

Ano 5, Vol IX, número 2, pág. 8-26

## UMA ABORDAGEM GENÉRICA DAS PERTURBAÇÕES ADITIVAS: UM ARTIGO DE REVISÃO

Nuno Murcho<sup>1</sup>

Saul de Jesus<sup>2</sup>

Eusébio Pacheco<sup>3</sup>

Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas<sup>4</sup>

## UMA ABORDAGEM GENÉRICA DAS PERTURBAÇÕES ADITIVAS: UM ARTIGO DE REVISÃO

**RESUMO:** Da revisão da literatura efetuada, podemos dizer que as problemáticas adictivas são doenças, habitualmente crônicas e recidivantes, com repercussões a nível mental, físico e social, que independentemente do tipo de dependência existente (com ou sem substância) apresentam uma base neurobiológica comum, assente no sistema de recompensa, e como característica semelhante entre os diversos tipos de adições, o craving. As modalidades de tratamento incluem as psicoterapias, a farmacoterapia e o internamento, embora o maior ênfase deva ser dado à sua prevenção, nomeadamente na maximização dos fatores de proteção e na minimização dos fatores de risco.

**Palavras-Chave:** Dependências; Revisão da literatura; Conceitos; Prevenção e Tratamento.

## A GENERIC APPROACH OF HEARING DISORDERS: A REVIEW ARTICLE

**ABSTRACT:** From the literature review, we can state that the hearing disorders are severe sicknesses with repercussion at social, physical and mental levels, which, independently of the kind of existing dependence (with or without substances), show a common neurobiological base, keeps the response system steady and has the craving as a similar characteristic among the several kinds of addictions. The treatment forms include psychotherapies, pharmacotherapy and hospital staying, although the greatest emphasis must be given to prevention, namely the maximization of the protection factors and the minimization of risk factors.

**Keywords:** Dependences. Literature review. Concepts. Prevention and treatment.

---

<sup>1</sup> Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

<sup>3</sup> Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Amazonas.

## Introdução

As perturbações aditivas, ou dependências, são cada vez mais, um problema de saúde que não só afeta as pessoas no seu bem-estar individual, seja em termos de saúde mental ou física, como também pelas repercussões que têm ao nível familiar, social, laboral e mesmo jurídico-legal ou criminal, acabam por interferir na vivência e funcionamento das próprias comunidades onde os indivíduos que sofrem deste tipo de perturbações residem ou estão.

Importa também dizer que, quando falamos de doenças de adição, porque é disso a que nos referimos quando abordamos esta problemática, não se tratando como ainda são encaradas, como um “vício”, e portanto um problema da moral e dos costumes, estamos a falar de uma perturbação da saúde mental, que se caracteriza pelo consumo abusivo e dependente de substâncias ou pela compulsão para a realização de determinados atos (no caso das dependências sem substância, como o jogo patológico, ou a dependência dos videojogos, por exemplo).

A este respeito, é ainda importante fazermos menção à génese do termo *adicto*, o qual nos remete para o direito romano, em que *adictu* estava relacionado com escravidão, e que atualmente significa dependência para além da substância psicoativa, com as noções de perda de controlo e compulsão (Castro, 2004).

Deste modo, procuramos com este trabalho de revisão bibliográfica, dar uma perspetiva genérica das perturbações aditivas, com e sem substância, que possibilite uma melhor compreensão das mesmas, e desse modo também fornecer contributos facilitadores para uma intervenção mais eficaz ao nível

nomeadamente dos cuidados de saúde prestados a estes doentes, pelos diferentes agentes de saúde, sejam eles enfermeiros, médicos, psicólogos ou outros, nos seus contextos de trabalho, em particular naqueles que não são específicos para estas patologias, como é o caso dos cuidados primários de saúde, e dos hospitais gerais.

### **O que são as Dependências: Um Problema de Saúde ou da Moral?**

Quando falamos da problemática das dependências, uma das primeiras questões que se nos põe, é de natureza filosófica, se quisermos, e é a seguinte: estamos falando de uma doença, portanto do foro da ciência, ou de um vício, que é do foro da moral?

Inicialmente, as pessoas com problemas aditivos eram tidos como viciados, que não tinham capacidade para resistir quer ao jogo, como ao álcool ou a outras substâncias ou atos, e portanto não tinham controlo moral sobre o seu comportamento (Mota, 2008).

As dependências, à semelhança de outros problemas de saúde mental, eram vistas como consequências ou causas de degenerescências da espécie humana as quais estavam interligados numa tríade conceptual semântica que incluía para além da alteração tecidular em algo menos diferenciado ou mesmo mórbido, a ideia de um ser original perfeito que ia sofrendo um processo de decadência gradual e progressiva, e também uma decadência dos costumes (Pereira, 2008; Santos & Verani, 2010).

Contudo, e ao longo do século passado, a visão sobre estes problemas, como é o caso do alcoolismo, foi-se alterando, passando a serem encarados como doenças mentais, físicas e até sociais (Santos & Verani, 2010), deixando até de se colocar a ênfase na substância, como sucedeu inicialmente, para ser colocada no estado ou situação de determinadas pessoas que não teriam controle no seu consumo, de tal modo que o mesmo se tornaria problemático para elas e mesmo para os seus envolventes, seja na esfera familiar, laboral, etc. (Mota, 2008).

Das próprias descobertas no campo das neurociências consegue-se saber hoje em dia que não somente o consumo (principalmente quando é prolongado) de determinadas de substâncias pode ocasionar alterações cerebrais (Carneiro, 2005), como os mecanismos psicológicos que estão subjacentes aos comportamentos aditivos (ou dependências) são similares e estão associados aos mecanismos de recompensa, e são em parte responsáveis pelas sensações de prazer e satisfação (ou pela sua ausência), e que são ativados por dois neurotransmissores que são a dopamina e a serotonina (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006; Williams & Pontenza, 2008).

Aliás, estudos efetuados com pessoas com problemas aditivos e com recurso às novas tecnologias, designadamente a Ressonância Magnética, vieram demonstrar que as zonas cerebrais afetadas são as mesmas quer a dependência esteja relacionada com o consumo de substâncias ou não, sendo os mecanismos psicológicos subjacentes idênticos (Carneiro, 2005; OMS, 2006; Williams & Pontenza, 2008).

## **Dependências Com e Sem Substância: Duas Faces da Mesma Moeda ou Dois Problemas Distintos**

Nem todas as dependências são patológicas. Assim, numa perspectiva Jungiana a dependência é antes de mais um estado do ser vivo, em que o principal objetivo da construção da individuação é a aceitação de que a independência possa não ser absoluta, podendo conceptualizarmos a dependência como uma relação triangular entre a pessoa dependente, o provedor, que é aquilo ou aquele de quem ele depende, e o objeto desejado cuja privação se faz sentir, isto é, implica a satisfação duma necessidade (Tannery, 2002). Neste caso, temos a relação mãe-filho.

Contudo, quando é que esta necessidade se torna patológica? Quando passamos a ter dificuldade de aguentarmos a sua satisfação. No fundo está relacionado com o tempo, e com a capacidade de gerirmos o stresse resultante de termos que adiar o prazer relacionado com a satisfação destas necessidades, que nos leva ao sofrimento psicopatológico que está associado à problemática dos comportamentos dependentes, ou seja, ao controlo que somos capazes de ter nas reações às recompensas (Castro, 2004).

Do ponto de vista neuropsicológico está ligado ao circuito ou sistema ativador de recompensa que liga a área tegmental ventral ao núcleo *accumbens*, com o córtex límbico, o núcleo pálido ventral e o cortex pré-frontal, e é responsável pelo reforço das condutas úteis e pela extinção das que são prejudiciais, sendo ativado por um conjunto de impulsos relacionados com o

prazer, a dor, a satisfação emocional, a fome, a sede e a saciedade (Castro, 2004; OMS, 2006).

É a inundação dopaminérgica que transforma o prazer em dependência, o desejo em compulsão para a repetição, o pensamento em impulso, o tempo em instante na saciedade e na eternidade da falta, o sofrimento em dor intolerável e a felicidade na efemeridade do ato, que resulta também de uma perda da capacidade de simbolizar, do adiar a satisfação das nossas necessidades, levando a que a pessoa com problemas de adictividade passe a viver no “aqui e agora” que lhe é característico (Castro, 2004).

Outros neurotransmissores envolvidos nestes mecanismos são a monoamina oxidase (MAO), os opióides endógenos (endorfinas) e a norepinefrina (noradrenalina), até porque neste último caso há evidências de que os sistemas de resposta ao stress também estão envolvidos, nomeadamente ao nível do controlo dos impulsos (Williams & Potenza, 2008). Assim, na essência destas perturbações está, independentemente do tipo de dependência existente (com ou sem substância) uma dificuldade em lidar com o impulso para fazer algo, ou seja, uma compulsão, que podemos caracterizar como uma série de comportamentos, condutas ou hábitos, considerados excessivos, descontrolados ou repetitivos, que se referem a transtornos relacionados à ação e à volição, isto é, perturbações em que a capacidade de agir e de desejar do indivíduo são comprometidas, colocando em risco a saúde mental e a qualidade de vida dos portadores, e que estão presentes, de acordo com os manuais de classificação de doenças mentais, nomeadamente a DSM IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), com destaque para o

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), os Transtornos do Controle de Impulsos (TCI) e os Transtornos de Uso de Substâncias (Siqueira, 2010).

Deste modo, podemos dizer que se trata de uma doença de base, a adictividade a algo, seja a substâncias ou não. No fundo, como sugere Abreu (2007) a respeito das doenças mentais, existe uma perturbação da personalidade que determina a ocorrência de doença mental, sendo que o tipo de doença mental é depois condicionado por um conjunto de fatores, em que cada pessoa segue uma determinada especialização. Neste caso, essa especialização será, em primeiro lugar a própria perturbação de adictividade, e a subspecialização subsequente aquilo a que cada indivíduo é adicto.

#### *Fatores Relacionados com o Desenvolvimento das Perturbações Adictivas*

Numa perspectiva psicanalítica podemos dizer, que as perturbações aditivas, são resultado de uma doença fundamental da relação do sujeito com a realidade, ou seja, uma patologia na área dos fenômenos transicionais, que conduz ao uso fetichizado dos objetos e à inversão potencial entre sujeito e objeto, tornando-se o primeiro um sujeito quase, semimorto ou semivivo, escravo de um objeto metamorfoseado em coisa, portadora esta de atributos que seriam próprios do homem (Gurfinkel, 2007).

Assim, estas perturbações estão relacionadas com uma tríade de fatores que incluem a *substância psicoativa* (no caso das dependências com substância, e que neste caso está associado às suas características farmacológicas), *o consumidor* (as suas características psicológicas) e *o ambiente social que o rodeia* (Murcho, Pina, Sequeira & Oliveira, 2010).

No caso das dependências sem substância, as características farmacológicas da substância psicoativa podem ser substituídas pelo tipo de atividade da qual se é dependente, e tem relação com o tipo de prazer que a pessoa retira da mesma, um pouco à semelhança com o que se passa relativamente às características farmacológicas das drogas.

De mencionarmos a este respeito, que se consideramos como *droga* como toda e qualquer substância psicoativa cujo consumo pode produzir dependência, estimulação ou depressão do Sistema Nervoso Central, ou que têm como consequência um transtorno da consciência, do comportamento ou do humor da pessoa, e que é consumida com fins hedonistas, ou seja, para prazer (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2002), embora do ponto de vista sociocultural, se considere também que as drogas são aquelas substâncias que uma determinada cultura encara como tal (Comas, 1985, cit. em Murcho et al., 2010), sendo de referir que a mesma substância quando utilizada para fins terapêuticos pode ser um psicofármaco (como o caso da morfina, para tratar a dor em doentes oncológicos, ou mais recentemente até a própria cannabis), e se for utilizada para “diversão” é uma droga, e outras, como é o caso do café, não culturalmente encaradas como tal, pelo menos na cultura ocidental.

Relativamente às *características das diferentes drogas*, estas estão integradas num triângulo que é constituído por três tipos de variáveis, os quais interagem no consumidor e que são: os seus *efeitos sobre o comportamento*; a sua *capacidade de provocar dependência*; e os seus *efeitos sobre a saúde* (Murcho et al., 2010).



No que concerne às *características individuais do consumidor* temos a considerar entre outros fatores: a idade e o gênero; a tolerância à frustração; a baixa autoestima, assertividade pobre e necessidade de aprovação social; a não-aceitação sistemática de normas (Murcho *et al.*, 2010); e a predisposição genética (Williams & Potenza, 2008; Murcho *et al.*, 2010).

Finalmente, as *características do meio social* podem incluir: a família, a escola, o trabalho, o grupo de amigos, as atividades sociais, o nível socioeconômico, a comunicação social e a publicidade, a cultura social e aspetos geopolíticos (Murcho *et al.*, 2010).

### **Semelhanças e Diferenças entre as Dependências Com e Sem Substâncias**

Utilizando o modelo de dependência química (com substâncias), podemos dizer que as dependências partem de uma relação distorcida com as drogas, ou com as próprias atividades de que nos tornamos dependentes. Ou seja, criamos uma dependência patológica a partir do momento em que algo alcança uma prioridade muito maior para determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor (Nunes, Lopes, Damasceno, Miranda & Filho, 2007).

Assim, essa relação pode ser de *uso*, de *abuso* ou de *dependência* (Castro, 2004). Um exemplo de uma relação de uso, pode ser o consumo social e controlado de vinho às refeições, no caso de uma relação de abuso, pode ser o etilismo agudo e casual, ou mesmo repetido, como no caso dos fenômenos de binge-drinking, cada vez mais usuais entre os jovens, e que causam problemas

de saúde, embora possam não configurar ainda problemas de alcoolismo crônico (mas muitas vezes podem levar a tal...) como mencionam a este respeito Crabbe, Harris e Koob (2011), ou então uma relação de dependência, ainda no caso do consumo de álcool, como o alcoolismo crônico.

O mesmo modelo pode ser aplicado às dependências sem substâncias, como é o caso do jogo, podemos jogar à bisca (um jogo de cartas) com os amigos, num serão de convívio (uso), podemos passar um dia inteiro a jogar à bisca a dinheiro (abuso), ou então podemos já não passar sem jogar à bisca a dinheiro (jogo patológico, ou ludomania, e neste caso já uma dependência).

Portanto, a característica comum a todas as dependências é o *craving*, que é uma compulsão ou um desejo irresistível para o consumo ou para a realização da atividade (Castro, 2006), apresentando as dependências com substância, ainda os fenômenos de *tolerância*, que é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância e de *abstinência*, que é uma alteração comportamental mal-adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância, neste caso ambos relacionados com o tipo de substância consumida (APA, 2002).

Depois, as especificidades que cada tipo de dependência depende daquilo a que a pessoa é adicta. Deste modo, as dependências com substâncias, ou dependências de drogas, incluem um largo espectro de substâncias

psicoativas, que é cada vez mais crescente e por isso mesmo sempre parcialmente conhecido e estudado, sendo que as mais comuns são as seguintes: tabagismo, alcoolismo, cafeinismo, heroinodependência, cocainodependência, as dependências de ansiolíticos (como é o caso das benzodiazepinas) e de cannabinoides (Murcho *et al.*, 2010).

Relativamente ao tipo de substância, as drogas podem-se classificar da seguinte forma (sendo que a mesma substância pode estar enquadrado em diversos tipos): em relação à *origem*, em drogas naturais (e.g. tabaco, cannabis), ou sintéticas (e.g. heroína, anfetaminas); em relação à *legalidade*, em drogas lícitas (e.g. álcool, tabaco), ou ilícitas (e.g. heroína, cocaína); em relação *ao tipo de fabrico e construção farmacológica e química*, como as drogas de desenho (e.g. MDMA [ecstasy]), cuja molécula foi sintetizada tendo em vista a obtenção de um determinado efeito comportamental, ao contrário das outras em que são utilizadas em função do efeito que produzem quando consumidas; e em relação *aos seus efeitos sobre o comportamento*, em psicodépticos (psicodepressoras), ou seja, que diminuem o tónus (e.g. barbitúricos, benzodiazepinas, heroína), psicoanalépticos (psicoestimulantes), ou seja, que aumentam o tónus, em que podem ser estimulantes da vigília (e.g. anfetaminas, cafeína), ou estimulantes do humor (e.g. antidepressivos), e em psicodislépticos, também conhecidos como alucinogéneos (e.g. LSD) (Murcho *et al.*, 2010).

Já no que concerne às dependências sem substâncias (ou compulsões), as mais comuns, de acordo com as atividades a que possam estar ligadas ou que afetam, são as seguintes: em relação ao *amor*, a dependência afetiva, love

addiction ou amor patológico; em relação ao *telemóvel*, dependência do telemóvel ou mobile phone dependence syndrom; em relação às *compras*, as compras compulsivas, impulsive buying ou shopping addiction; em relação à *comida*, o transtorno da compulsão alimentar periódica ou binge eating (no mesmo sentido do binge drinking, já mencionado); em relação à *internet*, dependência de internet ou compulsão por internet; em relação ao *jogo*, jogo patológico ou dependência por jogo; em relação ao *sexo*, sexo compulsivo, dependência sexual ou impulso sexual excessivo; em relação ao *trabalho*, compulsão por trabalho, dependência do trabalho ou workaholism (Siqueira, 2010); e em relação à *dependência do exercício físico*, a dependência do exercício, que ocorre quando a prática da atividade física (em regra por objetivos estéticos) se torna excessiva em detrimento de outras atividades (Nunes *et al.*, 2007).

### **O Tratamento e a Prevenção das Perturbações Adictivas**

Quando falamos do tratamento deste tipo de perturbações, é importante mencionarmos que estamos a falar de um grupo de doenças que muitas vezes se tornam crónicas e recorrentes, independentemente do tipo de dependência que a pessoa tem ou sofre, como nas compras compulsivas (Tavares, Lobo, Fuentes & Black, 2008), no jogo patológico, ou nas toxicodependências (Ferros, Moura, Pinto & Negreiros, 2008).

Outro aspeto de relevância, é o fato da comorbilidade nestas patologias, que muitas vezes está associada para além de transtornos do humor, da

ansiedade, ou psicóticos (Clímaco, 2004; Abreu, Karam, Góes & Spritzer, 2008; Ferros *et al.*, 2008; Tavares *et al.*, 2008), a outras dependências, sendo até frequente as pessoas com perturbações adictivas terem mais que um tipo de dependência, conjugando até dependências sem substância com toxicodependências, como o jogo patológico (Clímaco, 2004), as compras compulsivas (Tavares *et al.*, 2008) ou a dependência da internet e dos videogames (Abreu *et al.*, 2008), com o tabagismo, o alcoolismo, a heroínodependência, a cocainodependência, ou outras, mesmo no caso dos doentes toxicodependentes apresentarem policonsumos (i.e., serem adictos a mais que uma droga) (Ferros *et al.*, 2008; Trigueiros & Carvalho, 2010).

Relativamente ao tratamento propriamente dito, seja em relação às dependências com e sem substância, as opções em termos genéricos, passam pelas psicoterapias (psicodinâmica, cognitivo-comportamentalista, sistémica familiar, de apoio, de grupo, modelo dos “12 passos”, e grupos de apoio e suporte, como os grupos de autoajuda); farmacologia (sintomática, nomeadamente com antidepressivos e ansiolíticos; com agonistas, como a metadona, no caso dos heroínodependentes, ou com antagonistas, como a naltrexona); e o internamento (de curta duração, para tratamento do síndrome de abstinência e desabituação física; ou de longa duração, em comunidades terapêuticas) (OMS, 2006; Abreu *et al.*, 2008; Araujo, Oliveira, Pedroso, Miguel & Casto, 2008; Rosenthal, 2008; Tavares *et al.*, 2008; Murcho *et al.*, 2010).

É também aceite que em determinadas circunstâncias, o tratamento possa ser imposto coercivamente, designadamente quando o comportamento

aditivo da pessoa dependente traga riscos graves para ele ou para os envolvidos, nomeadamente nas questões relacionadas com a criminalidade que muitas vezes está associada, embora nesta situação a OMS recomende que o tratamento obrigatório seja instituído somente se os direitos do indivíduo forem assegurados e se um tratamento eficaz for oferecido (Carneiro, 2005), como no caso dos doentes alcoólicos, toxicodependentes de drogas ilegais ou em jogadores patológicos.

No entanto, melhor que tratar é prevenir. Neste sentido, a prevenção dos comportamentos aditivos deve começar precocemente, desde a mais tenra infância, embora se considere a adolescência, como um período crítico na cronologia da saúde, dada a menor vulnerabilidade dos jovens à doença, tendo muitas das suas escolhas neste período da vida impacto na saúde, e que perduram por longo tempo. Um dos principais fatores determinantes da saúde na adolescência é o comportamento dos jovens, que se pode traduzir como comportamento de risco ou de proteção para a sua saúde e ajustamento. No entanto, estes comportamentos estão também, por sua vez, dependentes de vários fatores a nível individual e do envolvimento, que poderão facilitar ou dificultar a sua ocorrência (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2008).

Assim, devem-se potenciar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco para estas perturbações, como no caso das toxicodependências, os quais estão relacionados com as seguintes dimensões: na *esfera individual*, a personalidade, o género, as competências de vida e os problemas de comportamento precoces e persistentes; na *esfera familiar*, o relacionamento pais-filhos, o exercício da autoridade e práticas de disciplina, e as atitudes e

comportamentos dos pais; na *esfera psicossocial*, o grupo de pares, o apoio social e a escola; e a *esfera contextual* (e.g. a clareza de normas) (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

### **Considerações Finais**

Da revisão da literatura efetuada, podemos dizer que as problemáticas aditivas são doenças, habitualmente crônicas e recidivantes, com repercussões a nível mental, físico e social (Mota, 2008; Santos & Verani, 2010), que independentemente do tipo de dependência existente (com ou sem substância) apresentam uma base neurobiológica comum que está associada ao sistema de recompensa, assentando primordialmente nos mecanismos de controlo do impulso, neste caso numa disfunção dos mesmos que é geradora de um comportamento compulsivo (Castro, 2004; Carneiro, 2005; OMS, 2006; Williams & Potenza, 2008; Siqueira, 2010).

Estas perturbações estão relacionadas com uma tríade de fatores que incluem a substância psicoativa, o consumidor e o ambiente social que o rodeia (Murcho *et al.*, 2010), embora no caso das dependências sem substância, as características farmacológicas da substância psicoativa possam ser substituídas pelo tipo de atividade da qual se é dependente, se bem que todas as dependências apresentem como fator comum o craving (Castro, 2006), onde os fenómenos de tolerância e de abstinência parecem ser característicos das dependências com substância, apresentando especificidades sintomatológicas conforme o tipo de droga consumida (APA, 2002).

Relativamente ao tratamento das perturbações aditivas, as modalidades oferecidas (que podem e devem ser conjugadas entre si) são psicoterapias, farmacológica e o internamento (OMS, 2006; Abreu *et al.*, 2008; Araujo *et al.*, 2008; Rosenthal, 2008; Tavares *et al.*, 2008; Murcho *et al.*, 2010), em que o maior ênfase deve ser dado à prevenção destas perturbações, com especial atenção ao período da adolescência, através da maximização dos fatores de proteção e da minimização dos fatores de risco nas suas diferentes dimensões (Pacheco *et al.*, 2009).

## Referências

- Abreu, C. N., Karam, R. G., Góes, D. S., & Spritzer, D. T. (2008). Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 156-167.
- Abreu, J. L. P. (2007). *Como tornar-se doente mental* (17.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: D. Quixote.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.<sup>a</sup> ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Casto, M. G. T. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 57-63.
- Carneiro, L. L. F. (2005). Vício, ética e neurociências. *Ciências & Cognição*, 5, 98-100.



- Castro, M. I. P. (2004). Do prazer à dependência. *Toxicodependências*, 10(3), 49-56.
- Castro, V. C. (2006). *Jogo patológico e dependência química: correlações entre avidez e regulação emocional*. Tese de Doutorado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. Consultado em 21 de Fevereiro de 2012 em: <http://www.teses.usb.br>.
- Clímaco, M. I. (2004). Jogo patológico – a adicção menos visível. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 121-134.
- Crabbe, J. C., Harris, R. A., & Koob, G. F., (2011). Preclinical studies of alcohol binge drinking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216(1), 24-40. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05895.x
- Ferros, L., Moura, A., Pinto, R., & Negreiros, J. (2008). Comorbilidades na toxicodependência. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 13(2), 69-82.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002). *Informação geral para a prevenção das toxicodependências* (3.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência/Direcção Regional do Algarve.
- Gurfinkel, D. (2007). Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psychê*, 11 (20), 13-28.
- Mota, L. A. (2008). *Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química*. Tese de Doutorado em Sociologia. Departamento de Ciências Sociais. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE). Consultado em 17 de Fevereiro de 2012 em: <http://www.repositorio.ufc.br>.

- Murcho, N., Pina, A., Sequeira, L., & Oliveira, M. N. (2010). *Guia de toxicodependências para forças de segurança*. Faro: Governo Civil do Distrito de Faro e Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP – Delegação Regional do Algarve.
- Nunes, R. T., Lopes, E. C. D., Damasceno, V. O., Miranda, R., & Filho, M. G. B. (2007). Dependência do Exercício Físico e Insatisfação com a Imagem Corporal. *HU Revista*, 33(4), 113-118.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoactivas*. S. Paulo: Editora Roca.
- Pacheco, J. E. P., Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., Pacheco, A. S. R. (2009). Factores de risco e protecção das toxicodependências em crianças e jovens adolescentes: contributos para a sua compreensão. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17(1), 33-38.
- Pereira, M. E. C. (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, 11(3), 490-496.
- Rosenthal, R. J. (2008). Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl. 1), S41-S50. Doi: 10.1590/S1516-44462008005000004.
- Santos, F. S. D., & Verani, A. C. (2010). Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(supl. 2), 401-420.
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). Consumo de substâncias na adolescência: revisão de um modelo explicativo. In Matos,



- G. M. (Coord.). *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo* (pp. 301-318). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.
- Siqueira, L. (2010). Uma genealogia das compulsões. *Verve*, 18, 149-166.
- Tannery, C. (2002). Dependência e religião. *Toxicodependências*, 8(1), 19-24.
- Tavares, H., Lobo, D. S. S., Fuentes, D., & Black, D. W. (2008). Compras compulsivas: uma revisão e um relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl. 1), S16-S23.
- Trigueiros, L., & Carvalho, M. C. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Toxicodependências*, 16(3), 29-44.
- Williams, W. A., & Potenza, M. N. (2008). Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl. 1), S24-S30.

**Recebido em 05/2/2012. Aceito em 5/5/2012.**

**Contatos:** [nunalvaro@netcabo.pt](mailto:nunalvaro@netcabo.pt), [jpacheco@ualg.pt](mailto:jpacheco@ualg.pt), [snjesus@ualg.pt](mailto:snjesus@ualg.pt),  
[suelymascarenhas1@yahoo.com.br](mailto:suelymascarenhas1@yahoo.com.br)