

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/283277043>

Evolução do conceito de dependência [atualizada, com comentários sobre o DSM-5]

Chapter · January 2016

CITATIONS

0

READS

374

2 authors:



[Marcelo Ribeiro de Araújo](#)

Secretariat of Health, Sao Paulo

103 PUBLICATIONS 499 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Ronaldo Laranjeira](#)

Universidade Federal de São Paulo

347 PUBLICATIONS 3,914 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

All content following this page was uploaded by [Marcelo Ribeiro de Araújo](#) on 28 October 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file. All in-text references [underlined in blue](#) are added to the original document and are linked to publications on ResearchGate, letting you access and read them immediately.

Evolução do conceito de dependência química

Marcelo Ribeiro¹

Ronaldo Laranjeira¹

“Qualquer indivíduo interessado em tratar problemas com álcool deve notar que seus pacientes frequentemente lhe contam uma história diferente, mas que também há padrões que se repetem. (...) Escolhemos o termo síndrome para se referir apenas e tão somente à idéia de recorrência do fenômeno. Nem todos os elementos devem estar presentes ao mesmo tempo, tampouco sempre presentes na mesma intensidade. (...) Nenhuma suposição precisa ser feita sobre a causa ou o processo patológico. (...) Cada parte da síndrome se relaciona de algum modo com as outras, de modo que a história do paciente descreverá o grau de dependência em sua particularidade, moldada e colorida pela personalidade e pelo meio.” [tradução livre] (1)

O critério contemporâneo de dependência química foi desenvolvido a partir dos estudos do psiquiatra britânico Griffith Edwards (1928-2012)¹, nos anos setenta e oitenta, passando a influenciar os principais sistemas de classificação diagnóstica – CID e DSM – desde então. As grandes inovações foram a descoberta de um conjunto de sintomas universais – “os sete critérios de Edwards” – , presentes em casos de dependência para toda e qualquer substância, mas variáveis quanto à gravidade, podendo sofrer aqui influências externas e internas². A etiologia da dependência não interfere no processo diagnóstico, permitindo que a comunicação entre pesquisadores e clínicos fosse otimizada, independentemente da afiliação teórica de cada um.

No entanto, esses avanços das últimas décadas ainda possuem impacto limitado na opinião pública, que ainda valoriza em demasia explicações baseadas em teorias etiológicas reducionistas ou moralistas³. Coloquialmente, indivíduos que adotam tais condutas recebem inúmeros ‘diagnósticos’ sociais. Alguns desses termos emergem diretamente da cultura popular, quase sempre com conotação pejorativa – chaminé, bêbado, mangüaceiro, pé-na-jaca, maconheiro, homem-fumaça, cheirador, craqueiro, drogado. Outros, da vulgarização do vernáculo médico-científico – viciado, ébrio, alcoólatra,

¹ Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

cocainômano, heroinômano. Há, ainda, aqueles provenientes de neologismos, geralmente da língua inglesa, como drogadito e adicto. Todos esses 'diagnósticos' acabam influenciados pelos vieses culturais e do imaginário que cada indivíduo tem acerca do consumo de drogas, sejam esses contrários ou favoráveis ao uso⁴. Tais termos são imprecisos, de pouca serventia para o profissional da saúde, e por isso proscritos do vocabulário técnico e acadêmico⁵.

Essa terminologia leiga reflete a evolução que o conceito de consumo de substâncias psicoativas vem sofrendo ao longo da história. Desse modo, investigar seu significado junto ao paciente e seus familiares pode ajudar o profissional da área a construir o diagnóstico de dependência nos moldes científicos, como se discutirá adiante. Além disso, assim como qualquer indivíduo inserido em uma cultura, esse profissional traz consigo as mesmas distorções culturais^{4,5}. A entrevista com o paciente e seu grupo de convívio também é um bom momento para identificá-las e neutralizá-las sempre que possível. Nesse sentido, o conceito de "síndrome de dependência" introduz um novo paradigma, baseado na identificação de sintomas e padrões de comportamento, que ao invés de culpar, aponta para uma situação passível de tratamento, pelo qual devem ser responsabilizados o paciente, sua família e os profissionais da saúde envolvidos.

O consumo na Antigüidade

O conceito de dependência química é extremamente novo, se comparado ao consumo de substâncias psicoativas pela humanidade, que compreende vários milênios⁶⁻⁷. As primeiras tentativas de abordar a questão possuem menos de trezentos anos e as definições mais próximas da atual, pouco mais de um século⁸.

Isso não significa que o problema não existisse anteriormente. Relatos da Antigüidade, como no Egito e Grécia, descrevem padrões de uso nocivo de álcool e *delirium tremens*⁶. No entanto, essas civilizações possuíam alguns 'fatores de proteção', que desapareceriam a partir da Idade Moderna. Em

primeiro, o consumo de substâncias psicoativas estava mais integrado ao cotidiano das sociedades, funcionando ora como alimento, ora como moduladores de estresse ambiental⁹. Na Antigüidade havia uma grande dificuldade no armazenamento de água. Os fermentados alcoólicos, por sua vez, podiam ser estocados para esse fim por longos períodos. Além disso, tendo em vista a carestia que assolava a humanidade dos primeiros tempos civilizatórios, o álcool se constituía em uma fonte nutritiva armazenável¹⁰. Entre os incas, o hábito de mascar folhas de coca auxiliava as classes mais baixas a tolerarem a fome e a fadiga⁶. Nesse sentido, funcionava como um importante modulador contra o estresse ambiental⁹. Desse modo, pode-se notar que o consumo de substâncias era pautado fundamentalmente por questões básicas de subsistência⁹.

Em segundo, o consumo de substâncias psicoativas era feito a partir da planta que a sintetizava (*in natura*), portanto, em baixas concentrações. A folha de coca contém, em média, de 0,5 – 2% de cocaína⁹. Já a concentração alcoólica das bebidas fermentadas gira entre 5 – 12%⁸. Sabe-se hoje que quanto mais alta a concentração da substância, maior o risco de dependência da mesma.

Em terceiro, a disponibilidade da mesma era restrita, tendo em vista os métodos pouco eficazes de coleta e plantio que os povos antigos possuíam⁶. Por fim, a expectativa de vida era significativamente inferior aos padrões contemporâneos: o homem que precedeu as grandes civilizações vivia em média vinte anos e o da Antigüidade, quarenta⁶. Havia menos ‘tempo hábil’ para os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas aparecessem.

Na opinião desses povos, o uso continuado e desregrado, ou seja, fora do contexto alimentar, sagrado ou festivo era considerado uma afronta às suas normas culturais de convívio social⁶. Ainda para esses, tal desvio partia exclusivamente da vontade do usuário, que deveria ser punido por seus atos. A questão era abordada sob a óptica moral, ao invés de problematizada como doença, salvo quando já evoluía com problemas físicos, como o *delirium* e a cirrose hepática⁸.

Durante a Idade Média, esse panorama se manteve: acesso restrito em decorrência da baixa produtividade agrícola, consumo principalmente de bebidas fermentadas, que por vezes supria a necessidade de água e calorias dessas populações ruralizadas⁶⁻⁸. Além disso, o Cristianismo via como heresia o consumo de plantas psicoativas, por estarem anteriormente ligadas a rituais pagãos⁶. Os excessos, incluindo o consumo de vinho e cerveja, eram considerados condutas pecaminosas.

A massificação do consumo

A partir do Renascimento, o homem adquiriu mais autonomia sobre o seu destino, outrora atribuído exclusivamente a Deus e seus representantes na Terra. A tecnologia agrícola deu um salto de eficiência e qualidade, disponibilizando mais alimentos. As Grandes Navegações (século XVI) trouxeram para Europa novas plantas psicoativas, como o tabaco, o café e a coca¹¹. Outras plantas utilizadas durante a Antigüidade, como a papoula e a maconha foram reincorporadas ao cotidiano Europeu. Ainda nesse mesmo século, a descoberta destilação disponibilizou bebidas com altas concentrações alcoólicas (30 – 70%)⁸. Por fim, as Revoluções Industrial (século XVIII) e Científica (Século XIX), conseguiram isolar os princípios ativos das plantas psicoativas e os disponibilizaram em larga escala nas farmácias de todo o mundo^{6,8}. Além disso, a sociedade europeia passou por mudanças radicais a partir da Idade Moderna: as cidades inchavam a cada dia e uma legião de camponeses se apertava em cortiços e guetos, vivendo na pobreza e desempregada⁸.

Desse modo, nota-se que a partir do século XVII, uma grande quantidade de bebidas e substâncias (mais concentradas) foi disponibilizada em larga escala, com acesso facilitado e baixo preço. O caráter do consumo também se modificou: anteriormente mais relacionado à subsistência, as substâncias psicoativas tornaram *produtos comerciais*, vendidos livremente em farmácias, bares e armazéns¹¹.

Isso contribuiu decisivamente para que nessa época uma grande quantidade de indivíduos começou a apresentar problemas relacionados ao consumo de álcool, opiáceos e cocaína. A novidade desse novo fenômeno de massas da modernidade chamou a atenção das autoridades, políticos, cientistas e do grande público.

Os primeiros conceitos de dependência química

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas continuavam a ser encarados com desvios morais até o século XVIII. Na Inglaterra, Alemanha e nos Estados Unidos, aqueles que se embriagavam em demasia (ébrios) eram colocados pelourinhos ou barris e execrados em praça pública. Seus nomes também eram publicados nos jornais locais⁸.

As primeiras tentativas de problematizar a questão partiram de dois médicos: Benjamin Rush (1745 – 1813), considerado o pai da psiquiatria estadunidense, e britânico Thomas Trotter (1761 – 1832)⁶. Ambos diziam que a *embriaguez* era resultado da perda do autocontrole e comprometia o equilíbrio saudável do corpo. Nas palavras de Rush: “começa como uma escolha, torna-se um hábito e depois uma necessidade”. Eles continuavam a acreditar que o modo de consumo era uma escolha pessoal, mas até certo ponto, quando a substância passava a ‘dominar’ o controle e a vontade do usuário. Pela primeira vez, consideraram que a intensidade do consumo variava ao longo de *continuum* de gravidade. Além disso, pontuaram que os problemas relacionados ao consumo se instalavam ao longo do tempo, ou seja, possuíam uma *história natural*¹².

Apesar de delimitarem o campo da doença, ambos não a converteram em critérios diagnósticos. Apenas em meados do século XIX que Magnus Huss (1849) utilizou o termo *alcoholismo* pela primeira vez, na tentativa de definir o conjunto de complicações clínicas decorrentes do uso abusivo e crônico de álcool⁶. Uma definição eminentemente médica. Quase no final desse mesmo século, outros pesquisadores formularam conceitos para a embriaguez que se aproximavam do que hoje é denominado dependência: uma doença, com prováveis causas biológicas e genéticas. Essa definição aos poucos se

estendeu para as outras substâncias, com a criação de entidades nosológicas como *morfinismo*, *narcomania* e *cocainomania*.

Apesar de os primeiros construtos enfatizarem os critérios biológicos, ajudaram a identificar outras características, tais como padrão de consumo, história familiar, aspectos da personalidade e psicopatologias, que serviram de base para as classificações atuais. No entanto, pouco se ativeram aos aspectos psicossociais decorrentes do uso indevido de álcool e drogas, deixando espaço para as explicações moralmente embasadas ou demasiadamente caracteriológicas, ou seja, os que consideravam que a gênese dos problemas com o consumo de álcool e drogas estava direta e exclusivamente ligada a distúrbios de personalidade inerentes desses indivíduos.

Inovações do século XX

Desse modo, até meados do século vinte, as classificações diagnósticas acerca dos problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas traziam dois déficits importantes: [1] não consideravam as alterações psicossociais como parte da dependência, focalizando em demasia a presença dos aspectos biológicos (*delirium tremens* e complicações clínicas); [2] não faziam referência a outros modos problemáticos do consumo.

Este panorama não se alteraria até os anos sessenta. A partir dessa época diversas classificações começaram a diferenciar padrões de consumo de álcool e identificar aqueles de origem “biológica” (endógenos) e os “comportamentais” (exógenos). Além disso, o padrão de consumo passou a ser valorizado, caracterizando o uso contínuo, periódico e irregular. O mais conhecido desses sistemas classificatórios foi criado por Jellineck, em seu livro “The disease concept of alcoholism” (1960), no qual propões uma divisão de seus “portadores” de acordo com uma tipologia empiricamente determinada. Para o pesquisador havia tipos de usuários de álcool com maior predisposição biológica para a doença, iniciavam o consumo precocemente, evoluíam rapidamente para a perda do autocontrole (tipos gama e delta); enquanto

outros eram as influências ambientais, com evolução mais lenta e arrastada (alfa, beta e épsilon)¹³.

Os termos “dependência física” e “dependência psicológica”, hoje em desuso, surgiram também nesse período. Em seu *Manual sobre dependência de las drogas* (1975), a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu tais categorias da seguinte forma¹⁴:

Dependência psíquica: situação em que existe um sentimento de satisfação e um impulso psíquico que exigem a administração regular ou contínua da droga para produzir prazer ou evitar mal-estar. Tal estado mental é evidentemente o mais potente de todos os fatores implicados na intoxicação crônica com as drogas psicotrópicas, e pode ser o único fator no caso de certos tipos de droga.

Dependência física: estado de adaptação que se manifesta pela aparição de intensos transtornos físicos quando se interrompe a administração da droga ou se influi em sua ação pela administração de um antagonista específico. Estes transtornos, isso é, as síndromes de retirada ou abstinência, são caracterizados por séries específicas de sinais e sintomas de caráter psíquico e físico peculiares a cada tipo de droga. São aliviadas pela administração da mesma droga ou de outra com ação farmacológica análoga, pertencente ao mesmo tipo genérico. Manifestações patentes de dependência física não aparecem quando se mantém a administração de uma dose adequada da substância. A dependência física é um potente fator de reforço da influência da dependência psíquica, no que se refere a continuação do uso da droga ou da recaída depois de uma tentativa de retirada.

Esses novos modelos de classificação representaram alguns avanços. Em primeiro, contemplaram a existência de fatores psicológicos e ambientais envolvidos na dependência e os transformaram em critérios diagnósticos. Dessa forma, as alterações de comportamento também passaram a ser valorizadas como sintomas de doença, ao invés de demonstrações de ‘preguiça’, ‘covardia’, ‘mau-caratismo’ ou distúrbios de personalidade.

No entanto, a universalidade do diagnóstico foi perdida. Nos primeiros tempos, havia apenas uma descrição geral, que considerava o consumo de álcool e drogas um fenômeno do “tudo ou nada”. Tal definição, porém, valorizava os pontos comuns e era aplicável a todos os casos de dependência. O excesso

de descrições e subtipos ajudou a detalhar o conceito ao mesmo tempo em que o fragmentava. Além disso, as diferenças entre os tipos de usuários não se mostraram maiores do que suas semelhanças, comprometendo sua utilidade na prática clínica.

Por fim, a distinção entre dependência física e psíquica, acabou por originar duas classes de substâncias psicoativas: as leves e as pesadas. Isso originou dois vieses, ambos de ordem moralista. O primeiro, focalizado apenas no usuário, criticava sua 'falta de vontade' e 'fraqueza de caráter' para sucumbir ou não se libertar de uma dependência 'apenas psíquica'. O segundo, focalizado apenas na substância, minimizava os danos da mesma, por produzir 'no máximo' dependência psíquica, especialmente quando comparada às drogas pesadas, como o álcool, opiáceos e benzodiazepínicos.

O conceito atual de dependência

A partir dos anos 70, Edwards & Gross propuseram o conceito de 'síndrome de dependência do álcool'⁹. Tal conceptualização partia de três pressupostos básicos. Em primeiro, a dependência é considerada uma *síndrome nosológica*, ou seja, um agrupamento de sinais e sintomas que se repete com certa frequência em alguns usuários dessas substâncias, sem, no entanto haver uma causa única ou recorrente⁴. Em segundo, tal síndrome se organiza dentro de níveis de gravidade e não como um absoluto categórico¹⁵. Essa noção é extremamente importante, pois se deve buscar não um sintoma característico e patognomônico, mas uma série desses, considerando sua intensidade ao longo de um *continuum* de gravidade. Em terceiro, a síndrome de dependência é moldada por outras influências, capazes de predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação (**figura 1**)^{2,15}.



Figura 1: O padrão de consumo dos indivíduos é moldado por uma série de fatores de proteção e risco.

O conceito de síndrome de dependência e seus critérios diagnósticos (**quadro 1**) serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos psiquiátricos da atualidade: o CID-10 (OMS)¹⁶ (**quadro 2**) e o DSM-5 (APA)¹⁷ (**quadro 3**). O DSM-5 foi lançado exatamente vinte anos depois de sua edição anterior, o DSM-IV (1993)¹⁸, propondo alterações importantes – entre essas, a substituição do binômio “dependência” e “abuso”, por “transtornos relacionados a substâncias”, com diferentes níveis de gravidade (**figura 2**) – como se comentará adiante.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas.

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

De maneira geral, ambos os códigos e consideram a inexistência de um padrão de consumo de substâncias psicoativas isento de riscos¹⁵. O consumo de álcool em baixas doses e cercado das precauções necessárias para a prevenção de acidentes é considerado um **consumo de baixo risco**. O consumo quase sempre acompanhado de complicações (acidentes, brigas, perda de compromissos) é denominado **uso nocivo (CID-10) (quadro 2) ou abuso (DSM-IV)**. Por fim, quando o consumo é freqüente, compulsivo, destinado à evitação de sintomas de abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais, fala-se em **dependência** (CID-10, DSM-IV).

Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição | CID-10

A CID-10 foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para catalogar e padronizar as doenças e os problemas relacionados à saúde. Para esse código, em plena concordância com os preceitos de Griffith Edwards, a “síndrome de dependência” é definida como um “conjunto de fenômenos

comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física”¹⁶ – os critérios diagnósticos para a síndrome de dependência encontram-se relacionados no **quadro 2**.

Além da síndrome de dependência, a CID-10 considera o “uso nocivo” um padrão de consumo específico, como história natural e critérios diagnósticos próprios (**quadro 2**). O mesmo pode ser definido como um padrão mal-adaptativo de consumo, marcado pela perda do controle do uso e por prejuízos imediatos ou circunscritos ao episódio de consumo – p.e. acidentes automobilísticos ou durante a operação de máquinas¹⁶. Fora dos episódios de consumo, porém, não se observa compulsão ou comportamento de busca pela substância – o usuário fica, muitas vezes, semanas ou mesmo meses sem consumir a substância. No entanto, sempre que decide retornar ao consumo, haverá grande possibilidade do padrão de uso nocivo se instalar¹⁵.

A OMS está preparando a 11ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-11), com lançamento previsto para 2017. Nesse sentido, especialistas do mundo todo vêm discutindo a validade das categorias diagnósticas vigentes, bem como acerca da necessidade de se incluir outras dessas¹⁹. Ao que tudo indica, não haverá alterações significativas nos critérios diagnósticos para “dependência” e “uso nocivo”, permanecendo a primeira hierarquicamente superior à segunda, ou seja “o uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool [estiver] presente”.

Quadro 2: Critérios da CID-10 para “síndrome de dependência” e para “uso nocivo”

Síndrome de dependência	Uso nocivo
<p>Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;(c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas (deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.	<p>O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.</p> <p>Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.</p> <p>A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo.</p> <p>O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.</p>

A nova versão da CID estuda a possibilidade de se introduzir o conceito de “episódio de uso nocivo isolado” [tradução livre], para caracterizar determinadas situações em que a referida intoxicação não se encaixa em um padrão de consumo mais amplo, porém foi capaz de proporcionar danos à saúde e ao entorno social do usuário¹⁹ – por exemplo, um usuário de baixo risco que bebeu em *binge* durante o carnaval ou durante sua formatura e bateu o carro ou um adolescente durante suas primeiras experiências com o consumo de álcool. Um segundo episódio em menos de 12 meses, já fecharia critérios para “uso nocivo” propriamente dito. Outra inovação em estudo é a

possibilidade de se introduzir um espectro para as intoxicações agudas, que passariam a ter critérios bem definidos para as modalidades “leve”, “moderada” e “grave”¹⁹.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição | DSM-5

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) substituiu as denominações “abuso” e “dependência”, presentes no DSM-IV, por um *continuum* de gravidade, no DSM-5. Nesse novo formato, passou a existir apenas a categoria diagnóstica “Transtorno por Uso de Substância” (**figura 2**), definida como “um padrão problemático de uso [de qualquer substância psicoativa], levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por meio de pelo menos dois [de onze critérios possíveis], ocorrendo durante um período de 12 meses (“Critério A”) (**quadro 3**)¹⁷. Quanto a gravidade, a presença de 2 ou 3 critérios caracteriza um transtorno por uso de substância “leve”; 4 ou 5, um transtorno “moderado”; ao passo que o “grave” possui ao menos 6 sintomas. Didaticamente, com o intuito de estruturar o diagnóstico firmado pelo profissional da saúde, o DSM-5 dividiu os onze critérios em quatro grupos (**quadro 4**).

A alteração trazida pelo DSM-5 é resultado das seguintes considerações²⁰: os critérios diagnósticos do DSM-IV para “abuso” não possuíam a validade e confiabilidade daqueles para “dependência”; a hierarquização existente entre “dependência” e “abuso” (uso nocivo, para a CID-10) passa muitas vezes a impressão de que esse último é um padrão de comportamento mais leve, apesar dos graves problemas clínicos, sociais e criminais muitas vezes associados a esse – tais como os acidentes automobilísticos –, sugerindo que “abuso” e “dependência” não estão necessariamente relacionados dentro de *continuum* de gravidade; por fim, alguns usuários de substâncias psicoativas (*diagnostic orphans*) apresentavam dois critérios para dependência (quando eram necessários ao menos três) e nenhum para uso nocivo, indicando que tinham problemas, mas não um diagnóstico capaz de orientar alguma prática clínica. Isso levou o grupo responsável pela elaboração do DSM-5 concluir que não se tratar de duas patologias, mas sim de uma categoria unidimensional,

sugerindo que os critérios deveriam ser combinados para indicar um único transtorno²⁰.

Quadro 3: Critérios do DSM-5 para Transtornos por uso de substância

Transtorno por uso de substância

- A.** Um padrão problemático de uso de [uma determinada substância], levando um comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
 2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
 3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação dos seus efeitos.
 4. Fissura, ou forte desejo ou necessidade de usar a substância.
 5. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso de desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
 6. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
 7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em função do uso de substância.
 8. Uso recorrente da substância em situação nas quais isso representa um perigo à integridade física.
 9. O uso de substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
 10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar intoxicação ou o efeito desejado;
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
 11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a. Síndrome de abstinência característica da substância (consultar os critérios para síndrome de abstinência específicos para cada droga, entre as páginas 490-580, do DSM-5)
 - b. A substância (ou uma outra substância estritamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
-

Quadro 4: Agrupamentos gerais dos critérios diagnósticos para Transtornos por Uso de Substâncias, do DSM-5

Nome do agrupamento	Critérios do DSM-5 que compõem esse agrupamento
Baixo controle	1-4
Deterioração social	5-7
Uso arriscado	8-9
Critérios farmacológicos	10-11

A novidade trazida pelo DSM-5 – a fusão do abuso e da dependência em um único diagnóstico dotado de espectros de gravidade – permanece longe do consenso. O próprio Griffith Edwards, pouco antes do seu falecimento, afirmou em carta a uma revista científica, que o novo conceito trazida desarranjo ao corpo de conhecimento desenvolvido até o momento, questionando a consistência dos achados que convenceram a mudança de paradigma oferecida pelo DSM-5²¹.

Estudos comparativos iniciais²² têm demonstrado um alto grau de concordância – por volta de 95% – entre “transtorno por uso de substância grave” (DSM-5) e “dependência” (DSM-IV, CID-10), tanto entre os homens, quanto entre as mulheres. Da mesma forma, a ausência de qualquer diagnóstico para transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foi encontrada na mesma proporção por todos os códigos. Por outro lado, mais da metade dos casos de “transtorno por uso de substância moderado” (DSM-5) receberiam o diagnóstico de “dependência”, ao passo que um terço dos casos “leves”, não receberiam qualquer diagnóstico, segundo a CID-10. Isso aponta para um descompasso entre ambas as classificações, gerando questionamento acerca da acurácia do DSM-5 para a detecção de casos de dependência menos severos, bem como para a possibilidade do aumento do número de casos “leves” entre indivíduos cujo comportamento de beber esta fora do campo dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

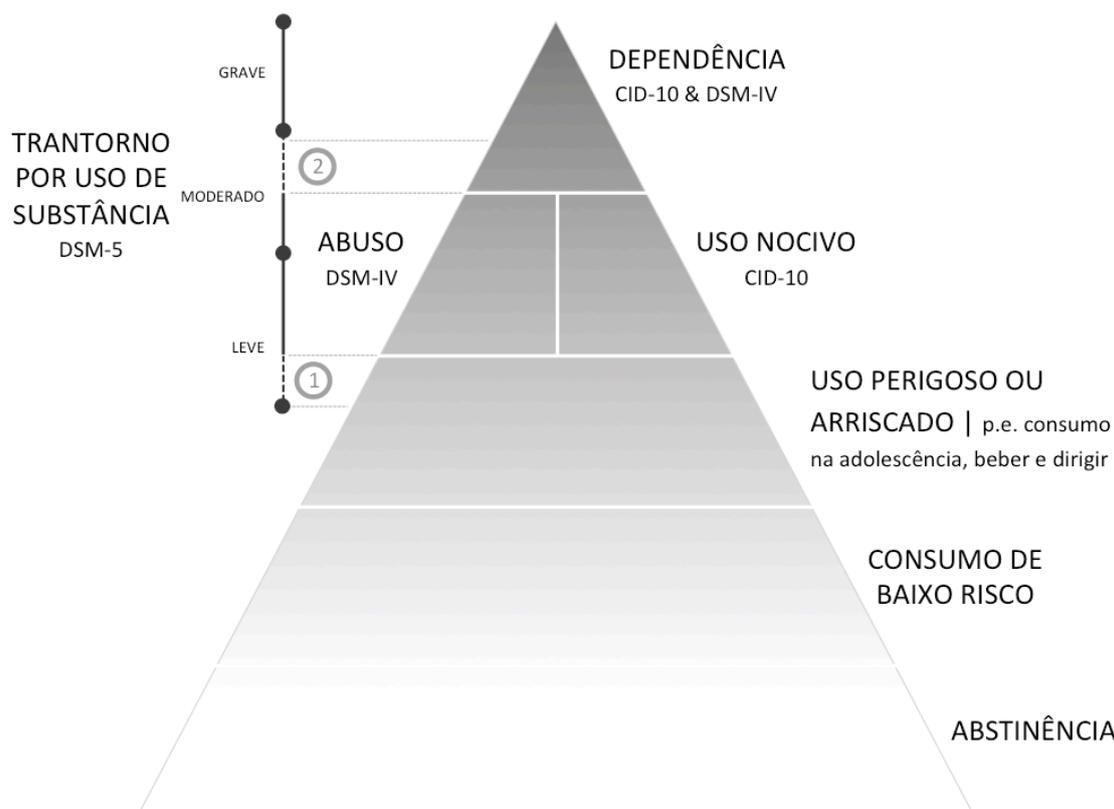


FIGURA 2: O campo dos transtornos relacionados ao uso e substâncias psicoativas de acordo com as principais classificações internacionais. Outrora bastante semelhantes – contanto ambos com um diagnóstico para padrões mal-adaptativos de consumo, marcado por perda do controle e com consequências negativas à saúde circunscritas ao período imediato ao uso da substância (uso nocivo, pela CID-10 e abuso, pelo DSM-IV) – o DSM-5 agrupou o abuso e a dependência num único diagnóstico: transtornos por uso de substâncias. Questionamentos acerca da maior abrangência desse para casos outrora não considerados patológicos (1), bem como de sua capacidade reduzida em detectar casos de dependência mais leves (2) ainda aguardam investigações científicas esclarecedoras.

Tais achados parecem sugerir que o novo campo delimitado pelo DSM-5 para a investigação dos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas ainda deverá passar pelo crivo de pesquisadores e especialistas até que suas fronteiras estejam melhor definidas, seja pelo ajuste dos seus critérios vigentes, seja pelo ajuste das outras classificações.

Discussão

Há menos de cinquenta anos, os problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas não possuíam critérios diagnósticos precisos, merecendo

explicações eminentemente embasadas em modelos morais. O conceito *síndrome de dependência* conseguiu harmonizar as principais linhas de pensamento acerca do tema.

Em *primeiro*, trata-se de um diagnóstico descritivo e objetivo, interessado na observação de sinais e sintomas que caracterizam a síndrome de dependência, sem se preocupar com a etiologia ou explicações de ordem moral. Em *segundo*, considera que a dependência possui critérios biológicos e psicossociais, que podem aparecer combinados ou isoladamente. Desse modo, eliminou distorções maniqueístas, tais como dependência psíquica (leve) e física (grave). Em *terceiro*, trata-se de um conceito universal, aplicável a qualquer usuário de álcool, tabaco e outras drogas que venha apresentar tais critérios diagnósticos – não há subtipos (como física ou psíquica, tipo alfa ou beta). Isso uniformizou o diálogo entre os pesquisadores de todo o mundo. Em *quarto*, cada critério diagnóstico possui níveis distintos de gravidade, portanto, cada dependente possui um quadro único, sem, no entanto, tipificá-lo. *Por fim*, contemplando o caráter multifatorial da gênese e manutenção do uso indevido de substâncias psicoativas, o conceito atual de dependência considera que qualquer padrão de consumo é constantemente influenciado por uma série de fatores de proteção e risco, de natureza biológica, psicológica e social¹⁰. Um fator de risco pode ser potencializado por outros fatores similares ou neutralizado por fatores de proteção. Portanto, é necessária a interação disfuncional de um conjunto de fatores para o surgimento do uso nocivo ou da dependência.

O conceito de síndrome de dependência representa uma importante ferramenta para o profissional da área, por vários motivos:

1. Ajuda a situá-lo quanto à existência e a gravidade do problema, bem como auxiliá-lo no mapeamento dos fatores de proteção e risco, capazes de interferir na evolução do quadro diagnosticado.
2. Considera a dependência não apenas a partir de suas características biológicas, valorizando igualmente os aspectos psicossociais envolvidos.

3. Representa um novo paradigma para o paciente e seus familiares, uma vez que proporciona explicações isentas de moralismo e imprecisões.
4. Os critérios diagnósticos, de natureza descritiva, permitem ao profissional diagnosticar a dependência de modo objetivo, independentemente de suas afinidades teóricas acerca da etiologia da mesma.
5. A terminologia coloquial, genérica e dotada de imprecisões e moralismos, foi substituída por termos baseados em observações clínicas e evidências científicas.

Os avanços das últimas décadas ainda possuem pouco impacto na opinião do grande público, que ainda valoriza em demasia explicações baseadas em teorias etiológicas reducionistas ou eminentemente moralistas. Em contraposição, o conceito de síndrome de dependência introduz um novo paradigma, no qual defeitos se convertem em características e atribuições de culpa, em responsabilidade pelo processo de tratamento, dividida entre o profissional, o paciente e sua família.

Referências bibliográficas

1. [Edwards G & Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. BMJ 1976; 1: 1068-71.](#)
2. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Perrenoud LO, Ribeiro M. Etiologia dos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. pp. 43-8
4. Ribeiro M. A importância da terminologia para o estudo da dependência química. In: UNIAD. XV Curso de Especialização em Dependência Química – Manual do Curso. São Paulo: UNIAD; 2015.

5. Babor TF. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência do álcool e das drogas. In: Edwards G, Lader M. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: ARTMED; 1994. pp. 35-66.
6. Ribeiro M, Moreira FG. História das Drogas. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2004.
7. [Ribeiro M. Drogas – uma leitura junguiana da história e da clínica das dependências. Monografia apresentada à Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica para a obtenção do título de Analista. São Paulo; 2012.](#)
8. Edwards G. Alcohol – the ambiguous molecule. London: Pehquin Books; 2000. Dudley RF. Fermenting fruit and historical ecology of ethanol ingestion: is alcoholism in modern humans an evolutionary hangover? *Addiction* 2002; 97: 381-8.
9. [Sullivan RJ & Hagen EH. Psychotropic substance seeking: evolutionary pathology or adaptation? *Addiction* 2002; 97: 389-400.](#)
10. [Dudley RF. Fermenting fruit and historical ecology of ethanol ingestion: is alcoholism in modern humans an evolutionary hangover? *Addiction* 2002; 97: 381-8.](#)
11. Carneiro H. Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas. Rio de Janeiro: Campus – Elsevier; 2005.
12. Crowley JW. Drunkard's progress – narratives of addiction, despair and recovery. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1999.
13. McCrady BS & Epstein EE. Addictions – a comprehensive guidebook. NY: Oxford University Press; 1999.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra: OMS; 1975.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) & Associação Médica Brasileira (AMB). Usuário de substâncias psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP; 2002.

16. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
17. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais | DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
18. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais | DSM-IV. Porto Alegre: Artmed; 1994.
19. World Health Organization (WHO). Planning meeting for clinic-based testing of ICD-11 draft for disorders due to substance use and related health conditions. Abu Dhabi (UAE): WHO; 2015.
20. [Hasin D. DSM-5 SUD diagnoses: changes, reactions, remaining open questions. Drug Alcohol Depend 2015; 148: 226-9.](#)
21. [Edwards G. "The evil genius of the habit": DSM-5 seen in historical context. J Studies Alcohol Drugs 2012; 73\(4\), 699–701.](#)
22. [Hoffmann NG, Kopak AM. How well do the DSM-5 alcohol use disorder designations map to the ICD-10 disorders? Alcohol Clin Experiment Res 2015; 39\(4\): 697-701.](#)