

6. Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química

Sergio Alarcon

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ALARCON, S. Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química. In: ALARCON, S., and JORGE, MAS., comps. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 131-150. ISBN: 978-85-7541-539-9.

<https://doi.org/10.7476/9788575415399.0007>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química

Sergio Alarcon

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Outro estudo conduzido pela OMS, em 2003, sobre a carga global de doenças, estima que o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas correspondam a, respectivamente, 4,1%, 4% e 0,8% de todas as morbidades no mundo. Ainda, segundo o mesmo estudo, a carga de doenças inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, polineuropatia, demência etc.) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo).

No Brasil, uma pesquisa encomendada pelo governo federal sobre os custos dos acidentes de trânsito revelou que há uma relação entre o uso do álcool e outras drogas e a gravidade das lesões. Como os acidentes e as violências ocupam a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade – perfil que se mantém nas séries históricas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde entre 2000 e 2008 –, seria importante procurar entender em que condições as drogas são determinantes de uma maior exposição das pessoas a comportamentos de risco. Isso inclui os efeitos inerentes aos hábitos culturais e também aqueles provocados pelas legislações que procuram regular esses hábitos quando relacionados ao uso de drogas.

Dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas no Brasil, obtidos a partir do *I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas*, realizado, em 2001, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótóxicas (Cebrid), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), indicam que a droga mais consumida no país é o álcool, com uso na vida (ou seja, qualquer uso, inclusive o uso experimental uma vez na vida) por 68,7% da população, seguido do tabaco, com 41,1%. Em proporções substancialmente mais baixas, constam as demais drogas, como a maconha, com 6,9%; os solventes, com 5,8%; os benzodiazepínicos, com 3,3%; e a cocaína, com 2,3%. Note-se a disparidade entre o consumo de drogas lícitas, como álcool e tabaco, em relação ao uso das drogas ilícitas citadas (Carlini *et al.*, 2001).

Estima-se que aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária apresentam um padrão de uso de álcool considerado abusivo ou de alto risco. Essas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais, que raramente detectam a presença de acometimento por tal uso (por uma série de razões, que vão desde as más condições de trabalho até a formação técnica deficiente), o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Percebe-se que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência – que ocorrem tardiamente –, e não para a dependência subjacente.

O diagnóstico e o tratamento precoces da dependência química (seja do álcool ou de outras drogas) têm papel fundamental no prognóstico desse transtorno, que se amplia, de um ponto de vista global de prevenção e promoção da saúde, e se complica, já que, de maneira geral, há expressivo despreparo e desinformação das pessoas que lidam com o problema, sejam elas usuários, familiares ou mesmo profissionais.

Não se trata, simplesmente, de constatar a utilização de drogas, uma vez que, em termos estritos de avaliação médica, isso não tem muito significado. Verificado o uso, deve-se primeiramente avaliar até que ponto este está relacionado com a dependência química, ou se diz respeito exclusivamente à ‘experimentação’, ou, ainda, ao ‘uso abusivo sem dependência’. No entanto, se é importante a identificação precoce de casos que poderiam evoluir para situações de maior gravidade, também se deve tomar cuidado para não se ‘psiquiatrizar’ um comportamento considerado normal em determinado contexto cultural específico. Um diagnóstico clínico equivocado, que confunda experimentação com uso abusivo ou com dependência química, pode acarretar ações

que signifiquem grave ‘iatrogenia’, ou seja, a produção de dano com base na intervenção técnica sanitária. Por isso, o objetivo aqui é favorecer uma melhor abordagem diagnóstica por equipes interdisciplinares da área da saúde. Obviamente, por tratar-se de um texto esquemático, serve apenas como sugestão para uma maneira de pensar o diagnóstico, que necessitará ser criticada e, eventualmente, complementada.

O processo pelo qual o consumo de substâncias em certas pessoas evolui para padrões de comportamento compulsivo de busca e utilização, chegando a provocar a incapacidade do autocontrole, mesmo à custa de muitos prejuízos, parece ser a consequência de um amálgama que abrange fatores psicológicos, neurobiológicos e sociais de difícil apreensão. No entanto, mesmo sendo obscuros os mecanismos que levam o indivíduo a se tornar farmacodependente, o diagnóstico e o tratamento para a dependência são plenamente possíveis e viáveis. Na verdade, por se tratar de um fenômeno ‘complexo’, ou seja, que permeia praticamente todas as valências possíveis da vida de um indivíduo, a dependência química requer um diagnóstico interdisciplinar, por meio do qual tanto uma equipe de saúde quanto o próprio usuário e seus familiares possam apoiar-se para construir estratégias de transformação. Essas estratégias devem visar, idealmente, não apenas à abstinência ou à exclusiva redução dos danos, mas, principalmente, à possibilidade de construção de horizontes vitais que sejam, a um só tempo, exequíveis e sedutores para o utente.¹

Ninguém consegue, com facilidade e sem sofrimento, abandonar hábitos longamente adquiridos, quanto mais hábitos produtores de prazeres. As drogas tornam-se hábitos (ou seja, seu uso torna-se um ‘costume’, sendo constantemente repetido) exatamente pela sedução que provocam. O objetivo último que começa com o diagnóstico da dependência química é ajudar na construção de condições de vida cuja sedução possa concorrer com um prazer que se tornou, ao mesmo tempo, nocivo; hábito causador de uma satisfação efêmera cujo custo é pago à prestação sob a forma de transtornos de todas as ordens (Rotelli, 1991).

¹ Será dada preferência ao termo utente no lugar de usuário ou paciente, pois, em primeiro lugar, trata-se de uma designação corrente na saúde mental pós-reforma psiquiátrica; e, em segundo lugar, trata-se de um termo que denota uma atividade inerente ao próprio dependente químico, que é essencial na relação terapêutica que se pretende construir nos serviços públicos voltados para a atenção do adito. Utente significa aquele que, graças a algum grau de independência, e conforme a sua vontade, usufrui de algo.

Apontamentos sobre o Diagnóstico Clínico da Dependência Química

O diagnóstico da farmacodependência, como mencionado, não é simples, sendo necessária a superposição de perspectivas diversas para a mensuração de sua real dimensão. Essas perspectivas incluem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que, por fim, desembocam na especificidade daquela subjetividade acometida pelos efeitos nocivos do hábito de usar drogas. Nenhuma perspectiva tomada isoladamente é suficiente para dar conta dos aspectos essenciais do fenômeno da dependência.

Na área médica, tem-se tornado consenso identificar o tipo de usuário segundo a maneira pela qual ele incorpora ao seu cotidiano o uso de drogas. É chamado de ‘experimentador’ aquele que delas faz consumo esporádico, com nenhum ou pouco impacto sobre sua saúde. Difere do usuário social ou recreativo, que utiliza drogas repetidas vezes, de forma controlada, sem a ocorrência de alterações em suas funções orgânicas, psicológicas e sociais. Considera-se como ‘abuso’ ou ‘uso nocivo’ a utilização que frequentemente extrapola os valores médicos e culturais aceitos quanto à quantidade, frequência de uso e via de administração. O abusador apresenta recorrentes intoxicações, com diversos prejuízos, sejam físicos, psicológicos ou sociais. Já a ‘dependência química’ é explicada em termos diagnósticos, segundo o DSM-IV (1995), pela autoadministração repetida de drogas, que em geral leva à tolerância, à abstinência e a um padrão compulsivo de uso, com histórico evolutivo de, no mínimo, 12 meses.

Pode-se dizer que as substâncias psicoativas interferem na função normal do cérebro, alterando os processos normais de acumulação, liberação e eliminação de neurotransmissores² endógenos. Alguns desses neurotransmissores que se relacionam com as substâncias psicoativas são a dopamina, a serotonina, a noradrenalina, o ácido gama-aminobutírico (Gaba), o glutamato e os opioides endógenos.

Em geral, quando praticamos alguma ação cujo resultado final é benéfico, do ponto de vista orgânico – como, por exemplo, o ato de nos alimentarmos –, o sistema nervoso libera alguns neurotransmissores que ativarão as chamadas ‘vias cerebrais de recompensa’, fazendo-nos sentir prazer. O sistema de recompensa não gera, contudo, apenas prazer, mas também saciedade, fazendo com

² Neurotransmissores são substâncias químicas produzidas pelas células do sistema encefálico, os neurônios responsáveis pelo envio de informações a outras células do corpo.

que, após determinado limite, o impulso para a repetição do ato se interrompa. A cessação do ato é imperiosa para que um ato análogo venha a se constituir futuramente, tornando possível a repetição da sensação de prazer. Da mesma forma, é o desprazer implícito na sensação de falta (de comida, água, sexo etc.) que gera a busca do prazer que trará a saciedade, estabelecendo um circuito natural de privação-prazer-saciedade. Sem esse circuito de recompensa o indivíduo perderia o interesse pela vida e seria incapaz de subsistir.

Esse mecanismo bioquímico e psicológico é também denominado 'reforço positivo-negativo'. A ativação desse circuito pode ocorrer de maneira artificial com o uso de drogas, o que, por si só, não acarreta necessariamente a farmacodependência. Apenas o uso contínuo (crônico) de determinadas quantidades de psicoativos geraria o desenvolvimento de um processo de 'aprendizagem' neuronal (neuroadaptação), como efeito paradoxal da 'satisfação' provocada pelo seu uso (efeito agradável ou 'positivo'). A busca natural pelo prazer tornar-se-ia, então, descontrolada, pois a neuroadaptação imporá ao indivíduo uma sensação situada entre a privação e o prazer, sem a mediação temporal da sensação de saciedade. Ou seja, pode-se dizer que um dos aspectos que explicam a dependência química seja a avidez crônica, que faz com que o indivíduo passe a buscar com frequência desmedida um prazer insaciável. O uso da substância deixaria, então, de ser controlado pela expressão da sequência privação-prazer-saciedade, reduzindo-se ao tudo ou nada do circuito privação-prazer-privação.

Portanto, os efeitos da satisfação ou do prazer não são os únicos a justificarem os comportamentos associados à dependência. Os sintomas de abstinência (efeito desagradável da privação ou efeito 'negativo') também acabam contribuindo para a manutenção do consumo abusivo. Por 'abstinência', entende-se uma alteração comportamental mal-adaptativa, com elementos cognitivos e fisiológicos que ocorrem quando, transcorrido certo tempo após um uso pesado da droga, a diminuição de sua concentração plasmática leva a sintomas desagradáveis variados, o que compele a pessoa a voltar a usar a droga, seja para aliviar os sintomas desagradáveis, seja para evitar o retorno desses sintomas.

O processo que leva ao comportamento desmedido da neuroadaptação pode ser entendido através do mecanismo de bloqueio da recaptção de um neurotransmissor depois de sua liberação, fato que ocasiona a exacerbação dos efeitos normais ocasionados por esse neurotransmissor, gerando ou uma subsensibilidade ('tolerância') ou uma hipersensibilidade ('sensibilização') à droga de abuso.

Genericamente, deve-se entender por tolerância a necessidade de crescentes quantidades da substância para se atingir o efeito desejado. Pode também ocorrer o fenômeno denominado 'tolerância cruzada', quando o uso repetido de uma determinada substância confere tolerância a outras substâncias da mesma categoria bioquímica (por isso, alguns anestésicos quando utilizados em alcoolistas não fazem efeito). O contrário da tolerância, a 'sensibilização', também denominada 'tolerância reversa', ocorre quando há aumento da resposta neuropsicológica inicial com o uso crônico da mesma dose da substância. A tolerância, por se apresentar de forma variável entre os indivíduos e os tipos de drogas usadas, pode ser difícil de se determinar com base, apenas, na anamnese.

Contudo, nem a tolerância nem a abstinência são critérios necessários ou suficientes, quando tomados isoladamente, para um diagnóstico adequado de dependência. Pode-se encontrar tanto o uso compulsivo sem tolerância e abstinência (caso do uso de canabinoides) quanto tolerância e abstinência em situações nas quais não há evidência de uso compulsivo.

O que caracteriza a dependência química e pode definir um diagnóstico clínico é a presença de um conjunto de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar dos significativos prejuízos a ela atribuídos (DSM-IV, 1995). Assim, pode-se estabelecer um padrão de uso característico da dependência, que inclui: o uso da substância em dose e/ou tempo acima do pretendido inicialmente; o fracasso em diversas tentativas de controlar ou reduzir o uso da substância; o tempo excessivo gasto para a recuperação dos efeitos ou para a aquisição da droga; uma importante disfunção social, com redução drástica de atividades recreativas e ocupacionais; a manutenção peremptória do uso da substância mesmo diante do reconhecimento das perdas sociais, econômicas e afetivas.

Outro critério diagnóstico amplamente utilizado no Brasil é aquele produzido pela Classificação Internacional de Doenças, atualmente em sua décima edição, a CID-10. Com base nessa classificação, a dependência de substâncias compreende seis critérios, e uma pessoa é considerada dependente se apresentar pelo menos três desses critérios (Quadro 1). Há dois critérios biológicos, abstinência e tolerância, e quatro critérios que incluem elementos cognitivos: desejo compulsivo; dificuldades de autocontrole; dificuldade de se proteger dos danos evidentes provocados pelo uso; e restrição dos interesses e ampliação progressiva do tempo despendido com a droga.

Quadro 1 – Critérios de dependência de substâncias segundo a CID-10 (Presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento durante o ano anterior)

1. Desejo forte e compulsivo de consumir a substância;
2. Dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substâncias em termos de início, fim ou níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por síndrome de abstinência característica ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para a obtenção dos efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores;
5. Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses em virtude do consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado na aquisição ou consumo da substância ou na recuperação de seus efeitos;
6. Persistência no consumo das substâncias apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido consequente a um grande consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionada com a substância.

Fonte: adaptado de WHO, 1992.

O Diagnóstico da Dependência Química e a Comorbidade

Na medicina geral, utiliza-se o termo ‘comorbidade’ quando dois (ou mais) transtornos de saúde, de etiologias distintas, coexistem em um mesmo indivíduo. Sua adequação à psiquiatria e à saúde mental é motivo de controvérsias, embora haja poucos estudos sobre o tema. Essas controvérsias se relacionam à própria dificuldade da psiquiatria em se adequar à teoria das doenças reinante na medicina geral, em virtude da ausência de uma etiologia biológica identificável para as ‘doenças’ mentais. Segundo Camargo Jr., as doenças

são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (leia-se, medicamentosa ou cirúrgica). (Camargo Jr., 2007: 65-66)

Ainda segundo Camargo Jr., essa definição de doença como ‘coisa’ é compatível com o modelo de história natural da doença, que esquematiza as relações dinâmicas do ciclo saúde/doença, compondo-o a partir de três pilares: o agente etiológico, o doente e o meio ambiente.

O agente etiológico se define, com base nessa tese, pelas forças dispostas no ambiente, que criam o estímulo patológico no indivíduo, sendo a doença a resposta do indivíduo ao estímulo, proporcionando alterações que levam a recuperação, defeito, invalidez ou morte (Leavell & Clark, 1976). Determinar o agente etiológico é, portanto, determinar a causa da doença. Supondo que qualquer tratamento que vise à cura de doenças objetive a eliminação de suas causas (não apenas a eliminação de seus efeitos ou sintomas), então, de forma geral, todo o esforço diagnóstico-terapêutico da medicina curativa repousa sobre a determinação e a retirada do agente etiológico.

Sabe-se que a psiquiatria carece de agentes etiológicos para explicar as causas das doenças mentais, identificando, no máximo, como um *deus ex-machina*, as imprecisas ‘causas’ genéticas e hereditárias. Esse vácuo explicativo, determinado pela ausência do agente etiológico, sustenta a imprecisão relativa ao entendimento dos mecanismos de produção da doença que, a rigor, torna-se mera conjectura. Assim, a identificação e a conjugação dos sintomas em síndromes que distinguem uma doença como tal dependem de uma série de fatores, em geral extracientíficos, situação que, necessariamente, joga a medicina mental no limiar da medicina científica. E o que afinal se censura em relação à psiquiatria, como responsável por iatrogenia nada desprezível é o cientificismo³ expresso pela insistência em buscar no modelo biológico da história natural das doenças a justificação para seu repertório de condutas, ocasionando, paradoxalmente, a excessiva medicalização do sofrimento (o que explica, em parte, a explosão do uso de medicamentos, como Valium®, Prozac®, Ritalina® etc, para contornar condições de ansiedade, tristeza ou inquietude).

Na história da medicina mental, o jogo entre a contestação e a reafirmação de suas pretensões científicas é que acaba fazendo do termo ‘reforma psiquiátrica’ quase que um eufemismo para ‘psiquiatria’. É no interior desse jogo que

³ O cientificismo é uma posição ideológica e ufanista que justificou, e ainda justifica, uma série de aberrações éticas em nome da infalibilidade da ciência – o que inclui a crença, por exemplo, de que é a ciência a única forma de descrição neutra e objetiva do real. Não podemos esquecer ideias eticamente questionáveis nascidas no seio do cientificismo, como o higienismo, o darwinismo social, a antropologia criminal de Lombroso etc. É importante enfatizar aqui que denunciar o cientificismo não é o mesmo que agir de forma anti-intelectualista ou contra a ciência, pelo contrário.

se define, segundo a época, essa ou aquela entidade nosológica. Em outras palavras, os momentos nos quais se hesita entre o arcaico e o moderno formam a constante que delinea a temporalidade da medicina mental, onde, por exemplo, em um dia é possível o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva e, no outro, o de transtorno bipolar (que o substituiu).

O esforço para se definir os transtornos psiquiátricos como síndromes fica evidente nas elaborações dos manuais de classificação diagnóstica supracitados, o CID-10 e o DSM-IV. O que esses manuais apresentam, na verdade, é o registro de observações semiológicas do que é aceito pela comunidade científica da época como sintoma ou grupo de sintomas aparentados e/ou interdependentes. São passíveis de revisões periódicas, em virtude não de uma mudança de paradigma científico, pois não há conceitos definidores bem fundamentados empiricamente, mas em virtude de um rearranjo no consenso temporário e descritivo (e não explicativo, já que sempre falta o agente etiológico) das síndromes mentais. Cada revisão acompanha, amiúde, a adequação política, social e cultural da medicina mental às forças hegemônicas de sua época. Por isso, os critérios definidores de patologias podem ser tão fluidos e imprecisos quanto aqueles que, por exemplo, determinaram a entrada e, posteriormente, a saída da homossexualidade do rol das doenças mentais (Belmonte, 2009).

Pode-se dizer que ocorre com frequência, na psiquiatria, aquilo que, no caso das outras especialidades médicas, seria classificado como 'quadro mórbido mal definido', produzindo uma habitual 'zona cinzenta' diagnóstica, na qual o desencontro terapêutico é a regra. Nesse contexto, agregam-se dificuldades para que se estabeleça, com alguma precisão, os fatores de risco psiquiátricos que poderiam eventualmente influenciar o uso abusivo de drogas. Ou seja, em geral, as relações de causa e efeito entre as drogas e os transtornos mentais são estabelecidas com um baixo grau de confiabilidade para um diagnóstico que se desejaria preciso e científico. Mesmo assim, é terapeuticamente estratégico pesquisar na farmacodependência as relações entre diagnósticos múltiplos, que necessitam ser dimensionados minimamente de maneira a permitir uma hierarquização dos problemas para o planejamento mais eficaz das ações de cuidado e tratamento.

Um esquema simples para se avaliar as relações entre dependência química e comorbidade, proposto por Frances, Widiger e Fyer (1990), encontra-se resumido (com modificações) a seguir. Segundo os autores, é necessário avaliar se a dependência química (DQ) predispõe a comorbidade (CM) ou

se contribui para a manifestação da CM (em caso positivo, a DQ é primária e predispõe a CM); se a CM predispõe a DQ ou se contribui para a manifestação da DQ (em caso positivo, a CM é primária e predispõe a manifestação da DQ); se a DQ e a CM são influenciadas por um mesmo fator predisponente (em caso positivo, tanto a DQ quanto a CM são secundárias ao fator primário); se a associação entre DQ e CM ocorre por acaso ou se decorre de sua maior prevalência na população em geral (não há relação entre DQ e CM); e se a DQ e a CM pertencem, na verdade, a um mesmo transtorno, tendo sido equivocadamente separadas (DQ e CM manifestam-se como variações sintomatológicas de um mesmo transtorno).

Obviamente, o fenômeno da comorbidade deve ser visto, sempre que possível, de maneira interdisciplinar, uma vez que não se pode reduzir a farmacod dependência a uma condição apenas médico-psicológica, tendo em vista seu potencial, como enfatizado, para afetar todas as áreas da vida humana. Assim, devese tentar ao máximo integrar as várias leituras (seja da enfermagem, da medicina, do serviço social, da psicologia etc.), de forma a fomentar a interdisciplinaridade. Assim, algumas ações seriam próprias apenas a uma ou outra disciplina específica (por exemplo, a revisão dos sistemas continuaria dependente essencialmente da *expertise* médica, de preferência, do clínico geral). No entanto, o mais importante não seria tanto o diagnóstico particular feito por uma disciplina isoladamente, mas a soma dos diagnósticos (do médico, do psicólogo, do assistente social etc.), que, de maneira aproximada, forneceria a 'biografia', a 'identidade', enfim, a territorialidade daquela 'existência-sofrimento'. A vantagem seria, no final, a construção de um projeto terapêutico menos 'formal' e efetivamente 'individualizado'.

Apontamentos sobre Diagnóstico Interdisciplinar

O diagnóstico médico, embora importante, é índice de apenas um dos aspectos da farmacod dependência. Assim, para a construção de um projeto terapêutico consistente, é necessário um diagnóstico mais amplo, que permita à equipe de saúde não apenas individualizar as estratégias de cuidado mas também, em especial, construir um projeto terapêutico interdisciplinar e responsável, com a participação ativa do próprio utente e de seus familiares e amigos. O objetivo é estabelecer com o indivíduo a possibilidade de problematização de seu universo cultural e relacional, pois é por meio de sua identificação ou

não identificação com os valores de sua territorialidade⁴ que se torna possível a autoconstrução da própria identidade.

Muitas vezes essas ligações territoriais estão de tal forma frágeis ou rompidas, em virtude dos transtornos inerentes à dependência química, que é grande a possibilidade de o indivíduo retornar ao comportamento compulsivo e autodestrutivo por absoluta falta de perspectiva. Assim, a função de um projeto terapêutico interdisciplinar é servir de mediador e guia para a problematização dessas relações, apresentando objetivos próprios ao pressuposto da atenção psicossocial de evitar a institucionalização e cuidar das condições para a autonomia individual.

Quando se utiliza o termo 'problematizar', o que se quer dizer é que a abordagem não pode ser baseada em um modelo que 'paternalize' as relações, despertando no indivíduo sentimentos de incapacidade, culpabilidade e insegurança. O objetivo não é gerar mais dependência; trata-se de evitar que o indivíduo procure um iluminado, um 'guru', um doutor, enfim, um 'salvador da pátria' do qual se sinta dependente para resolver seus problemas. Problematizar, aqui, significa colocar a própria dimensão do problema como o 'problema' a ser avaliado, antes que se pense em sua solução. Ou seja, supõe que se coloque em dúvida, em primeiro lugar, a própria pertinência do problema antes de, em segundo lugar, aceitá-lo como uma questão que mereça o esforço para a resposta adequada.

Sabe-se que as soluções podem ser falsas ou verdadeiras, mas o pior que pode advir é a solução 'verdadeira' para um falso problema. A solução 'verdadeira' para um falso problema eterniza o sofrimento causado pelo verdadeiro

⁴ Definimos territorialidade como sinônimo de mundo próprio. O termo territorialidade é utilizado pelos filósofos Gilles Deleuze e Felix Guattari. Ao se considerar a territorialidade, deixa-se de considerar o território como sinônimo de 'lugar' ou mesmo de 'espaço' e passa-se a considerá-lo como algo construído a partir de determinadas práticas humanas, que incluem as dimensões do saber, do poder e da subjetivação. Relações que são, portanto, econômicas, políticas e éticas, e não tão somente limitadas por considerações psicologistas ou biomédicas. A territorialidade é algo que se carrega consigo, que não é a terra propriamente, não é o espaço geográfico, é aquilo que poderíamos denominar, como antecipamos anteriormente – e conforme a etologia (Uexküll, s.d.) –, 'mundo próprio' (*umwelt*). E "mundo próprio" é um conceito que associa ambiente-organismo-afeto como singularidade, como sentido. Na dependência química, devemos entender melhor como os processos de produção de mundos próprios podem levar ou à legitimação do *status quo* (o que provavelmente fará essa subjetividade ser submetida pelas mesmas forças que a tornaram frágil e escravizada – submetida ao simbólico entendido como a regra geral hegemônica), ou à produção daquilo que Foucault (2004) chamou de subjetivação: a capacidade de ser diferente de si mesmo, de se autoproduzir, de ser, nesse sentido, livre das significações dominantes.

problema não percebido e não resolvido (obscurecido pelo falso problema e sua solução verdadeira).

O ‘modelo’⁵ da problematização propõe, então, estimular a capacidade do utente de, por si mesmo, levantar e avaliar os próprios problemas. Para tanto, é necessário quebrar a lógica pela qual a informação se concentra num único indivíduo, ou mesmo em uma equipe de saúde portadora de soluções. É necessário, antes, partilhar informações, exercitar um jogo no qual as crenças, preconceitos, estigmas e certezas (tanto dos membros da equipe quanto do utente, familiares e amigos) são postos em posição dialógica, até que a autonomia do utente seja (re)conquistada pela capacidade de se autoavaliar, de se autoconstituir como indivíduo produtor de suas próprias crenças e desejos, livre, enfim, tanto quanto possível, dos preconceitos, das superstições e dos falsos problemas. Com base nessa ‘capacitação’ ou ‘empoderamento’, torna-se desejável pensar na saúde como qualidade de vida, e não apenas como ausência de doença, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). É um engodo imaginar que uma equipe de saúde possa, por si mesma e sem a interação necessária e profunda com o utente, advogar qualquer prescrição, mudança de estilo de vida, ou seja lá o que for, em nome de uma pretensa ‘qualidade de vida’, que seria, nesse caso, sempre unilateral, estando, portanto, mais próxima de uma violência etnocêntrica⁶ do que de uma real promoção da saúde.

Nesse modelo problematizador, a função da equipe terapeuta é promover essa capacidade autopoietica,⁷ que por sua vez deve surgir no âmbito do próprio indivíduo ou grupo. Exercitar essa corresponsabilidade, na perspectiva do utente, não significa tão somente dividir os fracassos e os sucessos – de maneira que não haja culpados ou heróis –, mas também, e principalmente, ser livre para atuar sobre suas próprias condições de vida e modificá-las positivamente, mesmo que seja com a ajuda de equipe técnica especializada.

São também funções da equipe terapêutica: facilitar a construção de redes sociais solidárias de promoção da saúde como qualidade de vida; mobilizar os recursos da rede de atenção das comunidades (serviços residenciais

⁵ Não se trata propriamente de um modelo, mas de uma ‘forma de pensar’ que permite a variação caso a caso.

⁶ Crença na superioridade da cultura a que se pertence, acompanhada de sentimento de menosprezo por padrões de comportamento que se afastam da posição cultural do observador.

⁷ Termo introduzido pelos pesquisadores chilenos Humberto Maturana e Francisco Varela para designar o ser vivo enquanto ser ‘autocriado’ (Maturana & Varela, 1980). Por extensão, designa, no homem, a capacidade de se autoinventar em termos físicos e cognitivos.

terapêuticos, casas de passagens ou abrigos, grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas, centros culturais e de convivência, oficinas terapêuticas, hospitais e clínicas etc.); e apoiar o desenvolvimento das competências dos indivíduos e das famílias.

A 'clínica da problematização' tem como objetivos, entre outros, reforçar a dinâmica interna (ou funcionamento interno) de cada indivíduo, para que este possa avaliar seus próprios valores, suas potencialidades e tornar-se o construtor de sua independência; reforçar a autoestima individual; redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa; problematizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio e valores culturais; prevenir e combater as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, e estimular a restauração e fortalecimento dos laços sociais; tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do 'saber popular' e 'saber científico'; estimular a participação social como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, por meio do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

O modelo coparticipativo e corresponsável proposto pela 'clínica da problematização' não inviabiliza abordagens clássicas, na medida em que procura respeitar a subjetividade (territorialidade) do indivíduo. Um cuidado que, no entanto, deve-se ter é evitar que determinadas abordagens (como, por exemplo, o messianismo dos 12 passos ou o psicanalismo) desempenhem um papel estruturante no serviço em desacordo com uma ética da atenção pública. Não se trata de proscriver *a priori* nenhuma abordagem possível (muito menos os 12 passos ou a psicanálise), mas absorvê-las como ferramentas úteis, retirando-lhes as características 'privatistas' (seja a religiosidade latente no exemplo dos 12 passos, seja a tendência a impor uma particular *Weltanschauung*,⁸ como às vezes acontece com a psicanálise) para que possam funcionar como utensílios que ora serão úteis, ora não, conforme a subjetividade em problematização.

Em suma, dependendo das demandas, são utilizadas as ferramentas possíveis, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e de acordo com o enfoque interdisciplinar citado, tais como a psicoterapia breve; psicoterapia em grupo; entrevista motivacional; psicanálise; psicologia analítica; atenção médica geral e psiquiátrica; atenção à família; e avaliação social.

⁸ *Weltanschauung* é uma palavra alemã que significa visão do mundo ou cosmovisão. Aqui utilizada no sentido de uma cosmovisão unilateralmente imposta.

Sugestão para a Construção de um Fluxograma de Atenção Interdisciplinar

Como argumentado desde o início deste capítulo, na construção de estratégias de tratamento da farmacodependência, torna-se necessária uma visão complexa de cada caso, o que permite sua individualização, de maneira que, por um lado, não se possa estabelecer modelos fixos de ação, mas, por outro, em um sentido pragmático, seja possível dispor de determinadas prescrições, baseadas não apenas no conhecimento farmacológico básico a respeito de cada grupo de drogas e seus efeitos particulares na fisiologia humana, mas em um diagnóstico ampliado capaz de incluir a territorialidade e as singularidades de cada um.

Em parte, a construção do diagnóstico tanto impõe que se obtenha uma racionalidade geral de cada territorialidade quanto que se agreguem os fragmentos derivados dessas territorialidades, colhidos em diversas perspectivas (tanto do ponto de vista da clínica quanto na perspectiva epidemiológica ou da saúde pública, por exemplo). A forma de articulação desses fragmentos é a resultante das estratégias elaboradas pelas equipes territoriais conforme um diagnóstico situacional complexo (Acúrcio, Santos & Ferreira, 1998). Dessa maneira, não há um modelo prefixado que determine a forma universal para todas as situações. Apenas pode-se exemplificar, de forma provisória e esquemática, uma sequência de acontecimentos que, a partir de uma territorialidade, possibilitam as ações estratégicas. Assim, sugerimos o seguinte esquema a ser seguido:

Porta de entrada

Nessa etapa são realizados o acolhimento e a avaliação clínica. O acolhimento visa primordialmente, pela escuta, à melhoria na qualidade da assistência, ao favorecer a relação usuário/trabalhador/serviço, e à ampliação das formas imediatas de intervenção individualizada.

As técnicas para o acolhimento variam de serviço para serviço, mas devem estar centradas, ao máximo, no utente, possibilitando o encaminhamento mais resolutivo da necessidade individual por meio de uma assistência acolhedora e humanizada.

Em geral, o que se pretende no acolhimento é exatamente enfatizar a necessidade do próprio utente de participar de seu tratamento de maneira proativa e integral.

A emergência da territorialidade-sujeito é diretamente proporcional à subalternidade da doença e aos aparatos médico-biológicos e psicológicos de avaliação e conduta, que tradicionalmente objetificam a subjetividade, fragmentando-a em pedaços aos quais correspondem as disciplinas e especialidades. Essa fragmentação da subjetividade é proporcional à fragmentação do trabalho dos profissionais da saúde (Costa-Rosa, 2000).

Contudo, os maiores riscos são a negação da doença e a produção de subdiagnósticos. Resgatar a territorialidade-sujeito significa fazer emergir o vínculo clínico e crítico entre acontecimentos e sentidos vitais, e não simplesmente sobredeterminar o sentido em detrimento do acontecimento. Acontecimento e sentido estão ligados de forma irreduzível, e produzir uma ‘clínica do sujeito’, usando o termo como em Campos (1997), mas invertendo os polos de atenção, do acontecimento (doença) para o sentido (sujeito), não significaria vantagem alguma em relação à clínica fragmentária dos modelos unicausais.

Os profissionais envolvidos no processo de acolhimento e avaliação clínica são o psicólogo, o assistente social e os cuidadores (técnicos de enfermagem e conselheiro). Para se evitar a ‘ambulatorização’ da acolhida, o médico (psiquiatra ou generalista) seria solicitado apenas para os casos de urgência/emergência médica, ou conforme demanda situacional.

Primeira fase: diagnóstico

Nessa fase de diagnóstico, é realizada a coleta de elementos diagnósticos e aplicado um programa motivacional intensivo.

No exame do território, são realizados uma coleta de dados que permita a identificação e a hierarquização dos problemas e um inventário dos recursos do território relacionados aos três níveis de atenção sanitária, ou seja, a preventiva, a assistencial e a de promoção da qualidade de vida.

O diagnóstico situacional (avaliação de facilitadores e dificultadores ‘ao tratamento’) permite determinar a distribuição de um problema e suas causas, para racionalizar o planejamento de seu controle ou mitificar seus agravos. O conceito de diagnóstico situacional é proveniente das teorias sobre planejamento estratégico situacional, geralmente recomendado para equipes de saúde com atividades interdisciplinares e intersetoriais. É um instrumento que permite

a identificação, descrição e análise de problemas atuais, a hierarquização dos problemas por ordem de prioridade, o planejamento conjunto de ações para a remissão total ou parcial desses problemas, o acompanhamento dos processos, o prognóstico e a avaliação dos resultados.

O planejamento das ações inclui a elaboração de planos de ação que visam essencialmente à reconstrução de horizontes vitais, sedutores do ponto de vista do utente, que possam substituir o prazer fácil das drogas. Obviamente, outras medidas mais simples devem ser observadas, visando à construção de redes de apoio que ofereçam o máximo de impacto (eficácia) com um mínimo de custo (eficiência), assegurando que as necessidades imediatas do utente sejam supridas com os maiores benefícios.

Como última etapa dessa fase, é aplicado um programa motivacional intensivo, cujo objetivo é estimular o tratamento e confeccionar um projeto terapêutico individualizado (territorializado).

Segunda fase: tratamento

Nessa fase de tratamento, a primeira etapa é a implementação das ações, na qual busca-se aplicar a tática escolhida, a mais apropriada, para viabilizar na prática o que foi planejado anteriormente, procurando motivar a participação ativa do utente. Em seguida, passa-se à aplicação do projeto terapêutico individualizado mediante ações complexas interdisciplinares.

Terceira fase: manutenção

Essa fase de manutenção depende, em parte, da demanda do utente, que pode requerer atenção continuada ou eventual, conforme a situação.

Trata-se de uma vigilância em saúde na qual há uma avaliação dos resultados das ações mediante o monitoramento dos objetivos alcançados pelo utente; é justamente nesse momento em que surge a flexibilização da estratégia com a possibilidade de correções ou a construção de nova estratégia.

Instrumento-guia

Atualizado e reatualizado constantemente durante o processo terapêutico (de preenchimento multiprofissional), os objetivos desse instrumento-guia são avaliar os componentes facilitadores e os dificultadores do tratamento, a fim de

se construir táticas de viabilização que favoreçam positivamente o prognóstico e de se obter dados para uma intervenção individualizada (projeto terapêutico). É constituído por sete tópicos, discriminados a seguir.

Perfil psiquiátrico e psicológico

Para o diagnóstico de fatores médicos-psicológicos negativos (dificultadores) ao tratamento da dependência química, tais como síndromes psiquiátricas (psicóticas; fóbico-ansiosas; epiléticas; afetivas) ou transtorno de personalidade. Avaliação de possível comorbidade primária.

Motivação

Avaliação da motivação para o tratamento. Pode-se utilizar o clássico modelo de Rollnick e Miller (pré-contemplação, contemplação, determinação, ação).

De acordo com a avaliação, deve-se aplicar aconselhamento diretivo, centrado no utente, com o objetivo de estimular (motivar) o trabalho para uma mudança do comportamento.

História do tipo de uso

Tipo de droga/compulsão (tipos de substâncias usadas); droga de escolha (ou CID-10 F19); início de uso; frequência de uso.

Grau de dependência

Pode-se avaliar o grau de dependência, utilizando-se alguns critérios, a escolher. Como exemplo, o questionário Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA) para alcoolistas e o teste de Fagestrom para os casos de tabagismo.

Características do contexto social relativo à rede de apoio

A rede de apoio pode ser inexistente (pede-se que seja citado o motivo, se houver); existente (pede-se que sejam citados quais os tipos); e possível (pede-se que seja explicado).

O contexto de vida social pode ser facilitador ou não do tratamento, dependendo de determinados fatores, tais como harmonia ou desagregação familiar, presença ou ausência de vínculo empregatício, grau de envolvimento com o tráfico de drogas etc. Dessa maneira, pede-se que tais indicadores sejam avaliados como importantes no projeto terapêutico imediato, como também para as abordagens psicossociais disponíveis *a posteriori*.

Cultura de uso

Se vinculado ao trabalho (*happy hour*, por exemplo), ao tráfico, ao sexo etc.

Problemas associados

Encaminhamento judicial; processos criminais, prisões, dívidas com tráfico, busca de refúgio etc.

Abordagem para redução de riscos e danos

Durante o tratamento, pode ser feito um treinamento psicoeducativo em situações de risco, situações sociais geradoras de ansiedade e estresse etc.

Não se deve imaginar que a redução de danos seja, como ideologicamente se acusa, uma lógica que incite ao uso de drogas. Pelo contrário, essa estratégia baseia-se em dados da realidade, que vêm exatamente dos centros de tratamento que privilegiam unicamente a abstinência total e que são incapazes, em sua totalidade, de atingir um índice de abstinência superior a 30%. Ou seja, 70% dos dependentes químicos ou se institucionalizam em situações de *revolving door*, entrando e saindo, num ciclo intermitente de internações não resolutivas, ou são abandonados ou capturados pelos aparelhos de repressão, situação que gera muita dor e sofrimento, sobretudo pelo estigma da criminalização, e que pode levá-los até mesmo à morte. Contudo, não se deve acreditar que a redução de danos, como política pública, estabeleça para a assistência qualquer prescrição que inviabilize estratégias que visem à abstinência. Da mesma forma, uma política de redução de danos não inviabilizaria, sem ser contraditória, qualquer abordagem racional que vise à proteção do utente, como, por exemplo, uma internação de curta ou média permanência.

Enfim, uma política de redução de danos é apenas indicativa para ações públicas flexíveis que minimizem as consequências das más relações com as drogas que as pessoas eventualmente produzem. Tais relações, hoje em dia, derivam justamente da maneira como as drogas são tratadas pelas determinações do Estado.

Conclusão

Um dos motivos para o fracasso dos tratamentos para a dependência química é a dificuldade para a reconstituição, por parte do próprio utente, de uma

rede de apoio social e familiar adequada em sua comunidade. A capacidade de construção de um horizonte de vida que seja mais sedutor que o prazer fácil das drogas também é essencial. Por isso, a simples aquisição de um certo controle sobre o comportamento compulsivo de uso de substâncias químicas (que muitas pessoas confundem com 'redução de danos') não significa a extinção do chamado problema-drogas na vida da maioria dos utentes.

Pode-se entender o problema-drogas de várias maneiras, desde os conflitos intrapsíquicos provocados pelas perdas emocionais ou pelos problemas econômicos gerados por perdas materiais até as mazelas geradas pelo estigma, pelos conflitos com a lei e a polícia, pelas ligações com a criminalidade etc.

Em alguns casos, o utente é real portador de comorbidade psiquiátrica primária, e as dificuldades para o autorreconhecimento do problema (o chamado juízo crítico da morbidade) pode levar à recidiva do comportamento abusivo e/ou patológico.

A clínica da problematização deve também levar em consideração ações preventivas para se evitar as condições de recidiva. Observa-se, então, uma abertura e uma flexibilidade do serviço com a finalidade de facilitar que o utente possa continuar recebendo suporte e cuidado, de maneira que sua conduta (ou comportamento) se determine por um modo autônomo, ético e racional.

Referências

- ACÚRCIO, F. A.; SANTOS, M. A. & FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- BELMONTE, P. *História da Homossexualidade: ciência e contra-ciência no Rio de Janeiro (1970-2000)*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz.
- CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da 'concepção positiva de saúde'. *Physis*, 17(1): 63-76, jan.-abr. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. *A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1997. (Mimeo.)
- CARLINI E. A et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (Cebrid/Unifesp), Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), 2001.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. *Ética, Sexualidade e Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FRANCES, A.; WIDIGER, T. & FYER, M. R. The influence of classification methods on comorbidity. In: MASERJ. D. & CLONINGER, C. R. (Orgs.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington D. C.: American Psychiatry Press, 1990.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MATURANA, R. H. & VARELA, F. J. *Autopoiesis and Cognition: the realization of the living*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre Saúde no Mundo: saúde mental – nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial – Organização Mundial da Saúde*. Genebra: OMS, 2003.

ROTELLI, F. Onde está o Senhor? In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e Loucura 3*, São Paulo: Hucitec, 1991.

UEXKÜLL, J. *Dos Animais e dos Homens*. Lisboa: Livros do Brasil, s.d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.