



Consumo de substâncias no adolescente

Carla Maia¹, Sílvia Freira², Helena Fonseca², Rui Pedro³, Fátima Silva³

1 - Hospital Pediátrico de Coimbra

2 - Serviço de Pediatria, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

3 - Instituto da Droga e da Toxicod dependência

Resumo

A adolescência é um tempo de maturação física, emocional e psicossocial. Caracteriza-se por múltiplas condutas de experimentação, das quais o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas assume particular relevância. Apresentam-se três casos ilustrativos do consumo de substâncias na adolescência com diferentes graus de gravidade. Baseado nestes casos e na revisão da literatura, são discutidas algumas orientações práticas para a abordagem inicial destas situações.

Palavras-chave: Adolescentes, consumos.

Acta Pediatr Port 2010;41(6):262-5

Substance use by adolescents

Abstract

Adolescence is a time of physical, emotional and psychosocial maturation. It's a period of experimental behaviors, among which substance use is of particular relevance. We present three typical cases of substance use during adolescence, ranging in severity. Based on these cases and on the literature, we discuss some practical guidelines for the initial approach of substance use among adolescents.

Keywords: Adolescents, substance use.

Acta Pediatr Port 2010;41(6):262-5

Introdução

A adolescência é um tempo de maturação física, emocional e psicossocial^{1,2} culminando na construção da identidade e da autonomia². Caracteriza-se pelo contacto com sensações e experiências até então desconhecidas, personalizadas nas condutas de experimentação. Destas, o consumo de substâncias (CS) é das mais frequentes, assumindo graus de gravidade variáveis desde a experimentação até ao abuso e a dependência¹. Um consumo inaugural de tabaco, álcool ou

outras drogas define “experimentação” caracterizada pelo consumo ocasional da substância, normalmente inserido em grupo de pares¹. O abuso e a dependência são definidos, segundo a DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) por critérios precisos, especificados no Quadro I³.

As substâncias lícitas mais consumidas pelos adolescentes são o álcool e o tabaco. Relativamente às drogas ilícitas é a marijuana que assume o papel preponderante^{1,2,4-7}. Os consumos geralmente iniciam-se pelas drogas lícitas, em contexto de grupo de pares, para fins de diversão^{1,2}. Em alguns adolescentes os consumos evoluem em gravidade, desenvolvendo perturbação de abuso e dependência de substâncias¹. O CS torna-os mais susceptíveis a baixa auto-estima, ansiedade, depressão e a comportamentos sexuais de risco¹.

A prevenção do CS deve ser parte integrante dos cuidados de saúde ao adolescente^{1,2,5, 7-8}, seja em serviços vocacionados para a Medicina da Adolescência, seja na Consulta de Pediatria Geral ou em Cuidados de Saúde Primários. O Questionário HEEADSSSSS (Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sleep, Sexuality, Suicide, Safety, Support), configura uma óptima ferramenta de entrevista ao adolescente, permitindo uma avaliação psicossocial global e a identificação de factores de risco/protectores. Permite ainda a identificação de sinais de alarme de possíveis consumos - diminuição do rendimento escolar, isolamento, dificuldades nas relações interpessoais, comportamentos violentos ou desviantes, sintomas depressivos, ou problemas funcionais que são a expressão de um mal-estar^{1,2,7}. A orientação deve ser individualizada em função do adolescente em causa.

Apresentam-se os casos de três adolescentes referenciados à Consulta de Adolescentes (CA) do Serviço de Pediatria de um hospital central por CS com diferentes graus de gravidade, a propósito dos quais é discutida a orientação destas situações.

Recebido: 25.05.2010

Aceite: 21.10.2010

Correspondência:

Carla Maia
Hospital Pediátrico de Coimbra
Avenida Bissaya Barreto
3000-076 - Coimbra
carla.maia08@gmail.com

Quadro I – Critérios da DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)³ para abuso e dependência de substâncias**Abuso de substâncias**

- A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de doze meses:
1. Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.
 2. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico.
 3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância.
 4. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância
- B. Os sintomas não preenchem os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

Dependência de substâncias

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

1. **Tolerância**, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado,
 - b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
2. **Abstinência**, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) síndrome de abstinência característica para a substância,
 - b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
5. Muito tempo é gasto em actividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
6. Importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância
7. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

Relato de casos**Caso 1**

Adolescente, sexo masculino, com treze anos, foi referenciado por intoxicação alcoólica aguda. O único episódio de consumo ocorreu com o grupo de pares, a maioria dos quais nunca tinha consumido álcool. Ingeriu uma grande quantidade de diversas bebidas em conjunto com colegas. Vive com a mãe e irmão de onze anos, e tem um bom relacionamento com o pai, visitando-o regularmente. A avó materna acompanhou-o à consulta, referindo que ele era responsável e bom aluno. Este acontecimento motivou o envolvimento familiar no sentido do esclarecimento e prevenção de novos episódios.

Caso 2

Adolescente, sexo feminino, com quinze anos, foi referenciada por intoxicação alcoólica aguda. Alcoolizou-se em casa, com uma amiga. Foi possível identificar hábitos etílicos, tabágicos e toxifílicos no grupo de pares. A mãe já fora chamada à escola por outro episódio de alcoolização, em grupo, com amigas. Vive com a mãe e um meio-irmão de seis anos, contactando esporadicamente com o pai. Na consulta a mãe expressou preocupações em relação ao consumo de álcool e tabaco e ao comportamento da filha, pautado por anedonia e mau rendimento escolar. Durante a entrevista em privado a adolescente referiu vários episódios de alcoolização, por vezes associados ao consumo de marijuana. O seu compor-

tamento caracterizava-se por impulsividade e atitudes de oposição e desafio. Recusou apoio psicológico, tendo sido iniciada abordagem multidisciplinar envolvendo as equipas de assistência social e saúde escolar.

Caso 3

Adolescente, sexo masculino, com 16 anos, foi referenciado por hábitos alimentares desadequados. É de origem asiática e vive com os pais e avós paternos. Durante a entrevista a comunicação foi difícil, apresentando-se os pais assustados, referindo, após várias hesitações, que o filho consumia drogas. Em privado, o jovem admitiu consumo de tabaco há dois anos e marijuana diariamente, com padrão de dependência. Sentia necessidade de consumir quantidades progressivamente maiores para adquirir o efeito desejado e quando não consumia marijuana sentia ansiedade, inquietude e manifestava grande irritabilidade, tentando compensar com o consumo de tabaco. Contudo, continuava a consumir em grandes quantidades e há muito tempo, apesar de ter consciência que os seus problemas eram exacerbados pela substância. Referia também consumo recente de cocaína, sendo este restringido por limitações económicas. Detectou-se disfunção familiar marcada, envolvendo relações conflituosas e suspeita de violência física. O seu rendimento escolar era baixo, com desinteresse pela escola. Pela gravidade dos consumos, optou-se por fazer a referência directa para a Consulta de Toxicodependência do Serviço de Psiquiatria.

Discussão

O CS na adolescência é um grave problema de Saúde Pública^{1,5-6}. Estes casos são paradigmáticos da escalada de gravidade, desde a típica conduta de experimentação até ao abuso e dependência.

Sendo a adolescência um período de descoberta e curiosidade pelo desconhecido, facilmente se compreende a susceptibilidade aos consumos. Para tal contribuem vários factores (biogénéticos, socioculturais, interpessoais, psicocomportamentais)⁹, numa complexa interacção entre os factores de risco, os factores protectores, o indivíduo, a família, os pares e a comunidade^{1,8-9} (Quadro II). A disfunção familiar, a toxicod dependência dos progenitores ou dos pares, a baixa auto-estima e a presença de psicopatologia concomitante, constituem factores de risco^{1,2,5,6-9}. As relações familiares estáveis, a existência de um adulto de referência, o sucesso pessoal, académico e social, a auto-estima e motivação elevados, o grupo de amigos sem consumos e os contextos sociais estruturados, são factores protectores bem estabelecidos, que devem ser potenciados, de modo a prevenir os consumos^{1,2,5-7,9}.

A idade do primeiro consumo é também um factor a ter em conta, dado que o início precoce correlaciona-se com maior risco de desenvolver dependência mais tarde¹.

O primeiro adolescente representa o típico caso da experimentação com os pares. Da avaliação psicossocial efectuada sobressaem os factores protectores, sendo um adolescente bem estruturado e bom aluno, inserido num grupo de pares

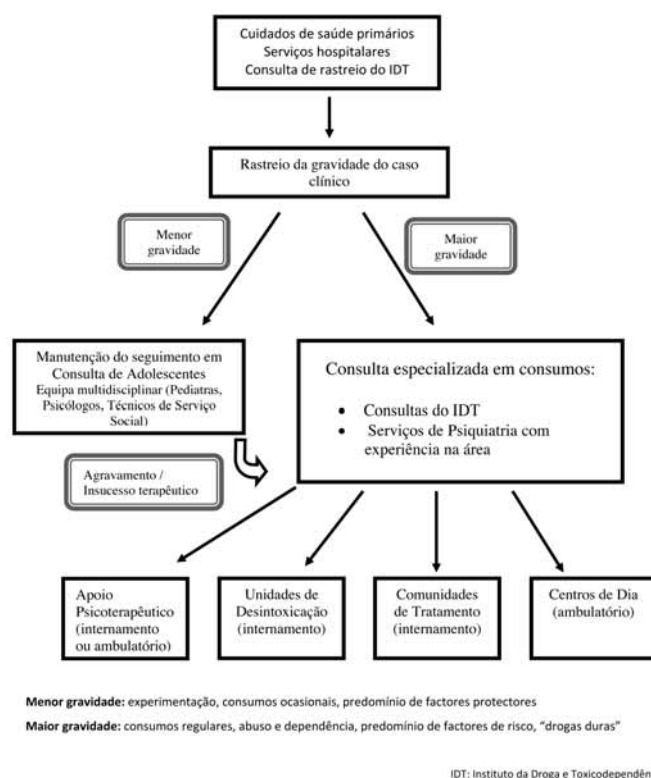


Figura 1 – Linhas orientadoras para o encaminhamento de adolescentes com consumos nocivos.

Quadro II – Factores de risco e factores protectores para consumos nocivos na adolescência^{11,12}

	Factores de risco	Factores protectores
Factores biológicos/ genéticos	Disfunção familiar História de patologia na família Elevada vulnerabilidade individual	Adequado desenvolvimento cognitivo /emocional Bom capital salutogéneo
Factores ambientais	Condições socioeconómicas precárias Minoria étnica/ discriminação racial Desorganização social	Coesão familiar Modelos parentais positivos Suporte emocional Redes sociais estruturantes
Factores da personalidade	Baixa auto-estima Baixa tolerância à frustração Facilidade de passagem ao acto <i>Locus</i> de controlo externo Tolerância ao desvio Desvalorização das normas sociais Fracas estratégias de "coping" Funcionamento interpessoal inadequado Crença de imunidade pessoal	Elevada auto-estima Resistência às pressões desviantes <i>Locus</i> de controlo interno Comportamentos saudáveis Aceitação das normas sociais Estratégias de "coping" eficazes Sentimento de responsabilidade Capacidade de adiar gratificações
Factores comportamentais	Evidência de comportamentos problema Consumo de substâncias nocivas Relações sexuais inseguras e múltiplas Insucesso escolar/laboral Delinquência Prazer na exploração dos limites Má comunicação com o grupo de pares	Aderência a comportamentos saudáveis Envolvimento em actividades culturais, sociais e desportivas Sucesso escolar/laboral Preservação da saúde e do ambiente Boa comunicação com o grupo de pares

sem consumos. Na família existem várias figuras de referência, que não desvalorizaram o acontecimento, tomando medidas no sentido de o ajudar a perceber os perigos. Este episódio é uma oportunidade de aconselhamento/promoção de comportamentos saudáveis. A manutenção do acompanhamento em CA permitirá tomar atempadamente outras medidas, caso venham a surgir sinais de alarme.

Relativamente à adolescente, a gravidade já é maior. Uma conjugação de factores de risco faz com que se potencializem uns aos outros (efeito de *cluster*). Ocorreram vários episódios de consumo exagerado de álcool, assistindo-se a uma escalada nos consumos com “experimentação” de drogas ilícitas a nível do grupo de pares, o qual por sua vez também tem consumos regulares. A relação com a mãe é conflituosa e não existe nenhum adulto de referência. Nesta adolescente são preponderantes os factores de risco, identificando-se um dos mais importantes^{8,9} - o consumo de drogas no grupo de pares - e não se identificando factores protectores. Nega ainda o problema e recusa ajuda, considerando ser um comportamento normal na sua idade.

Em relação ao último adolescente já existe dependência física e psicológica, com repercussão funcional acentuada. Os consumos são diários, com os sintomas de abstinência já referidos, e já com experiência de “drogas duras”, sendo apenas a questão monetária que impede o seu consumo regular. No seu grupo os consumos são a regra, e tal como no caso anterior, os factores de risco suplantam os factores protectores.

Uma vez identificado o consumo deve estabelecer-se a gravidade com uma completa avaliação biopsicossocial, identificando factores de risco, factores protectores e comorbilidades associadas^{1,2,5,8,10-12} (Quadro II). Para tal é necessário que o pediatra/médico assistente do adolescente tenha formação na área da adolescência e esteja atento a sinais de alarme, para intervir numa fase precoce. É também importante a criação de infra-estruturas de saúde vocacionadas para os adolescentes, de fácil acessibilidade.

O tratamento deve ser individualizado em função do adolescente, tendo em conta a idade, sexo, ambiente sócio-económico-cultural^{1,8,10} e ajustado de acordo com a gravidade e a substância em causa^{1,10}. As típicas condutas de experimentação ocasional e graus de consumo sem dependência não necessitam obrigatoriamente de ser encaminhados para serviços especializados^{1,10}, podendo ser acompanhados regularmente em Serviços de Medicina da Adolescência por uma equipa multidisciplinar (pediatras, psicólogos, técnicos de serviço social). Casos de maior gravidade (consumos regulares, abuso, dependência, predomínio de factores de risco, “drogas duras”) necessitam de orientação para centros vocacionados para o tratamento de toxicodependências^{1,10}, tais como o Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT)¹³ ou serviços hospitalares de Psiquiatria com experiência na área. No caso particular do IDT existem várias consultas especializadas e opções terapêuticas destinadas a jovens com perturbações de abuso e dependência (apoio psicoterapêutico, unidades de desabilitação, comunidades terapêuticas, centros de dia).

O tratamento e orientação inicial envolvem sempre uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, bem como os recursos e estruturas da comunidade (nem sempre adaptados às particularidades da Adolescência), a família e os pares, tendo estes últimos importância fulcral no processo^{8,10}.

Conclusão

A adolescência é uma época de descobertas. Contudo nem sempre são claras as fronteiras das condutas de experimentação e estas podem evoluir para abuso e dependência, condicionando o projecto de vida do adolescente. Cabe à família, aos profissionais de saúde, à escola e à sociedade em geral implementar medidas preventivas. No caso de consumos instalados, o tratamento deve ser orientado em função da gravidade e da substância em causa, articulando os recursos de saúde com os da comunidade para ajudar o adolescente a ultrapassar as dificuldades e cumprir os objectivos da adolescência.

Referências

1. Sanchez-Samper X, Knight JR. Drug abuse by adolescents: general considerations. *Pediatr Rev* 2009;30:83-93.
2. Fonseca H. *Compreender os Adolescentes*. 5ª Edição. Lisboa: Editorial Presença; 2008.
3. American Psychiatric Association: *DSM-IV-TR, Manual De Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
4. Palmer RHC, Young SE, Hopfer CJ, Corley RP, Stallings MC, Crowley TJ et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend* 2009;102:78-87.
5. Kulig JW and the Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics* 2005;115:816-21.
6. Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009;17(3):347-53.
7. Fournier ME, Levy S. Recent trends in adolescent substance use, primary care screening, and updates in treatment options. *Curr Opin Pediatr* 2006;18:352-8.
8. Griswold KS, Aronoff H, Kernan JB, Kahn LS. Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician* 2008;77(3):331-6.
9. Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr Clin N Am* 2002;49:463-77.
10. Committee on Substance Abuse. Indications for management and referral of patients involved in substance abuse. *Pediatrics* 2000; 106:143-8.
11. Arthur MW, Hawkins JD, Pollard JA, Catalano RF, Baglioni AJ. Adolescent problem behaviors: the Communities That Care Youth Survey. *Eval Rev* 2002;26:575-601.
12. Preventing adolescent drug abuse – intervention strategies. Glynn TJ, Leukefeld CG, Ludford JP. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 47, Rockville, Maryland (EUA), 1983.
13. Instituto da Droga e da Toxicodependência [Homepage on the Internet]. Acessível em <http://www.idt.pt/PT/Paginas/HomePage.aspx>. Acedido em 19 de Setembro de 2010.