

Prevenção e tratamento de abuso e dependência de álcool e outras drogas: ingredientes insalubres e propostas inovadoras

Danilo Antonio Baltieri

O crescimento do número de usuários de álcool e de outras drogas é um fenômeno global. No Brasil, o uso de cocaína revelou substancial aumento na faixa etária de 15 a 60 anos, de 2010 a 2011.¹ Em um estudo realizado com 60.973 estudantes do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal em 2009, constatou-se que cerca de três quartos dos adolescentes de 13 a 15 anos experimentaram álcool, cerca de um quarto bebeu regularmente nos últimos trinta dias com episódios de embriaguez e 9% relataram ter tido problemas com o álcool. Quanto às drogas, 8,7% relataram já ter experimentado substâncias ilícitas alguma vez na vida, e a experimentação do álcool e drogas ocorreu muito precocemente.² Entre universitários do Piauí, observou-se que, de uma amostra de 653 acadêmicos, 18,4% afirmaram usar ou ter usado alguma substância psicoativa (excetuando-se álcool e tabaco).³ De acordo com o Comitê Social da Organização Mundial da Saúde, o abuso de substâncias representa um dos quatro mais impactantes problemas para a sociedade, por prejudicar aspectos relacionados à saúde e segurança públicas, provocar conflitos sociais, retardar o desenvolvimento social de vários países e enfraquecer políticas governamentais. Tal fenômeno global resulta em altos custos, perda de recursos, redução da capacidade para o trabalho e desenvolvimento social, conduzindo a numerosos desafios. Diante de um quadro nada animador, as propostas para prevenção e tratamento devem sempre ser baseadas em evidências científicas de efetividade atualizadas, evitando-se erros já cometidos no passado e rejeitando-se propostas derivadas de ideias inconsistentes e não embasadas.

Psiquiatra. Mestre e Doutor em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC. Orientador dos Programas de Pós-Graduação *Strictu-Sensu* dos Departamentos de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Medicina do ABC.



Correspondência: Avenida Angélica, número 2100, conjunto 13. São Paulo – SP. CEP: 01228-200. Internet: Internet: dbaltieri@uol.com.br



Conflito de interesses: nenhum.

Aqui, reside um importante problema: a efetividade das estratégias de prevenção. Projetos de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas têm sido desenvolvidos; no entanto, qual é a efetividade desses programas? Como essa efetividade tem sido medida e avaliada? Importar técnicas de prevenção de outros países e culturas é adequado, ou seja, demonstra eficácia? Recursos públicos muitas vezes são destinados à realização de alguns projetos de prevenção. Mas, esses projetos têm sido testados e sua “efetividade” demonstrada e replicada em outros estudos? Em não sendo rigorosamente avaliados, tampouco seus resultados replicados, estaríamos de fato diante

de uma “pseudociência”, quando aplicando um modelo não funcional.⁴

Em face de um universo com poucos recursos, múltiplas prioridades e elevada necessidade de intervenção na área do uso e abuso de substâncias psicoativas, há a necessidade da correta eleição dos projetos mais eficientes. E essa **eficiência** precisa ser comprovada.

Para o desenvolvimento de propostas adequadas de prevenção, alguns passos têm sido recomendados: rever aquilo que já tem sido feito, avaliando suas potencialidades e defeitos; delinear programas sustentáveis e de fácil aplicabilidade; ensinar esforços para que diferentes organizações se orquestrem e cooperem no desenvolvimento dos programas, testar os programas em termos de eficácia e efetividade.⁵ A publicação dos dados em revistas com seletiva política editorial é altamente recomendada, já que especialistas na área terão a oportunidade de revisar o método usado, a análise empregada e as limitações do trabalho.

Quanto ao tratamento daqueles que padecem de quadros médicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, também temos um quadro geral nada animador. De acordo com *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH),⁶ cerca de apenas 10% daqueles que precisam receber tratamento para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas realmente são submetidos ao tratamento em unidades terapêuticas cadastradas e oficiais nos Estados Unidos da América. As principais razões apontadas para não receber tratamento são: pouca motivação, falta de cobertura em sistemas de saúde, crença de que o problema com o uso de substâncias pode ser manejado sem ajuda externa, medo de repercussões negativas do tratamento. Entre aqueles que precisam receber tratamento e assim o desejam, um relativamente extenso *menu* pode ser disponível: psicoterapias (de linhas diversas), grupos de mútua ajuda, tratamentos medicamentosos, grupos religiosos, internação em comunidades terapêuticas, estimulação magnética transcraniana etc. Ocorre que a população de dependentes de substâncias é altamente heterogênea e, por isso, diferentes formas de tratamento devem

de fato ser disponíveis, visto que uma única fórmula terapêutica seguramente não será útil para todos os portadores.

Vários pesquisadores ao redor do mundo tentam diminuir esta heterogeneidade por meio de desenvolvimento de tipologias para os dependentes de substâncias. Para os dependentes de álcool, essa tarefa tem sido muito extensa, mas com resultados ainda controversos.⁷ Para os dependentes de cocaína, essa tarefa tem sido sobremodo tímida.⁸ Características clínicas dos dependentes, aspectos genéticos (antecedentes familiares de dependência, polimorfismos de diferentes genes), idade de início de problemas com o consumo, todos têm sido sujeitos ao escrutínio de diferentes pesquisadores objetivando-se criar tipos de dependentes e, assim, prever a melhor fórmula terapêutica para cada um. Em nosso meio, tentativas para otimizar as fórmulas de tratamento também têm sido realizadas.

Um dos importantes instrumentos terapêuticos na abordagem dos dependentes químicos é o tratamento medicamentoso. Ocorre que temos medicamentos comprovadamente eficazes apenas para o tratamento das síndromes de dependência de álcool, opioides e nicotina. Apesar da relativa escassez de recursos medicamentosos para o tratamento dos que padecem de dependência de substâncias, no Brasil uma das medicações para o manejo da dependência de álcool (acamprosato) não está disponível no mercado e um dos medicamentos para o manejo da síndrome de dependência de opioides (buprenorfina), aliás, a droga de primeira linha no seu tratamento ambulatorial, não se encontra disponível na via de administração recomendada para essa indicação. Fica claro que, além da necessidade de maior *budget* para pesquisadores desenvolverem suas pesquisas de alta qualidade nessa área, as evidências científicas de efetividade devem ser respeitadas e utilizadas em prol da população.

Dentre os profissionais da saúde que desenvolvem projetos de prevenção e tratamento para os dependentes de substâncias, estão os próprios médicos. No entanto, apesar da importância mundial do tema, poucos estudantes de Medicina recebem treinamento mínimo para identificar e iniciar

um manejo terapêutico para essa população.^{9,10} Consequentemente, déficits em conhecimento e habilidades entre médicos contribuem para facilitar atitudes negativas em relação a problemáticos usuários de substâncias.¹¹ O Brasil tem olhado com certa atenção para esse problema, envidando esforços na criação de programas de residências multiprofissionais com ênfase em dependências químicas.

Logo, apesar de muito falado e divulgado, o tema dependências químicas ainda precisa ser muito mais bem lapidado no nosso meio. Em nosso século, devemos desenvolver prevenção e tratamento, sempre baseados em evidência científica de efetividade. Se não temos suficientes pesquisas nacionais sobre a eficácia de certos manejos e programas, eles devem começar a ser testados. Isso, de um lado, contribuiria para aplicarmos métodos mais corretos e eficazes; e de outro, colaboraria para salvar recursos que não são tão vastos em nosso meio. ➤

REFERÊNCIAS

1. Union Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report (2013). Vienna, UNODC.
2. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, Morais Neto OL. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(1):S143-146.
3. Martins MCC, Souza Filho MD, Santos TL, Sousa LG, Carvalho ILNF, Silva RO *et al.* Uso de drogas psicotrópicas entre os estudantes de uma universidade pública. *Brasília Med.* 2012;49(3):150-7.
4. Gorman DM. Understanding prevention research as a form of pseudoscience. *Addiction.* 2010;105(4):582-3.
5. Holder H. Prevention programs in the 21st century: What we do not discuss in public. *Addiction.* 2010;105(4):578-81.
6. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). 2013. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k10nsduh/2k10results.htm#7.3>
7. Baltieri DA, Correa Filho JM. Role of two clusters of male alcoholics in treatment retention. *Eur Addict Res.* 2012;18(4):201-11.
8. Ismael F, Baltieri DA. Role of two clusters of cocaine dependent outpatients in treatment retention. *J Addict Res Ther.* 2012;3:136.
9. Kuehn BM. Center to weave addiction treatment into medical education. *JAMA.* 2007;297(16):1763.
10. Gallassi AD, Santos V. O abuso de drogas: desafios e opções para a prática do profissional de saúde no Brasil. *Brasília Med.* 2013;50(1).
11. Polydorou S, Gunderson EW, Levin FR. Training physicians to treat substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(5):399-404.