



Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social





Ministério da Justiça

Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
DILMA ROUSSEFF

VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA
MICHEL MIGUEL ELIAS TEMER LULIA

MINISTRO DA JUSTIÇA E PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
JOSÉ EDUARDO CARDOZO

SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
PAULINA DO CARMO ARRUDA VIEIRA DUARTE

Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social

VENDA PROIBIDA
Todos os direitos desta edição reservados à SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – SENAD. Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem a prévia autorização, por escrito, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Direitos exclusivos para esta edição:
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios
Bloco T Sala 208
Brasília – DF CEP: 70 064-900

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Supervisão Técnica e Científica
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Revisão de conteúdo
Carla Dalbosco
Aldo da Costa Azevedo
Andrea Donatti Gallassi
Mariana Queiroz de Almeida
Iza Cristina Justino

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Responsáveis Técnicos
Lisia von Diemen
Sílvia Chwartzmann Halpern
Flavio Pechansky

Equipe Técnica
Anne Orgler Sordi
Fernanda Kreische
Silvia Bassani Schuch

Impressão: Assis Artes Gráficas

B823 Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília : SENAD; 2012.
248 pag.

ISBN 978-85-60662-67-8

1. Dependência de Drogas. 2. Terapêutica. I Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira. II Von Diemen, Lísia. III Halpern, Silvia Chwartzmann. IV Pechansky, Flávio. V Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CDU 613.83:616-08

Catalogação na publicação: Maria Luiza Farias de Campos – CRB10/1820

Apresentação

Prezado(a) Cursista,

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD –, do Ministério da Justiça, tem a satisfação de apresentar o Curso "Tratamento da dependência de crack e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social".

A oferta desta capacitação faz parte das metas previstas no Programa "Crack, é possível vencer", lançado pela Presidenta Dilma Rousseff em dezembro de 2011, que ampliou as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo Governo Federal em 2010. O objetivo é desenvolver ações articuladas que contemplem a prevenção do uso, o enfrentamento ao tráfico de drogas e, sobretudo, o fortalecimento da rede de cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas e seus familiares.

O curso é executado pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – e Hospital de Clínicas de Porto Alegre e tem por objetivo integrar e articular a rede de cuidado composta pelos diferentes serviços de saúde e assistência social, auxiliando os profissionais no enfrentamento diário dos problemas decorrentes do consumo de crack e outras drogas, principalmente com relação à população que se encontra em maior vulnerabilidade.

O material didático foi cuidadosamente preparado com base em conhecimentos técnico-científicos atualizados, convergentes com a Política Nacional sobre Drogas – PNAD – e a Política Nacional sobre Álcool – PNA –, visando ao aperfeiçoamento das ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Desejamos que este Curso promova reflexões e embase as ações desenvolvidas em sua atuação profissional, de modo a potencializar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social presentes em seu cotidiano de trabalho, de forma articulada com a rede comunitária de seu município.

Bom trabalho!

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Ministério da Justiça

Sumário

Módulo 1: Introdução 9

Capítulo 1 – Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: adolescentes, idosos e mulheres 11
Capítulo 2 – Conceitos básicos no transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas 21

Módulo 2: Drogas – Efeitos, intoxicação e abstinência 27

Capítulo 3 – Álcool 29
Capítulo 4 – Maconha 49
Capítulo 5 – Cocaína e Crack 55
Capítulo 6 – Inalantes 65
Capítulo 7 – Ecstasy 71
Capítulo 8 – Alucinógenos 75
Capítulo 9 – Opioides 79
Capítulo 10 – Tabaco 85
Capítulo 11 – Anfetaminas 99
Capítulo 12 – Benzodiazepínicos 103

Módulo 3: Tratamento 109

Capítulo 13 – Princípios gerais de tratamento 111
Capítulo 14 – Abordagem, avaliação, comorbidades e encaminhamento para tratamento 115
Capítulo 15 – Intervenções breves, entrevista motivacional e estágios de mudança 125
Capítulo 16 – Prevenção da recaída 137
Capítulo 17 – Abordagem familiar 149
Capítulo 18 – Gerenciamento de casos 159

Módulo 4: Prevenção, legislação e políticas públicas sobre drogas 167

Capítulo 19 – Prevenção 169
Capítulo 20 – A política e a legislação brasileira sobre drogas 187
Capítulo 21 – Legislação e políticas públicas sociais e de saúde 197

Módulo 5: Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack, álcool e outras drogas 205

Capítulo 22 – Sistema Único de Assistência Social – SUAS 207
Capítulo 23 – Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack, álcool e outras drogas 211
Capítulo 24 – Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack, álcool e outras drogas 221

MÓDULO 1

Introdução



CAPÍTULO 1

Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: adolescentes idosos e mulheres[1]

Em cada fase da vida, diferentes fatores aumentam o risco do uso de crack, álcool e outras drogas. Ao **avaliar um paciente**, é importante lembrar disso para não esquecer de pesquisar e conhecer a influência desses fatores para propor estratégias adequadas de mudança de hábitos.

1.1 Adolescentes

A adolescência é um período de grande risco para envolvimento com uso do crack, álcool e outras drogas. Ao menos em parte, esse risco pode ser atribuído às características da adolescência, tais como: necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, desejo de experimentar comportamentos vistos como "de adultos" (isso inclui o uso de álcool e outras drogas), sensação de onipotência – "comigo isso não acontece" –, grandes mudanças corporais gerando insegurança, início do envolvimento afetivo, aumento da impulsividade e busca de sensações novas.

Há outros aspectos importantes a ressaltar, em relação ao uso de drogas na adolescência: é no período compreendido entre a adolescência e a fase jovem da idade adulta que ocorrem os maiores níveis de experimentação e problemas vinculados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

[1] Adaptado de PECHANSKY F, DIEMEN LV, MICHELI D, AMARAL MB. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos, indígenas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 3. p. 57-70

A adolescência é um período do desenvolvimento humano em que acontecem importantes transformações de ordem física, emocional, cognitiva e social, e o uso de drogas pode comprometer esse processo.

Sabe-se que os jovens podem passar muito rapidamente de um estágio de consumo para outro, ou mesmo vir a fazer uso de diversas drogas ao mesmo tempo. Por outro lado, uma grande parcela deles diminui significativamente o consumo no início da idade adulta, para adequar-se às expectativas e obrigações da maturidade, como trabalho, casamento e filhos.

Vários estudos demonstram associação positiva entre precocidade do uso de drogas e desenvolvimento de dependência.

Sexualidade e uso de drogas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o álcool como sendo a substância psicoativa mais consumida por crianças e adolescentes. A média de idade, no Brasil, para o primeiro uso de álcool é de 12,5 anos. A forma mais comum de uso do álcool por adolescentes é o *binge* (abuso episódico e em grandes quantidades). Além disso, estudos epidemiológicos têm mostrado que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas ocorre predominantemente durante a adolescência.

A ação de algumas drogas é capaz de causar desinibição e aumento do desejo sexual, o que pode deixar os indivíduos (em especial, os adolescentes) mais propensos a práticas sexuais de risco. Alguns estudos mostram que, apesar dos adolescentes iniciarem sua vida sexual antes do consumo de drogas e saberem claramente as formas de transmissão do HIV, muitos deles não tomam medidas de proteção à contaminação do vírus. Além disso, os adolescentes que iniciam o consumo de drogas em fases mais precoces mostram-se ainda mais propensos a práticas sexuais de risco. Pesquisas realizadas com usuários de álcool, cocaína, maconha, anfetaminas e ecstasy deixam clara a existência de uma relação entre a presença do consumo de drogas e o aumento da incidência das práticas sexuais de risco e da infecção pelo HIV.

Diante disso, torna-se muito importante identificar os adolescentes com maiores chances de desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Diversos fatores de risco já são conhecidos, podendo ser classificados em: ambientais, individuais e familiares.

Ambientais

Grande disponibilidade de drogas, normas da sociedade favoráveis ao uso de determinadas substâncias. As pesquisas apontam que os jovens relatam adquirir bebidas alcoólicas tanto em estabelecimentos comerciais quanto em ambientes familiares e de amigos. A falta de fiscalização em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos também é um fator agravante.

Familiares

Uso de álcool e outras drogas pelos pais, conflitos familiares, estrutura familiar precária, pouca supervisão dos pais, dificuldade dos pais em impor limites aos filhos e situações estressantes (mudança de cidade, perda de um dos pais). Estudos mostram que adolescentes cujos pais se relacionam afetivamente e têm como costume conhecer os locais que seus filhos frequentam, saber quem são seus amigos, o que eles fazem no tempo livre e como eles gastam seu dinheiro, são os que apresentam menores taxas de envolvimento com drogas.

Individuais

- "Filosofia de vida": encarar o consumo de álcool e outras drogas como algo "normal" e que não acarreta prejuízos pode facilitar seu uso abusivo.
- Características de personalidade: baixa autoestima, baixa autoconfiança, agressividade, busca de novidades, impulsividade, rebeldia, dificuldade de aceitar ser contrariado são facilitadores do uso abusivo.
- Transtornos Psiquiátricos: transtorno de conduta, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (principalmente, se associado com transtorno de conduta), depressão, ansiedade e outros transtornos de personalidade também são fatores de risco.
- Características genéticas e familiares: história familiar de problemas com álcool ou outras drogas é um fator de risco para desenvolvimento de alcoolismo ou dependência de outras substâncias.
- Outros: sexualidade precoce, início precoce de consumo de drogas lícitas como o álcool e o tabaco, amigos com alto consumo de outras drogas, baixo desempenho na escola, sentir-se rejeitado pelos amigos, ter sofrido abuso físico ou sexual.

O risco de um adolescente abusar de drogas é maior quando há mais fatores de risco do que fatores de proteção presentes em sua vida. Alguns fatores de proteção ao uso de drogas são conhecidos, especialmente com relação à família, entre eles: bom relacionamento familiar, supervisão ou monitoramento dos pais em relação ao comportamento dos filhos, noções claras de limites e valores familiares de religiosidade ou espiritualidade. Outros fatores de proteção são relacionados à escola, como o envolvimento nas atividades escolares de rotina (frequentar as aulas, estudar para provas, etc) e esportivas e bom desempenho acadêmico.

1.2 Idosos

O consumo abusivo de álcool na terceira idade pode ser classificado em dois tipos:

1. Idosos que iniciaram um consumo pesado na juventude e o mantiveram ao longo da vida.
2. Idosos que iniciaram o consumo pesado na maturidade.

A tabela a seguir apresenta aspectos característicos desses grupos:

Comparação entre alcoolismo com início na Juventude e na Maturidade		
	Início na Juventude	**Início na Maturidade**
História Familiar de Alcoolismo	Muito comum (>80%)	Menos comum (40%)
Funcionamento Psicossocial	É frequente algum transtorno de personalidade Maior prevalência de esquizofrenia Baixo nível socioeconômico Má nutrição História de múltiplos problemas físicos	Bom ajuste social durante a vida Raros *skidrow* (bêbados de sarjeta) Mais comum morar com a família História de bom desempenho no trabalho

O envelhecimento

O processo de envelhecimento é caracterizado por profundas mudanças não só orgânicas, mas também ocorrem no âmbito social, familiar e ocupacional. Estudos demonstram que idosos são mais vulneráveis à depressão, pois vivenciam muitas perdas e limitações como doenças físicas. O processo de aposentadoria e a perda de relacionamentos pessoais prévios predispõem ao consumo abusivo de álcool, benzodiazepínicos, antipsicóticos, além de outras medicações. Álcool, tabaco e sedativos são geralmente usados para mascarar a solidão e perda de autoconfiança, induzir o sono e provocar relaxamento.

É importante saber:

É importante lembrar que, devido às alterações físicas que acontecem neste período da vida, os efeitos do álcool e das outras drogas são diferentes, podendo ocasionar problemas, mesmo em pequenas quantidades.

- O tabaco é um dos principais fatores associados à morte em pessoas idosas de ambos os sexos, principalmente naquelas que apresentam doenças cardíacas e/ou pulmonares.
- O padrão de consumo de bebidas alcoólicas do tipo *binge* também ocorre na população idosa e, portanto, deve sempre ser investigado.
- Estudos mostram que os idosos respondem tão bem ao tratamento para dependência e abuso de substâncias quanto a população mais jovem.

Idosos são os maiores consumidores de prescrições e medicamentos vendidos sem receita médica, de forma que o uso de múltiplas medicações, associado ao uso concomitante de álcool, é comum nessa faixa etária.

A identificação de alcoolismo no idoso, muitas vezes, é difícil, mas alguns sinais e sintomas comuns podem ajudar. Por exemplo: uso diário de álcool, períodos de amnésia, manutenção de uso de álcool mesmo após ser aconselhado a parar, habilidades cognitivas alteradas, anemia, alterações nos exames do fígado, fraturas e quedas frequentes e convulsões.

Vale ressaltar que entre os idosos o abuso de substâncias, em especial medicamentos para tratamento de depressão, ansiedade e outras doenças, é o mais comum, sendo raro o consumo de drogas ilícitas (exceto entre aqueles que as utilizavam desde a juventude).

Há também alguns problemas específicos da terceira idade que predispõem ao abuso de substâncias em geral, como:

- Doenças médicas crônicas: algumas doenças, que ocorrem mais frequentemente nos idosos, podem estar associadas a um maior consumo de álcool e outras drogas, como artrite e osteoporose (dor crônica), insônia, neuropatias, ataques de gota recorrentes e câncer.

É importante pesquisar o consumo de álcool e outras drogas dos pacientes idosos, mesmo que nada conste nos seus registros médicos anteriores.

Problemas visuais e auditivos: correspondem a perdas funcionais comuns, as quais podem ocorrer com o avançar da idade e produzem sentimentos de isolamento, solidão e tristeza. Nesse sentido, o álcool e as outras drogas podem se tornar recursos para lidar com os sentimentos desagradáveis ou esquecer os problemas.

1.3 Mulheres

Os aspectos relacionados ao uso de álcool em mulheres são muito diferentes dos de uso de outras drogas e, por isso, serão abordados separadamente.

Álcool

- As principais diferenças entre homens e mulheres, em relação ao consumo de álcool, referem-se aos aspectos biológicos.
- O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino (51% x 65%, respectivamente), o que determina que, se consumido o mesmo volume de álcool, no organismo feminino ele apresentará maior concentração.
- Outra particularidade feminina é a menor quantidade de álcool desidrogenase (ADH), a enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo, o que faz com que a mulher atinja maiores concentrações de álcool no sangue do que o homem, bebendo quantidades equivalentes.
- As alterações hormonais também são importantes nas mulheres, pois o período pré-menstrual está associado a um aumento do consumo de álcool, e aquelas que apresentam tensão pré-menstrual

(TPM) têm maior probabilidade de desenvolver abuso ou dependência de álcool do que as que não apresentam esse problema, provavelmente em busca de alívio para a tensão.

Além disso, alguns outros fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool, por mulheres, são bem conhecidos:

História familiar
Idade: mulheres mais jovens são usuárias de álcool com maior frequência do que as mais idosas
Estado civil: solteira, separada ou divorciada
Trabalhar em ambiente com predominância de homens
Ter um parceiro (namorado/marido) com problemas relacionados ao uso de álcool
Ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta
Problemas psiquiátricos – os transtornos psiquiátricos mais associados com o alcoolismo em mulheres são: depressão, transtornos de ansiedade, bulimia, transtornos de personalidade, como *borderline* e baixa autoestima. Com relação à depressão, em geral, o consumo maior de álcool acontece após o início dos sintomas depressivos
Uso precoce de álcool, nicotina e outras drogas
Problemas de comportamento na infância relacionados ao controle de impulsos
Fatos estressantes durante a infância e adolescência, como morte de um dos pais, privação econômica e doença na família também aumentam a chance de problemas decorrentes do uso abusivo de álcool.

A evolução dos problemas relacionados ao uso de álcool também acontece de maneira um pouco diferente entre as mulheres. Em geral, as mulheres alcoolistas:

1. Iniciam o consumo e têm problemas com o álcool em idade mais tardia
2. Consomem quantidades significativamente menores de álcool do que os homens
3. Mais frequentemente identificam um evento estressante como o desencadeador do início de beber excessivo
4. Apresentam mais tentativas de suicídio
5. Têm mais comorbidades psiquiátricas
6. Procuram tratamento, em função de problemas de saúde ou familiares, e mais comumente abusam de outras substâncias lícitas (tranquilizantes, anfetaminas).

Drogas e Gestação

O uso de bebidas alcoólicas na gestação pode causar uma série de prejuízos na mãe e no bebê. O uso dessa substância em mulheres grávidas pode acarretar ao feto a Síndrome Alcoólica Fetal, que se caracteriza pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo materno de álcool durante a gravidez.

Ela é considerada a causa mais comum de retardo mental infantil de natureza não hereditária.

Síndromes relacionadas ao consumo materno de álcool na gravidez	
Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)	Caracterizada por retardo do crescimento e alterações dos traços faciais, que se tornam menos evidentes com o passar do tempo. Somam-se a esses alterações globais do funcionamento intelectual, em especial déficits de aprendizado, memória, atenção, além de dificuldades para a resolução de problemas e socialização.
Distúrbios neurodesenvolvimentais relacionados ao álcool	Apresentam os mesmos distúrbios mentais observados na SAF. Não há, no entanto, retardo no processo de crescimento, tampouco alterações faciais.
Defeitos congênitos relacionados ao álcool	Abrangem as alterações da constituição esquelética e de outros órgãos decorrentes da exposição do feto ao álcool durante a gravidez.

Fonte: www.einstein.br/alcooledrogas

O uso do tabaco durante o período gestacional também foi associado a uma série de complicações, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, deslocamento de placenta, abortamentos espontâneos e placenta prévia. Placenta prévia é um tipo de complicação obstétrica na qual a placenta está fixada à parede uterina, cobrindo parcial ou totalmente o colo do útero, podendo ocasionar hemorragia no momento do parto. Em relação ao desenvolvimento do bebê, o tabaco pode causar baixo peso ao nascimento, redução da circunferência craniana, síndrome da morte súbita infantil, asma, infecções respiratórias, redução de QI e distúrbios do comportamento.

A cocaína e seus derivados também podem ocasionar problemas no processo gestacional e no desenvolvimento do feto. Foi verificada uma série de anomalias congênitas, como hidrocefalia, problemas cardíacos, fissura palatina e alterações no aparelho digestivo e urinário em bebês de mães usuárias de cocaína durante a gestação. Isso mostra que a cocaína tem uma ação tóxica direta sobre o desenvolvimento fetal.

Outras Drogas

Embora o uso de drogas por mulheres tenha sido bastante estudado nas duas últimas décadas, ainda há carência de dados. Os fatores de risco para problemas com drogas entre elas são parecidos com os já citados para álcool, mas apresentam certas particularidades. Quando comparadas às dependentes de álcool, as mulheres com dependência de outras drogas que procuram tratamento:

- São significativamente mais jovens
- Procuram tratamento por conta própria

- Têm menos relacionamentos estáveis
- Apresentam mais tentativas de suicídio e transtornos de personalidade.

Vale ressaltar também suas diferenças, em relação aos homens usuários ou dependentes de outras drogas nos seguintes aspectos:

Fatores genéticos: os fatores genéticos para uso, abuso ou dependência de drogas são mais importantes para homens do que para mulheres, enquanto que os ambientais têm maior influência sobre elas. Nas mulheres, o início de uso de maconha e cocaína está mais relacionado a fatores ambientais, mas a evolução para abuso ou dependência é mais dependente de fatores genéticos.

Fatores psicológicos: em relação aos homens, as comorbidades psiquiátricas são mais comuns em mulheres com problemas com drogas, principalmente depressão e ansiedade.

Fatores socioculturais: as questões socioculturais influenciam o consumo de drogas em mulheres em diversos aspectos. A pressão social para manter um corpo perfeito é muito grande entre as mulheres, e observa-se um elevado consumo de drogas associadas com controle de peso, como anfetaminas, nicotina, cocaína e outros estimulantes. Outra questão importante é que os médicos prescrevem medicamentos com potencial aditivo, como tranquilizantes, mais frequentemente para mulheres do que para homens. Finalmente, o consumo de drogas pelas mulheres, principalmente em relação às ilícitas, é altamente influenciado por parceiros sexuais.

Cabe observar, portanto, que um profissional da saúde, ao conhecer os fatores de maior risco e de proteção para o uso de álcool e outras drogas em cada fase da vida de um paciente, poderá abordá-lo de forma mais consistente, tanto preventivamente, em pacientes não usuários, quanto terapeuticamente, em pacientes usuários que necessitam acompanhamento.

Referências:

1. Anthony JC, Petronis KR. Early-onset drug use and risk of later drug problems. Drug Alcohol Depend. 1995; 40 (1): 9-15.
2. Blume SB, Zilberman ML. Alcohol and Women. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.), Substance Abuse - A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005: 1049-1064.
3. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento Brasileiro sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. 2002.
4. Edwards G, Marshall EJ, Cook CH. Mulheres com problemas relacionados ao consumo de álcool. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CH (eds.), O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: Artes Médicas. 2005: 153-162.
5. Galetti, C; Alvarenga, PG; Andrade, AG; Tavares, H. Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: uma revisão da literatura. Rev. psiquiatr. clín. . 2008, vol.35, suppl.1. p. 39-43.
6. Gambert SR, Albrecht CR. The Elderly. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.), Substance Abuse – A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005: 1038-1048.
7. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. Drug Alcohol Depend. 2004; 74 (3):223-234.
8. Guo J, Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD. A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. J Am.Acad.ChildAdolesc.Psychiatry 2002; 41 (7):838-845.

9. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. J. bras. psiquiatr. 2006; 55(4): 268-272.
10. Hulse, GK. Alcohol, drugs and much more in later life.Rev. Bras. Psiquiatr.2002, vol.24, suppl.1. p: 34-41.
11. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. J Stud.Alcohol 1992; 53 (5):447-457.
12. Maddahian E, Newcomb MD, Bentler PM. Risk factors for substance use: ethnic differences among adolescents. J. Subst. Abuse 1988; 1 (1):11-23.
13. Paiva, FS; Ronzani, TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática.Psicologia em Estudo, Maringá; v. 14, n. 1, Mar. 2009. p 177-183.
14. Prais Hugo A C, Loyola AIF de, FirmoJosélia O A, Lima-Costa MF, Uchoa E. A population-based study on binge drinking among elderly Brazilian men: evidence from the Belo Horizonte and Bambuí health surveys. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008 June; 30(2):118-123.
15. Pumariega AJ, Kilgus MD, Rodriguez L. Adolescents. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.), Substance Abuse – A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005: 1021-1037.
16. Sussman S, McCuller WJ, Dent CW. The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth. Addict.Behav. 2003; 28 (6):1159-1166.
17. Veja WA, Guilas-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeW it DJ, Heeringa SG, Kessler RC, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Walters EE, Wittchen HU. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. Drug Alcohol Depend. 2002; 68 (3): 285-297.
18. Vieira LV; Ribeiro M; Romano M; Laranjeira RR. Álcool e Adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. Rev Saúde Pública 2007;41(3):396-403.
19. Wagner FA, Anthony JC. From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. Neuropsychopharmacology 2002; 26 (4):479-488.
20. Wagner LA, Kessler RC, Hughes M, Anthony JC, Nelson CB. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch.Gen.Psychiatry 1995; 52 (3):219-229.
21. Winfield I, George LK, Swartz M, Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am.J Psychiatry 1990; 147 (3):335-341.
22. World Health Organization. Attributable years of life lost (YLL) by risk factor, sex and mortality stratum in WHO Regions, 2000. WHO. 2002.
23. Zilberman ML, Blume SB. Drugs and Women. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.), Substance Abuse – A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005: 1064-1075.
24. ISA – Instituto Socioambiental. http://www.socioambiental.org/.
25. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.

CAPÍTULO 2

Conceitos básicos no transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas

Autores

Fernanda Kreische,
Anne Orgler Sordi e
Lisia von Diemen

A Organização Mundial de Saúde define DROGA como sendo qualquer substância que altera o funcionamento do organismo e que não é produzida por ele.

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas **drogas psicotrópicas** ou **psicotrópicos.** Psicotrópico advém da junção de *psico* (mente) e *trópico* (atração por). Desse modo, drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando nossa maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir.

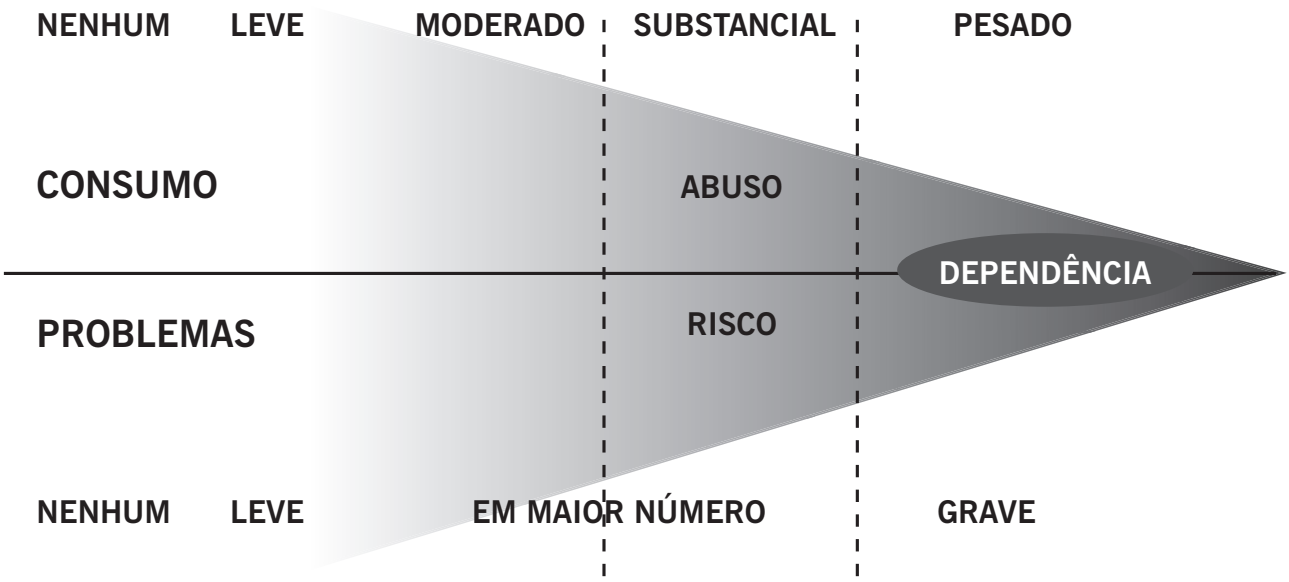
Essas alterações do nosso psiquismo não são iguais para toda e qualquer droga, uma vez que cada substância é capaz de causar diferentes reações. Há diversas classificações possíveis para as drogas, dependendo do enfoque a que se propõem os pesquisadores ou interessados no assunto. Além disso, uma parte das drogas psicotrópicas é capaz de causar dependência, sendo, nesses casos, denominadas drogas de abuso, tendo em vista que o uso descontrolado é observado com frequência entre os seus usuários. Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo.

Conceitos básicos

O conceito atual de dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas, o que lhe conferiu maior objetividade. O novo conceito, além de trazer critérios diagnósticos claros, apontou para a

existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a ideia dicotômica anterior: dependente e não dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua, conforme figura 1 a seguir.

Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas



Fonte: Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso – Projeto Diretrizes (2002).

Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo (figura 2):

- Consumo de baixo risco: o consumo em baixas doses, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados.
- Uso nocivo: indivíduos que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo, podendo levar a problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (agressividade).
- Dependência: quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e/ou psicológicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do CID-10 (Classificação Internacional de Doença versão 10), define:

USO NOCIVO (ou prejudicial) de substâncias	Padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos
DEPENDÊNCIA de substâncias	Um diagnóstico definitivo de dependência só pode ser feito se 3 ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento no último ano: a) forte desejo ou senso de compulsão para consumir substância (COMPULSÃO); b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo (PERDA DO CONTROLE); c) estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (SÍNDROME 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 obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos; f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer o esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que tivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

A Associação Psiquiátrica Americana, através do DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estatístico, sigla em inglês, versão 4), define:

ABUSO de substâncias	**1. Consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância** **2. Uso recorrente em situações nas quais isso representa um perigo físico** **3. Uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, escola ou em casa** **4. Problemas recorrentes relacionados a questões legais.**
DEPENDÊNCIA de substâncias	Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 3 ou mais dos seguintes critérios, e ocorre a qualquer momento em um 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 o efeito desejado; b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância. 2. ***SÍNDROME DE 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. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância **(*PERDA DE CONTROLE)*** 4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido (***PERDA DE CONTROLE***). 5. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância. 6. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação dos efeitos. 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 por ela (por exemplo, o consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Na comparação entre os dois critérios, os itens abordados são praticamente idênticos, mudando apenas a forma da redação de cada item. Uma diferença marcante é que a CID-10 não destaca o envolvimento do usuário com a droga, no sentido de viver em função dela, e o DSM-IV não possui um item específico para compulsão. Os dois sistemas também diferem na terminologia: a CID-10 classifica os usuários com problema em uso "**nocivo**" ou "**dependência**", enquanto o DSM-IV classifica em "**abuso**" ou "**dependência**". Nenhum dos critérios menciona a quantidade ingerida de álcool ou de qualquer droga, pois este aspecto é extremamente variado e está relacionado a diferenças individuais.

Classificação das drogas

Há diversas classificações possíveis das drogas. Iremos abordar a seguir uma classificação que leva em consideração o efeito farmacológico das drogas.

1.1 Drogas depressoras

São aquelas que tornam mais lento o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC). Podem causar sonolência e, por causa disso, algumas dessas substâncias também são chamadas de "sedativos" ou "hipnóticos". Várias delas são usadas para fins médicos, como os benzodiazepínicos, os opiáceos e os indutores de sono e anestesia. Também as bebidas alcoólicas e os inalantes são considerados drogas depressoras.

1.2 Drogas estimulantes

São aquelas que aceleram o funcionamento do SNC e provocam agitação, excitação, insônia e outros efeitos. A cocaína, o crack, as anfetaminas, a nicotina e a cafeína são algumas das drogas estimulantes mais comumente usadas no Brasil. Seus usuários tornam-se mais ativos, "ligados".

1.3 Drogas pertubadoras

São as que produzem alterações no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço. Não possuem utilidade clínica (como os calmantes), tampouco podem ser utilizados legalmente (como o álcool, o tabaco e a cafeína). Não se caracterizam por acelerar ou lentificar o Sistema Nervoso Central. A mudança provocada é qualitativa. O cérebro passa a funcionar fora do seu normal e sua atividade fica perturbada. A maconha, a psilocibina (cogumelo), o LSD-25 e o ecstasy são alguns exemplos de substâncias perturbadoras do SNC. O ecstasy também possui propriedades estimulantes e pode ser encontrado nessa categoria em algumas classificações.

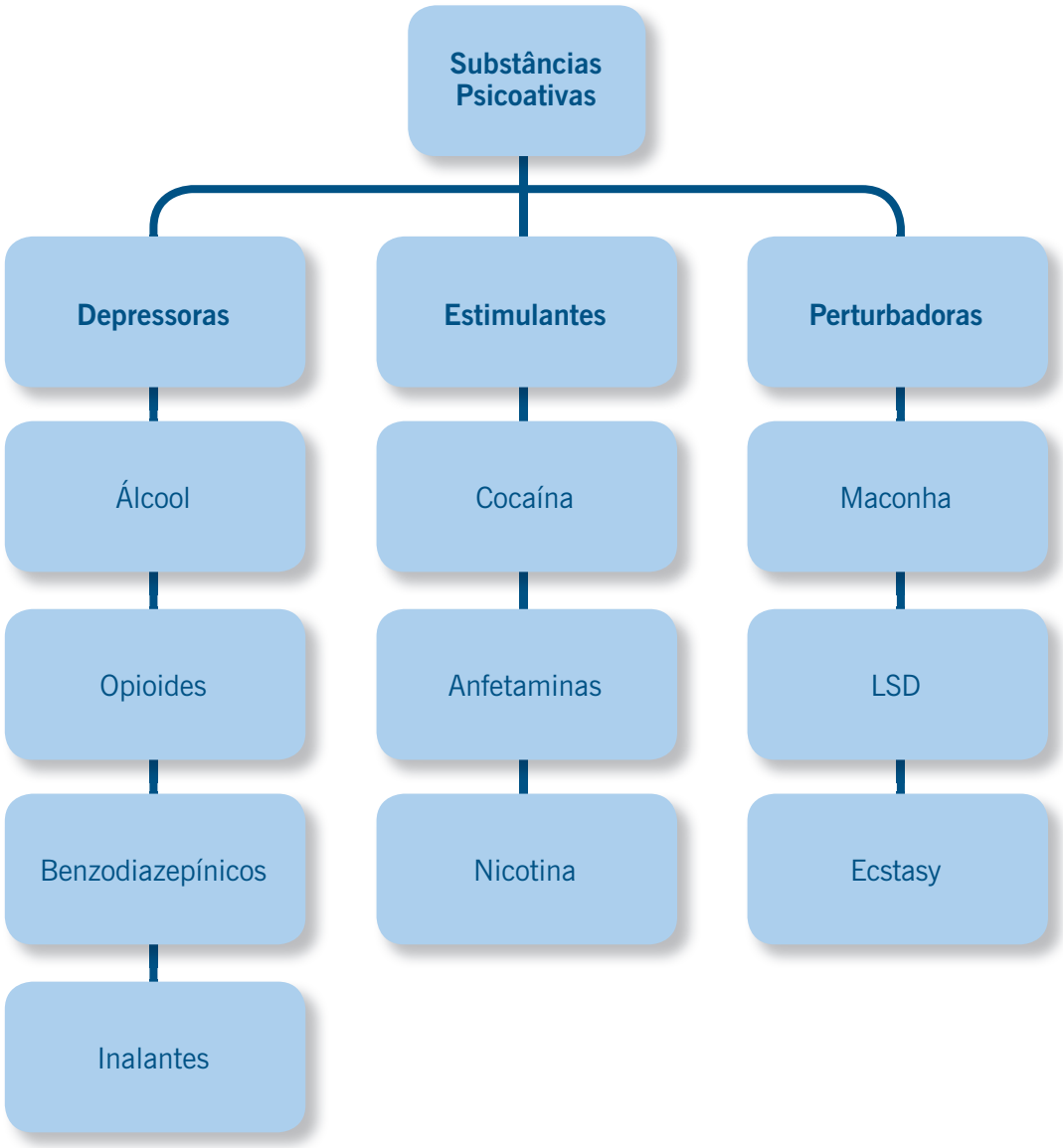


Figura 1. Classificação das substâncias psicoativas

Referências:

1. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. [25/04/2010].
2. RONZANI T. Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008.
3. Marques A, Ribeiro M. Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso. In: Laranjeira R, Alves H, Araújo M, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, *et al*., editors. Projeto Diretrizes (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina); 2002.
4. Formigoni M, Duarte P. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009.

MÓDULO 2

Drogas – Efeitos, intoxicação e abstinência



CAPÍTULO 3

Álcool

Autores

Anne Orgler Sordi,
Fernanda Kreische e
Lisia von Diemen

Introdução

A dependência de álcool é um problema que acomete 10 a 12% da população mundial. Muitas características, tais como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil, podem influenciar o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência ao álcool. O alcoolismo é mais frequente em homens do que em mulheres, e a faixa de idade com maior problema é entre os 18 e 35 anos.

Pesquisas realizadas na população brasileira pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD –, em parceria com centros de pesquisas constataram na população geral que 11% dos homens e 2% das mulheres consomem álcool diariamente. Entre estudantes do ensino médio e fundamental, as bebidas alcoólicas já haviam sido consumidas, pelo menos uma vez na vida, por 65,2% dos entrevistados, sendo a média de idade do primeiro consumo de 12,5 anos. Desses, 29% dos homens e 16% das mulheres relataram um consumo considerado de risco moderado a alto.

Uma forma comum de consumo de álcool é através do *binge*, o qual está associado a vários tipos de riscos, principalmente em relação a acidentes de trânsito, sexo desprotegido, violência doméstica, suicídios, homicídios, entre outros. O *binge* pode ser definido como episódio de consumo em que a pessoa ingere 5 ou mais doses de álcool para homens e 4 ou mais doses para mulheres em uma mesma ocasião.

- **Não existe consumo de álcool isento de riscos.**
- **O uso nocivo e a dependência de álcool são pouco diagnosticados.**
- **O foco deve ser no diagnóstico precoce.**

Unidades de álcool por dose de bebida

O álcool é uma substância lícita que está presente em uma variedade incontável de bebidas ao redor do mundo, obtidas por fermentação ou destilação da glicose presente em cereais, raízes e frutas. O consumo de álcool é medido por doses. Uma dose equivale a 14 gramas de álcool.

Para obter as doses-equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar a quantidade da mesma por sua concentração alcoólica. Tem-se, assim, a quantidade absoluta de álcool da bebida. Em seguida, é feita a conversão: 1 dose para cada 14g de álcool da bebida.

Unidades de álcool em cada dose de bebida

Bebida	Volume	Teor Alcoólico	Quantidade de Álcool (Volume x Teor Alcoólico)	Gramas de Álcool (Volume de Álcool x 0,8*)	Dose 1D = 14g
Vinho Tinto	150ml	12%	18ml	14,4g	1
1 lata de Cerveja	350ml	5%	17,5ml	14g	1
Destilado	40ml	40%	16ml	12,8g	1

(*) A quantidade de álcool em gramas é obtida a partir da multiplicação do volume de álcool contido na bebida pela densidade do álcool (d=0,8).

Farmacodinâmica e farmacocinética

O álcool é consumido via oral e cerca de 20% da sua absorção se dá no estômago, enquanto 80% ocorre no intestino delgado. Esse é um dos motivos de a alcoolemia ser muito maior quando alguém bebe de estômago vazio, o álcool vai mais rapidamente do estômago para o intestino delgado, onde a maior parte é absorvida. Ele é metabolizado no fígado primariamente através de uma enzima chamada álcool desidrogenase (ADH). As mulheres têm, em média, quantidades menores dessa enzima, o que faz com que ela atinja maiores concentrações de álcool no sangue do que o homem, bebendo quantidades equivalentes.

Efeitos a curto e longo prazo

O álcool é um depressor do cérebro e age diretamente em diversos órgãos, tais como fígado, coração, vasos e estômago. A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia.

Efeitos agudos físicos

- Aumento da quantidade de urina
- Redução dos reflexos motores, marcha cambaleante
- Náuseas e vômitos
- Aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea.

Intoxicação

Intoxicação é o uso nocivo de drogas em quantidades acima do tolerável para o organismo.

Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do Sistema Nervoso Central. Inicialmente, há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, incoordenação motora, passando para confusão e desorientação, e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma.

A intoxicação por álcool irá depender de vários fatores, como, por exemplo, a quantidade ingerida, o grau de tolerância e o sexo da pessoa. Um homem de 70 kg pode metabolizar cerca de 15mg/dl de álcool por hora, mas um alcoolista pode metabolizar cerca de 30mg/dl por hora. Nesses, alcoolemias como 15dg/L podem não provocar tantos sintomas clínicos. Em pessoas com alcoolemia acima de 15dg/L sem sintomas de intoxicação, deve-se pensar fortemente em um caso de dependência da substância.

Níveis plasmáticos de álcool e sintomatologia relacionada

Alcoolemia (dg/L)	Quadro clínico
3	Euforia e excitação Alterações leves da atenção
5	Incoordenação motora discreta Alteração do humor, da personalidade e do comportamento
10	Incoordenação motora pronunciada Diminuição da concentração Piora dos reflexos sensitivos Piora do humor
20	Piora da *ataxia* (falta de coordenação dos movimentos) Náuseas e vômitos
30	Incapacidade de articular as palavras Amnésia Hipotermia Anestesia
40	Coma Morte

Manejo da Intoxicação

A pessoa que apresenta sintomas graves de intoxicação deve ser encaminhada para tratamento emergencial. No manejo da intoxicação aguda por álcool, é importante coletar uma história o mais completa possível sobre o paciente, consumo recente e prévio de álcool e história de abstinência. Recomenda-se colocar o paciente em um ambiente seguro e tranquilo. É importante deitá-lo de lado para evitar aspiração de vômito.

Os sinais vitais devem ser monitorados de maneira regular e é necessário manter o paciente hidratado. Outras medidas importantes são os cuidados com o risco de quedas. Em pacientes em coma, é fundamental descartar hipoglicemia e abuso de outras drogas ou uso de medicações.

Todo o paciente com suspeita de dependência de álcool que for receber soro com glicose deve receber antes vitamina B1 para profilaxia da Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Em casos de agitação ou comportamento agressivo, poderão ser utilizados medicamentos que irão auxiliar na contenção dessa agitação, lembrando que as medicações não irão tratar a intoxicação, apenas minimizar os seus efeitos desagradáveis.

Após as medidas de suporte iniciais, pode-se coletar exames de sangue que ajudam a informar se há alterações no fígado e o tipo de consumo de álcool do paciente:

Enzimas Hepáticas: GGT, TGO e TGP	Aumento de GGT pode representar um dano hepático agudo, alterações em TGO e TGP são decorrentes de um provável uso crônico de álcool, especialmente se a TGO apresenta um aumento 2 vezes maior do que a TGP.
Volume Corpuscular Médio	O seu aumento pode representar um abuso crônico, com provável dependência de bebidas alcoólicas.

O álcool tem ação tóxica direta sobre diversos órgãos quando utilizado em doses consideráveis, por um período de tempo prolongado. As mais frequentes são as gastrites e úlceras, hepatites tóxicas, esteatose (acúmulo de gordura nas células do fígado, decorrente da ação tóxica do álcool sobre suas membranas), cirrose hepática, pancreatites, lesões cerebrais, demência, anestesia e diminuição da força muscular nas pernas (neurites), problemas cardíacos, predisposição ao depósito de placas gordurosas nos vasos, com risco de infartos, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais (derrames). O álcool aumenta o risco de câncer no trato gastrintestinal, na bexiga, na próstata e em outros órgãos.

A deficiência de vitamina B1 (tiamina) é frequente em alcoolistas, pode produzir sequelas mentais irreversíveis e pode ser facilmente prevenida e tratada.

Avaliação do consumo de álcool

Todas as pessoas que procuram algum tipo de atendimento na área da saúde devem ser investigadas quanto ao seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Na avaliação do paciente, sempre detalhar o padrão de consumo de álcool, se há prejuízos envolvidos ou não nesse consumo. Se houver indícios de consumo problemático, realizar uma investigação mais aprofundada, questionando sobre relacionamentos familiares, problemas no trabalho ou na escola, sintomas de tolerância e de abstinência, mudança no padrão de consumo, na tentativa de identificar a presença de abuso ou dependência de álcool. Não aceitar respostas do tipo "bebo socialmente", as quais não nos dão informações sobre o consumo do paciente.

Existem dois métodos de triagem amplamente utilizados que podem ser úteis para identificar problemas com o álcool: o questionário CAGE e o questionário AUDIT. O CAGE é composto por 4 perguntas e ele apresenta uma sensibilidade de 89%, sendo usado principalmente em ambiente clínico. Uma resposta positiva já é um indicador de que o uso da substância pode estar sendo feito de maneira patológica e o consumo deve ser melhor investigado. O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastreamento de problemas com álcool em saúde pública. É composto por 10 perguntas que avaliam a quantidade e frequência do consumo, sintomas de dependência e problemas relacionados a isso. De acordo com a pontuação do AUDIT, podemos propor níveis diferentes de intervenções, conforme o item "pontuação do AUDIT".

CAGE:

1) Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0- NÃO 1- SIM
2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0- NÃO 1- SIM
3) O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0- NÃO 1- SIM
4) O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0- NÃO 1- SIM

AUDIT:

Na tabela a seguir, estão as questões que compõem o AUDIT. As perguntas 1 a 8 fornecem respostas em uma escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Para pontuar, basta somar o valor obtido na resposta de cada questão. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40. Conforme o valor obtido neste questionário, podemos indicar o tipo de intervenção necessária ao paciente, como descrito na tabela X.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.)
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?
0 = uma ou duas
1 = três ou quatro
2 = cinco ou seis
3 = de sete a nove
4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?
0 = não
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?
0 = não
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Pontuação do AUDIT	Significado	Intervenção
0-7	Consumo de baixo risco	Psicoeducação → Pacientes que pontuam baixo no AUDIT podem receber uma intervenção psicoeducacional. Eles devem ser valorizados pela ausência de problemas por abuso de bebidas, ao mesmo tempo em que devem ser ensinados sobre que é um consumo abusivo e quais os riscos que podem levar a isso.
8-15	Consumo com risco	Aconselhamento simples → Apontar sobre os possíveis riscos que o paciente pode estar se expondo ao manter este padrão de consumo de álcool. Explicar sobre as consequências de um consumo mais problemático. Discutir limites e maneiras de controlar o uso do álcool. Encorajar para um consumo com menos risco.
16-19	Provável abuso	Aconselhamento mais elaborado e monitoramento → Consiste na introdução de mudanças diretas no padrão de consumo de álcool. Discute com o paciente os problemas que estão decorrendo de um consumo de álcool abusivo, riscos aos quais ele está se expondo e estratégias de mudança. Valoriza o encorajamento, a facilitação do tratamento e a diminuição de barreiras. Também preconiza o acompanhamento para observar a evolução do processo de mudança.
20-40	Provável dependência	Provável dependência ao álcool. Encaminhamento ao especialista para avaliação de diagnóstico e tratamento.

Após o rastreamento de problemas com álcool ter identificado um possível abuso ou dependência, a confirmação diagnóstica deve ser realizada. Pacientes com abuso de álcool podem ser tratados ambulatorialmente com intervenções breves, as quais serão discutidas em mais detalhes no módulo de tratamento. No caso do diagnóstico de dependência, é importante avaliar se o paciente pode ser desintoxicado de forma ambulatorial ou internação/hospital-dia. A partir de uma investigação criteriosa, é possível que se determine o nível de comprometimento no momento da intervenção, os problemas relacionados a esse uso e à presença ou não de complicações e comorbidades associadas.

Síndrome de Abstinência ao Álcool (SAA)

A Síndrome de Abstinência ao Álcool se inicia horas após a interrupção ou diminuição do consumo, com o pico de sinais e sintomas normalmente entre 24-36 horas de abstinência. A grande maioria dos pacientes irá apresentar uma SAA entre leve e moderada, com insônia, tremores e agitação, com sintomas se resolvendo em poucos dias. Entretanto, cerca de 5% apresentarão uma SAA grave e um pouco menos poderá apresentar crises convulsivas. Pacientes com SAA grave não tratados ou subtratados poderão evoluir para *delirium tremens*.

Na avaliação do paciente, alguns aspectos são fundamentais para a indicação de tratamento ambulatorial ou hospitalar, como padrão de consumo de álcool, sinais de gravidade da SAA, suporte social e comorbidades clínica e psiquiátrica.

Sintomas mais comuns na SAA

Sintomas...	Tempo estimado de ocorrências dos sintomas após cessar o uso...
Insônia, tremores, ansiedade, desconforto gastrointestinal, dor de cabeça, palpitações, falta de apetite	6 – 12 horas
Alucinações: visuais, auditivas ou táteis	12 – 24 horas
Convulsões generalizadas tônico-clônicas	24 – 48 horas
Delirium tremens	48 – 72 horas

Fonte: Traduzido e adaptado de Bayard, Max *et al*. Alcohol Withdrawal Syndrome.

História do uso de álcool

Deve-se buscar informações básicas sobre o padrão de consumo dos últimos anos, avaliando a quantidade e a frequência do beber. Além disso, o padrão de consumo mais recente deve ser cuidadosamente investigado, em especial o último consumo ou diminuição dele. Se o paciente consumiu álcool há poucas horas e apresenta sintomas de SAA, isso indica um risco de SAA mais grave.

Preditores de gravidade na abstinência alcoólica

Na presença de algum dos preditores de SAA grave, considerar fortemente a desintoxicação em ambiente hospitalar, principalmente se o suporte familiar for baixo ou o acesso a um hospital for difícil.

- História prévia de abstinência grave – convulsões ou *delirium tremens*
- Altos níveis de álcool sérico e poucos sintomas de intoxicação
- Presença de sintomas de privação com alcoolemia elevada > 300mg%
- Idade avançada
- Uso concomitante de hipnóticos e sedativos
- Problemas clínicos prévios.

Suporte Social

É importante avaliar a situação de moradia do paciente, bem como a rede social em que o paciente está inserido. Para que se possa realizar a desintoxicação ambulatorial com segurança, um familiar ou pessoa próxima deve participar do tratamento e ser orientada sobre os riscos e as possíveis complicações da SAA. Mesmo em um paciente sem preditor de gravidade, cerca de 5% dos dependentes de álcool evoluem de uma SAA leve a moderada para uma SAA grave. Dessa forma, indivíduos que moram sozinhos e com uma rede social pobre devem ser considerados para desintoxicação em internação ou hospital-dia.

Comorbidades clínicas e psiquiátricas

A presença de comorbidades clínicas, especialmente se for grave, como *diabetes melitus*, cardiopatia isquêmica, cirrose, pancreative crônica, entre outras, aumenta muito o risco de complicações na SAA. As comorbidades psiquiátricas devem ser avaliadas na sua gravidade e em conjunto com outros fatores, como suporte social, para indicar internação.

Determinação do comprometimento do indivíduo pelo álcool

Considerou-se no consenso brasileiro, para a determinação dos níveis de comprometimento do indivíduo pelo álcool, aspectos biológicos, psicológicos e sociais decorrentes do uso da substância. Os aspectos comórbidos também foram considerados, pois influenciam diretamente a SAA. Levando em consideração a complexidade do diagnóstico, é possível classificar o comprometimento do usuário crônico de álcool em dois níveis: leve/moderado e grave. A partir dessa classificação, o paciente será encaminhado para o melhor tratamento, de acordo, também, com a disponibilidade da rede de serviços de saúde de cada local. No nível leve/moderado, o tratamento pode ser realizado em ambulatório ou internação domiciliar e no grave em hospital-dia ou internação.

Leve/moderado: sem preditores de SAA grave, sintomas de abstinência leves, sem confusão mental ou alucinações, juízo crítico preservado, sem comorbidades clínicas ou psiquiátricas graves.

Grave: paciente com preditores de SAA grave, sintomas mais graves de SAA (sudorese profusa, agitação intensa, vômitos, convulsões atuais ou no passado), desorientação, juízo crítico comprometido, alucinações, comorbidades clínicas ou psiquiátricas graves.

Para os pacientes graves, a emergência clínico-psiquiátrica será a melhor intervenção, solicitando-se a presença imediata de familiares ou amigos para orientação quanto à gravidade do quadro. O paciente será encaminhado para tratamento hospitalar especializado, sendo que a família deverá receber uma intervenção psicoeducacional sobre o transtorno, concomitantemente.

Os tratamentos ambulatorial e hospitalar a seguir são baseados no consenso brasileiro da síndrome de abstinência ao álcool.

Tratamento ambulatorial

Ao receber o paciente, a atitude do profissional de saúde deve ser acolhedora, empática e sem preconceitos. O tratamento da SAA (quadro agudo) é um momento privilegiado para motivar o paciente para o tratamento da dependência (quadro crônico):

- Deve-se esclarecer a família e, sempre que possível, o próprio paciente sobre os sintomas apresentados, sobre os procedimentos a serem adotados e sobre as possíveis evoluções do quadro.
- Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro.
- É importante ainda reforçar a necessidade de comparecimento nas consultas remarcadas, as quais serão tão frequentes quanto possível, nos primeiros 15 dias do tratamento.

Abordagem não farmacológica:

a) Orientação da família e do paciente quanto à natureza do problema, tratamento e possível evolução do quadro.
b) Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual.
c) A dieta é livre, com atenção especial à hidratação.
d) Paciente e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos.
e) As consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação.

Abordagem farmacológica

Reposição vitamínica: a reposição de tiamina é necessária para evitar a encefalopatia de Wernicke. É realizada com tiamina (vitamina B1) intramuscular, nos primeiros 7 dias; após esse período, a via é oral. No Brasil, não há tiamina isolada para administração intramuscular ou intravenosa, então se usam 2 ampolas

de complexo B, cada ampola contém 100 mg de tiamina. Após esse período, a tiamina passa a ser via oral, 1 comprimido de 300 mg duas vezes ao dia.

Benzodiazepínicos (BDZs): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as que, em média, o paciente pode receber em um determinado dia. O paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Se houver qualquer sintoma de dosagem excessiva de BZD, como sedação, deve-se proceder a interrupção da medicação. Diazepam: 20mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana.

Clordiazepóxido: até 100mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 4mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

Ocorrendo falha (recaída ou evolução desfavorável) dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser revista, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

Tratamento hospitalar

Essa modalidade é reservada aos casos mais graves, que requerem cuidados mais intensivos. Doses mais elevadas de BZDs são geralmente necessárias, e sua prescrição deve ser baseada em sintomas. Deve ser dada atenção especial à hidratação e correção de distúrbios metabólicos (eletrólitos, glicemia, reposição vitamínica). Em alguns casos, a internação parcial (hospital-dia ou noite) pode ser indicada, e, nesses casos, a orientação familiar sobre a necessidade de comparecimento diário deve ser reforçada, e a retaguarda para emergências deve ser bem esclarecida. A utilização de "bafômetro", quando esse recurso está disponível, pode ser feita na chegada do paciente na unidade.

Um esquema prático para tratamento de SAA está sugerido no quadro a seguir, sendo a avaliação sintomática baseada na *Clinical Withdrawal Assessment Revised* – CIWA-Ar (quadro a seguir):

Monitoramento (sem medicação):
Se CIWA-Ar < 8 na chegada à internação, aplicar a escala a cada 4 horas por 72 horas. Se a CIWA-Ar inicial for >= 8, medicar e aplicar de hora em hora até estabilizar e, após, ir espaçando. Execute avaliações adicionais conforme a necessidade.
Sintomas ativos:
Administre um dos seguintes medicamentos **de hora/hora** até a contagem de CIWA-Ar ser menor ou igual a 8 pontos. ■ Diazepam 10mg ■ Lorazepam 2mg ■ Clordiazepóxido 50 a 100mg
Regime de horário fixo:
Administre uma das medicações a seguir a cada 6 horas com diminuição ao longo de uma semana. ■ Diazepam 10 mg ■ Lorazepam 2 mg ■ Clordiazepóxido 50 mg

O uso das medicações requer avaliação e prescrição médica.
Fonte: Traduzido e adaptado de Bayard, Max *et al*. Alcohol Withdrawal Syndrome.

Clinical Withdrawal Assessment Revised – CIWA-Ar

Nome: Data:

Pulso ou FC: PA: Hora:

1. Você sente um mal-estar no estômago (enjoo)? Você tem vomitado?	
0	Não
1	Náusea leve e sem vômito
4	Náusea recorrente com ânsia de vômito
7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:	
0	Não
1	Não visível, mas sente
4	Moderado, com os braços estendidos
7	Severo, mesmo com os braços estendidos

3. Sudorese:	
0	Não
4	Facial
7	Profusa

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?

5. Você tem ouvido sons à sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?	
0	Não
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderado
4	Alucinações moderadas
5	Alucinações graves
6	Extremamente graves
7	Contínua

7. Você se sente nervoso (a)? (Observação)	
0	Não
1	Muito leve
4	Leve
7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?	
0	Não
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderado
4	Moderado / grave
5	Grave
6	Muito grave
7	Extremamente grave

9. Agitação:	(observação)
0	Normal
1	Um pouco mais que a atividade normal
4	Moderadamente
7	Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)	
0	Orientado
1	Incerto sobre a data, não responde seguramente
2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
3	Desorientado com a data, com mais de 2 dias
4	Desorientado com o lugar e pessoa

Critérios diagnósticos:
Escore total: 0-9 SAA Leve
10-18 SAA Moderada
>18 SAA Grave

Fonte: Projeto Diretrizes. Abuso e Dependência de Álcool. 2002.

Dentre as complicações dos quadros de abstinência, podemos citar:

ALUCINOSE ALCOÓLICA	Alucinações auditivas (sons tipo cliques, sinos, cânticos, vozes), visuais ou táteis podem ocorrer entre 6 e 96 horas, mas apresentam pico entre 12 e 48 horas. É diferenciada do *delirium tremens* pela ausência de diminuição da consciência e de atividade autonômica intensa. Tempo de duração: 3 a 4 dias. Tratamento: haloperidol 5mg/dia/VO. Duração: até esbatimento dos sintomas (3 a 4 dias).
CONVULSÃO ALCOÓLICA	Convulsões tipo tônico-clônicas, autolimitadas. Pico entre 12 e 48 horas. Risco maior em pacientes com história de traumatismo crânio-encefálico anterior. Com frequência, a convulsão precede o *delirium tremens.* Tratamento: diazepam 10mg a 30mg/dia/VO.
DELIRIUM TREMENS	Psicose orgânica reversível. Ocorre de 72 a 96 horas, em 5% dos pacientes. Complicação de maior risco caracterizada por confusão mental, desorientação, delírios, alucinações vívidas (visuais e táteis), tremor intenso, letargia, agitação, insônia, hiperatividade autonômica, motora e na fala. A principal característica é a hiperatividade simpaticomimética com quadro de taquicardia, hipertensão, febre, midríase e sudorese intensa. Há a piora dos sintomas no final do dia. É mais frequente em pacientes admitidos na emergência por problemas clínicos ou cirúrgicos que não são adequadamente investigados. A taxa de mortalidade para pacientes não tratados vai até 20%, nos tratados fica entre 5 e 10%. Os fatores de risco para DT são problemas metabólicos, doença hepática, idade avançada, ataxia e polineuropatia. A morte ocorre por colapso cardíaco, infecção e desidratação. Tratamento: diazepam até 60mg/dia/VO ou lorazepam 12mg/dia/VO. haloperidol 5mg/dia.

Outras complicações

Síndrome de Wernicke-Korsakoff*:* Essa síndrome ocorre quando há deficiência de vitamina B1 (tiamina). A tiamina é uma vitamina que é essencial para diversos processos cerebrais e para o funcionamento neurológico. É comum a deficiência dessa vitamina em pacientes alcoolistas, pois nesses indivíduos a absorção da vitamina está prejudicada, o metabolismo do álcool consome tiamina e, em geral, há desnutrição presente. A profilaxia deve ser realizada em todos os pacientes com dependência de álcool e deve ser feita através da vitamina injetável, somente via oral não funciona. A dose deve ser ao menos de 200mg ao dia por 7 dias (cada ampola de complexo B contém 100mg de tiamina). A encefalopatia de Wernicke é caracterizada por um quadro de confusão mental, ataxia (falta de coordenação e equilíbrio), nistagmo (oscilações involuntárias e repetitivas de um ou ambos os olhos) e oftalmoplegia (paralisia dos músculos dos olhos). Para se fazer o diagnóstico, é necessário um alto grau de suspeita, já que o quadro completo acontece em apenas 15% dos pacientes. Em alcoolistas, apenas um dos sintomas já é suficiente para indicar tratamento. Um dos desencadeantes mais comuns é a administração de soro com glicose em dependentes de álcool

sem a reposição de tiamina. A glicose aumenta muito o consumo de tiamina pelo organismo e, em pacientes com baixas reservas, pode ser suficiente para causar sintomas agudos. Se suspeita-se de encefalopatia de Wernicke, o tratamento emergencial com altas doses de tiamina deve ser realizado, para prevenção de morte e do risco de evoluir para a Síndrome de Korsakoff.

A Síndrome de Korsakoff ocorre quando a encefalopatia de Wernicke não é adequadamente tratada e acarreta sintomas crônicos. É caracterizada por um problema de memória recente que ocorre mesmo que a pessoa esteja claramente consciente. A pessoa passa a estar sempre perguntando as mesmas coisas, ou lendo a mesma página por horas e, até mesmo, pode acabar sendo incapaz de reconhecer pessoas que já lhe foram apresentadas muitas vezes desde o início da doença. Um sintoma comum dessa síndrome é a presença de confabulações, ou seja, quando a pessoa "inventa" situações fictícias para preencher memórias que ficam faltando ao conversar com outras pessoas.

Gestação – Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) descreve um padrão observado em filhos de mães dependentes de álcool e pertence a um conjunto de síndromes caracterizadas pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo de álcool em grandes quantidades durante a gestação. A SAF é considerada a causa mais comum de retardo mental infantil de natureza não hereditária e acomete entre 4-10% dos nascidos de mães dependentes de álcool.

Essa síndrome caracteriza-se por retardo do crescimento e alterações dos traços faciais, que se tornam menos evidentes com o passar do tempo. Além disso, ocorrem alterações globais do funcionamento intelectual, em especial déficits de aprendizagem, memória, atenção, além de dificuldades para a resolução de problemas e socialização. Já nos distúrbios neurodesenvolvimentais relacionados ao álcool, os filhos apresentam os mesmos distúrbios observados na SAF; no entanto, não há retardo no processo de crescimento nem alterações faciais, enquanto os defeitos congênitos relacionados ao álcool incluem as alterações na constituição esquelética e de outros órgãos decorrentes da exposição do feto ao álcool durante a gravidez.

As medicações estudadas até o momento são utilizadas para o tratamento da Síndrome de Abstinência, ou seja, situações agudas, enquanto o quadro a seguir fala de medicações que podem ser usadas para o tratamento crônico de alcoolismo.

Abordagem psicoterápica

A psicoterapia é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e das sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. Existem diversas linhas de abordagem, mas o clima de apoio e o respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas.

Tratamento medicamentoso para dependência de álcool

A avaliação da necessidade de medicação deve ser feita por um médico da equipe que estiver atendendo o paciente.

DISSULFIRAN	O dissulfiran inibe a metabolização do álcool, causando reações desagradáveis quando o paciente consome álcool. Essas reações vão desde rubor facial, suor, náuseas e palpitações, até reações mais intensas, como falta de ar, diminuição da pressão arterial, tontura e convulsões. Reações graves são menos comuns, mas podem ocorrer, como infarto do miocárdio, perda da consciência, insuficiência cardíaca e respiratória e morte. A intensidade das reações irá depender da dose da medicação e da quantidade de álcool consumida. O paciente sempre deve ser informado sobre as reações provocadas pela medicação (dissulfiran) e deve ser orientado a não consumir álcool em hipótese alguma (para alguns pacientes, vinagre, perfume e desodorante podem ocasionar reações leves). A dose usual é de 1 a 2 comprimidos de 250 mg ao dia, e esse medicamento pode ser utilizado regularmente ou apenas em situações de risco, apresentando custo baixo. Sugere-se que seu uso ocorra em um programa de tratamento para dependência de álcool.
NALTREXONE	Aprovada para tratamento da dependência de álcool, em conjunto com intervenções psicossociais (ex: psicoterapia, orientação individual e familiar). Os estudos iniciais sugeriam que a medicação diminuía os efeitos prazerosos do álcool e, com isso, também diminuía a vontade de beber. Os resultados dos testes em pacientes alcoolistas mostraram que o naltrexone, quando combinado com intervenções psicossociais, diminuía em 50% a chance de recaída, reduzia a vontade de beber e o número de dias bebendo. A medicação é geralmente bem tolerada, e os efeitos adversos mais comuns são náuseas, dor de cabeça, ansiedade e sonolência. Utiliza-se o naltrexone na dose de 50 mg, uma vez ao dia. Entretanto, é uma medicação cara para a realidade brasileira, com custo mensal em torno de R$ 200.
ACAMPROSATO	Aprovada para tratamento do alcoolismo, é efetiva na redução da recaída de pacientes, além de aumentar o número de dias de abstinência de álcool. É vendida em comprimidos de 333 mg e, em adultos com mais de 60 kg, a dose indicada é de dois comprimidos, 3 vezes ao dia, com um custo mensal de cerca de R$ 160. Os efeitos adversos mais comuns são diarreia, dor de cabeça, náusea, vômito e azia. O acamprosato não tem interação com álcool e pode continuar sendo utilizado mesmo que o paciente tenha recaído. Não deve ser utilizado em pacientes com problemas hepáticos ou renais graves.

De forma geral, um bom psicoterapeuta para dependência de substâncias psicoativas deve ser capaz de:

1. Lidar com as frustrações próprias ao tratamento de uma doença crônica.
2. Conhecer um pouco de psicofarmacoterapia.
3. Ter uma certa dose de objetividade e persistência.
4. Ser muito afetivo.

Além disso, há algumas características que auxiliam a estruturar uma psicoterapia de tratamento para a dependência de álcool:

1. Conhecer a farmacologia do álcool, a subcultura da dependência e programas de autoajuda.
2. Estar aberto a trabalhar com pacientes com características crônicas e aceitar seus problemas.
3. Estabelecer com o paciente relação positiva e de apoio.
4. Estabelecer objetivos claros no tratamento e estar constantemente informado sobre o sucesso do paciente com a abstinência e outros aspectos do tratamento. Deixar o paciente saber que o terapeuta reconhece seu progresso na terapia.
5. Considerar outros recursos de tratamento além da psicoterapia, estruturando ao máximo um programa de tratamento. Tomar a responsabilidade de associar o paciente a outros serviços conforme necessário.
6. Envolver membros importantes da família do paciente no processo de tratamento.
7. Direcionar a psicoterapia para os pacientes com maiores comprometimentos psiquiátricos. É esse subgrupo que pode se beneficiar mais dos recursos adicionais.

O quadro a seguir sumariza os principais modelos de psicoterapia, e os compara entre si, além de compará-los com o primeiro modelo (AA), o qual não é definido como um modo de psicoterapia. Os modelos não são excludentes, muitos pacientes necessitam de diferentes abordagens em diferentes fases do tratamento. Por exemplo, um mesmo paciente pode receber inicialmente entrevista motivacional para motivar a parar de beber, prevenção de recaída durante e logo após a parada e participar de AA durante o processo. Além disso, pode ser necessária a terapia de família ou psicoterapia psicodinâmica em outros momentos do tratamento.

Cabe observar que uma modalidade de tratamento não exclui a outra, contanto que se avaliem os critérios de indicação de cada tratamento, por exemplo, um paciente pode estar no AA e também no grupo de prevenção de recaída.

TIPO	CARACTERÍSTICAS E PRESSUPOSTOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
12 passos (AA)	▪ Feito por ex-usuários ▪ Grupo de mútua ajuda ▪ Utiliza o conceito de doença irreversível	▪ Custo baixo ▪ Muito acessível ▪ Apoio grupal por dependentes já recuperados	▪ Conceito Moral ▪ Grupo como única modalidade de tratamento	▪ Dependentes com baixa autoestima ▪ Pacientes que respondem a abordagens sociais e de grupo ▪ Pacientes que não questionam o modelo
Entrevista Motivacional	▪ Não utiliza o conceito de "doença" ▪ Aplicada nas fases iniciais de tratamento ▪ Centrada no paciente e na empatia do terapeuta ▪ Inclui 3 princípios: 1. colaboração; 2. evocação da motivação; 3. autonomia do paciente.	▪ Não gera resistências e, sim, busca contorná-las ▪ É abrangente ▪ Aborda ambivalências ▪ Proporciona mudança na fala e intenção do paciente	▪ Há necessidade de treinamento específico por parte do terapeuta	▪ Pacientes com grande nível de negação sobre seus problemas e que tenham bastante capacidade de verbalização
Intervenção breve e técnicas de moderação	▪ Abordagem não estigmatizante (ex: não lida com a expressão "alcoolismo") ▪ A meta é abordar os "problemas" objetivamente	▪ Custo e tempo reduzidos ▪ Centrado em metas parciais ▪ Boa adesão ▪ Sem estigma	▪ Necessita alto índice de motivação ▪ Não aborda outros componentes emocionais ▪ Não é útil para paciente que não tem hábito de registrar comportamentos	▪ Dependentes em grau leve/moderado (beber controlado) ▪ Dependentes sem complicações clínicas

Prevenção de Recaída	▪ Estimula aumento da autoeficácia ▪ Característica preventiva ▪ Encara a recaída como parte do processo	▪ Custo e tempo reduzidos ▪ Objetivos visíveis ▪ Boa adesão	▪ Necessita de alto índice de motivação ▪ Não aborda outros componentes emocionais	▪ Dependentes em grau moderado ▪ Dependentes sem complicações clínicas
Terapia de Família	▪ Centra o problema e sua resolução no âmbito familiar ▪ Utiliza o conceito de codependência	▪ Aborda diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares	▪ Não permite foco individualizado no dependente ▪ Pode necessitar mais de um terapeuta	▪ Famílias gravemente disfuncionais ▪ Famílias com mais de um dependente ▪ Famílias com prejuízos importantes causados pelo uso de substâncias e com impacto nos filhos
Psicoterapia Dinâmica	▪ Centrada no estilo de relacionamento interpessoal do dependente através da utilização de drogas ▪ Busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas	▪ Permite grande autoconhecimento por parte do paciente	▪ Necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados ▪ Pode necessitar de outros tratamentos auxiliares ▪ Necessita grande treinamento por parte do terapeuta	▪ Pacientes em abstinência ▪ Contraindicada para dependentes graves, com muita dificuldade de controlar consumo ▪ Pacientes com condições de compreensão psicológica (capacidade de *insight*)

Referências:

1. ANDRADE, TM; ESPINHEIRA, CGA. A presença de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas ; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 1. p. 2-10
2. Bayard, M;Mcintyre, J; Hill, K; Woodside, J. Alcohol Withdrawal Syndrome. American Family Physician. 2004. N. 6. V. 69.
3. Fontes A, Figlie NB, Laranjeira R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. Rev. Psiq. Clín. 33 (6); 304-312, 2006.
4. FORMIGONI, MLOS; GALDURÓZ, JCF; MICHELI, D. Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas ; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 2. p. 12-27
5. Galduróza JCF, Caetanob R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004; 26(Supl I):3-6.
6. Gladuróz JCF, Noto AR, Fonseca, AM, Carlini, EA. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004. Secretaria Nacional Antidrogas. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
7. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Revisão Técnica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: 2007
8. McIntosh C, Chick J. Alcohol and The Nervous System. J NeurolNeurosurg Psychiatry 2004;75(Suppl III):16-21.
9. Moussas G, Christodoulou C, Douzenis A.A short review on the aetiology and pathophysiology of alcoholism. Annals of General Psychiatry 2009, 8:10.
10. OMS. Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007.
11. Pechansky F, Szobo CM; Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, 2010.
12. Sechi GP, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recen advances in diagnosis and management. Lancet Neurol 2007; v6: 442-455.
13. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F., et al.(org). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
14. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.
15. www.niaaa.nih.gov
16. http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=104332 – acesso em 06/12/2010 (dados do 1º Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre os alunos de universidades das 27 capitais).
17. http://br.monografias.com/trabalhos/consenso-sindrome-abstinencia-alcool-tratamento/consenso-sindrome-abstinencia-alcool-tratamento2.shtml#_Toc139277342 – acesso em 06/07/2010.

CAPÍTULO 4

Maconha

Autores

Anne Orgler Sordi,
Fernanda Kreische,
Fernanda Lopes Machado e
Lisia von Diemen

Introdução

A *Cannabis* é uma planta originária da Ásia, cujo nome genérico é *cânhamo*. No Brasil, a *cannabis* já foi denominada *diamba*, e hoje o termo *maconha* é o mais utilizado. No Oriente, recebe nomes como *ganja, dagga, charas, haxixe, bhang*. Na América espanhola e nos Estados Unidos, o nome *marijuana* é o mais conhecido, mas há outros termos: *grass, pot, tea, reefer, Mary Jane, weed.*



Divulgação

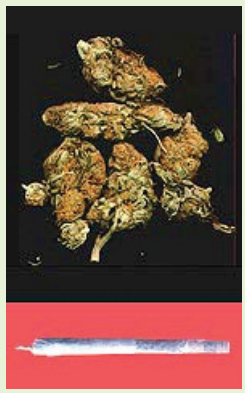
Folha de cannabis

No início do século passado, passou a ser considerada um "problema social", sendo banida legalmente na década de 1930. O seu uso médico declinou lentamente, pois pesquisadores não conseguiram isolar os seus princípios ativos em função da rápida deterioração da planta. Nas décadas de 1960 e 70, o seu consumo voltou a crescer significativamente, chegando ao ápice no biênio 1978/1979.

No Brasil, o uso na vida de maconha em 2005 aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, tendo uma prevalência de 8,8% nos entrevistados. Nos EUA, 40% da população adulta já experimentou maconha pelo menos uma vez. Isso demonstra um aumento de 1,9% em relação a 2001. Comparando-se o resulta-

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente.

do de 2005 com o de outros estudos, pode-se verificar que o consumo é menor no Brasil do que em outros países, como EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%), porém superior à Bélgica (5,8%) e à Colômbia (5,4%).

Maconha:	**Haxixe:**
Brotos e folhas ressecados, esverdeados, soltos ou prensados em formato de tijolos. São picados ou esfarelados (*dischavados*) e enrolados em papel (*sedas*), formando cigarros (*baseado*, *beck*) para serem fumados. Os fragmentos também podem ser adicionados a massas de bolo para serem ingeridos (*crazycakes*).  www.erowid.com	É uma resina da maconha, na forma de bolotas ou pedaços de aspecto verde-escuro. São misturados à maconha ou ao tabaco e fumados na forma de cigarros.  www.erowid.com
A maconha. Os brotos da *Cannabis* [*acima*] são picados e triturados para a confecção do cigarro de maconha, denominado *baseado*.	O haxixe é a resina da maconha. Seu preparo consiste na coleta dos brotos oleosos, com posterior maceração desses até formarem bolas ou tabletes endurecidos, como os observados na figura acima.


Divulgação

A dependência de maconha está entre as dependências de drogas ilícitas mais comuns. 1 em 10 daqueles que usaram maconha na vida se torna dependente em algum momento do seu período de 4 a 5 anos de consumo pesado. Algumas pessoas questionam o conceito de dependência de maconha pelo fato desta substância demorar mais tempo do que as outras drogas ilícitas para provocar dependência. Contudo, o consumo tem aumentado em todas as faixas etárias, tornando-se um problema de saúde pública em função de suas consequências associadas. Sendo assim, é importante que os profissionais da saúde trabalhem com prevenção e intervenções específicas para diminuir os índices de uso, abuso e dependência de maconha.

Mecanismos de ação

Um cigarro de maconha ou baseado típico contém cerca de 0,3 – 1g de maconha e aproximadamente 400 substâncias químicas, entre as quais destacam-se pelo menos 60 alcaloides conhecidos como canabinoides. A concentração de Delta-9-THC, nas diferentes apresentações da *Cannabis* (maco-

nha, haxixe, skunk), varia de 1% a 15%, ou seja, de 2,5 a 150mg de THC. Estima-se que a concentração mínima preconizada para a produção dos efeitos euforizantes seja de 1% ou 1 cigarro de 2 a 5 mg.

Sabe-se hoje que existem receptores canabinoides específicos para o THC no tecido cerebral de ratos, bem como um neurotransmissor para os receptores endógenos, denominando-o anandamida. No corpo humano, a droga se liga a receptores canabinoides em diferentes regiões.

As taxas de absorção orais são mais elevadas (90% a 95%) e lentas (30 a 45 minutos) em relação à absorção pulmonar (50%). Após ser absorvida no pulmão ou no trato gastrointestinal, a droga atinge a corrente sanguínea e rapidamente atravessa a barreira hematocefálica. Os efeitos farmacológicos pela absorção pulmonar podem demorar entre 5 e 10 minutos para se iniciar. Devido à sua lipossolubilidade, os canabinoides acumulam-se principalmente nos órgãos onde os níveis de gordura são mais elevados (cérebro, testículos e tecido adiposo).

A substância é metabolizada rapidamente pelo corpo, mas eliminada de forma lenta. Alguns pacientes podem exibir os sintomas e sinais de intoxicação por até 12 a 24 horas, devido à liberação lenta dos canabinoides a partir do tecido adiposo. Aproximadamente 80-90% da droga é eliminada em 5 dias.

Efeitos a curto e longo prazo

Há vários fatores que influenciam os efeitos da maconha, tais como a concentração de THC na planta, a sensibilidade aos efeitos, as experiências prévias do usuário e o ambiente do consumo. Em geral, o uso é seguido por alterações nos sentidos (visão, audição, olfato), cognitivas (pensamento, memória e atenção) e de humor (euforia ou apatia). Há alterações da noção de tempo e espaço e ilusões (distorções na percepção de objetos reais) visuais e auditivas. O humor pode variar de um estado eufórico (marcado por risos imotivados, fala solta e sensação de bem-estar) a sintomas de mal-estar psíquico, como tristeza, sensação de pânico e perda do controle (medo de enlouquecer). O pensamento se lentifica, e as associações de ideias ficam menos coerentes, tendendo à mudança de assunto ou à incapacidade de articular o pensamento com a mesma facilidade habitual. Há um aumento exagerado do apetite, voltado principalmente para o consumo de carboidratos (*larica*).

O consumo de maconha pode desencadear quadros psiquiátricos temporários de natureza ansiosa, tais como reações de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. Ambos habitualmente respondem bem a abordagens de reasseguramento e, normalmente, não há necessidade de medicação. A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além da possibilidade de ser um desencadeador da doença em indivíduos predispostos. Desse modo, pacientes esquizofrênicos usuários de maconha e seus familiares devem ser orientados acerca dos riscos envolvidos. O mesmo se aplica aos indivíduos com fatores de risco e antecedentes familiares para a doença.

Sinais e sintomas decorrentes do consumo da maconha		
Efeitos euforizantes	alteração da percepção do tempo; risos imotivados; fala solta	sensação de relaxamento; aumento da percepção das cores, sons, texturas e paladar
Efeitos físicos	aceleração dos batimentos cardíacos; conjuntiva vermelha; boca seca; temperatura corporal abaixo do normal (hipotermia); retardo do psiquismo e motricidade (retardo psicomotor); redução da capacidade para execução de atividades motoras complexas; tonturas e incoordenação motora;	redução da acuidade auditiva; aumento da acuidade visual; queda súbita da pressão arterial quando o indivíduo fica de pé (hipotensão ortostática); aumento do apetite; tosse; dilatação da pupila (midríase);
Efeitos psíquicos	depressão e irritabilidade; alucinações e ilusões; sonolência; ansiedade; prejuízos à concentração.	prejuízo da memória recente; lentificação; excitação psicomotora; ataques de pânico; paranoia; prejuízo do julgamento.

Ainda existem muitas discussões em relação aos prejuízos causados pelo consumo de maconha em longo prazo. No consumo crônico da maconha, observam-se déficits cognitivos que compreendem redução das atividades da vida diária, redução da capacidade de transferir material da memória imediata para a memória de longo prazo, piora das tarefas de memória de códigos, redução da formação de conceitos, piora da estimativa de tempo, piora da capacidade de concentração, redução da capacidade para solucionar problemas e classificar corretamente as informações, piora da compreensão diante de estímulos sensoriais apresentados, redução da capacidade para realizar atividades complexas e prejuízo da representação mental do ambiente.

Os prejuízos na memória e aprendizagem podem aparecer após poucos anos de consumo. Prejuízos da atenção podem ser detectados a partir de fenômenos tais como aumento da vulnerabilidade à distração, afrouxamento das associações, intrusão de erros em testes de memória, inabilidade em rejeitar informações irrelevantes e piora da atenção seletiva. Esses prejuízos parecem estar relacionados à duração, mas não à frequência do consumo de maconha.

Devido à dificuldade de medir a quantidade de maconha que atinge a corrente sanguínea, não existem doses formais definidas de THC que produzem a dependência. O risco de dependência aumenta con-

Há evidência de que o uso prolongado de maconha é capaz de causar prejuízos cognitivos relacionados à organização e integração de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de processos de atenção e memória.

forme a extensão do consumo. A maioria dos usuários não se torna dependente, e uma minoria desenvolve uma síndrome de uso compulsivo semelhante à dependência de outras drogas.

Os sintomas da síndrome de abstinência de maconha compreendem sensação de fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, insônia, sintomas depressivos, redução do apetite e cefaleia, e podem ocorrer nas primeiras semanas após a interrupção do uso da droga.

Tratamento

A dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo, nos mesmos padrões das outras substâncias. Muitos estudos comprovam que os critérios atuais de dependência aplicam-se muito bem à dependência da maconha bem como de outras drogas.

Intervenções com adultos

Na prática clínica, a dependência de maconha tem características muito similares aos transtornos por abusos de outras substâncias, apesar de alguns sintomas parecerem menos severos. Adultos buscam tratamento em função de abuso ou dependência de maconha em média com mais de 10 anos de uso praticamente diário e após várias tentativas de cessar o uso por conta própria, sem sucesso. Eles continuam a usar a maconha, apesar dos prejuízos físicos, psicológicos e sociais associados. Os prejuízos mais comuns são problemas nos relacionamentos familiares, dificuldades financeiras, baixa energia e autoestima, baixa produtividade no trabalho, problemas de memória e com o sono e baixa satisfação com a própria vida.

Os tratamentos disponíveis atualmente e com eficácia comprovada baseiam-se principalmente em técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental e entrevista motivacional. A entrevista motivacional tem como principal objetivo causar uma inquietação que leve à mudança de comportamento, provocando um sentimento de ambivalência entre o uso e a cessação do uso da maconha. O terapeuta mantém uma postura empática, não confrontativa, trabalhando com a resistência e explorando os prós e contras do comportamento de uso. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem como objetivo ensinar técnicas e estratégias que auxiliem os pacientes a diminuírem ou cessarem o uso da substância. Algumas das técnicas incluem treino em habilidades sociais, resolução de problemas, psicoeducação em relação aos efeitos e às consequências do uso da maconha e planejamento de estratégias para lidar com a fissura e com as situações de risco. Testes de urina podem ser realizados para se monitorar o uso de maconha durante e após o tratamento.

Intervenções com adolescentes e adultos jovens

Aproximadamente metade das pessoas que buscam tratamento em função do uso de maconha tem menos de 25 anos de idade. Esses pacientes apresentam um padrão diferenciado de problemas associados

ao uso da substância, principalmente relacionados a outros comportamentos de risco, como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, evasão escolar, delinquência e problemas com a lei.

As técnicas da terapia cognitivo-comportamental são as mesmas tanto para adultos como para jovens. Em um primeiro momento, se faz a triagem do padrão de consumo da substância, investigando frequência, quantidade, contexto e tempo de uso. Em seguida, começam-se a psicoeducação e o trabalho de investigação de prós e contras do uso, incitando a ambivalência. A entrevista motivacional é a abordagem que alcança melhor adesão com esse tipo de paciente e pode – e deve – ser usada junto com a TCC. O terapeuta precisa ter grande capacidade de empatia, compreendendo que jovens possuem um padrão de comportamento impulsivo, preferindo o prazer imediato em detrimento ao de longo prazo, pois não conseguem vislumbrar consequências negativas em suas ações. Evocar do paciente suas próprias razões para cessar o uso de maconha em vez de tentar persuadi-lo é fundamental, pois, enquanto ele não perceber os prejuízos associados ao uso, não haverá mudança de comportamento.

Além da TCC e da entrevista motivacional, intervenções de foco sistêmico que incluam a família no tratamento são de especial importância para pacientes jovens.

Referências:

1. ANDRADE TM, ESPINHEIRA, CGA. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 1. p. 2-10
2. Antônio Valdo Zuardi, José Alexandre de Souza Crippa, Francisco Silveira Guimarães *et al*. *Cannabis* e Saúde Mental: uma revisão sobre a droga de abuso e o medicamento. FUNPEC – Editora, 2008.
3. CRUZ MS, FERREIRA MB. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 6. p. 30-40
4. Elkashef A, *et al*. Marijuana Neurobiology and Treatment. *Subst. Abus*. 2008; 29 (3): 17-29.
5. GALDURÓZ, JCF. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 1. p. 13-24
6. Iversen L. Cannabis and The Brain. *Brain*. 2003; 126, 1252-1270.
7. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.
8. www.drugabuse.gov
9. Budney, A.J., Roffman, R., Stephens, R.S., & Walker, D. (2007). Marijuana dependence and its treatment. Addiction science & clinical practice.

CAPÍTULO 5

Cocaína e Crack

Autores

Igor Londero,
Fernanda Kreische,
Anne Orgler Sordi e
Lisia von Diemen

Introdução

A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial. A maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). No Brasil, nas salas de emergência, a cocaína é responsável por 30% a 40% das admissões relacionadas a drogas ilícitas, 10% entre todos os tipos de drogas e 0,5% das admissões totais. A população de usuários é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos.

A proporção de indivíduos que relataram ter consumido cocaína ou crack pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil está descrita na Tabela 1. Na última década, o crack se tornou um problema de saúde pública, principalmente pela gravidade da dependência que essa forma de uso da cocaína desencadeia. Assim, será dada uma atenção especial ao crack ao longo do capítulo.

Cocaína em pó



http://en.wikipedia.org/wiki/File:CocaineHydrochloridePowder.jpg

Pedra de crack



http://en.wikipedia.org/wiki/File:Crack_street_dosage.jpg

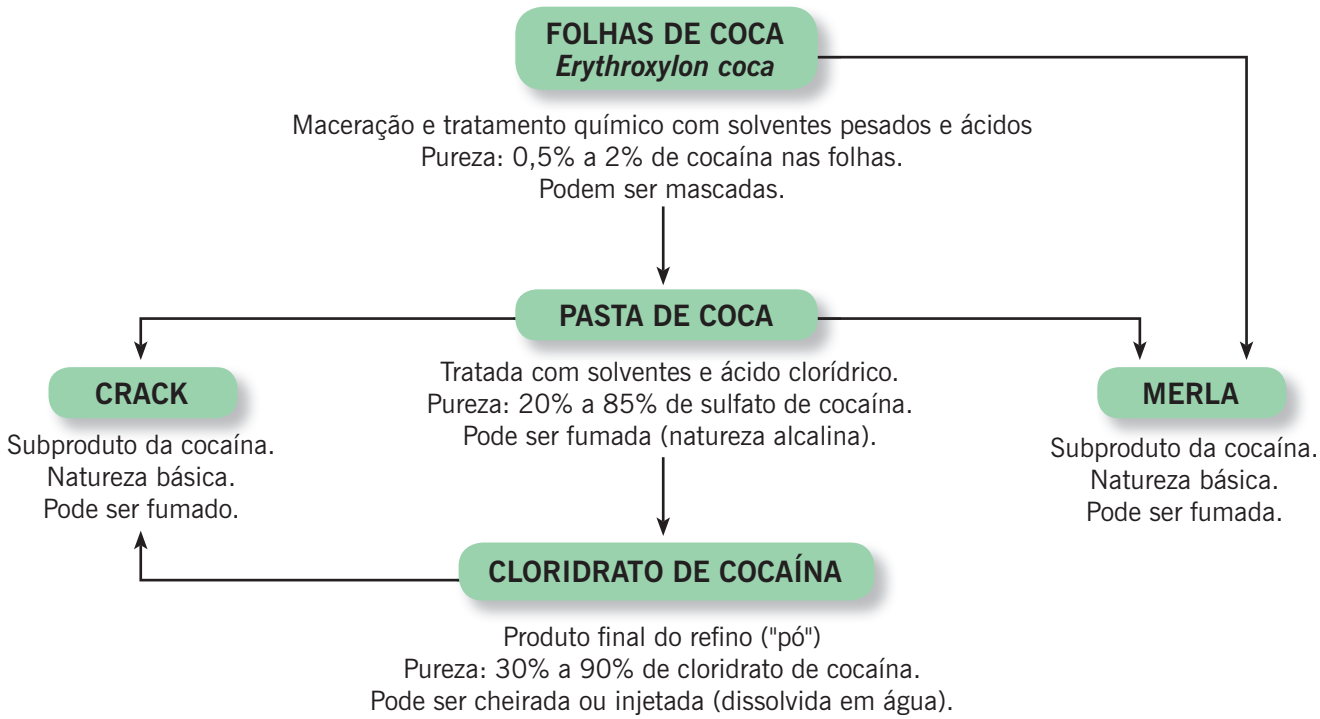
Tabela 1: Uso na vida de cocaína e crack

Região	Cocaína	Crack
Brasil	2,9%	0,7%
Centro-oeste	2,2%	0,3%
Sul	3,1%	1,1%
Sudeste	3,7%	0,9%
Norte	1,3%	-
Nordeste	1,2%	0,7%

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2005.

Das folhas de coca ao crack e ao cloridrato de cocaína

A cocaína é um alcaloide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos. Genericamente, a obtenção da cocaína passa por duas etapas e origina diversos subprodutos.



Fonte: Abuso e Dependência de Cocaína – Projeto Diretrizes

A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada *pasta base de cocaína*. O refino da pasta origina a *cocaína em pó* (cloridrato de cocaína), apresentação mais conhecida em nosso meio. O *crack* e a *merla* são a cocaína em sua forma de base livre.

Mecanismo de ação

A ação farmacodinâmica primária da cocaína, relacionada a seus efeitos comportamentais, é o bloqueio competitivo da recaptação de dopamina. Esse bloqueio aumenta a concentração dopaminérgica na fenda sináptica e resulta em maior ativação dos receptores dos tipos 1 (D1) e 2 (D2). Embora os efeitos comportamentais sejam principalmente atribuídos ao bloqueio da recaptação de dopamina, a cocaína também barra a recaptação de outras catecolaminas importantes: noradrenalina e serotonina.

A intervenção da cocaína no fluxo sanguíneo cerebral e no uso de glicose pelo cérebro também foi estudada. Os resultados da maioria dos estudos mostram que a cocaína está associada à redução no fluxo sanguíneo cerebral e, talvez, ao desenvolvimento de áreas fragmentadas de menor uso de glicose.

Os efeitos comportamentais da cocaína são sentidos quase imediatamente e duram um tempo relativamente breve (30 a 60 minutos). Assim, os usuários necessitam de doses repetidas da droga para manter a sensação de intoxicação. Apesar dos efeitos comportamentais rápidos, os metabólitos da cocaína podem estar presentes no sangue e na urina por até 10 dias.

Efeitos a curto e longo prazo

A cocaína e o crack são estimulantes do SNC, e por isso, seu consumo provoca aceleração da velocidade do pensamento, inquietação psicomotora (dificuldade para permanecer parado, até quadros mais sérios de agitação), aumento do estado de alerta e inibição do apetite. Quando consumidos, é comum o usuário relatar sensações de euforia e grandeza, lhe proporcionando grande energia. Já quando o efeito cessa, o relato mais comum é a sensação de tristeza, melancolia profunda e desesperança, o que acaba contribuindo para a recorrência do uso em um curto espaço de tempo.

Sintomas psíquicos	Sintomas físicos
Aceleração do pensamento Inquietação psicomotora Aumento do estado de alerta Inibição do apetite Labilidade do humor, variando da euforia ao mal-estar	Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento da frequência respiratória Aumento da transpiração Tremor leve de extremidades Contrações musculares involuntárias (especialmente língua e mandíbula) Tiques Dilatação da pupila (midríase)

A duração do efeito depende da via de administração escolhida: cerca de 30 minutos quando cheirada e menos de 10 minutos quando fumada ou injetada. Ao final, o usuário geralmente fica ‘fissurado’, isto é, com vontade de consumir mais.

Início, intensidade e duração dos efeitos do consumo da cocaína e a via de administração					
Administração		Início da ação (segundos)	Duração do efeito (minutos)	Pico plasmático (mg/ml)	Biodisponibilidade (% absorvida)
Via	Apresentação				
Oral	Folhas de coca mascadas	300-600	45-90	150	20
Intranasal	Cocaína refinada ("pó")	120-180	30-45	150	20-30
Endovenosa	Cocaína refinada diluída em água	30-45	10-20	300-400	100
Inalatória	Pasta de coca Crack	8-10	5-10	300-800	60-70

Fonte: Abuso e Dependência de Cocaína – Projeto Diretrizes

Dentro das complicações agudas relacionadas ao consumo de cocaína e do crack, a overdose é a mais conhecida, podendo ser definida como a falência de um ou mais órgãos decorrentes do uso agudo da substância, podendo levar à morte. A overdose de cocaína e de crack é uma emergência médica, e por isso requer atenção imediata.

Apesar de a overdose representar um grande risco à saúde, tais episódios não são tão comuns. A maior fonte de procura de usuários de cocaína e crack por serviços de saúde é decorrente de complicações psiquiátricas, que podem ser causadas tanto por intoxicação aguda como por sintomas de abstinência. Quadros agudos de pânico, humor depressivo e de episódios psicóticos são os mais relatados pelos usuários, e geralmente o encaminhamento se dá a partir de um familiar ou rede primária de apoio do usuário. Os principais sinais e sintomas são disforia (irritação), ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranoides e alucinações. O prognóstico dos indivíduos portadores de comorbidades psiquiátricas é mais comprometido e aumenta a chance da procura de atendimento médico por estes.

No caso do crack, tanto na fase de abstinência como na de intoxicação aguda, não é incomum os usuários experimentarem delírios paranoides persecutórios, o que, na gíria entre os usuários, se chama ‘noia’. A desintegração pessoal gerada pelo consumo do crack é evidente, sendo frequente a falta de cuidados pessoais, de higiene, má alimentação e condições precárias de moradia.

Gravidez

A cocaína é capaz de trazer problemas ao andamento da gestação e ao desenvolvimento do feto. Anomalias ou malformações causadas pela ação da cocaína durante a gestação (teratogenias) também já foram detectadas entre gestantes-usuárias. Isso mostra que a cocaína tem uma ação tóxica direta sobre o desenvolvimento fetal.

O principal mecanismo é sua ação sobre a circulação. A cocaína atua no Sistema Nervoso Central estimulando o sistema noradrenérgico. A ativação desse sistema, além de outras coisas, aumenta a frequência cardíaca e contrai os vasos sanguíneos (vasoconstricção). Devido à vasoconstricção, há uma redução da chegada de oxigênio e nutrientes para a placenta e, por conseguinte, para o feto.

Recém-nascidos expostos à cocaína durante a gestação apresentam maior incidência de prejuízos ao crescimento fetal e baixo peso ao nascer!!!

A cocaína atravessa a barreira placentária. Desse modo, age diretamente sobre o sistema nervoso fetal. Ela provoca neste reações semelhantes às produzidas na mãe. Além disso, a ação direta da cocaína sobre o feto parece provocar anomalias em alguns recém-nascidos. Parece não existir, no entanto, uma síndrome característica, como ocorre entre os neonatos expostos ao álcool (Síndrome Alcoólica Fetal). Além disso, tais alterações são raras e relacionadas a outros fatores de riscos maternos.

Algumas anomalias em recém-nascidos expostos à cocaína durante a gestação	
Sistema Nervoso Central	Acúmulo de líquido cefalorraquidiano no interior da cavidade craniana (hidrocefalia)
Face	Fissura labial e palatina
Coração e Circulação	Defeitos no septo atrial e ventricular Transposição das grandes artérias Aumento do coração (cardiomegalia)
Aparelho digestivo e urinário	Hérnia Agenesia (ausência) dos rins Malformação congênita do meato urinário
Extremidades	Alteração quantitativa anormal dos dedos da mão e do pé (polidactilia)

Fonte: www.einstein.br/alcooledrogas

O consumo de cocaína parece não trazer prejuízos ao desenvolvimento motor do recém-nascido. Os prejuízos se concentram nas funções cognitivas. Estudos com crianças na faixa etária dos 2 aos 7 anos demonstraram problemas para manter o foco da atenção, bem como na atenção seletiva. Houve ainda relatos de deficiência mental leve e prejuízos da memória e do aprendizado. As alterações cognitivas foram mais evidentes entre as gestantes que fizeram uso combinado de álcool ou de outras drogas.

Os achados atuais apontam para o **baixo peso ao nascer** como a principal complicação envolvendo o consumo de cocaína durante a gestação. Quanto às alterações cognitivas detectadas, outros fatores de risco, tais como gravidade do consumo, período da gestação de maior uso, nível socioeconômico, cuidados durante a gravidez e uso associado de outras drogas, precisam ser considerados.

Tratamento

O tratamento nos casos de abuso e dependência da cocaína e do crack requer uma atenção multidisciplinar, principalmente no caso do crack, em que, normalmente, há necessidade de abordagens mais intensivas devido ao grau de desestruturação causado pelo consumo. Usuários de crack geralmente se colocam em situações de grande vulnerabilidade e risco social, associados, muitas vezes, com problemas judiciais e de desintegração da rede primária de apoio, o que gera, frequentemente, a necessidade de ação das mais diversas áreas do conhecimento, como serviço social, defensorias, clínicos gerais, aconselhamento de família, etc.

Ao iniciar o tratamento, deve-se, primeiramente, avaliar os motivos que levaram o usuário a procurar o serviço, devendo também ser observados a frequência e o padrão de consumo da substância, pois, dependendo desses fatores, o processo de desintoxicação e adesão ao tratamento poderá ser mais bem planejado, de forma mais eficiente e com maior chance de sucesso. O início do tratamento da dependência de cocaína e crack se dá com o processo de abstinência, o qual é uma abordagem de curta duração, podendo variar de duas a quatro semanas feita em regime ambulatorial/domiciliar ou de internação em regime protegido, sendo o último caso mais frequente devido ao aumento de chances de sucesso do tratamento.

A síndrome de abstinência da cocaína e do crack é mais frequente em usuários crônicos, o que não descarta sua ocorrência naqueles usuários ocasionais que fazem um abuso tipo *binge*, principalmente quando este é feito em um curto espaço de tempo. A síndrome de abstinência é composta por três fases, representadas pelo quadro a seguir:

Fases do processo de abstinência – cocaína e crack		
Fase I - *Crash*	**Fase II - Síndrome disfórica tardia**	**Fase III - Fase de extinção**
Significa uma drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15-30 minutos após cessado o uso da droga, persistindo por cerca de 8 horas, e podendo estender-se por até 4 dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga, o *craving* ou fissura. Instala-se a hipersonia, aversão ao uso de mais cocaína, e o indivíduo desperta em algumas ocasiões para ingerir alimentos em grande quantidade. Essa última parte pode durar de 8 horas até 4 dias.	Inicia de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias, há presença de sonolência e de desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida. Ocorrem recaídas frequentes, como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos.	Os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo, e o *craving* torna-se intermitente.

Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes – Abuso e dependência: Crack (2011).

Até o momento, nenhum medicamento mostrou-se eficaz para proporcionar alívio aos sintomas de abstinência nos casos de dependência de cocaína e crack, tampouco para atuar sobre o comportamento de busca da substância. Algumas medidas, como medicar os sintomas apresentados, dar suporte clínico e tranquilizar o paciente com abordagens voltadas para a realidade que demonstrem segurança profissional, são as melhores condutas iniciais no que se refere aos sintomas psiquiátricos relacionados à dependência de cocaína e do crack.

Tratamento de sintomatologia de natureza ansiosa:

Quadros de inquietação de natureza ansiosa respondem bem à administração de benzodiazepínicos por via oral. Um comprimido de diazepam 10mg ou clordiazepóxido 25mg pode ser eficaz. Casos de extrema agitação podem requerer a administração de benzodiazepínicos mais sedativos pela via intramuscular (midazolam 15mg).

Tratamento de sintomatologia de natureza psicótica:

A presença de sintomas psicóticos (delírios paranoides, alucinações) pode desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da ação da cocaína). Agitações extremas, decorrentes desses sintomas, podem necessitar de sedação. Os benzodiazepínicos intramusculares (midazolam 15mg) são os mais indicados. O haloperidol 5mg pode ser utilizado nessas ocasiões. Neurolépticos fenotiazínicos, tais como a clorpromazina e a levomepromazina, devem ser evitados, pela redução significativa que provocam no limiar de convulsão.

Passados os efeitos agudos da abstinência, espera-se uma melhora do quadro dos sintomas inerentes a esta fase, facilitando a inserção de estratégias que visem à mudança e reestruturação comportamental e emocional do usuário. Apesar de não existir uma abordagem específica para o tratamento da dependência da cocaína e do crack, as abordagens mais comumente usadas são a Entrevista Motivacional e a Prevenção de Recaída, melhor descritas no módulo 3 deste livro.

As intervenções terapêuticas iniciais devem estar direcionadas para o restabelecimento e a instalação de novas rotinas de vida, evitando-se ao máximo o contato com circunstâncias e situações relacionadas ao padrão de uso antes da abstinência. Tais mudanças são possíveis, e exigem a participação de uma rede primária de apoio, como a família, que participe ativamente tanto do monitoramento das rotinas como da adesão ao tratamento. Acompanhamento social, aconselhamento familiar, grupos de mútua ajuda, acompanhamento terapêutico, consultas ambulatoriais de psiquiatria e psicoterapia são serviços importantes para a manutenção da abstinência e estruturação de uma rotina, bem como para o tratamento de possíveis comorbidades psiquiátricas associadas, muito frequentes nos casos de dependência de cocaína e crack.

Prevenção

Modelos preventivos em dependência química são extremamente complexos, principalmente pelo fato de não existirem padrões fixos e objetivos que definam quais são os padrões de comportamento que levam alguém a se tornar dependente. Mesmo assim, destacamos alguns fatores de risco e proteção para o uso e abuso do crack, conforme o quadro a seguir:

Fatores de risco	Fatores de proteção
Indivíduo	**Indivíduo**
■ Predisposição genética ■ Baixa autoestima, senso de desesperança em relação à vida ■ Percepção de que amigos aprovam o uso de drogas ■ Problemas com a vinculação social, rebeldia, personalidade desafiadora e resistente à autoridade ■ Padrão de comportamento *sensation seeking*, curiosidade, problemas no controle dos impulsos ■ Habilidades deficitárias para lidar com as situações	■ Crenças, valores morais e religiosidade ■ Orientação voltada para a saúde e percepção dos riscos do uso de drogas ■ Percepção dos controles e sanções sociais, intolerância com comportamentos desviantes e bom relacionamento com os adultos ■ Habilidades sociais assertivas e competentes, tais como empatia, pragmatismo e bom controle interno
Amigos	**Amigos**
■ Usuários de substâncias psicoativas e/ou adeptos de comportamentos desviantes ■ Atitudes favoráveis ao uso de drogas	■ Adeptos de modelos convencionais de comportamento e normas sociais ■ Intolerantes com condutas desviantes
Família	**Família**
■ Ambiente doméstico caótico e conflituoso ■ Apego inseguro e mau relacionamento entre os membros ■ Consumo ou atitudes favoráveis ao uso de substâncias por parte dos pais ou outros membros ■ Cuidados providos de modo irregular e pouco suportivo, ausência de monitoramento ■ Expectativas altas e irrealistas entre os membros	■ Ambiente familiar suportivo, harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos ■ Vínculos e relações de apego fortes, seguras e estáveis ■ Normas e valores morais sólidos
Escola	**Escola**
■ Fracasso acadêmico ■ Baixo envolvimento e ajustamento escolar ■ Rejeição por colegas / bullying ■ Expectatvas irrealistas e falta de apoio institucional	■ Políticas de integração entre os alunos e monitoramento do desempenho escolar ■ Normas que desencorajam a violência e o uso de substâncias psicoativas ■ Clima positivo, voltado para o estabelecimento de vínculos
Comunidade	**Comunidade**
■ Disponibilidade, incentivo ao consumo e ausência de políticas e controle – para substâncias lícitas ■ Violência, pobreza e ausência de suporte social ■ Desorganização social e ausência do Estado	■ Acesso a serviços de saúde e bem-estar social ■ Segurança, organização e normas comunitárias contra a violência e o uso de drogas ■ Atividades de lazer, vínculos comunitários e práticas religiosas ■ Identidade cultural e orgulho étnico

Fonte: UNO – United Nations Organization. Adolescent substance use: risk and protection. In: Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes – Abuso e dependência: Crack (2011).

Referências:

1. Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuso e dependência: Crack. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011.
2. LACERDA R, CRUZ M, NAPPO, S. Drogas estimulantes (anfetaminas, cocaína e outros): efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 2. p. 42-50
3. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F., et al.(org). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. [19/04/2010].
4. Romano M, Ribeiro M, Marques A. Abuso e Dependência de Cocaína. In: Laranjeira R – coordenador, Alves H, Arújo M, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, et al., editors. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002.
5. Sadock B, Sadock V. Transtornos relacionados à cocaína. Compêndio de Psiquiatria. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 461-9.
6. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein [Fevereiro/2010].

CAPÍTULO 6

Inalantes

Autores

Fernanda Kreische,
Anne Orgler Sordi,
Igor Londero e
Lisia von Diemen

Introdução

Inalante é toda a substância volátil que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pela boca ou pelo nariz. Abuso de inalantes é a inalação intencional de uma substância volátil com o propósito de produzir uma alteração mental. Essa distinção é importante, tendo em vista que há exposição a inalantes em grupos de trabalhadores, como sapateiros, pintores, trabalhadores da indústria calçadista, entre outros. Nesses casos, quando a inalação é não intencional, é considerada um problema ocupacional e não será abordada neste capítulo.

Na Tabela 1, estão descritos os diferentes tipos de inalantes com as respectivas substâncias encontradas. É importante destacar que, por se tratarem de muitas substâncias diferentes, os efeitos e as consequências do uso podem variar consideravelmente.

No Brasil, uma mistura conhecida como "loló" ou "cheirinho da loló" é muito comum, bem como o lança-perfume, este presente especialmente na época de Carnaval. As substâncias produzidas ilegalmente, como o "loló" e o lança-perfume, podem conter substâncias diversas das apresentadas na Tabela 1, pois assim como acontece com outras drogas, há misturas das mais variadas possíveis. Desse modo, os efeitos apresentados pelos pacientes podem divergir muito do esperado.

No Brasil, os *solventes* estão entre as drogas mais usadas por estudantes de escolas públicas e entre adolescentes de baixa renda.

Os levantamentos nacionais conduzidos pela SENAD avaliaram o uso de substâncias psicoativas em diferentes populações. Na Tabela 2, está descrito

Produto	Exemplos	Substâncias
Adesivos e colas	Cola de sapateiro	Tolueno
Aerossóis	Sprays de tinta e de cabelo	Butano, propano, tolueno, hidrocarbonetos, flurocarbonos
Anestésicos	Gasosos	Óxido nitroso
	Líquidos	Halotano
Produtos de limpeza	Fluidos para limpeza a seco, removedores de manchas, detergentes	Tetracloroetileno, tricloroetano, cloridrato de metila
Solventes	Removedores	Acetona, tolueno, cloridrato de metila, metanol
Outros	"Loló"	Clorofórmio e éter
	Lança-perfume	Cloreto de etila

o uso na vida de inalantes encontrados no II Levantamento domiciliar, no V Levantamento no ensino fundamental e médio e no I Levantamento entre estudantes universitários. É possível observar na Tabela 2 que há diferenças regionais importantes, sendo as regiões Sul e Norte com menor prevalência de uso.

Tabela 2: Uso na vida de solventes na população em geral e entre estudantes de ensino fundamental e médio e entre estudantes de nível superior

Região	População	Estudantes (ensino fundamental e médio)	Estudantes (ensino superior)
Centro-oeste	7,0%	**16,5**	**18,5**
Sul	5,2%	**12,7**	**14,1**
Sudeste	5,9%	**15,8**	**21,3**
Norte	2,3%	**14,4**	**6,6**
Nordeste	8,4%	**16,3**	**22,0**

Em um levantamento sobre consumo de drogas entre crianças em situação de rua, albergadas em abrigos especiais não governamentais, de seis capitais brasileiras, revelou-se que o uso experimental de drogas, além do álcool e tabaco, fica em torno de 90%, sendo que, em Porto Alegre, o uso de solventes prevaleceu

(64%), seguido pelo uso de maconha (39%) e cocaína (28%). Dados brasileiros sobre o consumo dessas substâncias em crianças de rua da cidade de São Paulo indicam que quase a metade delas (47,5%) referiu como motivo para o uso razões como: "é gostoso e faz sonhar com coisas boas".

Efeitos a curto e longo prazo

Os inalantes são rapidamente absorvidos pelos pulmões, e o início dos efeitos é bastante rápido, com duração de alguns minutos, podendo ser prolongado por horas com a inalação repetida. Os principais efeitos são caracterizados por uma depressão da atividade do cérebro, lembrando os efeitos do uso de álcool, mas com ocorrência muito maior de alucinações. Os sintomas iniciam com euforia, desinibição e comportamentos impulsivos. Com o aumento da dose, os efeitos depressores da substância vão se acentuando, podendo levar à morte. O aparecimento dos efeitos após a inalação foi dividido em 4 fases, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3: Efeito dos inalantes em doses escalonadas

Fase	Efeitos
Primeira	Fase da excitação. A pessoa fica eufórica, aparentemente excitada, ocorrendo tonturas e perturbações auditivas e visuais. Podem aparecer náuseas, espirro, tosse, muita salivação, e as faces podem ficar avermelhadas.
Segunda	A depressão começa a predominar. A pessoa entra em confusão, desorientação, fica com a voz pastosa, começa a ter a visão embaçada, perda do autocontrole, dor de cabeça, palidez e começa a ver e a ouvir coisas.
Terceira	A depressão se aprofunda com redução acentuada do estado de alerta, incoordenação motora, fala "enrolada", reflexos deprimidos.
Quarta	Aparece a depressão tardia, podendo chegar à inconsciência. Há queda de pressão, sonhos estranhos, podendo ocorrer convulsões. Há possibilidade de se chegar ao coma e à morte.

Fonte: http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/inalante.htm

A morbidade e a mortalidade aumentam com o aumento da frequência e quantidade de uso, exceto pela síndrome da morte súbita pela inalação. A morte súbita pode ocorrer mesmo durante os primeiros consumos, durante a inalação ou nas primeiras horas subsequentes, principalmente por alterações no ritmo cardíaco. Também pode ocorrer morte por sufocação ou lesão acidental.

O uso crônico está associado a diversos problemas e varia com o tipo de substância inalada. Os inalantes que contêm tolueno são os que mais causam morte nos neurônios, levando à perda de memória

e até demência. Além disso, pode haver perda visual, perda auditiva e do olfato, comprometimento da coordenação motora, dificuldade para caminhar. Há também aumento do risco de alguns tipos de câncer, como leucemia e câncer do fígado.

Gravidez

O primeiro relato de alterações fetais decorrentes do consumo materno de solventes durante a gestação foi publicado em 1979, nos Estados Unidos. Nos últimos 20 anos, outros 100 casos foram publicados.

Deformidades como lábios superiores finos, fissura palpebral curta, pregas oculares, implantação baixa das orelhas, micrognatia, unhas diminutas foram relatadas.

Tais achados fizeram alguns investigadores considerarem a hipótese de uma síndrome similar à Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Nesse caso, os mecanismos para os efeitos teratogênicos do álcool e do tolueno seriam semelhantes. No entanto, nenhuma correlação pode ser evidenciada do ponto de vista científico até o presente momento.

Na maioria dos casos, havia:

- retardo do crescimento
- microcefalia
- disfunções cerebrais
- déficit de atenção
- atraso do desenvolvimento, incluindo distúrbios de linguagem.

Fonte: www.einstein.br/alcooledrogas

Tratamento

A intoxicação com inalantes, em geral, não requer atenção médica e passa de forma espontânea, exceto quando há depressão respiratória, arritmias ou outros sintomas que levem ao risco de vida. De outra forma, os cuidados envolvem principalmente tranquilização e apoio ao usuário, bem como atenção aos seus sinais vitais e ao nível de consciência. Há poucos estudos sobre necessidades de tratamento ou modalidades de tratamento efetivas específicas para abusadores de inalantes, o que faz com que sejam utilizadas técnicas de tratamento de outras dependências para esses usuários, como, por exemplo, terapia cognitivo-comportamental, terapia de grupo de mútua ajuda, terapia individual, terapia de família, entre outros.

Cabe salientar que, dependendo das condições cognitivas do paciente, técnicas de tratamento que dependam de bom funcionamento intelectual podem ser menos efetivas quando comparadas a abordagens mais diretivas, tais como monitoramento de atividades diárias, mudança de contexto/ambiente e limitação de acesso a recursos financeiros. Particularmente para populações em situações de vulnerabilidade social, como meninos de rua, a ênfase inicial do tratamento deve ser direcionada ao restabelecimento de uma rede primária de apoio e reinserção social, enfocando principalmente a adesão e o engajamento a outras atividades que não incluam o uso de inalantes. Estratégias de prevenção nas escolas, com as famílias e nas comunidades são de extrema importância.

Referências:

1. Andrade AG, Duarte PCAV e Oliveira LG. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2010.
2. Ferigolo M, Barbosa F, Arbo E, Malysz A, Stein A, Barros H. [Drug use prevalence at FEBEM, Porto Alegre]. Rev Bras Psiquiatr. 2004 Mar;26(1):10-6.
3. LACERDA R, LACERDA L, GALDURÓZ J. Drogas depressoras (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos): efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasíllia: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 2. p. 29-39
4. Lucas A, Parente R, Picanço N, Conceição D, Costa K, Magalhães I, et al. [Use of psychoactive drugs by health sciences undergraduate students at the Federal University in Amazonas, Brazil]. Cad Saúde Pública. 2006 Mar;22(3):663-71.
5. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F., et al.(org). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. [19/04/2010].
6. Galduróz, J.C.F; Noto, AR; Fonseca AM e Carlini, EA. V Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras, de 2004. Secretaria Nacional Antidrogas e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
7. Pereira D, Souza R, Buaiz V, Siqueira M. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2008;57(3):188-95.
8. Ribeiro M, Marques A. Abuso e Dependência dos Solventes. In: Laranjeira R, Alves H, Arújo M, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, et al., editors. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2002.
9. Sadock B, Sadock V. Transtornos relacionados a inalantes. Compêndio de Psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 475-8.
10. Souza M, Kohlrausch E, Mazoni C, Moreira T, Fernandes S, Dantas D, et al. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2008;30(3):182-91.
11. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein [Fevereiro/2010].
12. http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/inalante.htm [fevereiro/2010]
13. http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/solventes.htm[fevereiro/2010]

CAPÍTULO 7

Ecstasy

Autores

Anne Orgler Sordi,
Fernanda Kreische e
Lisia von Diemen

Introdução

O MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine), também chamado de ecstasy, ou "droga do amor", é uma substância que foi sintetizada primeiramente na Alemanha em 1912, pela indústria farmacêutica Merck, como uma medicação supressora do apetite. O potencial de abuso do ecstasy foi reconhecido e, a partir da década de 1970, as autoridades europeias e norte-americanas proibiram a comercialização da substância. Mesmo assim, a droga continuou sendo utilizada de maneira ilegal como um estimulante, pois seu componente tem estrutura e componentes farmacológicos semelhantes à anfetamina e mescalina. A partir de 1989, a droga passou a ser difundida pela Europa, estando relacionada principalmente com festas rave e música eletrônica. Menos de uma década depois, essas festas passaram a se popularizar no Brasil, organizadas por DJs brasileiros que vinham de Londres, e a droga se manteve associada a esse tipo de divertimento.

A Organização Mundial das Nações Unidas aponta que 8,5 milhões de indivíduos ao redor no mundo já teriam experimentado ecstasy até o ano de 2004. No Brasil, esse consumo parece estar aumentando; entretanto, pouco se sabe sobre a prevalência do uso desta droga na população brasileira. Um estudo recente mostrou que a maioria dos usuários de ecstasy consome a substância a cada uma ou duas semanas, 20% dos entrevistados a utilizam 2 a 3 vezes por semana e cerca de 0,5% faz esse consumo de maneira diária.

Farmacocinética e farmacodinâmica

O ecstasy é consumido na forma da ingestão oral de comprimidos redondos que possuem diferentes cores e tamanhos, sendo que algumas pessoas usam a forma inalada. Cada comprimido contém cerca de 50 a 150mg da substância ativa. As preparações são consideradas 90% puras, e algumas delas são misturadas a outras substâncias psicoativas como LSD, cafeína, ketamina ou outras anfetaminas.

O ecstasy age no organismo como uma anfetamina simpaticomimética ao interagir com liberação e recaptação de neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (SNC), os quais estão envolvidos no controle do humor, termorregulação, sono, apetite e no controle do sistema nervoso autônomo.

O efeito após a ingestão de uma dose de MDMA inicia em cerca de 30 minutos e tem uma duração média de 3,5 horas. O tempo de meia-vida da substância é de 8 a 9 horas, e o pico de concentração plasmática ocorre em 2 horas após a administração oral, sendo necessárias cerca de 48 horas para a eliminação completa da droga pelo organismo. A farmacocinética do ecstasy ocorre de forma não linear, o que significa que doses mais elevadas da substância podem causar aumentos desproporcionais nos níveis plasmáticos. O ecstasy pode ser detectado na saliva, no suor e no cabelo. A maior via de eliminação da substância é pelo metabolismo hepático.

O ecstasy tem um potencial aditivo, mas a dependência física não é comum. A tolerância aos efeitos pode se desenvolver rapidamente após o uso continuado da substância.

Efeitos agudos, tardios e abstinência

Após a sua utilização, o ecstasy provoca agudamente uma sensação de euforia, aproximação com os outros, aumento da capacidade perceptiva sensorial, principalmente visão e tato, uma sensação de extremo bem-estar, redução do medo, aumento das emoções, diminuição da agressão e melhora das capacidades comunicativas. A indução de alucinação ocorre em doses altas do uso da substância (em torno de 300 mg ou mais).

O início do efeito começa cerca de 20 minutos após a ingestão do comprimido e pode durar por até 8 horas, o que favorece a capacidade de dançar em festas por longos períodos de tempo.

Os sintomas de abstinência incluem fadiga, perda de apetite, sintomas depressivos e problemas de concentração.

Formas de uso	Sintomas	
Uso agudo	Palpitações Aumento da pressão arterial Diminuição do apetite Tremor Sudorese	Trismo, bruxismo Náusea e vômitos Alucinações (doses altas) Aumento da temperatura corporal Sintomas paranoides
Efeitos residuais **Ressaca aguda (no outro dia)**	Insônia Fadiga Tontura Dores musculares	
Persistentes por até 2 semanas	Exaustão Fadiga Depressão Náusea Flashbacks Reações de ira, raiva	Ataques de ansiedade e pânico Insônia persistente Psicoses Perda de peso

Sintomas e manejo da intoxicação aguda

Um dos maiores riscos da intoxicação pelo MDMA é o aparecimento da hipertermia (temperatura elevada do corpo) e da síndrome hiperpiréxica (temperatura corporal maior do que 42ºC). Quando se combina o aumento da temperatura corporal com atividade física (dança) e um ambiente quente, a situação pode se tornar grave. O aumento da temperatura corporal, bem como o aumento na pressão arterial e na frequência cardíaca podem levar a lesões no fígado e nos rins, acidente vascular cerebral ("derrame") e convulsões. Alguns indivíduos bebem muita água para evitar desidratação, o que pode resultar em níveis perigosamente baixos de sódio no sangue, levando à confusão mental, convulsões e *delirium*, podendo progredir rapidamente para coma e morte.

Os próprios locais onde a droga é consumida, como clubes e festas rave, aconselham os usuários a controlarem a temperatura corporal através da ingestão de líquidos, períodos de descanso em locais frios e retirada das roupas para reduzir a temperatura corporal. Quando o usuário é levado para um atendimento médico, essas medidas também podem ser tomadas. O tratamento será voltado para a estabilização clínica do paciente. Não existe um antídoto específico para os efeitos do MDMA, portanto, medidas de suporte de vida são essenciais.

Uma das consequências mais perigosas é o desenvolvimento de hipertermia ou da síndrome hiperpiréxica, podendo chegar à temperatura corporal de até 43ºC.

Outra complicação que pode acontecer é a síndrome serotoninérgica, caracterizada por confusão mental, sudorese profusa, alterações musculares, diarreia e instabilidade cardiovascular. Ela se torna ainda mais provável se o usuário de ecstasy faz uso concomitante de antidepressivos.

Quadros de ansiedade e agitação intensa podem ser manejados com o uso de diazepam. A redução da temperatura corporal com gelo e reposição de fluidos também é fundamental, mas deve-se ter cuidado com o risco de intoxicação hídrica e distúrbios hidroeletrolíticos.

Tratamento

Não existem tratamentos específicos para o abuso de ecstasy. Os tratamentos mais eficazes são as intervenções cognitivo-comportamentais, que são estruturadas para ajudar a modificar o pensamento do paciente, expectativas e comportamentos, além de aumentar as competências para lidar com os estressores da vida. Os grupos de apoio podem auxiliar na recuperação e manutenção da abstinência em longo prazo. Não há, atualmente, nenhum tratamento farmacológico específico para a dependência de ecstasy.

A morte pelo uso da droga parece ser rara, mas pode ser mais comum em indivíduos com problemas cardiovasculares prévios. Em outros indivíduos, a morte pode ser decorrente de comportamentos bizarros de risco, levando a acidentes fatais. A morte por overdose pode ocorrer por hipertermia fulminante, convulsões, lesão no fígado e falência renal.

Referências:

1. Ferigolo M, Medeiros FB, Barros HMT. "Êxtase": revisão farmacológica. Rev. Saúde Pública [online]. 1998, vol.32, n.5
2. Ferigolo M; Machado AGS.; Oliveira NB. and Barros HMT. Ecstasy intoxication: the toxicological basis for treatment. Rev. Hosp. Clin. 2003, vol.58, n.6.
3. Karlsen, Sunniva Nyberg, Spigset, Olav, Slordal, Lars. The Dark Side of Ecstasy: Neuropsychiatric Symptoms after Exposure to 3,4 Methylenedioxymethamphetamine. Basic & Clinical Pharmacology & oxicology, Vol. 102, No. 1. (January 2008), pp. 15-24.
4. Xavier, CAC et al. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2008, vol.35, n.3.
5. Winstock AR, Griffiths P, Stewart D. Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK. Drug Alcohol Depend 2001; 64:9–17.
6. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.
7. www.drugabuse.gov

CAPÍTULO 8
Alucinógenos

Autores
Anne Orgler Sordi,
Fernanda Kreische e
Lisia von Diemen

Introdução

Alucinógenos são substâncias psicoativas que têm o poder de causar alterações na sensopercepção, podendo também provocar alterações em uma série de processos cognitivos. O seu representante mais conhecido é o ácido lisérgico dietilamínico (LSD). Além deste, anestésicos como a ketamina também podem causar sensações semelhantes (como entorpecimento, movimentos desajeitados, vertigem e aumento da sociabilidade), principalmente relacionadas a sintomas dissociativos. O ecstasy pode provocar alucinações em doses elevadas, mas por ter particularidades diferentes dessas drogas, é classificado em outra categoria e por isso foi abordado em outro capítulo.

O LSD foi sintetizado pela primeira vez em 1938, pelo químico suíço Albert Hofmann, durante estudos sobre tratamento para cefaleia, mas foi só em 1993 que seus efeitos neuropsicológicos começaram a ser estudados. Em 1960, as pessoas passaram a usar os alucinógenos de maneira recreacional, iniciando o movimento psicodélico. O LSD era bastante estudado por suas propriedades farmacológicas, mas, no final da década, ele foi considerado uma droga de abuso, sendo banido em diversos países.

Há diversos tipos de *ayahuasca*. Em todos, porém, o *caapi* e a *chacrona* são os ingredientes fundamentais. A bebida era uma importante ferramenta para o contato com o divino, o diagnóstico de doenças, a percepção dos pensamentos dos inimigos e profecias do futuro. A experiência místico-religiosa influencia de modo marcante o conteúdo alucinógeno proveniente do consumo do chá.
O efeito sensorial provocado pela *Ayahuasca* causa uma percepção de aumento da realidade (mirações), podendo provocar a impressão de entrar em contato com entidades divinas. No contexto religioso, tais fenômenos são atribuídos à clarividência.

No Brasil, existe uma doutrina chamada Santo Daime, nascida na Floresta Amazônica na década de 1930, que utiliza uma substância extraída da planta *Ayahuasca* e que apresenta potencial efeito alucinógeno. Além dessa doutrina, outras, como a Unidade Divina do Vegetal e a Barquinha, também utilizam esta planta.

Mecanismos de ação

Os alucinógenos são comumente ingeridos via oral, através de pequenos papéis que contêm o ácido sintetizado, ou por plantas e fungos naturais produtores da substância. Uma dose de cerca de 75 a 150 microgramas de LSD seria o suficiente para provocar alterações no estado de consciência, sendo cerca de 100 a 200 microgramas a dose ideal para se ter os efeitos alucinógenos. O efeito agudo da droga dura em torno de 6 a 10 horas, sendo mais intenso aproximadamente 2 horas após a ingestão e persistindo de maneira significativa por cerca de 30 minutos. O tempo de meia-vida é de 3,6 horas, e os metabólitos da substância podem ser detectados na urina até 4 dias após a ingestão.

A ingestão frequente de doses moderadas de LSD tem a capacidade de gerar tolerância à droga no organismo. Por outro lado, os alucinógenos têm um potencial baixo para causar dependência. Não há evidência da ocorrência de sintomas de abstinência do ácido lisérgico após a cessação do uso crônico da substância.

Efeitos a curto e longo prazo

Os efeitos do LSD ou de outros alucinógenos são imprevisíveis e dependem tanto da quantidade utilizada quanto das características prévias da pessoa que consumiu a droga. Normalmente, dentro de 30 a 90 minutos pode-se experimentar alterações físicas e emocionais.

Em doses mais altas, podem ocorrer delírios e alucinações. A percepção do tempo pode ficar alterada, e usuários relatam a sensação de “ver sons e escutar cores”. Essas sensações podem ser assustadoras e causar intensos sintomas de ansiedade. A duração desses sintomas pode se estender por cerca de 12 horas, o que pode gerar intensos sentimentos de medo e risco de autoagressão.

Principais efeitos agudos decorrentes do uso de alucinógenos		
Físicos	■ dilatação de pupilas ■ aumento da pressão sanguínea ■ sonolência ■ tremores	■ aumento dos batimentos cardíacos ■ perda de apetite ■ boca seca
Psicológicos	■ alterações de humor	■ delírios ■ alucinações

O Transtorno da Alucinação Persistente: mais conhecido como *flashbacks*, é caracterizado pela recorrência de episódios espontâneos de algumas das distorções sensórias experimentadas durante o uso prévio da droga.

Flashbacks são comuns de acontecer com pessoas que usam LSD de maneira recorrente. Essa experiência pode consistir em alucinações, porém, mais comumente, ela é caracterizada por visões mais intensas de cores, halos ao redor de objetos ou falsos movimentos na borda do campo de visão. Algumas vezes, o transtorno persiste por anos após o uso da droga. Outro risco do uso do LSD é o desencadeamento de psicoses e alterações do humor. Episódios psicóticos, com delírios, alucinações e desorganização do comportamento, podem ocorrer, bem como alterações do humor que oscilam entre episódios de mania e depressão. Isso acontece com mais frequência em pessoas que já apresentam alguma predisposição a desencadear este tipo de sintoma.

Tratamento

Não existe tratamento estabelecido para os *flashbacks*. Em alguns casos, o uso de antidepressivos pode diminuir os sintomas. Psicoterapia pode ajudar os pacientes a entender essas alterações da percepção e reduzir o medo associado a elas. Em caso de psicoses ou alterações do humor, o tratamento deve ser feito para a doença de base, desencadeada pelo uso da droga.

Referências:

1. Fantegrossi WE, Murnane KS, Reissig CJ. The behavioral pharmacology of hallucinogens. Biochemical Pharmacology 75 (2008): 17– 33.
2. Dyck E. Flashback: Psychiatric Experimentation With LSD in Historical Perspective. Can J Psychiatry, Vol 50, Nº 7, June 2005.
3. Nichols DE. Hallucinogens. Pharmacology & Therapeutics 101 (2004) 131– 181.
4. Passie T, Halpern JH, Stichtenoth DO, Emrich HM, Hintzen A. The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. CNS Neuroscience & Therapeutics 14 (2008): 295–314.
5. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.
6. www.drugabuse.gov

CAPÍTULO 9
Opioides

Autores

Fernanda Kreische,
Anne Orgler Sordi e
Lisia von Diemen

Introdução

Os opiáceos podem ser de três tipos: naturais, extraídos diretamente de uma flor chamada papoula; semissintéticos, são obtidos em laboratório (sintéticos), mas a partir da molécula da morfina (natural), e sintéticos, criados totalmente em laboratórios e quase todos para utilização médica, principalmente como anestésico geral e para alívio de dores no caso de câncer. A heroína é um pó nas cores branca ou marrom (*brown sugar*). Pode ser cheirada, fumada ou injetada.

Classificação geral dos opiáceos	
Naturais	Ópio, morfina, codeína, tebaína
Semissintéticos	Heroína, oxicodona, hidroxicodona, oximorfona, hidroximorfona
Sintéticos	Metadona, meperidina, petidina, fentanyl, L-alfa-acetylmetadol ou Levometadil (LAAM)

Fonte: Abuso e Dependência de Opiáceos – Projeto Diretrizes.

A proporção de indivíduos que relataram ter consumido opiáceos pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil foi de 0,23%, enquanto nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa foi de 0,06%. Na tabela a seguir, pode-se observar o uso na vida de opiáceos por regiões. Em algumas populações, como profissionais

Tabela 1: Uso na vida de opiáceos.

Região	Proporção
Brasil	1,3%
Centro-oeste	0,4%
Sul	2,7%
Sudeste	1,3%
Norte	0,7%
Nordeste	2,3%

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

da área da saúde que possuem maior acesso aos opioides prescritos e pacientes com dor crônica, a prevalência é maior em relação à população em geral.

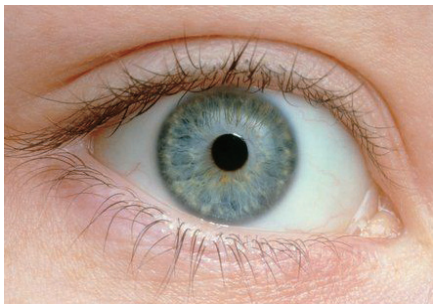
O abuso de certas medicações prescritas, entre elas os opioides, pode alterar a atividade do cérebro e levar à dependência. Enquanto ainda não se compreendem todas as razões para o aumento do abuso de drogas prescritas, sabe-se que a acessibilidade é provavelmente um fator contribuinte. Existem alguns fatores preditores de grave dependência a opioides descritos na literatura, tais como exposição a eventos traumáticos durante a infância ou vida adulta, troca de residência, término de relações amorosas e conflitos com o pai. Além disso, parece haver uma tendência maior de abuso entre adultos mais velhos, adolescentes e mulheres.

Efeitos a curto e longo prazo

Os opioides são comumente prescritos pelo seu efeito analgésico ou pelas suas propriedades de alívio da dor. A morfina, por exemplo, é frequentemente usada antes e após procedimentos cirúrgicos para aliviar a dor severa. Codeína, por sua vez, é muitas vezes prescrita para dor de média intensidade.

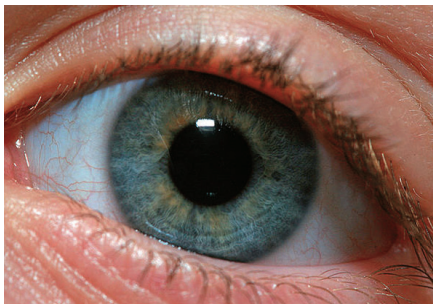
Mesmo em doses analgésicas, os opioides produzem alterações mentais, principalmente diminuição da ansiedade, sonolência e sensação de tranquilidade. Entretanto, parece haver diferenças importantes de

Pupila contraída



Divulgação

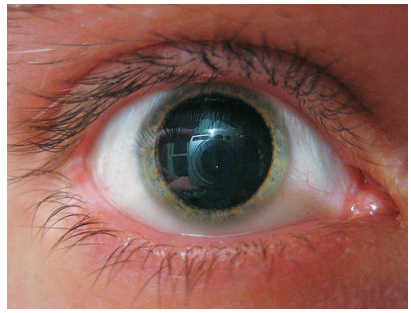
Pupila normal



Divulgação

efeitos entre os indivíduos: há experiências que vão da euforia, marcadas por sensação de prazer, devaneios e distanciamento dos problemas, à sensação de mal-estar psíquico, com irritabilidade, tristeza e sonolência excessiva. Imagens oníricas são bastante frequentes, qualquer que seja o padrão de humor predominante. Esses efeitos tendem a diminuir ou mesmo desaparecer com o uso frequente.

Pupila dilatada



Divulgação

O uso de opioides produz outros sintomas, como náuseas e vômitos, constipação, retenção urinária, prurido nasal, diminuição das pupilas (pupilas puntiformes), visão borrada, diminuição da libido, irregularidade menstrual. Pupilas contraídas e que não reagem à luz são um aspecto muito característico do uso de opioides. Aqueles que usam os opioides como droga de abuso tendem a fazê-lo através da via injetável, pois o efeito é mais intenso e mais rápido. O uso injetável está associado a outros problemas, como risco de contrair HIV, hepatites B e C, infecções nas áreas de administração, além do risco maior de overdose.

A presença da tríade, representada pela miose (diminuição do tamanho da pupila), depressão respiratória e coma, sugere superdosagem de opiáceos. Outros sintomas que podem surgir na overdose são frequência cardíaca muito baixa e convulsões e, em alguns casos, pode levar até mesmo à morte.

Os opiáceos têm alto potencial de dependência. As crises de abstinência são intensas e geralmente requerem internação. O início dos sinais e sintomas após a cessação do uso de opioide, de maneira geral, manifesta-se conforme descrito a seguir:

Fase	...após o uso	Sinais e sintomas
Antecipatória	3 a 4 horas	medo da falta do opioide, comportamento de busca, ansiedade e fissura
Inicial	8 a 10 horas	ansiedade, inquietação, bocejos e espirros, sudorese, lacrimejamento, rinorreia, obstrução nasal, náuseas e pupilas aumentadas
Total	1 a 3 dias	ansiedade severa, tremor, inquietação, piloereção, vômitos, diarreia, espasmo e dor muscular, aumento da pressão arterial, taquicardia, febre e calafrios
Tardia	até 6 meses	hipotensão, bradicardia, perda de energia, inapetência, insônia e fissura

Fonte: Emergências associadas ao álcool e a drogas de abuso – Emergências Psiquiátricas.

Além destas, outras complicações psiquiátricas provocadas pelo consumo de opiáceos são descritas, como síndromes depressivas, ansiosas e psicóticas, bem como alterações da personalidade.

Tratamento

Anos de pesquisa têm demonstrado que a dependência de qualquer droga (ilícita ou prescrita) é considerada um doença que, como qualquer outra doença crônica, pode ser tratada efetivamente. Não existe um único tipo de tratamento apropriado para todos os indivíduos dependentes de drogas prescritas. O tratamento deve levar em conta o tipo de droga usado e as necessidades individuais de cada um.

As duas principais categorias de tratamento para dependência de drogas são comportamental e farmacológica. No entanto, ao contrário de outras dependências químicas, o tratamento farmacológico da dependência de opiáceos parece ter papel essencial.

O tratamento para intoxicação por opiáceos deve ser feito em unidades de emergência, a fim de proporcionar suporte clínico adequado. O coma e a depressão respiratória são achados comuns nesses casos, e o uso da naloxona (um fármaco antagonista dos receptores opioides) é proposto para todos os casos em que há suspeita de intoxicação de opiáceos.

As medicações que podem, por sua vez, ser utilizadas no período de desintoxicação de opiáceos, desde que os sintomas de abstinência apareçam e justifiquem o uso, são: metadona, buprenorfina e clonidina.

- **Metadona**: continua sendo a droga mais administrada nos casos de síndrome de abstinência a opiáceos. As justificativas para o uso da metadona incluem a possibilidade de administração via oral, a meia-vida longa, a menor possibilidade de variações na concentração plasmática (o que representa prevenção de sintomas de abstinência), maior aderência dos pacientes inseridos nos programas de manutenção com metadona, redução significativa do consumo de opiáceos não prescritos, diminuição dos episódios de overdose e redução dos comportamentos de risco para doenças infectocontagiosas.

Equivalência de dose entre alguns opiáceos:

- metadona: 1mg
- morfina: 3-4mg
- heroína: 1-2mg
- meperidina: 20mg

Fonte: Abuso e Dependência de Opiáceos – Projeto Diretrizes.

Os critérios para a terapia de substituição por metadona incluem:

- o paciente deve ter, pelo menos, 18 anos de idade. Se for menor, o responsável legal deve autorizar e acompanhar o tratamento;
- o paciente deve ter história de mais de um ano de dependência de opiáceos;
- testes de urina devem comprovar o uso de opiáceos;
- presença de marcas de agulhas, se droga injetável;
- presença de sintomas de retirada. Este critério não precisa ser preenchido em três ocasiões: mulheres grávidas, dependentes confinados em instituições penais e pacientes que, sabidamente, participaram desta forma de tratamento em outra ocasião.

Fonte: Abuso e Dependência de Opiáceos – Projeto Diretrizes.

- **Clonidina**: indicada após a retirada completa da metadona durante o tratamento. Administra-se com a finalidade de evitar ou amenizar os sintomas noradrenérgicos advindos da síndrome da abstinência.

Por ser um α-2 adrenérgico, é eficaz na redução da sudorese, piloereção, formigamentos, náuseas, vômitos e dores musculares. Entretanto, não tem qualquer ação na redução da fissura ao opiáceo. Por esse motivo, os resultados do tratamento da síndrome da abstinência com clonidina são controversos na literatura.Tem sido combinado o uso da clonidina ao uso da naltrexona, um potente antagonista opioide de longa duração, com o intuito de promover uma retirada abrupta e segura da metadona.

É essencial ressaltar que, em todo o período de tratamento, os pacientes deverão ser inseridos em outra abordagem terapêutica, como grupos de autoajuda, psicoterapias e suporte psicossocial. O tratamento farmacológico é fundamental no período de desintoxicação e importante após esse período, mas não deve ser realizado de forma isolada.

O usuário de opioides tende a ser conhecido em serviços de emergência por recorrer a eles com frequência, alegando dores agudas para conseguir o medicamento e, com isso, uma das ações importantes é compreender a rede de atendimento que esse usuário percorre para que esses serviços que a compõem possam ter ciência do problema e ajudá-lo.

As recaídas estão associadas com alguns fatores, como ter uma história familiar positiva para o uso de substância e múltiplas recaídas prévias, estar usando estratégias de enfrentamento mal-adaptadas, estar sendo exposto a um elevado número de situações de alto risco e ter experimentado um elevado número de situações de vida indesejáveis.

Referências:

1. Baltieri D. Abuso e Dependência de Opiáceos. In: Laranjeira R - coordenador, Alves HNP AM, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr Corrêa F, Marques ACPR, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Ribeiro M, Seibel SD, Silva CJ, editors. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002.
2. De Boni R, Saibro P, Pechansky F. Emergências associadas ao álcool e a drogas de abuso. 2 ed. Quevedo J, Schmitt R,Kapczinski F, editors. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Jaffe, J. H., C. M. Knapp, et al. (1997). Opiates: clinical aspects. Substance Abuse - A comprehensive textbook. J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman and J. G. Langrod. Baltimore, EUA, Wiliams & Wilkins**:** 158-166.
4. LACERDA R, LACERDA L, GALDURÓZ J. Drogas depressoras (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos): efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 2. p. 29-39
5. Mattoo S, Chakrabarti S, Anjaiah M. Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence. Indian J Med Res. 2009 Dec;130(6):702-8.
6. Moselhy H, Fahmy E, Mikhael V, El-Sheikh H. Impact of self-reported life events on the profile of opioid dependence syndrome. Am J Drug Alcohol Abuse. 2010 Jan;36(1):7-12.
7. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F., et al.(org). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.[19/04/2010].
8. Sadock BJ, Sadock VA. Transtornos relacionados a opioides. In: Artmed, editor. Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9 ed. Porto Alegre2007. p. 483-91.
9. NIDA. National Institute of Drug Abuse - www.drugabuse.gov. [16/02/2010].
10. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. [Fevereiro/2010].

CAPÍTULO 10

Tabaco

Autores

Fernanda Lopes Machado,
Fernanda Kreische,
Anne Orgler Sordi e
Lisia von Diemen

Introdução

A Organização Mundial de Saúde estima que um terço da população adulta mundial fume nos dias de hoje. O consumo de cigarro é responsável por cerca de 6 milhões de mortes no mundo a cada ano, sendo 5 milhões de fumantes e ex-fumantes e 600 mil de fumantes passivos. Mais da metade dos tabagistas irá morrer de causas relacionadas ao tabaco. O tabagismo é considerado atualmente o maior fator causal das mortes passíveis de prevenção. As três maiores causas de mortalidade associadas com tabagismo são: doença cardiovascular aterosclerótica, câncer pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

No Brasil, a proporção de indivíduos que relataram ter consumido tabaco pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil foi de 19,2%, enquanto nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa foi de 18,4%. Na tabela a seguir, pode ser vista a proporção de indivíduos que utilizaram tabaco alguma vez na vida e nos últimos 30 dias, por regiões.

A fumaça do cigarro possui mais de 4.700 substâncias, algumas cancerígenas e outras diretamente tóxicas para vários órgãos do corpo. A nicotina causa dependência; no entanto, os danos à saúde causados pelo cigarro estão associados também a outras substâncias.

Tabela 1: Relato de uso de tabaco

Região	Na vida	30 dias
Brasil	44%	18,4%
Centro-oeste	41,9%	18,4%
Sul	49,3%	22,1%
Sudeste	47,6%	20,1%
Norte	37,1%	14,5%
Nordeste	34,6%	13,8%

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Risco dos fumantes comparado aos não fumantes...	**10 vezes maior** de adoecer de câncer de pulmão **5 vezes maior** de sofrer infarto **5 vezes maior** de sofrer de bronquitecrônica e enfisema pulmonar **2 vezes maior** de sofrer derrame cerebral
Se parar de fumar...	**após 20 minutos,** a frequência cardíaca e a pressão arterial voltam ao normal; **após 12 horas,** o nível de monóxido de carbono no sangue volta ao normal; **após 2-12 semanas,** a circulação melhora e a função pulmonar aumenta; **após 1-9 meses,** a tosse melhora e a respiração fica mais fácil; **após 1 ano,** o risco de doença cardíaca é a metade de um fumante; **após 5 a 10 anos,** o risco dos diversos tipos de câncer é a metade de um fumante; **após 15 anos,** o risco de sofrer infarto será igual ao de quem nunca fumou.

Parar de fumar é difícil, e algumas pessoas necessitam de diversas tentativas antes de parar em definitivo. A cada tentativa séria que a pessoa faz para parar de fumar, fica mais próximo da parada definitiva, pois há maior experiência com as eventuais dificuldades. No mundo todo, metade de todas as pessoas que já fumaram parou de fumar. Qualquer pessoa pode parar de fumar, não importa a sua idade, condições de saúde ou estilo de vida.

Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência de nicotina são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas, como a heroína e a cocaína. O uso do tabaco por pais, colegas mais velhos e a influência da mídia são considerados fatores de risco para o consumo de tabaco. Outros fatores associados com uso ou dependência de tabaco incluem exposição pré-natal, sexo, idade, comorbidades como depressão ou esquizofrenia e exposição a outras drogas de abuso. Além disso, estudos indicam que em média metade do risco de um fumante tornar-se um dependente depende de influência genética.

Neurofarmacologia

O principal componente aditivo do tabaco é a nicotina, que afeta o Sistema Nervoso Central agindo como agonista sobre os receptores da acetilcolina. Cerca de 25% da nicotina inalada durante o ato de fumar chega à corrente sanguínea, por meio da qual atinge o cérebro em 15 segundos. Sua meia-vida é de 2 horas. A nicotina produz suas propriedades de reforço positivo ativando a via dopaminérgica no sistema de recompensa cerebral. Por ativar a dopamina, o fumante tem uma sensação de prazer e certo relaxamento, o que faz com que a pessoa queira repetir o comportamento de fumar. Pesquisas mostram que 60% dos adolescentes que fumam mais do que 2 meses acabarão fumando por mais de 30 anos. A nicotina é, portanto, capaz de causar dependência física e tolerância.

Sinais e sintomas da abstinência ao tabaco...

- **tristeza ou apatia**
- **insônia ou excesso de sono**
- **irritabilidade, frustração ou raiva**
- **ansiedade**
- **dificuldade de concentração**
- **inquietude**
- **diminuição dos batimentos cardíacos**
- **aumento do apetite ou ganho de peso**
- **sensação de formigamento**
- **dor de cabeça**
- **aumento temporário da tosse**
- **forte desejo de fumar (fissura)**

*** A maioria desaparece dentro de duas semanas, mas alguns podem persistir até um mês! Esses sintomas são sinais de que o corpo está se restabelecendo e retornando ao estado saudável anterior ao início do tabagismo.**

Efeito a curto e longo prazo

A nicotina é um estimulante leve. Embora o primeiro uso do cigarro seja tipicamente marcado por efeitos desagradáveis, como dor de cabeça, tonturas, nervosismo, insônia, tosse e náuseas, esses efeitos diminuem rapidamente, sendo progressivamente menos percebidos com o uso frequente. Isso possibilita novas tentativas até que se desenvolva tolerância à droga, estabelecendo um padrão típico de consumo diário. Em um período que pode ser de apenas alguns meses, alguns fumantes já começam a apresentar os primeiros sintomas de uma síndrome de abstinência.

Uma vez dependentes, os fumantes relatam prazer, estimulação, relaxamento, melhora da atenção, redução da ansiedade, alívio do estresse, alívio da fome e eventualmente alívio dos sinais e sintomas da abstinência.

Os sintomas de abstinência incluem irritabilidade, fissura, depressão, ansiedade, alterações cognitivas e da atenção, distúrbios no sono e aumento do apetite. Esses sintomas podem iniciar poucas horas após o último cigarro, fazendo com que, muitas vezes, o indivíduo volte rapidamente a fumar. O pico dos sintomas ocorre nos primeiros dias de abstinência e, geralmente, desaparece após algumas semanas, podendo durar meses.

Dependência Psicológica e Comportamental

Além da dependência química ou física, o fumante desenvolve também dependência psicológica e comportamental, que, frequentemente, podem ser até mais graves do que a física.

A dependência psicológica refere-se aos papéis que o cigarro desempenha na vida do fumante, como, por exemplo, companhia nos momentos de solidão, suporte nos momentos de estresse, conforto nos momentos de tristeza ou parceria nos momentos de alegria e comemoração. Este tipo de dependência pode ser identificado através de pensamentos típicos relatados por fumantes, tais como: "Fumar é o único jeito de aumentar minha produtividade e criatividade"; "Eu não consigo fazer nada sem o cigarro"; "Só um cigarro poderá me relaxar agora".

A dependência comportamental é desenvolvida através de associações dos efeitos prazerosos de fumar com situações ambientais, como o café da manhã, uma bebida alcoólica ou após as refeições. Estes eventos se tornam gatilhos para fumar, pois foram usados junto com o cigarro tantas vezes que se tornaram praticamente automáticos. Dessa forma, quando o fumante toma um café, por exemplo, automaticamente acende um cigarro.

As dependências psicológica e comportamental não têm tempo de duração máxima como a síndrome de abstinência física. O ato de fumar envolve várias associações de comportamentos ligados a rituais, hábitos individuais e sociais que se estabelecem inconscientemente e dificultam o processo de parada e manutenção da abstinência. Sendo assim, o tratamento envolverá uma reestruturação dos pensamentos permissivos em relação ao cigarro e um processo de reorganização da rotina, de modo a romper a associação e o automatismo do comportamento de fumar.

Comportamentos associados ao consumo de cigarros:

Fumar enquanto...	...toma café ... ingere bebida alcoólica ... dirige ... caminha na rua ... espera alguém ... assiste televisão ... lê ... fala ao telefone ... está no computador ... está numa festa ... após as refeições ... faz uma pausa no trabalho.	

O Questionário de Tolerância de Fagerstrom pode ser aplicado para a avaliação da gravidade da dependência da nicotina.

QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA DE FAGERSTROM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA
Quanto tempo, depois de acordar, você fuma seu primeiro cigarro? 0. Após 60 minutos. 1. 31-60 minutos 2. 6-30 minutos 3. Nos primeiros 5 minutos
Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como, por exemplo, igrejas, locais de trabalho, cinemas, shoppings, etc.? 0. Não 1. Sim
Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar? 0. Qualquer um 1. O primeiro da manhã
Quantos cigarros você fuma por dia? 0. 10 ou menos 1. 11 a 20 2. 21 a 30 3. 31 ou mais
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia? 0. Não 1. Sim
Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia? 1. Não 2. Sim
Pontuação: **Leve:** 0 a 4 **Médio:** 5 a 7 **Alto:** 8 a 10

Fonte: Abuso e Dependência da Nicotina – Projeto Diretrizes.

Gestação

A associação entre consumo de tabaco e complicações durante a gravidez foi detectada no final dos anos 50. Desde então, inúmeros estudos foram conduzidos abordando os efeitos do consumo de tabaco sobre o andamento da gestação, sobre o desenvolvimento fetal e do recém-nascido. O consumo de tabaco durante a gestação é hoje um problema de saúde pública e uma das principais causas de complicações na gravidez passíveis de prevenção.

Principais complicações à gestação e ao feto relacionadas ao consumo de tabaco

Gestação	Feto
Parto prematuro Restrição ao crescimento intrauterino Ruptura prematura das membranas Descolamento da placenta	Baixo peso ao nascer Redução da circunferência craniana Síndrome da morte súbita infantil Asma Infecções respiratórias Diminuição da inteligência Distúrbios do comportamento

Fonte: www.einstein.br/alcooledrogas

A redução do aporte de oxigênio e nutrientes ao feto, causada pela ação dos componentes do cigarro, é o principal fator relacionado às complicações observadas. Cada cigarro consumido diariamente reduz em 0,2% o peso ao nascer. Desse modo, o consumo de 10 cigarros diários durante a gestação é capaz de reduzir em 2% o peso ao nascimento. A mortalidade é um terço mais frequente entre os recém-nascidos expostos ao consumo de cigarro durante a gestação. Todos esses fatores são dose-dependentes, isto é, sua ocorrência torna-se mais provável conforme o consumo de cigarro aumenta.

No que se refere a aspectos psicológicos e mentais do bebê, o consumo de cigarro na gestação também tem sido associado a atrasos no desenvolvimento mental e à ocorrência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Apesar das complicações comprovadas, a interrupção do consumo de tabaco durante a gestação sempre traz vantagens para o feto. Gestantes que se abstêm do cigarro antes da 30ª semana, invariavelmente, dão à luz crianças com maior peso. Dessa forma, motivar a gestante para abstinência ou pelo menos à redução considerável do número de cigarros são atitudes positivas tanto para o andamento da gestação quanto para o desenvolvimento fetal, independentemente do período em que se encontra a gravidez.

Tabagismo passivo

O tabagismo passivo é definido como a inalação da fumaça de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados. A fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados pode ocasionar efeitos imediatos no fumante passivo, tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, dor de cabeça, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias, e aumento dos problemas cardíacos, especialmente elevação da pressão arterial e dor no peito (angina). Outros efeitos a médio e longo prazo são a redução da capacidade funcional respiratória (o quanto o pulmão é capaz de exercer a sua função), aumento do risco de ter aterosclerose e aumento do número de infecções respiratórias em crianças.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a fumaça dos derivados do cigarro torna-se ainda mais grave em ambientes fechados, uma vez que o ar poluído contém, em média, 3 vezes mais nicotina, 3 vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro.

A absorção da fumaça do cigarro por aqueles que convivem em ambientes fechados com fumantes causa:

1. Em adultos não fumantes:

- Maior risco de doença por causa do tabagismo, proporcionalmente ao tempo de exposição à fumaça
- Um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do coração do que os não fumantes que não se expõem.

2. Em crianças:

- Maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio
- Risco maior de doenças respiratórias, como pneumonia, bronquites e exarcebação da asma.

3. Em bebês:

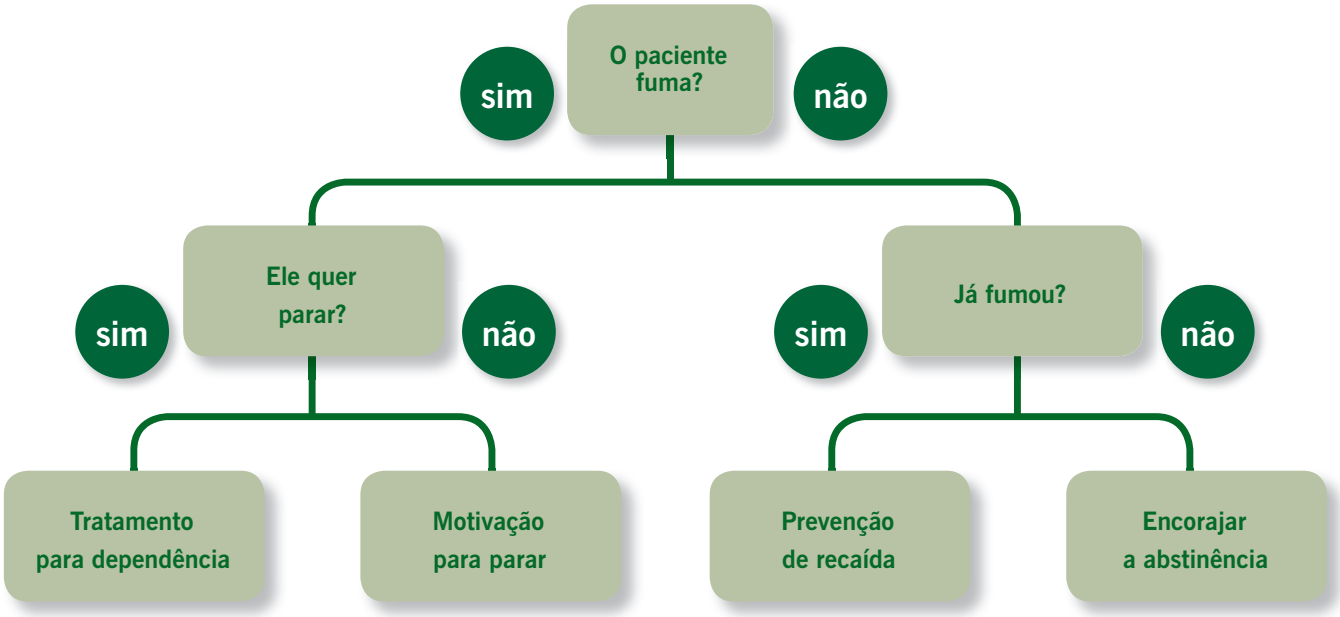
- Um risco 5 vezes maior de morrerem subitamente sem uma causa aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil)
- Maior risco de doenças pulmonares até 1 ano de idade, proporcionalmente ao número de fumantes em casa.

Tratamento

Extensas pesquisas têm mostrado que tratamentos para a dependência do tabaco funcionam. Mesmo que alguns tabagistas consigam parar sem ajuda, a maioria precisa de assistência para parar.

Aspectos importantes no tratamento do tabagismo:

1. **Pergunte:** todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde devem ser questionados quanto ao hábito de fumar e todos devem receber algum tipo de intervenção, conforme o gráfico a seguir.



2. **Aconselhe:** aconselhe a parar de forma clara (“é importante você parar, e nós podemos lhe ajudar”), forte (“é importante que você saiba que parar de fumar é uma das coisas mais importantes que você pode fazer para proteger sua saúde agora e no futuro”) e personalizada (“a sua asma pode melhorar bastante se você parar de fumar”, “continuar a fumar irá dificultar muito o tratamento da sua pressão”).
3. **Avalie a motivação:** pergunte se o paciente quer fazer uma tentativa de parar de fumar. Se sim, siga com o tratamento. Se o paciente disser que não, tente motivá-lo, questione sobre o que faz com que ele continue fumando. Motivos comuns são: várias tentativas frustradas, medo de engordar, medo de não conseguir ficar sem o cigarro. Independentemente dos motivos apresentados, ajude o paciente a pensar sobre alternativas, como fazer exercício físico e melhorar a alimentação para evitar aumentar de peso. Questione sobre possíveis benefícios de parar de fumar.
4. **Auxilie na tentativa de parar:** a avaliação do uso de medicações e algumas orientações ao paciente são importantes nesse momento. Há vários tratamentos farmacológicos efetivos para

tratar a dependência de nicotina, e é preciso avaliar se há alguma contraindicação para esse tipo de tratamento. Não havendo contraindicações, além da eficácia das alternativas propostas, deve ser levado em conta o aspecto financeiro, já que alguns tratamentos são caros. Orientações ao paciente:

a. Marcar uma data para parar de fumar: recomenda-se que seja pelo menos em duas semanas, para dar tempo de a medicação agir, para que o paciente possa se preparar e efetuar as medidas comportamentais.
b. Comunicar aos amigos, familiares e colegas da decisão de parar de fumar e pedir ajuda e compreensão (principalmente dos que fumam).
c. Antecipar dificuldades que ocorrerão com a tentativa de parar, particularmente nas primeiras semanas. Tente identificar situações de risco (eventos, estresse e humor deprimido, uso de álcool, fissura, ter contato com fumantes). Ajude a desenvolver estratégias de enfrentamento (aprender a antecipar e evitar situações de risco, estratégias para reduzir estresse e humor deprimido, como lidar com a fissura) e forneça informações sobre sintomas de abstinência, importância da abstinência total (uma tragada aumenta a chance de uma recaída).
d. Remover produtos de nicotina do ambiente. Evitar fumar em lugares onde fica muito tempo (trabalho, casa, carro).
e. Incentive a participação do paciente em grupos para tabagismo.
f. Na gestação, orientar parar sem o uso de medicações.

Tratamento medicamentoso:

■ **Terapias de reposição de nicotina (NTRs)**, como a goma de mascar de nicotina e o adesivo transdérmico de nicotina, são usadas (juntamente com suporte comportamental) para aliviar os sintomas de abstinência – eles geralmente proporcionam aos usuários dosagens dos níveis de nicotina mais baixas que o tabaco, têm baixo risco de potencial de abuso e não contêm os carcinógenos e gases associados com o cigarro. O adesivo proporciona uma fonte contínua de nicotina por 16-24 horas, enquanto, com a goma de nicotina, o pico do nível de nicotina no sangue é alcançado em 20 minutos após o uso. A dose deve ser ajustada dependendo do nível de dependência de nicotina do paciente. É importante salientar que o uso da reposição de nicotina deve ser iniciado na data em que o paciente parar de fumar e não antes, como no caso das medicações.

■ **Bupropiona** – antidepressivo aprovado para ajudar as pessoas a pararem de fumar. O uso da bupropiona pode dobrar a chance de parar de fumar, oferecendo uma eficácia comparável com a terapia de reposição da nicotina. A bupropiona pode ser usada tanto sozinha quanto em combinação com a terapia de reposição da nicotina, sendo que a combinação apresenta um efeito melhor. É contraindicada para pacientes com história de convulsões ou transtornos alimentares. Não é aprovada para uso na gestação nem na amamentação.

Goma de Nicotina	Adesivo de Nicotina
■ Recomenda-se utilizar uma goma de 2mg ou de 4mg por hora, para dependentes mais graves, embora possa ser utilizada também nos intervalos, caso apareçam sintomas de abstinência. ■ O paciente deve ser orientado a mastigá-la devagar até que sinta o sabor e deixar no canto da boca para que a nicotina seja absorvida. Repetir o processo por 30 minutos ou até que o sabor desapareça. ■ É recomendado evitar o uso de café, suco e refrigerante imediatamente antes e depois de utilizar a goma, pois eles diminuem sua absorção.	■ Estão disponíveis em formulações de 7, 14 e 21 mg, que devem ser prescritos de acordo com a gravidade da dependência, considerando que cada 1 mg equivale a cerca de 1 cigarro. ■ Devem ser aplicados pela manhã, uma vez ao dia, em regiões musculares sem pelos, variando o local de aplicação, que pode ser repetido a cada 3 ou 4 dias. ■ A redução da dosagem deve ocorrer lentamente, podendo durar até um ano.
Contraindicações: arritmia grave, angina instável e infarto do miocárdio recente (menos de 2 semanas).	

■ **Vareniclina** – atua no local do cérebro afetado pela nicotina e pode ajudar as pessoas a pararem de fumar aliviando os sintomas de abstinência e bloqueando os efeitos da nicotina, se as pessoas retomam o hábito de fumar. A vareniclina tem sido testada em várias pesquisas, e os resultados indicam um significativo efeito nas taxas de cessação do tabagismo. A vareniclina também tem se mostrado eficaz na prevenção de recaída, no entanto, não deve ser usada em associação com terapia de reposição da nicotina. É uma medicação cara, e os custos devem ser discutidos com o paciente antes da prescrição.

Outras medicações têm aumentado significativamente as médias de cessação de tabagismo em alguns estudos. Entretanto, até este momento, somente nortriptilina e clonidina podem ser consideradas como uma segunda linha de tratamento medicamentoso em pacientes que não responderam à primeira linha de tratamento medicamentoso (terapia de reposição de nicotina, bupropiona e vareniclina).

A combinação de farmacoterapia e psicoterapia se mostrou eficaz em mais de 70% dos casos.

5. **Marque um retorno:** encare o tabagismo como uma doença crônica, que necessita ser reavaliada constantemente. O retorno deve ser frequente no início do tratamento, principalmente próximo à data agendada para parar de fumar. Em todos os contatos futuros com o paciente, deve ser retomado o assunto e avaliadas as dificuldades de se manter abstinente. Se houver recaída, proponha nova tentativa.

Bupropiona

- Deve ser prescrito cerca de 1 a 2 semanas antes de o paciente parar completamente com o uso do cigarro.
- A dose pode ser iniciada com 150 mg, uma vez ao dia pela manhã, e passar para duas vezes ao dia, após 3 dias. Uso por 7 a 14 semanas, mas pode ser usada por mais tempo.

O uso das medicações requer avaliação e prescrição médica.

Vareniclina

- A dose inicial é de 0,5mg via oral, uma vez ao dia, por 3 dias, após 0,5mg via oral, duas vezes ao dia, por 4 dias, e passar para 1mg via oral, duas vezes ao dia, a partir do 8° dia de tratamento. Preconiza-se iniciar uma semana antes da data prevista para cessar o uso de tabaco.
- Pacientes que não tolerarem os efeitos adversos podem necessitar de redução temporária da dose.
- Se o paciente parar de fumar durante 12 semanas de tratamento, pode continuar por outras 12 semanas, para ajudar no processo de manutenção da abstinência. Se não parou em 12 semanas de tratamento, então suspenda a medicação e reavalie fatores que podem estar contribuindo para a manutenção do hábito.

Terapia Cognitiva e Comportamental (TCC)

A psicoterapia de abordagem cognitivo-comportamental tem se mostrado uma das intervenções de maior eficácia no tratamento do tabagismo. Quando o nível de dependência de nicotina do fumante é classificado como moderado ou grave, a TCC é comumente usada em associação ao tratamento medicamentoso. Porém, quando o nível de dependência é leve (e, em alguns casos, moderado), muitos fumantes conseguem abstinência sem uso de qualquer medicação, apenas com a psicoterapia. O foco do tratamento é principalmente na dependência psicológica e comportamental.

Algumas técnicas da TCC aplicadas no tratamento do tabagismo são:

1. Balança Decisória – usada para trabalhar a motivação do fumante para fazer uma tentativa de parar e também para trabalhar ambivalência (todo o fumante gosta de fumar, mas sabe que precisa parar em função da saúde).
2. Psicoeducação: explicar sobre o processo de dependência e abstinência e as mudanças de estilo de vida necessárias.
3. Psicoeducação sobre os Métodos de Parada – Parada Abrupta ou por Redução Gradual.

VANTAGENS DE FUMAR	DESVANTAGENS DE FUMAR
Sinto-me mais calmo	Tenho mais risco de doenças
Consigo me concentrar melhor	Preciso parar atividades para fumar
DESVANTAGENS DE PARAR DE FUMAR	**VANTAGENS DE PARAR DE FUMAR**
Posso aumentar de peso	Minha saúde irá melhorar
Não vou saber o que fazer se estiver nervoso	Vou dar bom exemplo para meus filhos

Parada abrupta: significa parar de fumar de uma hora para outra, cessando totalmente o uso de cigarro, ou seja, um dia fuma o usual e no dia seguinte já não fuma mais nada.

Parada por redução de quantidade: a pessoa conta os cigarros e fuma um número menor, predeterminado, a cada dia. Por exemplo, reduzir o número de cinco cigarros/dia, até que chegue o dia "D" e pare.

Parada por adiamento: a pessoa adia a hora na qual começa a fumar por um número de horas predeterminado a cada dia. Por exemplo, adiar por 2 horas (1º dia começa às 9h, no 2º dia às 11h) até que em uma semana consiga cessar totalmente.

4. Exercícios de Relaxamento – muitos fumantes referem que fumam para relaxar ou aliviar o estresse e, quando decidem parar, sentem-se muito inquietos e ansiosos. Exercícios de relaxamento, como respiração profunda, relaxamento muscular ou relaxamento de fantasia guiada, podem auxiliar se praticados diariamente, principalmente nas primeiras duas semanas.
5. Prevenção de Recaída e Técnica da Agenda – explicar ao fumante a diferença entre lapso e recaída. Na prevenção de recaída, pode-se trabalhar com a técnica da agenda, na qual se colocam todos os horários do dia em uma coluna vertical, ao lado as atividades rotineiras e situações de risco, e ao lado alternativas para lidar com a fissura. Exemplo:

HORA	ATIVIDADE	ALTERNATIVA
8h	Após café da manhã	Tomar banho; escutar música; caminhar
13h	Após almoço	Fazer higiene bucal vagarosamente
18h	Dirigindo	Segurar uma caneta entre os dedos, ligar o rádio e cantar

6. Técnica da Distração – consiste em provocar uma mudança no foco da atenção para outras situações que podem ser agradáveis e disponíveis no próprio ambiente. Exemplos: prestar atenção e descrever em detalhes o ambiente; contar coisas (número de carros vermelhos que passam na rua); sair de um evento que proporciona incômodo; fazer tarefas domésticas; ler algo em voz alta; cantarolar alguma música; iniciar alguma atividade lúdica (jogos); mentalizar imagens agradáveis; planejar atividades; pensar em um filme que assistiu; elaborar um cardápio.

De modo geral, o tratamento envolve estratégias que auxiliem o fumante a adotar um novo estilo de vida, ciente de que não é uma tarefa fácil, porém é bastante possível!

7. Técnica do Cartão de Enfrentamento – consiste em solicitar ao fumante que faça um cartão personalizado de tamanho confortável para que possa carregá-lo consigo (na bolsa ou na carteira). Esse cartão deve conter imagens (de preferência, fotos pessoais) ou frases de forte impacto para que ele se mantenha sem fumar.

Referências:

1. Dani JA, Harris RA. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. Neurobiology of Addiction – Nature Neuroscience. 2005:1465-70.
2. Le Foll B, George T. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. CMAJ. 2007 Nov;177(11):1373-80.
3. Marques A, Ribeiro M. Abuso e Dependência da Nicotina. In: Laranjeira R, Alves H, Araújo M, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, et al., editors. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2002.
4. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F., et al.(org). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.[19/04/2010].
5. PECHANSKY F, VON DIEMEN L. Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas ; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 5. p. 2-7
6. Rennard SIM, Rigotti NAM, Daughton DMM. Management of smoking cessation. http: www.uptodate.com; 2009 [02/12/2009].
7. Sadock B, Sadock V. Transtornos relacionados à nicotina. Compêndio de Psiquiatria. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 478- 83.
8. NIDA. National Institute of Drug Abuse - www.drugabuse.gov.[16/02/2010].
9. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein [Fevereiro/2010].
10. http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm – acesso em 06/12/2010
11. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/ Treating tobacco use and dependence. Acesso em 07/09/2011.
12. Abreu, C.N, Guilhardi, H.J. (org) (2004). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Roca.

CAPÍTULO 11
Anfetaminas

Autores

Anne Orgler Sordi,
Fernanda Kreische,
Fernanda Lopes Machado e
Lisia von Diemen

Introdução



http://viveravidapremen.blogspot.com/2010/07/drogas-estimulantes-da-atividade-mental.html

Anfetaminas são substâncias estimuladoras do Sistema Nervoso Central (SNC), capazes de provocar sintomas de euforia, aumento da vigília, efeitos anorexígenos e aumento da atividade autonômica dos indivíduos.

As anfetaminas foram inicialmente sintetizadas na Alemanha, em 1887. No início, era utilizada para tratamento de asma e como um descongestionante nasal. Em 1930, percebeu-se que ela tinha um efeito contrário ao esperado, de relaxamento em meninos hiperativos. A partir disso, iniciou-se seu uso no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Porém, mesmo com a regulamentação das prescrições desta substância, ela logo passou a ser uma droga de abuso em diversos países. Atualmente, seu uso terapêutico é voltado para o tratamento de casos de TDAH, obesidade, narcolepsia (condição neurológica caracterizada por episódios irresistíveis de sono) como um auxiliar no tratamento de depressões refratárias.

O número de abusadores de anfetamina no mundo todo chega a um total de 34 milhões de pessoas, extrapolando o número de abusadores de cocaína e heroína. O número de prescrições médicas da droga teve um aumento substancial na década de 1990 nos Estados Unidos. Além disso, elas começaram a ser

Muitos dos usuários são mulheres que usam a anfetamina com o intuito de perder peso, visto que ela tem um efeito anorexígeno, porém acabam se tornando dependentes da substância. Motoristas de caminhões também são usuários comuns de anfetaminas, mas com objetivo de se manterem acordados por grandes períodos de tempo.

fabricadas também em laboratórios clandestinos, dificultando ainda mais o controle sobre o uso do estimulante. As anfetaminas mais conhecidas comercializadas com intuito médico são o fenproporex, mazindol, anfepramona e dietilpropiona.

A metanfetamina tem uma estrutura semelhante à anfetamina e possui um alto potencial adictivo. É conhecida por diversos nomes como *speed*, *crystal*, *ice*, entre outros. Ela difere da anfetamina pela sua maior capacidade de atravessar a barreira hematocefálica e chegar em maiores concentrações no SNC. A droga tem a forma de um pó cristalizado branco que pode ser facilmente dissolvido em álcool ou água. Os abusadores tendem a utilizar a droga da forma de *binges (episódios de grande quantidade de consumo)*, especialmente pelo seu longo tempo de meia-vida de 10 horas. Ela é utilizada pela via oral, nasal ou intravenosa.

Outra substância pertencente ao grupo das anfetaminas é o metilfenidato. O metilfenidato é uma medicação largamente utilizada e aprovada para o tratamento de TDAH em adultos e crianças. Entretanto, vem sendo utilizada por jovens com o objetivo de melhorar a performance nos estudos, ou como estimulante em festas. É considerada uma substância com potencial de abuso. Apesar de seu consagrado uso no tratamento de TDAH, ainda existem muitas discussões acerca das demais indicações de sua prescrição. O *ecstasy* será discutido no capítulo 7 devido às suas particularidades.

Mecanismos de ação

A maneira como a droga é administrada é bastante variável, mas comumente é consumida via oral através de comprimidos. As particularidades do fármaco dependem bastante do tipo de anfetamina que é consumido e das propriedades industriais da medicação. Nos comprimidos de ação rápida, os efeitos começam a aparecer em cerca de 40 a 60 minutos após a ingestão da droga, com um pico de ação em 2 a 3 horas e uma duração total de 4 a 6 horas. Os comprimidos de liberação lenta têm um pico de efeito em 4 a 7 horas e podem chegar a uma duração de cerca de 12 horas.

Efeitos a curto e longo prazo

As anfetaminas são estimulantes do SNC e causam agudamente sintomas de prazer e euforia. Além disso, podem causar inquietação, ansiedade, redução do apetite, aceleração da fala e do pensamento, irritabilidade, dilatação da pupila, taquicardia, elevação da pressão arterial, cefaleia, tremores, calafrios e labilidade emocional. Há um risco de ocorrer eventos cardiovasculares como infarto e arritmias, especial-

Sintomas causados pelo uso da anfetamina
Redução do sono e do apetite
Aceleração do curso do pensamento
Aceleração da fala
Diminuição da fadiga
Euforia
Irritabilidade
Dilatação da pupila
Taquicardia
Elevação da pressão arterial

mente em pessoas com história prévia de problemas cardíacos.

O uso endovenoso, pouco comum no Brasil, pode causar intensos sintomas de prazer, sensação de poder e aumento da libido, mas traz o risco de embolias venosas, flebites e infecções. Em algumas pessoas, podem ocorrer aumento da agressividade e sintomas psicóticos.

Geralmente, os sintomas são limitados pelo tempo de ação da anfetamina, mas, em usuários crônicos, a droga acaba sendo utilizada como uma maneira de aliviar o desconforto dos sintomas de abstinência. O desenvolvimento de quadros psicóticos mais prolongados, inclusive esquizofrenia, pode ser desencadeado pelo uso da anfetamina, principalmente em pessoas predispostas para tal.

Usuários crônicos de anfetamina, especialmente na forma de metanfetamina, podem apresentar diversas anormalidades na química, estrutura e função cerebral. Os efeitos são bastante evidentes em relação a uma acelerada deterioração da capacidade cognitiva, prejuízo da memória, da atenção e da execução de tarefas. Como essas substâncias são utilizadas de maneira crônica com a intenção de melhorar a performance de trabalho, perde-se bastante a crítica sobre a relação entre o uso de anfetaminas e a fadiga.

A tentativa de abandonar o uso da medicação pode resultar em depressão e letargia. Além disso, o uso prolongado da droga pode deixar a pessoa distante da realidade, descuidado da aparência e dos seus compromissos, com sintomas de irritabilidade, impulsividade e paranoia. Os sintomas de abstinência geralmente são exatamente contrários aos efeitos da droga no organismo.

Quanto às complicações clínicas, o uso crônico de anfetaminas pode ocasionar desnutrição, cardiopatias irreversíveis, cegueira cortical transitória e edema agudo de pulmão.

Na overdose por anfetamina, além dos sintomas relatados anteriormente, podem ocorrer hipertermia, hipertensão grave, convulsões, colapso cardiovascular, edema pulmonar e traumas, trazendo importante risco à vida do indivíduo.

Sinais e sintomas de abstinência das anfetaminas
Fissura intensa
Pesadelos
Redução da energia
Lentificação
Humor depressivo
Ansiedade
Agitação

Tratamento

O tratamento para dependência de anfetamina se assemelha aos modelos utilizados para tratamento de outras dependências químicas. Nos quadros de intoxicação aguda, ansiolíticos benzodiazepínicos podem ser utilizados em doses usuais.

Nos casos de uso crônico da substância, as psicoterapias e técnicas comportamentais têm demonstrado eficácia em reduzir a chance de recaídas. Em relação ao tratamento medicamentoso, grande parte dos estudos tem se mostrado inconclusivo.

Referências:

1. Barr AM, Panenk JW; MacEwan W; Thornton AE, Lang DJ, Honer WG, LecomteT.The need for speed: an update on methamphetamine. Addiction. www.scientificcommons.org
2. Berman MS,Kuczenski R, McCracken JT, Edythe D. Potential Adverse Effects of Amphetamine Treatment on Brain and Behavior: A Review.Mol Psychiatry. 2009 February ; 14(2): 123–142.
3. Gagliardi RJ, Raffin CN, F. Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência da Anfetamina. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.2002
4. Haile CN.,Kosten TR, KostenTA. Pharmacogenetic Treatments for Drug Addiction:Cocaine, Amphetamine and Methamphetamine. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, Volume 35, Issue 3 May 2009, pages 161 – 177.
5. Jayaram-Lindström N, Hammarberg A, Beck O, Franck J. Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry.2008 Nov; 165(11):1442-8.
6. José Carlos Fernandes Galduróz. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda.; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 1. p. 13-24
7. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.
8. www.drugabuse.gov

CAPÍTULO 12

Benzodiazepínicos

Autores

Fernanda Kreische,
Anne Orgler Sordi,
Igor Londero e
Lisia von Diemen

Introdução

Os benzodiazepínicos são agentes sedativos e hipnóticos de uso clínico desde a década de 1960. O primeiro benzodiazepínico, clordiazepóxido, foi descoberto em 1954, seguido pelo diazepam que foi lançado em 1963 e por muitos outros nos anos subsequentes. Atualmente, muitos benzodiazepínicos, incluindo alprazolam, diazepam, lorazepam e clonazepam, estão entre os remédios psicotrópicos mais frequentemente prescritos no mundo, sendo responsáveis por cerca de 50% de todas as prescrições de psicotrópicos.

Os benzodiazepínicos são comumente usados para o manejo da ansiedade e da insônia, e são utilizados geralmente pela via oral na forma de comprimidos, mas também há apresentações líquidas (gotas) e injetáveis. Eles também podem ser empregados para relaxamento muscular, sedação antes de procedimentos médicos ou cirúrgicos, tratamento de epilepsia e estados convulsivos, tratamento da abstinência de álcool ou de sedativos.

Apesar dos efeitos benéficos do uso de benzodiazepínicos, eles têm potencial de abuso e deveriam ser usados somente quando prescritos. Se alguém usa essas drogas por longo tempo, o corpo desenvolve tolerância pela droga e doses maiores serão necessárias para alcançar o mesmo efeito inicial. O uso continuado pode causar dependência física, mesmo nas doses prescritas, e surgir sintomas de abstinência na interrupção ou redução do uso.

A proporção de indivíduos que relataram ter consumido benzodiazepínicos pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas

psicotrópicas no Brasil foi de 2,15%, enquanto nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa foi de 1,22%. Além disso, a proporção de indivíduos que consumiram alguma vez na vida benzodiazepínicos, por regiões, pode ser vista na tabela a seguir.

Tabela 1: Uso na vida de benzodiazepínico.

Região	Proporção
Brasil	5,6%
Centro-oeste	3,6%
Sul	3,3%
Sudeste	6,6%
Norte	0,3%
Nordeste	6,0%

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005

Os benzodiazepínicos não devem ser usados com outras medicações ou substâncias que causam depressão do SNC, incluindo medicações para dor, alguns antigripais, medicações anti-histamínicas e álcool. Usar depressores do SNC com essas outras substâncias, particularmente o álcool, pode diminuir os batimentos cardíacos e a frequência respiratória e pode levar à morte.

Efeitos a curto e longo prazos

Os benzodiazepínicos têm seus principais efeitos aumentando a atividade do sistema gabaérgico, principal neurotransmissor inibitório do cérebro.

Os benzodiazepínicos possuem basicamente cinco propriedades farmacológicas: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Apesar de geralmente bem tolerados, os benzodiazepínicos podem apresentar efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias a pessoa sente-se normalmente sonolenta e com incoordenação motora, mas, conforme o corpo se habitua com os efeitos da droga, essas sensações desaparecem. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas.

Efeitos Colaterais Possíveis dos Benzodiazepínicos
Sonolência excessiva diurna (“ressaca”)
Piora da coordenação motora fina
Piora da memória (amnésia anterógrada)
Tontura, zumbidos
Quedas e fraturas
Reação paradoxal – consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais
“Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida
Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e riscos de acidentes de trânsito
Risco de dependência

Fonte: Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos – Projeto Diretrizes.

O uso em altas doses pode causar “brancos” e até confusão mental (desorientação no tempo e no espaço). Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso, sendo que 50% dos pacientes que usam por mais de 12 meses apresentam sintomas de abstinência após cessar o uso. Por sua propriedade como “calmante”, muitas vezes seu uso esporádico pode evoluir para o abuso em um curto espaço de tempo, e, consequentemente, causar dependência. Os sinais de tolerância tendem a aparecer após um período de tempo relativamente curto, dependendo do padrão e da frequência de uso.

Os sinais e sintomas da síndrome de abstinência por benzodiazepínico são:

Sinais Menores Físicos	Sinais Menores Psíquicos	Sinais Maiores
Tremores Sudorese Palpitações Letargia Náuseas Vômitos Anorexia Sintomas gripais Cefaleia Dores musculares	Insônia Irritabilidade Dificuldade de concentração Inquietação Agitação Pesadelos Disforia Prejuízo da memória Despersonalização/desrealização	Convulsões Alucinações *Delirium*

Fonte: Emergências associadas ao álcool e a drogas de abuso – Emergências Psiquiátricas.

Os sintomas de abstinência aos benzodiazepínicos são muito parecidos com os de abstinência ao álcool, mas a intensidade e a duração dos sintomas são bem diferentes e irão variar também com o tipo e a dose da medicação usada, além de fatores como idade, comorbidades clínicas, tempo de uso. O início dos sintomas se dá em torno de 12 a 24 horas e maior intensidade em 24 a 72 horas para os medicamentos de curta ação e ocorre em 24 a 48 horas para os de longa ação (como diazepam e clonazepam), com auge dos sintomas no quinto ao oitavo dia. A duração dos sintomas pode ser de algumas semanas até meses nos casos de abstinência protraída. A abstinência protraída são sintomas relativamente leves de abstinência, como ansiedade leve a moderada, instabilidade do humor e distúrbios do sono que podem permanecer por vários meses.

O uso contínuo por muitos anos causa prejuízos à memória e cognição. Quando injetada, de forma não prescrita e sem indicação médica, pode levar a complicações agudas perigosas à manutenção da vida, como parada respiratória e cardíaca.

Tratamento

Anos de pesquisa têm demonstrado que a dependência de qualquer droga (ilícita ou prescrita) é considerada uma doença que, como qualquer outra doença crônica, pode ser tratada efetivamente. Não existe um único tipo de tratamento apropriado para todos os indivíduos dependentes de drogas prescritas. O tratamento deve levar em conta o tipo de droga usada e as necessidades individuais do paciente.

Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química – com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado – não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência.

Equivalência aproximada das doses terapêuticas de benzodiazepínicos

Nome genérico	Alguns nomes comerciais	Dose (mg)
Alprazolam	Frontal, Tranquinal	1
Clordiazepóxido	Limbitrol, Psicosedin	25
Clonazepam	Rivotril, Clonotril	2
Diazepam	Valium, Valix	10
Flurazepam	Dalmadorm	30
Lorazepam	Lorax, Mesmerin	2

O uso das medicações requer avaliação e prescrição médica.

Fonte: Emergências associadas ao álcool e a drogas de abuso – Emergências Psiquiátricas.

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, em regime de internação de curto prazo ou de forma ambulatorial, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo, que pode ser de 6 a 8 semanas. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam ou clonazepam. O diazepam mostrou ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração – o desmetildiazepam –, o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos.

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a síndrome da abstinência e manter-se sem a substância. Tais medidas devem ser avaliadas e propostas de acordo com as maiores dificuldades observadas pelo paciente, caso este fique sem a substância, como, por exemplo, instruir para que seja feita uma “higiene do sono” para aqueles casos em que a maior dificuldade observada seja a insônia inicial.

O programa psicoterápico deve estar baseado tanto no suporte e psicoeducação em relação à abstinência e seu manejo, como no tratamento dos sintomas de origem que levaram o uso inicial do medicamento, sendo muito comum a automedicação de sintomas de ansiedade de origem diversa.

Referências:

1. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F., et al.(org). II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.[19/04/2010].
2. Abuse, N. I. o. D. (2009). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide, National Institute on Drug Abuse: 80.
3. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e dependência de benzodiazepínicos.In: Laranjeira R, Alves H, Araújo M, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, et al., editors. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2002.