

Diretrizes Gerais Médicas
para Assistência Integral
ao Dependente do Uso de

ORAIK

Conselho Federal de Medicina

**DIRETRIZES GERAIS MÉDICAS PARA ASSISTÊNCIA
INTEGRAL AO DEPENDENTE DO USO DE CRACK**

Brasília
2011





© 2011 - Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack
Conselho Federal de Medicina – SGAS 915, lote 72 - CEP 70390-150 – Brasília/DF
Fone: 61 3445 5900 – Fax: 61 3346 0231
<http://www.portalmedico.org.br>
E-mail: cfm@portalmedico.org.br

Supervisão editorial: *Paulo Henrique de Souza*
Copidesque/revisão: *Napoleão Marcos de Aquino*
Diagramação: *Eduardo Gustavo* (Inove Gráfica e Editora)

Tiragem: 5.000 exemplares

Ficha catalográfica:

Catálogo na fonte: Eliane Maria de Medeiros e Silva - CRB1ª Região/1678

Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack / Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina.

Brasília: CFM; 2011.

42p. ; 10,5x14,5cm

1-Atenção à saúde - Dependente de drogas. 2-Usuário de drogas - Assistência médica. 3- Crack. I - Conselho Federal de Medicina. Comissão de Assuntos Sociais.

CDD 651.53

Diretoria do Conselho Federal de Medicina

Presidente

Roberto Luiz d'Ávila

1º vice-presidente

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

2º vice-presidente

Aloísio Tibiriçá Miranda

3º vice-presidente

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti

Secretário-geral

Henrique Batista e Silva

1º secretário

Desiré Carlos Callegari

2º secretário

Gerson Zafalon Martins

Tesoureiro

José Hiran da Silva Gallo

2º tesoureiro

Frederico Henrique de Melo

Corregedor

José Fernando Maia Vinagre

Vice-corregedor

José Albertino Souza

Conselheiros titulares (gestão 2009-2014)

Abdon José Murad Neto (**Maranhão**)
Aloísio Tibiriçá Miranda (**Rio de Janeiro**)
Antonio Gonçalves Pinheiro (**Pará**)
Cacilda Pedrosa de Oliveira (**Goiás**)
Carlos Vital Tavares Corrêa Lima (**Pernambuco**)
Celso Murad (**Espírito Santo**)
Cláudio Balduino Souto Franzen (**Rio Grande do Sul**)
Dalvélio de Paiva Madruga (**Paraíba**)
Desiré Carlos Callegari (**São Paulo**)
Edevard José de Araújo (**AMB**)
Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (**Alagoas**)
Frederico Henrique de Melo (**Tocantins**)
Gerson Zafalon Martins (**Paraná**)
Henrique Batista e Silva (**Sergipe**)
Hermann Alexandre Vivacqua Von Tiesenhausen (**Minas Gerais**)
Jecé Freitas Brandão (**Bahia**)
José Albertino Souza (**Ceará**)
José Antonio Ribeiro Filho (**Distrito Federal**)
José Fernando Maia Vinagre (**Mato Grosso**)
José Hiran da Silva Gallo (**Rondônia**)
Júlio Rufino Torres (**Amazonas**)
Luiz Nódgi Nogueira Filho (**Piauí**)
Maria das Graças Creão Salgado (**Amapá**)
Mauro Luiz de Britto Ribeiro (**Mato Grosso do Sul**)
Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (**Roraima**)
Renato Moreira Fonseca (**Acre**)
Roberto Luiz d'Ávila (**Santa Catarina**)
Rubens dos Santos Silva (**Rio Grande do Norte**)

Conselheiros suplentes (gestão 2009-2014)

- Ademar Carlos Augusto (**Amazonas**)
- Alberto Carvalho de Almeida (**Mato Grosso**)
- Alceu Peixoto Pimentel (**Alagoas**)
- Aldair Novato Silva (**Goiás**)
- Aldemir Humberto Soares (**AMB**)
- Alexandre de Menezes Rodrigues (**Minas Gerais**)
- Ana Maria Vieira Rizzo (**Mato Grosso do Sul**)
- André Longo Araújo de Melo (**Pernambuco**)
- Antônio Celso Koehler Ayub (**Rio Grande do Sul**)
- Antônio de Pádua Silva Sousa (**Maranhão**)
- Ceuci de Lima Xavier Nunes (**Bahia**)
- Dílson Ferreira da Silva (**Amapá**)
- Elias Fernando Miziara (**Distrito Federal**)
- Glória Tereza Lima Barreto Lopes (**Sergipe**)
- Jailson Luiz Tótola (**Espírito Santo**)
- Jeancarlo Fernandes Cavalcante (**Rio Grande do Norte**)
- Lisete Rosa e Silva Benzoni (**Paraná**)
- Lúcio Flávio Gonzaga Silva (**Ceará**)
- Luiz Carlos Beyruth Borges (**Acre**)
- Makhoul Moussallem (**Rio de Janeiro**)
- Manuel Lopes Lamego (**Rondônia**)
- Marta Rinaldi Muller (**Santa Catarina**)
- Mauro Shosuka Asato (**Roraima**)
- Norberto José da Silva Neto (**Paraíba**)
- Pedro Eduardo Nader Ferreira (**Tocantins**)
- Renato Françoso Filho (**São Paulo**)
- Waldir Araújo Cardoso (**Pará**)
- Wilton Mendes da Silva (**Piauí**)

Comissão de Assuntos Sociais do CFM

Henrique Batista e Silva
Coordenador e conselheiro

André Longo de Araújo
Conselheiro (suplente)

Ricardo Albuquerque Paiva
Diretor do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe)

Ricardo Resende
Movimento Humanos Direitos (MHuD) – Rio de Janeiro

Jô Mazzarolo
Diretor de Jornalismo da TV Globo – Nordeste

Assessores técnicos

Cláudia Regina Teixeira Brandão, Fernanda Soveral, Ítalo Rocha Leitão,
Jane Lemos, Michel Felipe do Rego, Nathália Siqueira, Rafaela Pacheco

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução | 13 |
| Entendendo o crack | 17 |
| Histórico | 19 |
| Aspectos gerais no tratamento do usuário de crack | 21 |
| Abordagem interdisciplinar e rede integrada de atenção psicossocial | 23 |
| Dimensão do problema | 25 |
| Fluxograma de encaminhamento aos pacientes | 27 |
| Guia para avaliação e manejo de casos de urgência | 29 |
| Pormenores da intervenção | 33 |
| Intervenções psicossociais | 35 |
| Como abordar o uso de drogas (intervenção breve) | 37 |
| Mulheres: gravidez e amamentação | 39 |

| | |
|---|----|
| Farmacoterapia da síndrome de abstinência de crack | 41 |
| Aspectos gerais no tratamento ao usuário de crack e manuseio de medicamentos | 43 |
| Onde procurar ajuda | 49 |
| Bibliografia | 50 |

Introdução

A epidemia de uso de crack no país preocupa a todos os brasileiros. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no Brasil existam 3% de usuários, o que implicaria em seis milhões de pessoas. O Ministério da Saúde considera que são dois milhões de usuários.

Estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), patrocinado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), demonstra que um terço dos usuários encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre (em 85% dos casos, óbitos relacionados à violência).

Até o presente, não existe droga específica para seu tratamento. Os psiquiatras preconizam internação para desintoxicação entre 7 e 14 dias, na qual drogas usadas comumente como opioides e o tratamento das comorbidades constituem as medidas iniciais, devendo o paciente ter acesso à rede de atendimento ambulatorial, bem como aos processos integrados.

Considerando-se o poder de destrutividade do crack e a gravidade social pertinente a esse fato, faz-se necessário mobilizar a sociedade (sindicatos, conselhos, movimentos sociais, religiosos, estudantis) e o meio empresarial

com vistas a criar uma consciência de responsabilidade compartilhada para o enfrentamento dessa epidemia.

Objetivando o sucesso dessa significativa ação de cidadania, as entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira) se disponibilizaram a integrar essa relevante causa – para a qual a Presidência da República também se manifestou.

Com vistas ao enfrentamento do problema, as diretrizes a seguir foram formatadas a partir de trabalhos elaborados por especialistas, apresentados no “Seminário Crack: construindo um consenso”, realizado em 19 de abril de 2011, em Brasília, na sede do CFM:

- *Guia da OMS de intervenção para transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias em locais de cuidados não especializados*, de José Manoel Bertolote, consultor da Senad;

- *Crack: dimensão do problema*, de Salomão Rodrigues Filho, membro da Associação Brasileira de Psiquiatria;

- *Crack: abordagem clínica*, de Carlos Salgado, membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM e presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (Abead);

• *Política do tratamento do crack*, de Ronaldo Laranjeira, professor titular de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e presidente do Instituto Nacional de Políticas sobre Álcool e Drogas (Inpad/CNPq);

• *Crack: construindo um consenso*, de Jane Lemos, presidente da Associação Médica de Pernambuco.

Entendendo o crack

O que é o crack?

O crack é produzido a partir da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada com bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto que pode ser fumado ou inalado. Seu nome – crack – deriva dos estalidos produzidos pelas pedras ao serem queimadas durante o uso.

Como é o uso?

O usuário queima a pedra em cachimbos improvisados, como latinhas de alumínio ou tubos de PVC, e aspira a fumaça. Pedras menores, quando quebradas, podem ser misturadas a cigarros de tabaco e/ou maconha, chamado pelo usuário de “piticos”, “mesclado” ou “basuco. Em cinco segundos, há liberação de neurotransmissores como dopamina e serotonina.

Definições de uso, abuso e dependência

Uso: qualquer consumo de substâncias, para experimentar, esporádico ou episódico.

Abuso ou uso nocivo: consumo de substâncias psicoativas (SPA) associado a algum prejuízo (biológico, psíquico ou social).

Dependência: consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário – diferentes graus.

O caminho e as consequências da droga no organismo

A fumaça tóxica do crack atinge o pulmão, penetra a corrente sanguínea e chega ao cérebro. A droga é distribuída no organismo por meio da circulação sanguínea e, por fim, eliminada pela urina. Sua ação no cérebro é o fator responsável pela rápida dependência.

Algumas das principais consequências de seu uso são doenças pulmonares, psiquiátricas – como psicose, paranoia, alucinações – e cardíacas. A mais notória é a agressão ao sistema neurológico, provocando oscilação de humor e problemas cognitivos, ou seja, na maneira como o cérebro percebe, aprende, pensa e recorda as informações – o que leva o usuário a apresentar dificuldade de raciocínio, memorização e concentração.

Histórico

A cocaína é consumida pela humanidade há 5000 anos. Até hoje, a população dos Andes permanece com o hábito de mascar as folhas de coca para amenizar o sono, a fome e o cansaço.

No século XIX, surgiu o interesse pelas propriedades farmacológicas, cujo princípio ativo, a critroxilina, possui ação estimulante para exaltar o humor e espantar a depressão.

Na década de 80, a cocaína emerge como droga das elites, com perfil eminentemente urbano.

Na década de 90, surge um subproduto da cocaína que se tornou conhecido como *crack*, atingindo um extrato social e uma faixa etária mais baixos.

Sua utilização provoca euforia de grande magnitude e curta duração, com intensa fissura e síndrome de urgência para repetir a dose. Como tem baixo preço, agregou facilmente novos consumidores.

Ressalte-se que o uso de substância psicoativa aumenta a chance de outros transtornos mentais, podendo mimetizar, atenuar ou piorar sintomas. No caso específico do crack, é comum sua associação a transtornos de humor, personalidade, conduta e déficit de atenção.

Cerca de 20% dos dependentes de substância psicoa-

tiva procuram emergências por agitação psicomotora. O perfil do consumidor de crack é o de um jovem, desempregado, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, proveniente de família desestruturada, com antecedentes de uso de droga e comportamento de risco.

Aspectos gerais no tratamento do usuário de crack

Multifatorialidade do dependente químico (DQ) – o tratamento deve ser interdisciplinar, dirigido às diversas áreas afetadas – física, psicológica, social –, bem como às questões legais e à qualidade de vida. Objetivo: iniciar a abstinência e prevenir as recaídas.

Desafio – não há uma droga específica para tratamento, apesar das pesquisas empreendidas. É preciso identificar precocemente, avaliar padrão de consumo, grau de dependência, comorbidades e fatores de risco. Adicionalmente, garantir disponibilidade para o tratamento e facilitar o acesso aos serviços de atendimento, além de buscar adesão ao tratamento com intervenções familiares.

Tratamento – intervenções medicamentosas de suporte: sintomáticas e tratamento das comorbidades psiquiátricas e complicações clínicas. A cocaína aumenta a neurotransmissão da dopamina e serotonina relacionadas aos efeitos prazerosos e reforçadores da droga e desregulação do sistema, com papel importante na síndrome de abstinência, levando a inúmeros ensaios clínicos com intervenções farmacológicas sem resultados satisfatórios. As drogas utilizadas ainda estão sem evidência científica comprovada ou experiência clínica consistente. Anticonvulsivantes, agentes aversivos, antidepressivos tricíclicos, estabilizadores de humor e antipsicóticos são utilizados e serão comentados ao final.

Abordagem interdisciplinar e rede integrada de atenção psicossocial

- Ações preventivas: sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e educação.
- Identificação precoce e encaminhamento adequado.
- Desintoxicação: tratamento e suporte sintomático.
- Tratamento das comorbidades: clínicas e psiquiátricas.
- Estratégias de psicoeducação: trabalhar fatores de risco.
- Grupos de autoajuda (Narcóticos Anônimos).
- Acompanhamento ao longo do tempo na Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Abordagens psicoterápicas por profissionais habilitados, terapias individuais e grupais.
- Terapia cognitiva comportamental.
- Treino de habilidades sociais e prevenção de recaídas.
- Reabilitação neuropsicológica e psicossocial.

-
- Redução de danos com base em evidências médicas e legais.
 - Rede de atenção: leitos em hospitais gerais e psiquiátricos para desintoxicação, ambulatórios, Caps AD, albergamento socioterapêutico e moradias assistidas – todos com infraestrutura para a correta abordagem terapêutica.

Dimensão do problema

A rede integrada de saúde mental necessita ser dimensionada no tocante às necessidades.

Os serviços comunitários, geralmente religiosos, são muitos, precários e carecem de base científica – e pouco beneficiam o dependente químico.

As ações na área da saúde, nas três esferas de governo e entre os diversos órgãos em uma mesma esfera, não são integradas nem harmônicas.

Os serviços com qualidade de assistência ao dependente químico de crack (DQC) são poucos e geralmente privados e universitários.

O uso de substâncias psicoativas lícitas prediz o uso de SPA ilícitas, mas o Brasil não tem nenhum controle sobre publicidade, preço e disponibilidade das SPA lícitas.

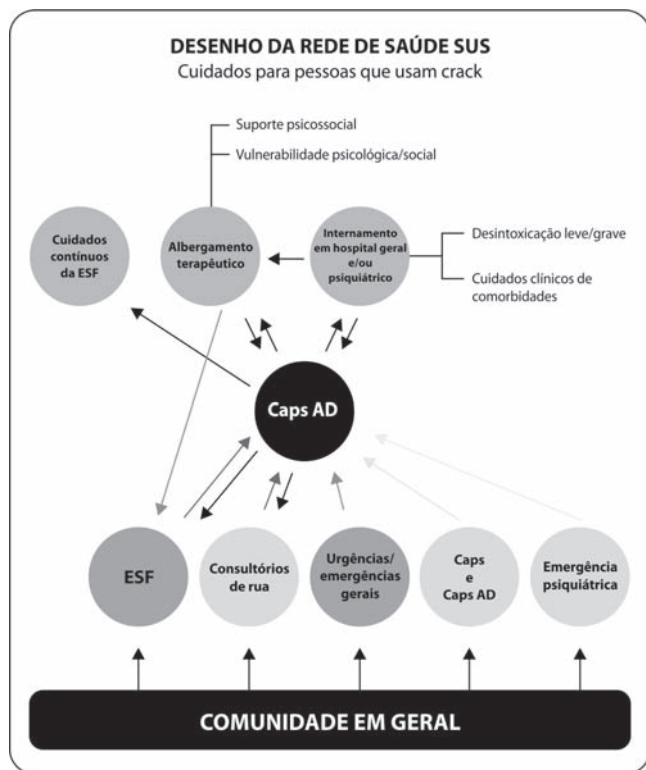
Os usuários recreativos, que sustentam o tráfico, são vistos pela Lei nº 11.343/06 como dependentes.

A repressão ao tráfico é insuficiente.

Não existe tratamento único para o DQC. O ideal seria organizar um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde mental e física, social, familiar, profissional, conjugal, criminal etc.), buscando a proporcional diversidade de soluções.

Devido à natureza da dependência química de crack alguns pacientes podem beneficiar-se de intervenções breves e outra parte, necessitar de tratamentos mais sistematizados e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recursos.

Fluxograma de encaminhamento aos pacientes



Guia para avaliação e manejo de casos de urgência

1. A pessoa está em estado de intoxicação aguda ou overdose de um estimulante?

- Pupilas dilatadas.
- Excitação, pensamento acelerado e desorganizado, paranoia.
- Uso recente de cocaína, crack ou outros estimulantes.
- Pulso e pressão arterial aumentados.
- Comportamento agressivo, imprevisível ou violento.

2. A pessoa está sob overdose de algum sedativo, opioide ou de mistura de drogas com ou sem overdose de álcool?

- Sem reação ou com reações mínimas.
- Frequência respiratória baixa.
- Pupilas puntiformes (overdose de opioide).

3. A pessoa está em estado de abstinência aguda de opioide?

- História de dependência de opioide, com uso pesado e interrupção recente (nos últimos dias).
- Náusea, vômitos, diarreia.
- Pupilas dilatadas.
- Pulso e pressão arterial aumentados.
- Bocejos repetidos, lacrimejamento e coriza e piloereção.
- Ansiedade, inquietação.

4. Intoxicação aguda ou overdose de cocaína, crack ou

estimulante do tipo da anfetamina

- Forneça Diazepam em doses fracionadas até que a pessoa se acalme e fique levemente sedada. Se os sintomas psicóticos não responderem aos benzodiazepínicos, pense em utilizar antipsicóticos de ação rápida.
- Não introduza antipsicóticos de longa ação.
- Monitore de duas em duas horas a pressão arterial, as frequências cardíaca e respiratória e a temperatura.
- Se a pessoa se queixar de dor no peito, apresentar taquiarritmias ou se tornar violenta ou incontrolável, transfira-a imediatamente para um hospital.
- Durante a fase pós-intoxicação, fique atento a pensamentos ou atos suicidas.

5. Investigue

- Desejo muito forte ou compulsão para usar drogas.
- Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade.
- Estado fisiológico de abstinência quando o uso da droga foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência da droga; ou uso da mesma substância (ou outra muito parecida) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.
- Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da substância para obter os mesmos efeitos antes obtidos com doses menores.
- Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter

ou consumir a droga, ou para se recuperar de seus efeitos.

- Persistência do uso da droga, apesar das claras evidências de suas consequências nefastas.

6. Manejo geral da dependência de drogas

- Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação do uso de drogas e explique a ligação entre o nível do uso, os decorrentes problemas de saúde e os riscos de curto e longo prazo de continuar usando o mesmo nível.
- Pergunte sobre o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas.
- Discuta rapidamente com o paciente sobre o uso de substâncias psicoativas.
- Informe, de maneira clara, as recomendações para interrupção do uso nocivo de substâncias e sua disponibilidade para ajudar o paciente nesse sentido.
- Se o paciente estiver disposto a reduzir ou interromper o consumo, discuta os melhores meios de atingir esse objetivo. Se não, insista que é possível interromper ou reduzir tanto o uso nocivo como o arriscado de substâncias, e o encoraje a voltar se desejar conversar mais sobre isso.
- Se a paciente estiver grávida ou em processo de amamentação, reavalie-a com frequência.
- Procure apoio de um especialista para os casos de pessoas que continuam usando drogas de forma nociva e que não responderam a intervenções breves.
- Informe claramente o paciente sobre o diagnóstico e os

riscos de curto e longo prazo.

- Empregando técnicas de intervenção breve, investigue as razões que a pessoa argumenta para usar drogas. Aconselhe-a a parar completamente com o uso da droga e sinalize sua intenção de ajudá-la nesse sentido.
- Pergunte à pessoa se está preparada para deixar de usar a droga.

7. Manejo adicional da dependência de maconha ou de crack

- Faça uma intervenção mais intensiva (isto é, até três sessões, de até 45 minutos cada).
- Trate os sintomas de abstinência.
- Transfira para um serviço de desintoxicação, se necessário.

8. Em todos os casos

- Pense no encaminhamento para grupos de autoajuda, e para albergamentos terapêuticos ou de reabilitação.
- Examine as necessidades de habitação (alojamento) e de emprego.
- Forneça informações e apoio ao paciente, a seus cuidadores e familiares.
- Se disponível, aplique intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências.
- Proponha estratégias de redução de danos de acordo com evidências científicas e com base legal.

Pormenores da intervenção

1. Avaliação

- Obtenção da história clínica.
- O que buscar no exame.
- Exames a serem considerados.

2. Como perguntar sobre o uso de drogas

- Pergunte sobre o uso de drogas ilícitas sem deixar transparecer nenhum juízo de valor – idealmente, após indagar sobre o uso de cigarros, álcool ou qualquer outra droga que seja relevante.
- Pergunte sobre o padrão e a quantidade consumida, e sobre quaisquer comportamentos associados ao uso de drogas que possam prejudicar a própria saúde e a dos demais (por exemplo, drogas fumadas, drogas injetadas, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, capacidade de cuidar das crianças, violência em relação a outros).
- Na anamnese, pergunte sobre o início e o desenvolvimento do uso de drogas em relação a outros eventos da vida.
- Pergunte sobre danos decorrentes do uso de drogas, mais particularmente:
 - ferimentos e acidentes;

-
- dirigir sob o efeito de drogas;
 - problemas de relacionamento interpessoal;
 - drogas injetáveis e os riscos a elas associados;
 - problemas legais/financeiros;
 - sexo arriscado quando intoxicado, motivo de arrependimento posterior.

- Investigue a dependência, perguntando sobre o desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência, uso de quantidades maiores ou por mais tempo do que pretendia, continuação do uso apesar de problemas relacionados, dificuldade para parar ou reduzir o uso, e fissura pela droga.

Intervenções psicossociais

- Intervenções breves.
- Grupos de autoajuda (Narcóticos Anônimos).
- Necessidades habitacionais e de emprego.
- Apoio a familiares e cuidadores.
- Estratégias de redução de danos.
- Mulheres: gravidez e amamentação.

Como abordar o uso de drogas (intervenção breve)

Converse sobre o uso de drogas, de forma que a pessoa perceba que pode falar tanto do que acha de suas vantagens quanto de seus danos reais ou potenciais, considerando o que ela revela como mais importante na vida.

Leve a conversa no sentido de uma avaliação equilibrada dos efeitos positivos e negativos da droga, questionando opiniões exageradas sobre os benefícios e destacando alguns dos aspectos negativos que ela tenha porventura minimizado.

Evite discutir com a pessoa e tente mudar o jeito de falar, se ela apresentar resistências, buscando sempre esclarecer o real impacto da droga na vida daquela pessoa, no limite do que ela seja capaz de entender, naquele momento.

Estimule a pessoa a decidir por si mesma se quer mudar o padrão de uso da droga, principalmente após uma conversa equilibrada sobre os prós e os contras do padrão de uso atual.

Se a pessoa ainda não estiver preparada para parar ou reduzir o uso da droga, peça que volte num outro dia para continuarem a conversa, quem sabe acompanhada por um familiar ou amigo.

Mulheres: gravidez e amamentação

Interrogue sobre o ciclo menstrual e informe que o uso de drogas pode interferir no mesmo, por vezes dando a falsa impressão de não poder engravidar.

Aconselhe as grávidas a parar com o uso de qualquer droga, e apoie-as nesse sentido. As dependentes de opioides devem ser aconselhadas a usar uma droga de substituição agonista, como a metadona.

Examine os bebês nascidos de mães usuárias de drogas para verificar a presença ou ausência de sintomas de abstinência (conhecida como síndrome de abstinência neonatal). A síndrome de abstinência neonatal devida ao uso materno de opioides deve ser tratada com doses baixas de opioides (como a morfina) ou barbitúricos.

Aconselhe e apoie as mães que amamentam a não usar nenhum tipo de droga.

Aconselhe e apoie as mães com transtornos por uso de drogas a amamentarem seus bebês ao menos durante os seis primeiros meses, a não ser que haja recomendação de especialista para não amamentar.

Às mães com uso nocivo de drogas e filhos pequenos, devem ser oferecidos serviços de apoio social, onde houver, incluindo visitas pós-natais adicionais, treinamento dos pais e cuidados das crianças durante as consultas.

Farmacoterapia da síndrome de abstinência de crack

- Manejo sintomático, ou seja, trate os sintomas de abstinência à medida que surjam: náuseas com antieméticos; dores com analgésicos comuns; insônia com sedativos leves etc.

- Mantenha a hidratação.

- Evite a contenção física.

- Não retenha o paciente se o mesmo quiser deixar o serviço, na forma da lei.

- Durante ou logo após a abstinência podem surgir sintomas depressivos, ou o paciente pode ter uma depressão preexistente. Fique atento ao risco de suicídio.

Redução de danos

- Conforme evidências médicas e bases legais.

Internações compulsórias

- As internações, quer voluntárias, involuntárias ou compulsórias, devem obedecer aos preceitos da legislação.

Aspectos gerais no tratamento ao usuário de crack e manuseio de medicamentos

Na atualidade, não há medicamento aprovado pela *Food and Drug Administration* para tratamento específico de dependência de cocaína/crack, embora existam muitos estudos nesse sentido, alguns dos quais aparentemente promissores.

As drogas utilizadas (a seguir discriminadas) não apresentam evidências científicas ou experiência clínica consistente:

I - Anticonvulsivantes

Carbamazepina – dose: 400 a 1.200 mg/dia

Efeitos colaterais mais comuns: tonturas, mal-estar gástrico, sonolência, náuseas, ataxia, leucopenia e *rush* cutâneo.

Recomendação: dosagem sérica da droga e controle da função hepática.

Topiramato – dose: 200 a 400 mg/dia

Mecanismo: envolvimento dos sistemas gabaérgicos e glutamatérgicos na modulação do sistema de recompensa cerebral (ação *anticraving*).

Efeitos colaterais: sonolência, parestesia, dificuldade de concentração, redução do peso corporal.

Gabapentina – dose: 900 a 1.800 mg/dia (inicial com 300 mg)

Propriedades gabaérgicas e glutamatérgicas.

Efeitos colaterais: sedação, ataxia, fadiga e tonturas.

Lamotrigina – dose: 100 a 150 mg/dia

Atua sobre os canais de cálcio, sensibilizando a diferença de potencial para estabilizar as membranas neuronais.

Efeitos colaterais: ataxia, cefaleia, *rush* cutâneo, sonolência e tonturas.

Valproato de sódio – dose: 500 mg/dia

Mecanismo gabaérgico: aumento da liberação do gaba, diminuição do *turnover* e aumento da recaptação do gaba B.

Recomendação: controle da função hepática e hematológico.

II- Agentes aversivos

Dissulfiram (antietanol) – dose: 250 a 500 mg/dia

Bloqueio da enzima da degradação da cocaína e

dopamina. Historicamente, tem sido usado na dependência alcoólica. Objetiva diminuir o *craving*, por meio de mecanismo de aversão à droga pelos efeitos decorrentes da mesma.

III- Antidepressivos

1. Tricíclicos

• **Imipramina (Tofranil) e monocloroimpramina (Anafanil) – dose: 75 a 300 mg/dia**

Efeitos colaterais: boca seca, tonturas, constipação intestinal, aumento de peso, tremores, hipotensão ortostática, tonturas, visão borrosa etc.

2. Inibidores seletivos da recaptação da serotonina, noradrenalina e duais

• **ISRSs – Fluoxetina – dose: 20 a 60 mg/dia**

• **Paroxetina – dose: 20 a 40 mg/dia**

• **Sertralina – dose: 100 mg/dia**

Efeitos colaterais: melhor tolerados que os tricíclicos. Podem apresentar diminuição do apetite, retardo da ejaculação, diminuição da libido etc.

• **ISRNs – Reboxetina (Prolifit) – dose: 4 a 8 mg/dia**

• **Duais – Bloqueio na recaptação de serotonina, nor-**

adrenalina, dopamina ou histamínicos.

- **Mirtazapina – dose: 45 a 60 mg/dia**

Tem efeito sedativo e aumenta o peso corporal.

- **Venlafaxina – dose: 75 a 300 mg/dia**

Cuidado com hipertensão em doses de 300 mg ou mais.

- **Bupropiona – dose: 150 a 300 mg/dia**

Tem sido utilizado, com resultados, em dependência da nicotina.

IV- Estabilizadores do humor

- **Lítio (Carbonato de lítio) – dose: 600 a 900 mg/dia**

Efeitos colaterais: tremores, ataxia, problemas intestinais no início do tratamento. Contraindicado para os que têm comprometimento da função renal.

Recomendação: controle da concentração sérica.

V- Antipsicóticos

Típicos

- **Haloperidol – dose: 5 a 20mg/dia**

Efeitos colaterais: sintomas extrapiramidais, comprometimento da esfera sexual, hipotensão ortostática, visão borrosa etc.

Atípicos: bloqueio dos receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos e bloqueio D2 e D4.

- **Risperidona – dose: 2 a 6 mg/dia**

- **Olanzapina (Zyprexa) – dose: 5 a 20 mg/dia**

- **Outras drogas: Propranolol – dose: 40 a 80 mg/dia**

VI- Tratamento da síndrome de abstinência de cocaína/crack

O tratamento é basicamente suporte e sintomático. Geralmente, o atendimento ocorre em serviços de emergência, sendo vital uma avaliação criteriosa. A dor torácica costuma ser sintoma de infarto agudo do miocárdio, devendo ser solicitados os exames adequados.

Quando há inquietação aguda com ansiedade, utilizam-se benzodiazepínicos (Diazepam – dose: 5 a 40 mg/dia) ou outro similar. Em quadros psicóticos, agitação psicomotora e/ou agressividade violenta, há indicação de antipsicóticos de alta frequência, como Haloperidol (Haldol)

5 mg IM, que pode repetir-se, se necessário, de 12/12h ou 8/8h, mantendo-se o controle dos sinais vitais. Pode-se também associar benzodiazepínicos de ação sedativa, como o Midazolam 15 mg IM (Dormonid).

Vale sempre ressaltar que a dose utilizada depende de vários fatores, como condições gerais, nutritivas, idade, intensidade da sintomatologia etc. É importante identificar e tratar as comorbidades clínicas, além das psiquiátricas.

Onde procurar ajuda

Sempre que tiver dificuldade em obter o tratamento desejado, procure a secretaria municipal de saúde, o conselho municipal de saúde ou o Ministério Público.

O site www.enfrenteocrack.org.br disponibiliza a lista de locais para atendimento em todo o país.

Por meio do telefone 0800 51 00015 pode-se acessar a central de atendimento gratuito para informações (Projeto VivaVoz, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - Senad).

Bibliografia

Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. Brasília: ABP/AMB/CFM/Fenam, 2006. 58p. Adotada pela Resolução CFM nº 1.952/10. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf. Acesso em 22 de agosto de 2011.

Confederação Nacional dos Municípios (CNM). *Cartilha observatório do crack*. Brasília: CNM, 2011. 24p.

Cordioli A. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R (coord.). *Dependência química*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R. *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.

Gigliotti A, Guimarães A. *Diretrizes gerais para tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio/Abead, 2010.

Ribeiro M, Laranjeira R. *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa de Leitura Médica, 2010.

United Nations Office on Drugs and Crimes. UNODC. *World drug report 2009*. New York: United Nations, 2009.

United Nations Office on Drugs and Crimes. UNODC. *World drug report 2010*. New York: United Nations, 2010.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA