

EFAD SUPERA

Modalidades de
tratamento e
encaminhamento

6

SUPERA



Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 6
Modalidades de tratamento e encaminhamento

11ª Edição

Brasília
MJC
2017

O curso **SUPERA** (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) foi idealizado e coordenado por Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e executado por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

© 2017 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) | Departamento de Psicobiologia e Departamento de Informática em Saúde – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) | Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP)

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas SENAD
Diretor de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Universidade Federal de São Paulo

Soraya Soubhi Smaili (Reitora)
Nelson Sass (Vice-Reitor)

Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp)

Jane Zveiter de Moraes (Presidente)

INFORMAÇÕES

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Espanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 – Brasília/DF. CEP 70604-000 www.senad.gov.br

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia. Rua Napoleão de Barros, 1038 – Vila Clementino/SP. CEP 04024-003

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: <<http://www.supera.senad.gov.br/>>

EQUIPE EDITORIAL

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Coordenação Geral

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni –
Coordenadora Geral
Ana Regina Noto Faria – Vice-Coordenadora
José Carlos Fernandes Galduroz - Vice-Coordenador

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica – SENAD

Diretoria de articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas
Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social - SENAD

Equipe Técnica – FapUnifesp e AFIP

Keith Machado Soares
Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Fabício Landi de Moraes

Equipe de Apoio TI (FapUnifesp)

Fabio Landi, Thiago Kadooka

Projeto Gráfico Original

Silvia Cabral

Diagramação e Design

Marcia Omori

Revisão Ortográfica e Gramatical

Emine Kizahy Barakat

LINHA DIRETA SUPERA

0800 771 3787

<https://www.supera.senad.gov.br/contato/>

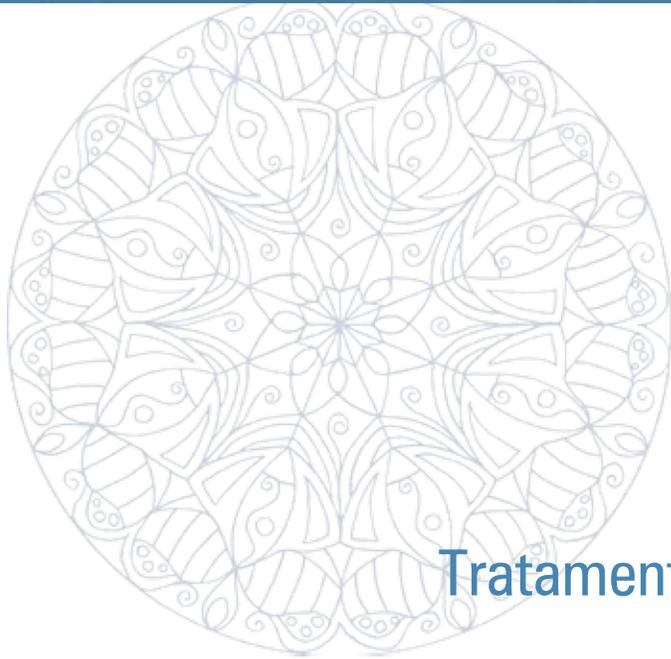
Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

144 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

M689

ISBN 978-85-5506-036-6

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle
I. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira II. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza
III. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas IV. Série.



Capítulo 6

Tratamento de comorbidades associadas à dependência de drogas

TÓPICOS

- ✓ Comorbidade
- ✓ Epidemiologia
- ✓ Uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais
 - ✓ Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
 - ✓ Diagnóstico
 - ✓ Tratamento
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Nota dos Organizadores:

Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Comorbidade

Comorbidade pode ser definida como a co-ocorrência de duas ou mais enfermidades ou transtornos, em uma mesma pessoa, num determinado período de tempo (ou por tempo indeterminado).

A manifestação de transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de drogas e de outros transtornos psiquiátricos, vem sendo bastante estudada desde os anos 80. Pode-se dizer que o abuso de substâncias psicoativas é o transtorno coexistente mais frequente entre os portadores de transtornos mentais, sendo fundamental o correto diagnóstico das doenças envolvidas.

Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão e a bipolaridade, os transtornos de ansiedade, os transtornos de conduta, o déficit de atenção e hiperatividade e a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos da personalidade também estão relacionados com o abuso de substâncias psicoativas.

Muitas vezes, a comorbidade é subestimada e subdiagnosticada, fazendo com que os sintomas referentes a um outro transtorno mental sejam atribuídos ao uso agudo ou à síndrome de abstinência de uma determinada substância. O contrário também é observado: sintomas de intoxicação ou abstinência são tomados como sintomas de outras patologias psiquiátricas.

Epidemiologia

Muitos pacientes apresentam múltiplos transtornos psiquiátricos, usam mais de uma substância psicoativa e apresentam doenças clínicas associadas.

Estudos epidemiológicos brasileiros e internacionais têm mostrado que usuários de substâncias psicoativas têm uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos como comorbidade. Cerca de 30 a 60% dos usuários de cocaína sofrem de um transtorno psiquiátrico, além do abuso da substância psicoativa. É consenso geral que o diagnóstico de comorbidade psiquiátrica em dependentes químicos está associado com um curso mais grave de transtornos do eixo I pelo DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria), o que dificulta mais ainda o tratamento da dependência química.

Um estudo que utilizou a Escala de Entrevista Diagnóstica do DSM-IV em 313 usuários de crack que não estavam em tratamento detectou que 37,7% também tinham um diagnóstico de dependência do álcool, 24% também tinham diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial, 17,8% de depressão, 12,1% de dependência de maconha e 11,8% também tinham o diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, concomitantemente à dependência do crack. A taxa de abstinência após seis meses de *follow-up* nesses pacientes foi de 19,9%.

Um estudo brasileiro encontrou uma alta prevalência de sintomas psiquiátricos em usuários de cocaína, com taxas que oscilaram entre 27,4% a 53,4%. Esses achados sugerem que sintomas psiquiátricos devem ser devidamente avaliados para que o tratamento desses pacientes possa ser melhor planejado. Pesquisas do *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) mostraram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com abuso ou dependência de álcool ou outras drogas apresenta também algum diagnóstico psiquiátrico: 26% apresentam transtornos do humor, 28%, transtorno de ansiedade, 18%, transtorno de personalidade antissocial e 7%, esquizofrenia. A presença de depressão maior entre dependentes químicos varia de 30% a 50%.

Uso de drogas em indivíduos com transtornos mentais

ANSIEDADE

Em pacientes ansiosos, os ataques de pânico e as fobias costumam estar associados ao aumento da gravidade do alcoolismo. O abuso e dependência de álcool são mais frequentes em homens com pânico e agorafobia, que usam o álcool para controlar os sintomas de ansiedade. Em estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool. O álcool é a substância mais utilizada para diminuir sintomas de ansiedade.

Existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos usem o álcool como uma forma de automedicação, o que acaba por agravar ainda mais o transtorno ansioso, uma vez que tanto pelo julgamento pobre quanto pela impulsividade associados com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ocorre um maior risco de dependência.

Portanto, transtornos ansiosos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias psicoativas, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação crônica por essas substâncias.

A prevalência do tabagismo em transtornos ansiosos é de 47%. O cigarro também acaba sendo usado para aliviar a ansiedade provocada por sintomas de abstinência da própria nicotina.

Indivíduos ansiosos utilizam a maconha para produzir relaxamento, podendo causar consequente síndrome de dependência dessa substância, além de desencadear crises de pânico em indivíduos com maior vulnerabilidade.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

A ocorrência de comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e transtorno de conduta, que apresenta elevada incidência entre adolescentes dependentes químicos, é maior entre adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino. Adultos com TDAH têm maiores chances de apresentarem transtornos do uso de substâncias psicoativas: aproximadamente 33% dos adultos com TDAH apresentam antecedentes de abuso ou dependência de álcool, e 20% deles têm história de abuso ou dependência de outras substâncias psicoativas. O uso de álcool é o mais frequente entre adultos com TDAH, seguido pela maconha, estimulantes e cocaína.

TRANSTORNO DEPRESSIVO

Diversos trabalhos demonstram que a presença de depressão entre usuários de álcool e outras drogas é mais comum em mulheres do que em homens. Entre as mulheres com abuso de álcool e outras drogas, 19% tiveram depressão em algum momento na vida, enquanto que na população geral de mulheres essa prevalência é de 7%. Nos homens com uso de álcool e outras drogas, 78% apresentaram primeiro o abuso do uso de álcool e outras drogas e depois depressão; entre as mulheres com abuso do uso de álcool e outras drogas, 66% apresentaram primeiro a depressão.

Em um estudo com 298 abusadores de cocaína que buscaram tratamento, 30,5% tiveram pelo menos um episódio de depressão maior na vida. Outro estudo americano com 430

usuários de crack, que não estavam em tratamento psiquiátrico, observou que 80% deles apresentavam algum grau de depressão e 55% tinham diagnóstico de depressão maior, moderada ou grave. Segundo esse estudo, a associação entre o consumo de crack e a presença de problemas médicos, legais, familiares/sociais ou relacionados ao consumo de álcool aumenta a vulnerabilidade para depressão. O risco de desenvolvimento da depressão está diretamente relacionado à intensidade do consumo do crack. Um aumento do risco de ideação suicida ou tentativa de suicídio também foi observado em usuários de crack. Praticamente todos os usuários de crack que consomem álcool e estão infectados pelo HIV desenvolvem depressão.

Indivíduos com transtorno depressivo maior associado com dependência de álcool e drogas têm um risco maior de suicídio.

Estudos têm mostrado uma importante relação entre tabagismo e depressão; talvez ambos tenham um fator comum com provável determinação genética. Estudos demonstram que indivíduos portadores de depressão moderada fazem mais uso de tabaco do que indivíduos com depressão grave. Sintomas depressivos também são comuns durante episódios de abstinência do tabaco, principalmente em pacientes com história prévia de depressão.

TRANSTORNO BIPOLAR

Pacientes com transtorno bipolar têm altos índices de uso de substâncias, com uma prevalência durante a vida de cerca de 50% a 60%. Um estudo com 112 pessoas que apresentaram pela primeira vez um episódio de mania ou de quadro misto de bipolaridade comparou resultados entre pacientes com dependência de maconha. Os que eram dependentes de maconha passavam mais tempo em mania e os dependentes de álcool, mais tempo em depressão do que os pacientes que não eram dependentes de substâncias.

Hendrick e colaboradores (2000) também encontraram diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas, em amostra clínica composta por 131 bipolares (63 mulheres e 68 homens). Nesse estudo retrospectivo, os autores descreveram que homens com transtorno bipolar apresentavam comorbidade com abuso/dependência de substâncias psicoativas mais frequentemente do que mulheres com transtorno bipolar, sendo que estas, por sua vez, apresentavam problemas relacionados ao uso de álcool e de substâncias psicoativas com maior frequência do que as mulheres da comunidade em geral (com frequências 4 e 7 vezes maiores, respectivamente).

Em um estudo com 298 abusadores de cocaína que buscaram tratamento, 11,1% tiveram pelo menos um episódio de mania ou hipomania na vida.

TRANSTORNO DE CONDUTA

Uma revisão de estudos comunitários sobre o uso de álcool e outras drogas e comorbidade psiquiátrica revelou que 60% dos jovens usuários de álcool e outras drogas tinham uma comorbidade, sendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição os mais comuns, seguidos pela depressão.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

Estudos indicam que grande parte dos indivíduos que apresentam dependência de álcool também possuem algum transtorno da personalidade. Abusos de uma ou mais substâncias psicoativas foram relatados por 76% dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e por 95% dos pacientes com Transtorno da Personalidade Antissocial (TPAS) em adultos jovens internados em um serviço psiquiátrico em Hospital Geral.

Os Transtornos de Personalidade Antissocial e Borderline estão entre os mais frequentemente associados ao consumo de crack (50% a 90%), seguidos pelos transtornos afetivos (depressão, transtorno bipolar e distímia, 20% a 60%) e pelos transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtorno delirante e transtornos esquizofreniformes, 20%). De 10% a 50% dos dependentes de crack apresentam mais de um transtorno mental simultâneo, além da dependência e do uso nocivo de substâncias psicoativas. Quanto maior a gravidade do transtorno de personalidade em dependentes de crack, piores são o prognóstico e a adesão ao tratamento.

Estudos têm mostrado que dependentes de crack apresentam maior envolvimento em atividades ilegais, provavelmente devido ao seu estilo de vida ou devido ao consumo do crack em si, ou talvez pelo uso concomitante de múltiplas substâncias psicoativas ou pela maior prevalência de comorbidades psiquiátricas associadas.

Um estudo brasileiro com 350 pacientes que estavam internados para tratamento do uso de drogas mostrou que usuários de crack apresentavam altos níveis de violência e envolvimento com tráfico de drogas. O mesmo estudo mostrou uma alta frequência de envolvimento criminal (prisões) na história pregressa desses pacientes. Outros estudos também investigaram a relação existente entre usuários de crack e envolvimento criminal, e evidências sugerem uma associação entre história pregressa de envolvimento criminal com altos níveis de ansiedade, depressão e *craving* (fissura).

ESQUIZOFRENIA

O consumo de substâncias psicoativas é a comorbidade mais comum em pacientes que sofrem de esquizofrenia, o que implica em internações mais frequentes e por períodos mais longos, maiores taxas de recaída e de baixa adesão ao tratamento, maiores riscos de violência, desemprego, infecção por HIV e suicídio.

O tabaco é a substância lícita mais utilizada por pacientes portadores de esquizofrenia. Estima-se que 80% dessa população faça uso de cigarro, o que representa um índice três vezes maior do que o da população geral. Muitos desses pacientes acabam morrendo de consequências clínicas decorrentes da dependência do tabaco, como enfisema pulmonar, câncer de pulmão ou problemas cardiovasculares.

A maconha é a droga ilícita mais utilizada por essa população, além de também estar relacionada ao desenvolvimento da própria esquizofrenia em usuários saudáveis. As chances de usuários de maconha virem a ter esquizofrenia são 2,8 vezes maior, especialmente naqueles com maiores vulnerabilidades. Estudos relatam que 42% dos esquizofrênicos fizeram uso de maconha na vida e que cerca de 23% fazem uso atual.

Recentemente, um estudo conduzido por pesquisadores da área da saúde demonstrou um aumento da chance de os indivíduos desenvolverem esquizofrenia após o uso crônico de maconha, por exemplo.

TRANSTORNO ALIMENTAR

Em estudos de prevalência, com amostras clínicas de mulheres portadoras de algum tipo de transtorno alimentar, a associação com abuso ou dependência de álcool, presente ou passado, variou de 12% a 39%, com uma média de 26%. A associação entre bulimia e comportamentos bulímicos e quadros de dependência é mais forte do que em relação à anorexia. A porcentagem de bulímicas que relataram abuso ou dependência de álcool variou de 2,9% a 48,6%, com uma média de 22,9%. Em um estudo realizado na Universidade de São Paulo, por Negrão e Cordás (1996), 37,5% das pacientes que procuravam o ambulatório de transtornos alimentares faziam abuso de anfetaminas.

Em 2005, um estudo mostrou que no Brasil cerca de 33% dos pacientes usuários de substâncias psicoativas apresentaram transtorno alimentar clínico e, 21%, subclínico. A compulsão alimentar periódica, também conhecida como comer compulsivo (*binge eating*), foi o transtorno alimentar mais prevalente, sendo que 63% das pacientes eram dependentes de álcool e 36% de outras drogas.

ALCOOLISMO E TABAGISMO

Pesquisas demonstram que a maioria dos pacientes alcoolistas e tabagistas (consumidores de ambas as substâncias) morre de causas relacionadas ao tabagismo, o que revela a importância do tratamento dessa comorbidade. Inúmeros estudos comprovam a associação de depressão maior com tabagismo, com taxas de prevalência entre 35% e 41%.

RELEVÂNCIA CLÍNICA



A existência de dois transtornos mentais concomitantes acarreta outros prejuízos, como:

- ✓ Piora dos sintomas psiquiátricos, dos déficits na cognição e nas funções interpessoais, afetivas e biológicas, dificultando o tratamento de cada um deles;
- ✓ Habituais usos de serviços de emergência, aumento da vulnerabilidade a explorações sociais e abusos (físicos e sexuais), menor adesão à medicação, aumento dos custos do tratamento, agressividade e risco maior de suicídio;
- ✓ Piora dos indicadores sociais, como trabalho e vida em família;
- ✓ Maior contato com o sistema criminal.

A incidência de comorbidade com transtornos mentais graves parece estar aumentando. Tal fenômeno tem sido atribuído a uma maior disponibilidade de álcool e outras drogas na população em geral. Alguns autores sugerem que é importante diferenciar pacientes com transtornos mentais graves, que abusam de drogas psicoativas, daqueles que apresentam quadros de dependência dessas drogas, uma vez que parece ser bastante diferente a evolução desses indivíduos. Parece haver uma tendência maior ao abandono do uso de álcool e outras drogas entre os pacientes que somente abusam delas do que naqueles que apresentam quadros de dependência. Isso é observado, mesmo apesar das evidências de que a prevalência de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas não é muito variável em uma população geral de pacientes.

Diagnóstico

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode aumentar ou mascarar o outro; intoxicação por abuso de álcool ou estimulantes, por exemplo, pode produzir sintomas de mania ou hipomania, enquanto abstinência de substâncias, com frequência, manifesta-se com sintomas de disforia e depressão. Não é fácil, no início, estabelecer diferenças entre a presença de comorbidade psiquiátrica e abuso de substâncias psicoativas.

Por outro lado, também ainda não é claro o efeito dessas substâncias na apresentação dos sintomas em pacientes com transtornos mentais graves, não sendo possível estabelecer a real influência das drogas psicoativas sobre a psicopatologia: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos. Aspectos envolvendo gênero, etnia e *status* socioeconômico também não devem ser esquecidos.

Muitos autores concordam que tais fatores podem levar “a pistas” de situações ambientais traumáticas ou dificuldades variadas que influenciam o desenvolvimento e/ou o agravamento tanto das questões relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas quanto das relacionadas à comorbidade psiquiátrica. Em razão do elevado índice de comorbidade com o uso de álcool e outras drogas entre mulheres que apresentam diagnóstico psiquiátrico em relação aos homens, uma atenção especial deve ser dada para o acesso ao uso de álcool e outras drogas para o sexo feminino.

Médicos, psiquiatras e profissionais da saúde tendem a não detectar o abuso de substâncias psicoativas em pacientes com doença psiquiátrica grave, como esquizofrenia e depressão. Além disso, no sentido oposto, em programas de tratamento para abuso de substâncias foi encontrado que metade dos pacientes que apresentavam comorbidade psiquiátrica nunca havia recebido tratamento para esse problema. O tempo necessário de abstinência de álcool ou outras drogas para se firmar o diagnóstico do transtorno primário ainda não foi definido na literatura médica, podendo variar de semanas a meses.

O correto diagnóstico por meio das entrevistas iniciais ou da observação da evolução clínica pode facilitar a abordagem terapêutica e as estratégias de Prevenção de Recaída.



O que investigar?

- ✓ História dos sintomas psiquiátricos;
- ✓ Tratamentos anteriores (hospitalizações, terapias, medicações);
- ✓ Ideações suicidas ou atos de violência;
- ✓ História do uso de álcool e outras drogas (tabaco);
- ✓ Avaliação com a família.

Elementos do Diagnóstico Diferencial:

- ✓ Identificar as queixas isoladas e as síndromes incompletas;
- ✓ Observar a sequência do aparecimento dos transtornos;
- ✓ Valorizar a história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico;
- ✓ Avaliar a ocorrência dos sintomas psiquiátricos durante períodos de remissão do transtorno de uso de substâncias psicoativas;
- ✓ A melhora rápida pós-desintoxicação sugere que o transtorno tenha sido causado por álcool e outras drogas;
- ✓ Utilizar questionários padronizados (Instrumentos de Pesquisa);
- ✓ Revisão de prontuário;
- ✓ Exame físico;
- ✓ Realizar exames laboratoriais, de urina e etilômetro.

Tratamento

Tratamento integrado e organização de serviço: vários sintomas atribuídos a uma comorbidade são muitas vezes sintomas associados ao período de intoxicação ou de abstinência de uma ou mais substâncias psicoativas.

Osher e Kofoed (1989) propuseram abordagem integrada para pacientes comórbidos, que inclui os seguintes fatores:

- ✓ Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento;
- ✓ Convicção acerca da relação entre abuso de substâncias psicoativas e transtorno psiquiátrico;
- ✓ Tratamento concomitante dos dois distúrbios para aliviar qualquer conflito entre as duas modalidades de tratamento.

Outros autores também sugerem que o tratamento integrado de pacientes com comorbidade psiquiátrica tem melhor resultado do que o tratamento sequencial ou o paralelo, com uma abordagem abrangente, incluindo maneiras para “lidar” com a crise aguda, por equipe multidisciplinar e por terapeuta individual, aguardando a desintoxicação com abstinência por, no mínimo, duas semanas. A pior evolução dos pacientes dependentes de drogas que apresentam comorbidade psiquiátrica pode ser atribuída, em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência em um serviço e o transtorno psiquiátrico associado em outro.

Serviços voltados ao atendimento de pacientes dependentes têm pouca segurança e experiência em trabalhar com pacientes psicóticos, pacientes bipolares ou com graves transtornos de personalidade, e acreditam que seu tratamento está além de suas possibilidades.

Por essa razão, existem propostas para programas específicos que permitem às equipes de saúde mental desenvolver formas efetivas de lidar com tais pacientes, visando conscientizá-los da necessidade de se tornarem abstinentes, melhorar sua adesão ao tratamento e reorganizar suas redes sociais. Alguns autores enfatizam a necessidade de incluir também no tratamento, além dos itens aqui citados, programas psicoeducacionais (exemplo: orientação ou aconselhamento) para atendimento familiar.

Pacientes com dependência química necessitam de maiores esforços por parte do terapeuta para estabelecer uma aliança capaz de promover mudanças em seu comportamento e aumentar as possibilidades de aderência à terapia proposta. As psicoterapias têm se mostrado atualmente consistentes, quando avaliadas em pesquisas clínicas para o uso de álcool e outras drogas e transtornos de ansiedade e do humor, tanto depressivo quanto bipolar, além de fortalecer a aliança terapêutica nos portadores de demais transtornos.

Essa aliança tem importância especial para os portadores de transtorno da personalidade, que apresentam dificuldades para mudanças de estágio motivacional, redução da adesão e altas taxas de abandono de tratamento.

Vários tipos de intervenção são propostos, entre eles tem sido dada preferência à terapia cognitivo-comportamental (TCC) e outras modalidades relacionadas, na forma de Prevenção de Recaída, tanto individual como em grupo.

Em relação ao tratamento farmacológico, a regra geral é aguardar o período de desintoxicação para iniciar o tratamento da comorbidade. Considerações específicas na escolha do agente farmacológico para o uso em pacientes com dependência de substâncias incluem: segurança, toxicidade e potencial de abuso.

Obviamente, se um paciente está em crise psicótica, agressivo ou suicida, a intervenção imediata específica deve ser realizada, ainda que se considere o transtorno afetivo relacionado à dependência química (ou seja, farmacoterapia, proteção ambiental, orientação familiar, psicoterapia de apoio).

Os seguintes itens devem ser considerados, centrados em estratégias de manejo biopsicossocial:

- ✓ Considerar a combinação específica da comorbidade e o estágio de motivação, ao escolher o melhor método de tratamento;
- ✓ Considerar o uso de farmacoterapia para o tratamento do transtorno psiquiátrico, desintoxicação e fase inicial de recuperação e Prevenção de Recaída;
- ✓ Usar técnicas psicossociais para aumentar a motivação, auxiliar na resolução de problemas ambientais e em maneiras de lidar com situações difíceis;
- ✓ Fornecer apoio familiar e informação sobre tratamento adicional de apoio, como grupos baseados nos 12 passos de Alcoólicos Anônimos e outros grupos de autoajuda;
- ✓ Apoio psiquiátrico para o controle de sintomas psicóticos, maníacos e depressivos, com ou sem risco de suicídio.

Atividades

REFLEXÃO

Por que é importante investigarmos a existência de comorbidades psiquiátricas em dependentes de substâncias psicoativas?

TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. Em se tratando de comorbidades entre dependência química e outra doença psiquiátrica, é CORRETO dizer que:**
 - a) Profissionais da área da saúde tendem a detectar o abuso de substâncias psicoativas em pacientes com doença mental grave.
 - b) Como são duas doenças diferentes, é fácil tratar cada uma delas.
 - c) O diagnóstico diferencial é difícil, pois há uma superposição de sintomas.
 - d) O tratamento paralelo de cada uma das doenças tem um melhor resultado.
- 2. Com relação ao consumo de crack, pode-se dizer que:**
 - a) O uso concomitante de álcool, por ser uma substância depressora do Sistema Nervoso Central, acalma os dependentes de crack e não causa problemas mais graves.
 - b) O crack, por se tratar de uma substância estimulante do Sistema Nervoso Central, não costuma causar depressão.
 - c) Usuários de crack, com certa frequência, são pessoas com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial e Borderline.
 - d) O uso do crack não pode desencadear episódios de mania ou hipomania em pacientes bipolares, somente o uso de cocaína.

3. A presença de comorbidades em usuários de substâncias psicoativas pode ocasionar vários problemas sociais e de saúde, como:

- a) Aumento do uso de serviços de saúde.
- b) Piora da adesão ao tratamento.
- c) Mais problemas profissionais e familiares.
- d) Todas as alternativas estão corretas.

4. Assinale V (verdadeiro) ou F (falso):

- () A dependência química mais prevalente em pacientes portadores de esquizofrenia é o tabagismo.
- () Os Transtornos de Personalidade Antissocial e Borderline são os mais frequentes em dependentes de crack.
- () Nos transtornos alimentares, é comum o abuso ou dependência de álcool e anfetaminas.
- () Pacientes portadores de transtorno bipolar não costumam fazer uso de substâncias psicoativas.

A alternativa CORRETA é:

- a) F F V F.
- b) V F V V.
- c) V V V F.
- d) F F V V.

Bibliografia

BABOR, T.F.; DE LA FUENTE, J.R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Geneva: WHO, 1992.

BAETHGE, C.; BALDESSERINI, R.J.; KHALSA, H.K. et al. Substance abuse in first-episode bipolar disorder I: indications for early interventions. *Am J Psychiatry*, May 2005;162(5):1008-10.

BRASILIANO, S. *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. Tese de Doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2005.

BUCKLEY, P.F.; MEYER, J.M. Substance abuse in schizophrenia. *Schizophr Bull.*, 2009;35(2):383-402.

BUKSTEIN, O. Substance abuse in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medscape J Med.*, 2008;10(1):24.

CRAWFORD, V.; CROME, I.B.; CLANCY, C. Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): a literature review. *Drugs Education Prev Policy*, 2003;10(1):1-74.

DEPARTMENT OF HEALTH – DH. *Mental health policy implementation guide: Dual diagnosis good practice guide*. London, 2002. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk>>. Acesso em: 28 set 2008.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2010;32(Supl 1):541-5.

DIEKER, L.C.; AVENEVOLLI, S.; STOLAR, M.; MERIKANGAS, K.R. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *Am J Psychiatry*, 2002;159(6):947-53.

EMCCDA - EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUG AND DRUG ADDICTION. *Co-morbidade*. Lisboa: EMCCDA, 2004.

FALCK, R.S.; WANG, J.; CARLSON, R.G.; SIEGAL, H.A. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis.*, 2004 Jul;192(7):503-7.

_____; _____; _____; _____; EDDY, M. The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. *J Psychoactive Drugs*, 2002;34(3):281-8.

FALKAI, P.; WOBROCK, T.; LIEBERMAN, J.; GLENTHOJ, B.; GATTAZ, W.F.; MÖLLER, H.J. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para tratamento biológico da esquizofrenia, parte 1: tratamento agudo. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 2006;33(Supl 1):7-64.

FLYNN, P.; BROWN, B. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *J Subst Abuse Treat.*, 2008; 34(1):36-47.

HENDRICK, V.; ALTSHULER, L.L.; GITLIN, M.J.; DELRAHIM, S.; HAMMEN, C. Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry*, 2000;61(5):393-6; quiz 397.

HERSH, D.F.; MODESTO-LOWE, V. Drug abuse and mood disorders. In: HENRY, B.K.; BRUCE, J.; ROUNSAVILLE, M.D. (Ed.). *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker, 1998. p. 177-201.

HITZEMANN, R. Animal models of psychiatric disorders and their relevance to alcoholism. *Alcohol Res Health*, 2000;24(3):49-158.

KESSLER, F.; TERRA, M.; FALLER, S.; STOLF, A.; PEUKER, A.C. et al. Crack users shows high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict.*, Jul.-Aug. 2012;21(4):370-80.

_____; WOODY, G.; DE BONI, R. et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. *Public Health*, Dec. 2008;122(12):1349-55.

KRANZLER, H.R.; MASON, B.; MODESTO-LOWE, V. Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: _____; ROUNSAVILLE, B. (Ed.). *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker, 1998. p. 107-36.

LOTUFO-NETO, F.; GENTIL, V. Alcoholism and phobic anxiety: a clinical-demographic comparison. *Addiction*, 1994;89(4):447-53.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JR, H.P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 2005; 32(5):276-82.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Relapse prevention*. New York: Guilford Press, 1985.

NEGRÃO, A.B.; CORDÁS, T.A. Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Res.*, 1996;62(1):17-21

OSHER, F.C.; KOFOED, L.L. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry*, 1989;40(10):1025-30.

QUELLO, S.; BRADY, K.; SONNE, S. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Pract Perspect.*, 2005;3(1):13-21.

RATTO, L.; CORDEIRO, D. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010. p. 199-217.

SCHUCKIT, M.A.; MONTEIRO, M.G. Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Addict.*, Dec. 1988;83(12):1373-80.

VOGENTHALER, N.S.; HADLEY, C.; RODRIGUEZ, A.E.; VALVERDE, E.E.; DEL RIO, C.; METSCH, L.R. Depressive symptoms and food insufficiency among HIV-infected crack users in Atlanta and Miami. *AIDS Behav.*, Oct. 2011;15(7):1520-6.

WATKINS, T.R.; LEWELLEN, A.; BARRET, M. Issues and problems with dual diagnosis. In: *Dual diagnosis: An integrated approach to treatment*. Thousand Oak: Sage Publications, 2001. p. 11-24.

WÜSTHOFF, L.E.; WAAL, H.; RUUD, T.; GRAWE, R.W. A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community mental Health Centers. *BMC Psychiatry*, 23 May 2011;11:93.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R.R.; MARQUES, A.C.P.R.; RATTO, L.; ROMANO, M.; ALVES, H.N.P. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2006;28(2):142-8.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; THORELL, M.R.; FRANCESCHINI, P.; HOMERO, W. Depressive symptoms in crack and inhalant users in southern Brazil. *J Ethn Subst Abuse*, 2010;9(3):221-36.

