based versus group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36:49-63.
- Macgowan MJ, Engle B (2010). Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:527-545.
- Magill M, Ray LA (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70:516-527.
- Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ et al (2005). Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents. A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 62:1157-1164.
- Marlatt GA, Gordon JR (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martino S, Grilo CM, Fehon DC (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviours*, 25:57-70.
- Meyer RE (2011). A commentary on 'addiction and dependence in DSM-V'. *Addiction*, 106:873-874.
- Miller WR, Rollnick S (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Narcotics Division of Security Bureau, Hong Kong (2011). *The 2008/09 Survey of Drug Use among Students*. The Government of Hong Kong SAR.
- O'Brien C (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106:866-867.

- Poznyak V, Reed GM, Clark N (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-V. *Addiction*, 106:868-870.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M Hersen, P M Miller, R Eisler (eds), *Progress in Behavior Modification Vol 28*. New York: Wadsworth Publishing, pp184- 218.
- Rhee SH, Hewitt JK, Young SE et al(2003). *Archives of General Psychiatry*, 60:1256-1264.
- Rollnick S, Miller WR (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23:325-335.
- Rowe CL (2010). Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:563-576.
- Rowe CL, Parker-Sloat B, Schwartz S et al (2003). Family therapy for early adolescent substance abuse. In Stevens S, Morral A (eds), *Adolescent Drug Treatment: Theory and Implementation in Eleven National Projects*. Binghamton, NY: Haworth Press, pp105-132.
- Saunders B, Wilkinson C, Philips M (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90:415-424.
- Shoptaw SJ, KaoU,Heinzerling K et al (2009). Treatment for amphetamine withdrawal. *CochraneDatabase of Systematic Reviews*, CD003021. DOI: 10.1002/14651858. CD003021. pub2.
- Sorensen JL, Copeland AL (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug & Alcohol Dependence*, 59:17-31.
- Subramaniam M, Cheok C, Verma S et al (2010). Validity of a brief screening instrument - CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addictive Behaviors*, 35:1102-1104.
- Sussman S, Earleywine M, Wills T et al (2004). The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance Use & Misuse*, 39:1971-2016.
- Thomas R, Perera R (2006). School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi:10.1002/14651858, Art. No.:CD001293.
- White V, Smith G (2009). *Tobacco, Alcohol, Over-the-Counter and Illicit Substance Use among Australian Secondary School Students 2008*. Canberra: Australian Government Department of Health and Aging.
- Williams JF, Storck M et al (2007). Inhalant Abuse. *Pediatrics*, 119:1009-1017.
- Willner P (2000). Further validation and development of a screening instrument for the assessment of substance misuse in adolescents. *Addiction*, 95:1691-1698.
- Winters KC, Martin CS, Chung T (2011). Substance use disorders in DSM-V when applied to adolescents. *Addiction*, 106:882-883.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
-

APÊNDICE G.3.1

CRAFFT

C	Já andou num CARRO conduzido por alguém (incluindo o próprio) que estivesse "pedrado" ou que tivesse consumido álcool ou drogas?
R	Já consumiu álcool ou drogas para RELAXAR, se sentir melhor consigo mesmo, ou se integrar?
A	Já consumiu álcool ou drogas enquanto está sozinho (ALONE)?
F	Alguma vez esqueceu (FORGET) as coisas que fez enquanto consumia álcool ou drogas?
F	A sua FAMÍLIA ou amigos (FRIENDS) alguma vez disse que devia reduzir o consumo de álcool ou drogas?
T	Já se envolveu em problemas (TROUBLE) enquanto consumia álcool ou drogas?

Fonte: Knight JR, Sherritt L, Shrier LA et al (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156:607-614.