

Triagem e Intervenção Breve em Abuso de Drogas. As Melhores Práticas para Especialistas

Patricia Cintra Franco Schram e Sharon Levy

Introdução

O abuso de drogas é a maior causa de morbidade e mortalidade em adolescentes e jovens adultos. De acordo com a Pesquisa de Comportamento de Risco da Juventude (*Youth Risk Behavior Survey*), em 2008, 72% dos estudantes do último ano do colegial já tinha usado álcool, 24 % tinha usado maconha, e 47% havia usado alguma substância ilícita em algum momento de sua vida¹. Os adolescentes com problemas clínicos ou de desenvolvimento podem estar em risco de desenvolver alterações pelo uso de substâncias. Titus, Schiller e Guthmann² publicaram que em jovens admitidos em tratamento de abuso de drogas, aqueles com perda de audição relataram “uso mais intenso de drogas”, incluindo idade mais precoce no primeiro uso de cocaína, maior dependência de uso de drogas e alterações mentais em comparação aos seus pares com audição normal.

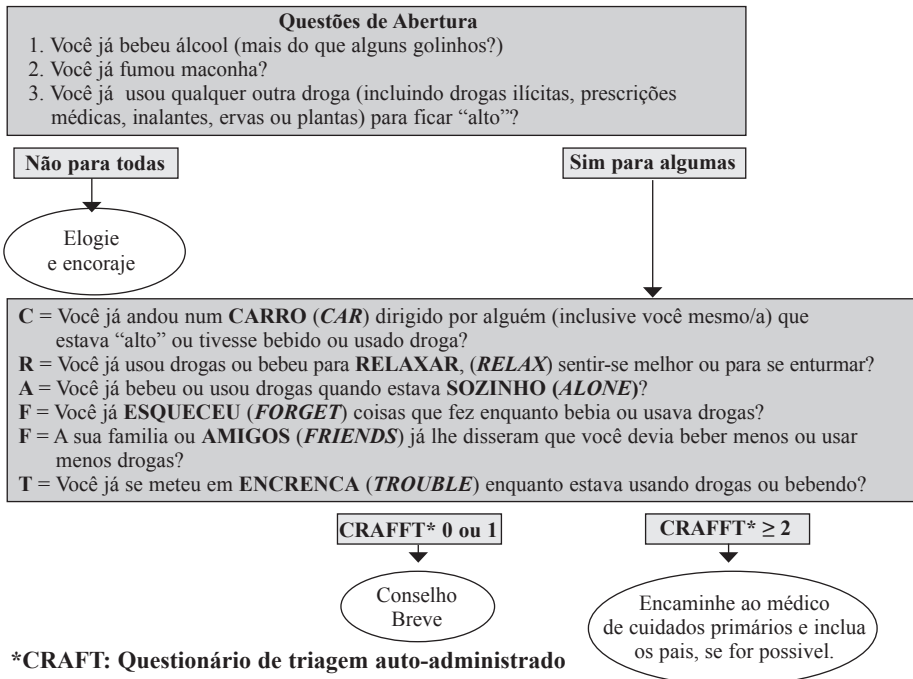
Para reduzir o prejuízo em saúde associado ao uso de drogas e às alações do uso de drogas, a Administração dos Serviços de Saúde Mental e de Uso de Drogas (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA*) recomenda triagem universal para o uso de drogas. A Intervenção Breve e/ou Encaminhamento para Tratamento (*Screening, Brief Intervention and/or Referral to Treatment - SBIRT*) devem ser incluídos como parte da rotina de cuidados médicos³, e nós recomendamos que a avaliação otorinolaringológica de adolescentes inclua triagem do uso de drogas e de álcool como parte do inventário de saúde. É especialmente importante examinar adolescentes encaminhados para cuidados com especialistas, porque os índices de alto risco de uso de drogas são maiores junto a adolescentes encaminhados para tratamento em comparação com aqueles que se apresentam para uma visita rotineira de saúde.⁴

As ferramentas de triagem adequadas ao estágio de desenvolvimento e estratégias de intervenção têm sido elaboradas especificamente para uso com adolescentes⁵⁻⁷ e devem ser sempre selecionadas quando se trabalha com esta faixa etária, porque os testes mais populares para uso com adultos para identificação de alto risco de uso de álcool^{8,9} apresentam propriedades psicométricas sofríveis quando usadas em adolescentes.¹⁰ Este capítulo apresenta uma estratégia simples para identificar o uso de drogas por adolescentes e oferecer intervenções práticas no contexto dos cuidados otorrinolaringológicos.

Exame

Deve-se perguntar de forma inequívoca a todo adolescente se ele/ela já usou álcool, maconha ou qualquer outra droga no passado. Nós recomendamos as seguintes questões (**Figura 1**): No ano passado, você: 1) Bebeu qualquer bebida alcoólica (mais do que alguns golinhos)? 2) Fumou maconha? 3) Usou qualquer coisa para ficar alto? (“Qualquer outra coisa” inclui drogas ilegais, além de qualquer tipo de remédios, e inalantes).

Figura 1. SBIRT algoritmo para otorrinolaringologistas



Os adolescentes que respondem “não” a todas estas questões não exigem avaliação mais acurada e devem ser elogiados e valorizados pelo médico (**Figura 1**). Os pacientes que respondem “sim” a uma ou mais questões devem ser triados para determinar seu nível de risco.

As ferramentas de triagem podem ser efetivamente usadas com adolescentes. Nós usamos o CRAFT (**Figura 2 A e B**) que é uma ferramenta para entrevista com seis itens que avalia simultaneamente o alto risco de uso de álcool e de drogas e apresenta excelente sensibilidade e especificidade para detectar alterações de uso de substâncias por adolescentes¹¹. Funciona igualmente bem para álcool e drogas, para meninos e meninas, adolescentes mais velhos e mais jovens e para jovens de diferentes *backgrounds*, raças e grupos étnicos. As perguntas do CRAFT podem ser administradas através de entrevista clínica ou no formato de questões a serem respondidas com lápis e papel. Existe um cartão com as questões CRAFT (em inglês, espanhol e português) disponível para uso clínico: www.ceasar.org

Figura 2 A. CRAFFT (Auto administrado e questionário) - duas versões anexas (entrevista clínica e a auto administrada)**Questionário de Triagem CRAFFT****Parte A****Nos últimos 12 MESES, você:****Não Sim**1. Bebeu qualquer bebida alcoólica (mais do que alguns golinhos)?
(excluídos eventos de família ou de religião)

2. Fumou maquiagem, maconha ou haxixe?

3. Usou qualquer outra coisa para ficar alto?

("outra coisa" inclui drogas ilegais ou de prescrição médica e inalantes)

 Para uso do clínico apenas: O paciente respondeu "sim" a qualquer uma das perguntas da Parte A?Não Sim **Pergunte apenas sobre CARRO, e aí pare****Pergunte todas as 6 questões CRAFFT****Parte B****Não Sim**1. Você já andou num **CARRO** dirigido por alguém (inclusive você mesmo/a) que estava "alto" ou tivesse bebido álcool ou usado drogas? 2. Você já usou drogas ou bebeu para **RELAXAR**, sentir-se melhor ou para se enturmar? 3. Você já bebeu ou usou drogas quando estava **SOZINHO**? 4. Você já **ESQUECEU** coisas que fez enquanto bebia ou usava drogas? 5. A sua família ou **AMIGOS** já lhe disseram que você devia beber menos ou usar menos drogas? 6. Você já se meteu em **ENCRENCA** enquanto estava usando drogas ou bebendo? Pontuação CRAFFT: Cada resposta "SIM" na **Parte B** ganha 1 ponto.
Uma pontuação total de ≥ 2 mostra um cenário indicativo para avaliações adicionais

Figura 2B. Questionário de triagem auto-administrado - CRAFT.

CRAFFT – Perguntas para Triagem

Responda, por favor, a todas as perguntas honestamente. Garantimos a confidencialidade de suas respostas.

Parte A

Nos últimos 12 MESES, você:	Não	Sim
1. Bebeu álcool (mais do que alguns golinhos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fumou maconha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usou <u>qualquer outra coisa</u> para <u>ficar alto</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(“qualquer outra coisa” inclui drogas ilegais, qualquer remédio e inalantes”)		

Se você respondeu Não a **TODAS** (A1 e A2 e A3) responda **somente B1** abaixo.

Se você respondeu Sim a **alguma** delas (A1 a A3), responda **B1 a B6** abaixo.

Parte B

	Não	Sim
1. Você já andou num CARRO dirigido por alguém (inclusive você mesmo/a) que estava “alto” ou que tivesse bebido álcool ou usado drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você já usou álcool ou drogas para RELAXAR , sentir-se melhor ou para se enturmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você já bebeu ou usou drogas quando estava SOZINHO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você já ESQUECEU coisas que fez enquanto bebia ou usava drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sua família ou AMIGOS já lhe disseram que você devia beber menos ou usar menos drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você já se meteu em encrenca enquanto estava usando drogas ou bebendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVISO: AO CORPO CLÍNICO E AOS ENCARREGADOS DOS PRONTUÁRIOS COM DADOS DOS PACIENTES:

A informação desta página deverá ser protegida por regras federais, americanas, de confidencialidade (42 CFR Parte 2), que proíbe mostrar estas informações sem o consentimento escrito específico do paciente. Uma autorização geral para liberação destas informações médicas, NÃO é suficiente.

Intervenções Breves

Elogios e encorajamento

Os adolescentes que não começaram a usar drogas devem receber elogios e encorajamento. Declarações tais como: “Vejo que você decidiu não usar álcool ou drogas – que é uma decisão inteligente e uma das melhores formas de proteger sua saúde” podem reduzir os índices de iniciação quando feitos por médico¹².

Conselho Breve

Os adolescentes que relataram o uso de drogas no ano anterior, mas registraram escore 0 ou 1 no CRAFFT são considerados de risco moderado. Estes adolescentes devem receber um conselho claro para parar de usar drogas juntamente com a informação sobre os riscos relacionados à saúde. Por exemplo, “Eu recomendo que você pare completamente de fumar maconha para o bem da sua saúde. A maconha prejudica os pulmões e causa bronquite, aumenta a produção de catarro e provoca chiado. O uso de maconha vai tornar muito mais difícil para nós tratarmos sua sinusite crônica.” Junto com elogios e encorajamento, um conselho “curto e grosso” de uma fonte médica confiável parece aumentar os índices de cessação junto a adolescentes que já começaram a usar drogas, mas não desenvolveram problemas associados.

Avaliação

Qualquer adolescente com um escore positivo para alto risco de uso de drogas deveria passar por um exame cuidadoso na boca, nariz e garganta para procurar sinais de uso crônico de drogas (vide abaixo) como parte de um exame completo. Estes sinais são incomuns em adolescentes e sugerem uma alteração grave do uso de drogas, quando presentes. Qualquer achado físico deveria ser anotado no prontuário clínico e discutido com o adolescente e seu responsável.

Encaminhamento para pediatra ou clínico geral (médico de cuidados primários)

Qualquer adolescente com um escore positivo para alto risco do uso de drogas (tal como um escore de 2 ou mais no CRAFFT) deveria ter seu pediatra ou clínico geral contactado para uma avaliação mais profunda, de modo a se poder determinar o grau apropriado de intervenção. Os adolescentes de alto risco de uso de drogas que não preenchem os critérios formais de dependência de substância podem ser tratados geralmente com um acompanhamento de perto pelo seu pediatra ou clínico geral; aqueles que já desenvolveram dependência vão necessitar cuidados mais intensivos e em muitos casos deveriam ser encaminhados para profissionais de saúde mental ou especialistas em tratamento para viciados.

O especialista pode ajudar encorajando o adolescente a retornar para uma avaliação mais profunda, expressando preocupação e recomendações de forma enfática. Nós recomendamos estabelecer a preocupação descrevendo o potencial de problemas médicos associados e detalhando um plano. Por exemplo: “Estou preocupado com o que você me falou do seu uso de álcool e drogas. Jovens que usam drogas e álcool correm sério risco de desenvolver problemas de longo prazo relacionados à saúde. Mesmo a curto prazo, o fumo pode precipitar asma e qualquer coisa que você aspire pode prejudicar sua mucosa e seu septo nasais. Gostaria que você falasse com seu pediatra de modo que ele/ela veja isso com você e o ajude a decidir o passo seguinte”. Os pais devem ser incluídos sempre

que possível para garantir a aquiescência. Em muitos casos os pais já devem estar cientes de que o adolescente usa drogas e nesses casos o adolescente pode permitir a inclusão dos pais na discussão. Se os pais não forem incluídos na conversa com o especialista, dirija a comunicação diretamente ao médico para ajudar a garantir o acompanhamento.

Substâncias psicoativas comumente usadas pelos adolescentes

As substâncias mais usadas pelos adolescentes nos EUA são **álcool, maconha, inalantes, cocaína, e medicamentos que necessitam receita**¹. Abaixo está uma breve explicação sobre cada uma dessas classes de substâncias e as anormalidades bucais e nasais que podem estar associadas a seu uso. Não é uma lista exaustiva, o que estaria fora do escopo deste capítulo. Indicamos a leitura de “*Adolescent Health Care: a practical guide*”¹³ de Neinstein para maiores informações.

Álcool: O álcool é a substância psicoativa mais comumente usada pelos adolescentes no mundo todo. Na média, os jovens bebem mais esporadicamente do que os adultos, mas quando bebem, provavelmente consomem um volume maior ou “*binge*” - **consumo pesado**. O *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse* (NIAAA) define “*binge*” como **quatro drinques padrões para a mulher ou cinco para o homem**¹⁴, embora um número menor de drinques padrão deva ser considerado como um “*binge*” para adolescentes mais jovens¹⁵. Alto consumo, o chamado *heavy drinking* - “**bebedeira**”, por adolescentes **prejudica desproporcionalmente a memória e o juízo**, enquanto poupa a função motora grossa em comparação com os adultos, de modo a **tornar os jovens mais propensos a ficarem despertos ou engajados em atividades perigosas enquanto passam por um maior grau de dano mental**. “*Binge drinking*”, consumo pesado, está associado a beber e dirigir, ao risco de atividade sexual e intoxicação alcoólica¹⁶. **A idade de beber está inversamente correlacionada ao risco de desenvolver dependência alcoólica em idade mais avançada**¹⁷.

Maconha: A maconha é um alucinógeno derivado da planta *Cannabis sativa*. **É a substância ilícita de maior uso nos Estados Unidos**. A maconha é usualmente fumada, mas seu óleo pode ser usado para cozinhar ou assar, e pode ser fervida em chá ou ingerida na forma de pílulas. O uso de maconha produz euforia, distorção temporal, verborragia e realce auditivo e visual ou distorções que os usuários consideram agradáveis. Os sintomas agudos autônomos incluem taquicardia, hiperemia da conjuntiva, boca e garganta secas e pupilas dilatadas. **Fumar maconha resulta em uma carga maior de respiração de monóxido de carbono e alcatrão do que fumar cigarro e usuários que fumam muito maconha podem desenvolver deficiências na condução do ar com redução do fluxo expiratório e aumento da resistência do ar, broncoconstrição, inflamação e prejuízo celular, bronquite, aumento da produção de catarro e chiado. A função imunológica, a secreção de testosterona e a viabilidade do esperma podem ser suprimidos por fumantes de alto consumo de maconha**¹³.

Inalantes: Os “inalantes” incluem uma vasta quantidade de produtos domésticos e outras substâncias que provocam euforia quando inalados. Os produtos normalmente mais usados incluem aerossóis, fluidos leves, *spray* de tinta, cola, fluidos

de limpeza, tintas de canetas (magic markers), e solventes ou laquês. A classe dos inalantes é **atrativa para adolescentes, e particularmente os adolescentes mais jovens, porque são de efeito rápido, baixo custo e facilmente acessíveis**. Os efeitos agudos de inalantes incluem odor incomum na respiração, cabelo, pele e roupas, lacrimejação, rinorreia, salivação e irritação das membranas mucosas. O uso crônico pode levar a erupções de pele ao redor do nariz e da boca e epistaxis. O uso de inalante pode resultar em dermatite em volta da boca ou do nariz com rachaduras de pele e super infecção bacteriana conhecida como “*huffer’s rash*”.

Remédios que necessitam receitas: Alguns remédios que necessitam receitas são abusados por adolescentes e incluem narcóticos opióides, estimulantes e sedativos. O uso destes remédios vem aumentando e jovens dizem que é fácil de obter uma receita com um médico¹⁸. Esta revelação sugere que **os médicos deveriam tomar um cuidado especial ao receitar medicações contra dor. Recomendamos um número limitado de comprimidos para uma dada necessidade de controle de dor, avisando os jovens do abuso de medicação, pedindo aos pais que supervisionem todas as doses e joguem fora qualquer medicação que sobre, assim que não precisar ser mais usada.**

Muitos jovens usam medicamentos mais para efeitos práticos do que para intoxicação¹⁹ e acreditam que é “seguro”¹⁸. De qualquer forma, **adolescentes são vulneráveis aos efeitos agudos e diretos do tóxico destas drogas quando usadas sem supervisão médica**. O uso sem supervisão de medicação psicoativa também expõe os indivíduos, em particular os adolescentes, ao risco de desenvolver adições a longo prazo em consequência de danos colaterais resultantes do abuso dessa substância com prejuízos nas relações familiares, sociais e com efeitos perniciosos na performance na escola ou no trabalho.

Estes medicamentos são normalmente ingeridos oralmente ou engolidos e aspirados pelo nariz (“*snorted*”). Quando os remédios são aspirados, existe um aumento da velocidade de liberação da substância psicoativa no sistema nervoso central e geralmente resulta num estado “alto” mais rápido e intenso. Os usuários podem acidentalmente tomar uma *overdose* pela liberação de uma dose mais alta do que o previsto. “As características de segurança farmacológica” como a liberação lenta também se perdem. Qualquer substância aspirada pelo nariz pode resultar em dano da mucosa nasal, septo e cavidades sinusais. Os riscos específicos e a toxicidade do abuso de medicamentos são similares aos das drogas ilícitas na mesma classe – o abuso de medicação narcótica contra dor resulta em toxicidade similar à heroína; e o abuso de estimulante resulta em toxicidade similar a de outras anfetaminas.

Cocaína: A cocaína é um estimulante com efeitos simpatomiméticos, analgésico e trombótico. O uso de cocaína resulta em euforia. A aspiração nasal é a mais comum das rotas de exposição. **O uso crônico de cocaína pode causar danos à mucosa nasal e ao septo, pele e vias aéreas, esmalte dentário e gengiva. Os pacientes com adição à cocaína podem apresentar rinite crônica, perfuração do septo nasal, granulomas, alteração do olfato, sinusite osteolítica, queimaduras e necrose da pele**²⁰. A cocaína deveria ser considerada como causa possível de **rinite resistente ao tratamento comum**, mesmo durante a adolescência. Os

utensílios usados para a aspiração nasal podem servir também como fonte de disseminação de vírus entre os indivíduos que usam os mesmos utensílios. “*Snorter’s warts*” - verrugas dos que aspiram substâncias - da mucosa nasal já foram descritas. Os potentes efeitos analgésicos da cocaína podem mascarar o desconforto e retardar a procura de cuidados médicos¹⁹.

Referências bibliográficas

1. Johnston LD, O’Malley PM, Bachman JG, et al. (2008). Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings. Bethesda Maryland: National Institute on Drug Abuse. NIH Publication. Available: www.monitoringthefuture.org; accessed 07/13/10.
2. Titus JC, Schiller JA & Guthmann D (2008). Characteristics of youths with hearing loss admitted to substance abuse treatment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 336-350.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: What is SBIRT? <http://sbirt.samhsa.gov/index.htm>. Published in 2009. Accessed 7-13-2010.
4. Knight JR , Harris SK, Sherritt L, Van Hook S, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J (2007). Prevalence of Positive Substance Abuse Screen Results Among Adolescent Primary Care Patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.*; 161(11):1035-1041.
5. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.*;156:607-614.
6. Levy S, Knight JR (2008). Screening, brief intervention, and referral to treatment for adolescents. *J Addict Med.*; 2(4):215-221.
7. Massachusetts Department of Public Health, Bureau of Substance Abuse Services. Provider Guide: Adolescent Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. 2010.
8. Using the CRAFFT Screening Tool. Published 2009. Accessed 7-13-2010 http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dph/substance_abuse/sbirt/crafft_provider_guide.pdf.
9. Babor TF, McRee.BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.*; 28(3):7-30.
10. Madras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Depend.*;99(1-3):280-295.
11. Knight JR, Sherrit L, Harris SK, Gates EC & Chang G (2002). Validity of brief alcohol screening tests among adolescent: A comparison of AUDIT, POSIT, CAGE and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*, 27, 67-73.

12. Knight JR, Shrier L, Bravender T, Farrell M, Vandervilt J & Shaffer H (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153, 591-596.
13. Harris S, Sherritt L, Van Hook S, et al. Evaluation of a computerized SBIRT system for adolescent substance use: 3- and 12-month outcomes (Poster Abstract). Association for Medical Education and Research in Substance Abuse (AMERSA). Bethesda, MD. November 2010.
14. Neinstein L et al (2008). "Adolescent Health Care: a practical guide" pages 908-940. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
15. Wechsler H, Dowdall GW, Davenport A, Rimm EB (1995). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *Am J Public Health.*; 85 (7):982 –985.
16. Donovan J (2009). Estimated Blood Alcohol Concentrations for Child and Adolescent Drinking and Their Implications for Screening Instruments. *Pediatrics* Vol. 123. e975-e981.
17. Alcohol alert from NIAAA number 68, published April 2006, assessed 7/13/2010 <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa68/aa68.htm>.
18. Hingson RW, Heeren T, Winter MR (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* Jul; 160(7):739-46.
19. Friedman RA (2006). The changing face of teenage drug abuse--the trend toward prescription drugs. *N Engl J Med*; 354:1448-50.
20. McCabe SE, Boyd CJ, Cranford JA, Teter CJ (2009). Motives for nonmedical use of prescription opioids among high school seniors in the United States: self-treatment and beyond. *Arch Pediatr Adolesc Med.* Aug; 163(8):739-44.
21. Warner EA (1995). Is your patient using cocaine? Clinical signs that should raise suspicion. *Postgrad Med*; 98:173.