

041

Manejo Clínico do Usuário de Crack

Última revisão: 13/08/2013
Estabelecido em: 10/04/2013

Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos

Responsáveis / Unidade

Fernando Teixeira Grossi- Médico | IRS
Rafael Miranda de Oliveira- Médico | IRS

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O crack consiste em substância de abuso produzida a partir da pasta da cocaína adicionada ao bicarbonato ou amônia e água, e inúmeras outras substâncias gerando composto que pode ser fumado ou inalado. Seu nome faz referência à sonoridade quando queimada a pedra de crack no cachimbo. A utilização da substância provoca euforia de grande magnitude e curta duração com desenvolvimento de fissura, isto é, urgência para repetir o uso. O baixo custo e o imediato efeito a torna a droga utilizada principalmente pelas classes sociais de baixa renda. O consumo de crack é um fenômeno recente, surgido nos últimos 25 anos nos Estados Unidos e há 20 anos no Brasil. Em alguns países europeus o problema tornou-se relevante há pouco mais de cinco anos. Dois levantamentos nacionais realizados pelo CEBRID em 2001 e 2005 detectaram que o uso na vida aumentou de 0,4% para 0,8% no Brasil. A maioria (62,8%) dos usuários de crack apresenta critérios positivos para dependência ao longo de sua história de consumo. O usuário de crack iniciante parece apresentar maior risco para dependência e complicações do uso quando comparado ao usuário de cocaína inalada. Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas eleva a chance de outros transtornos psiquiátricos como também existe elevada incidência de comorbidades com uso de drogas entre portadores de transtornos psiquiátricos.

OBJETIVOS

1. Orientar o suporte sintomático na intoxicação.
2. Estabelecer um fluxo específico de tratamento.
3. Promover a reabilitação.
4. Possibilitar a abstinência.
5. Promover a redução de danos.
6. Contribuir na constituição da rede de cuidados ao usuário de crack.

SIGLAS

ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID - Código Internacional de Doenças

CRAS – Conselho Regional de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DSM - Manual diagnóstico e estatístico das doenças mentais da Associação de Psiquiatria Norte Americana

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IM - Intramuscular

IV – Intravenoso

NASF – Núcleo de Assistência à Saúde da Família

NIDA - National Institute on Drug Abuse

OMS - Organização Mundial de Saúde

PTI - Plano Terapêutico Individual

SPA - Substância Psicoativa

TDHA - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UNODOC - United Nations Office on Drugs and Crime

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- Assistente social;
- Terapeuta ocupacional;
- Psicólogo;
- Médico clínico geral e psiquiatra;
- Formulários do exame de enfermagem e ASSIST;
- Exames laboratoriais de imagem;
- Material assistencial.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Princípios do tratamento efetivo – National Institute on Drug Abuse (NIDA)

1. Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes.
2. O tratamento necessita ser facilmente disponível.
3. O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas.
4. O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente.
5. Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade.
6. Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento.
7. Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia.
8. A comorbidade deveria ser tratada de forma integrada.
9. Desintoxicação é só o começo do tratamento.
10. O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo.
11. A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada.
12. Avaliação sobre HIV, hepatites B e C e aconselhamento para minimização de riscos.

Recuperação é um processo longo e, muitas vezes, são necessários vários períodos de tratamento.

1. Acolhimento e avaliação clínica

Dados estatísticos apontam que os usuários de crack são aqueles que menos buscam ajuda entre os usuários de substâncias de abuso. Buscam apenas em situações agudas, na vigência das quais preferem internação e apresentam baixa adesão posterior ao tratamento ambulatorial. A avaliação inicial é, portanto, um momento importante do tratamento. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde que deve desenvolver habilidades e competências para identificação e manejo dos comportamentos adictos.

O acolhimento consiste no primeiro contato do usuário com o serviço. Deve ser entendido não apenas como um processo burocrático de triagem clínica, mas sim, segundo as diretrizes do Humaniza SUS, momento de acolhida subjetiva com possibilidade de escuta, ambiência e empatia.

O acolhimento é momento crucial na abordagem ao usuário. Constitui-se para além de mera avaliação clínica. É momento de intervenção terapêutica. Diante da baixa adesão e continuidade

ao tratamento, postura preconceituosa, destituída de afeto na relação profissional de saúde-paciente e descrença para com a terapêutica fortalecem uma transferência negativa com a perpetuação desta condição clínica, impossibilitando intervenção eficaz. Ao contrário, a promoção de um espaço acolhedor e isento de preconceitos, que possibilite a escuta subjetiva e o insight, vem fortalecer o vínculo terapêutico.

A promoção do acolhimento deverá considerar:

- Abordagem empática;
- Ausência de conceitos moralistas;
- Possibilitar um espaço de escuta;
- Desenvolver a crítica;
- Fortalecer a aliança terapêutica.

2. Triagem clínica

2.1. Equipe de Enfermagem

Triagem clínica diz respeito à avaliação clínica inicial, geralmente realizada pela equipe de enfermagem, quando são aferidos os dados vitais e aplicada entrevista com foco na detecção de fatores clínicos agravantes. Deve identificar fatores de risco ou complicações clínicas que necessitem priorizar atenção médica imediata, tanto do ponto de vista clínico quanto psiquiátrico (veja entrevista de enfermagem no Protocolo 027- Acolhimento aos Usuários de Álcool e Droga).

2.2. Assistente Social

Abordagem e participação ativa dos familiares e acompanhantes elevam as chances de sucesso do tratamento possibilitando a adesão ao mesmo, além de promover o atendimento global às necessidades do usuário.

- Investigar a realidade social do usuário e a implicação do uso do crack em seu contexto;
- Conhecer e avaliar as relações familiares/sociais do usuário e a estruturação desses vínculos, visando o seu fortalecimento;
- Garantir o direito social do usuário por meio do acesso às políticas públicas, através dos encaminhamentos, que se fizerem necessários à rede sócio-assistencial (abrigos, plantão social, CRAS, CREAS, Conselhos de Direitos, dentre outros);
- Contribuir na construção do PTI.

3. Entrevista médica e avaliação clínica inicial

Durante a avaliação clínica inicial é necessário entender as relações estabelecidas com a droga, seu grau de dependência, bem como as conseqüências clínicas numa perspectiva biopsicossocial, abordando todas as necessidades do usuário.

O padrão de uso da droga pode ser aferido pela aplicação do ASSIST (ver **PC 027- Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas**).

Estado de crítica

Avalia a percepção do usuário com relação a seu estado clínico e grau de dependência. Muitos pacientes minimizam ou negam sua condição clínica, ou mesmo não percebem o desenvolvimento de dependência. Acreditam manter controle sobre o uso da substância mesmo diante das conseqüências deste.

O estado de autocritica do usuário determina a possibilidade de avaliação prognóstica e intervenção clínica.

Estágio motivacional

Avalia o grau de comprometimento do usuário e sua posição subjetiva em relação ao tratamento.

Quadro 1: Estágios Motivacionais

| Estágios | Características |
|-------------------------|---|
| Pré-contemplação | O usuário não cogita mudança. Essa fase é marcada pela resistência |
| Contemplação | O usuário reconhece o problema relacionado ao uso, até cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância. Essa fase é caracterizada pela ambivalência |
| Preparação | O usuário reconhece o problema, sente-se incapaz de resolvê-lo sozinho e pede ajuda. Essa fase pode ser passageira, por isso, é indispensável reconhecê-la, fazer a abordagem e encaminhamento adequados. |
| Ação | O usuário interrompe o consumo e começa o tratamento. Ambivalência ainda se faz presente, o que determina o acompanhamento frequente. |
| Manutenção | A manutenção da abstinência será colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco. É um período dedicado a prevenção de recaídas. |
| Recaída | Fala-se em 'lapso' quando o retorno do uso acontece dentro de uma situação pontual. O termo 'recaída' é reservado para o retorno ao consumo, após um período considerável de abstinência. Trata-se de uma fase em que é possível aprender com os erros. |

Fatores de risco e proteção

Os fatores de risco são comportamentos e situações que possibilitam resultado negativo na terapêutica e perpetuam a condição clínica. São muito diversos como hábitos, locais de convivência, exposição à substância de abuso, habilidades deficitárias para lidar com as situações, atitudes favoráveis ao uso da droga, problemas com a vinculação social, crenças distorcidas, ambiente familiar caótico, baixo envolvimento em atividades sociais, dentre outros.

Fatores de proteção são atitudes que favorecem o bom desempenho no tratamento e devem ser estimulados. São fatores de proteção: o bom suporte social, o envolvimento de familiares no tratamento, valores morais e religiosos, bom vínculo social, envolvimento em atividades ocupacionais e educativas, acesso a atividades de lazer, identidade cultural, dentre outros.

Problemas ligados ao uso

Existem consequências físicas, psíquicas e sociais diretamente relacionadas ao uso de substâncias que são entendidos como fatores agravantes do hábito nocivo. Possibilitam avaliação do grau de dependência e as repercussões do uso. Alguns pacientes, mesmo diante de fatores agravantes mantêm seu hábito nocivo.

| Consequências Relacionadas ao uso de SPA | |
|--|--|
| Repercussões Físicas | <ul style="list-style-type: none">• Convulsões;• Desnutrição;• Exposição a doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. |
| Repercussões psíquicas | <ul style="list-style-type: none">• Quadros depressivos;• Transtornos psicóticos;• Transtornos de pânico. |
| Repercussões sociais | <ul style="list-style-type: none">• Perda de emprego;• Rompimentos familiares;• Abandono escolar;• Envolvimento com questões legais;• Comportamento de risco: prostituição, exposição à violência urbana e ao tráfico de drogas. |

4. Comorbidades clínicas

Diversas são as complicações clínico-somáticas ligadas ao uso da substância. Podem ser induzidas, perpetuadas ou facilitadas pelo uso da substância. Avaliação clínica e laboratorial é parte importante da propedêutica. Alguns exames farão parte da abordagem inicial, contudo, o clínico deverá nortear-se pelas queixas e achados do exame do usuário a fim de dirigir sua conduta. (Atenção aos critérios fornecidos no Protocolo de Acolhimento ao Usuário de álcool e Drogas).

Atenção especial deve ser dirigida para o risco de doenças sexualmente transmissíveis.

5. Principais complicações clínico-somáticas associadas ao consumo de crack

| | |
|--|---|
| <p>Aparelho Cardiovascular</p> | <p>Qualquer via de administração Hipertensão Arritmias cardíacas Síndrome Coronariana Aguda (Angina) Infarto agudo do miocárdio (IAM) Cardiomiopatias Dissecção ou ruptura de aorta</p> <p>Via endovenosa Endocardite bacteriana</p> |
| <p>Aparelho Respiratório</p> | <p>Via intranasal Broncopneumonias</p> <p>Via inalatória Broncopneumonias Hemorragia pulmonar Edema pulmonar Pneumomediastino Pneumotórax Asma- Exacerbação aguda Bronquite Bronquiolite obliterante Depósito de resíduos Corpo estranho Lesões térmicas Pneumonite intersticial inespecífica Hemorragia alveolar difusa “Pulmão de crack” (Anexo I) Hipertensão pulmonar Infarto pulmonar</p> <p>Via endovenosa Embolia pulmonar</p> |
| <p>Sistema Nervoso Central</p> | <p>Qualquer via de administração Cefaléias Convulsões Acidente vascular cerebral Hemorragia intracraniana Hemorragia subaracnóidea</p> <p>Via endovenosa Aneurismas micóticos</p> |
| <p>Aparelho Excretor & Distúrbios Metabólicos</p> | <p>Qualquer via de administração Insuficiência renal aguda secundária à Rabdomiólise Hipertermia Hipoglicemia Acidose láctica Hipocalemia Hipercalemia</p> |

| | |
|---|--|
| Aparelho Digestivo | <p>Qualquer via de administração Isquemia mesentérica Úlcera gastroduodenal Infarto mesentérico Pneumoperitônio Colite</p> <p>Via inalatória Esofagite</p> |
| Olhos, Ouvidos, Nariz e Garganta | <p>Via intranasal Queimaduras de nariz, orofaringe, septo nasal Necrose de septo nasal Rinite Sinusite Laringite</p> <p>Via inalatória Lesões térmicas</p> |
| Doenças Infecciosas | <p>Via endovenosa e via inalatória^(*) AIDS Hepatite B e C</p> |
| Neurológicas | Cefaléias Doenças cerebrovasculares Crises convulsivas Transtornos de movimento |
| Renais | Insuficiência renal aguda por rabdomiólise |
| Ginecológicas | Gravidez de alto risco (má formação, prematuridade, baixo peso, descolamento de placenta) Lactação (indicada suspensão da lactação) |

(*) Apesar do consumo de crack não apresentar risco de infecção para o usuário, este acaba exposto às DSTs/AIDS devido ao maior envolvimento com a troca de sexo para a obtenção de crack.

Fonte: Ellenhorn et al (1997) 16(C)

6. Exames laboratoriais indicados para avaliação inicial do usuário de crack

- Hemograma e coagulograma;
- Enzimas hepáticas;
- Amilase;
- Perfil lipídico;
- Glicemia;
- Função renal;
- Eletrólitos;
- Proteínas totais e fração;
- Sorologia: HIV, VDRL, Hepatites;
- βHCG (se mulher em idade fértil);
- TBC;
- Radiografia de tórax;
- Eletrocardiograma.

Conforme Protocolo de Acolhimento ao Usuário de Álcool e Drogas os quadros clínicos que demandem maiores cuidados deverão ser encaminhados aos Hospitais Clínicos.

7. Dosagem sérica de drogas

Não é uma rotina, entretanto, pode ser útil para os casos de dúvida diagnóstica acompanhados de psicopatologia indefinida. Funciona com *screening* toxicológico. Pode fazer parte do acompanhamento do usuário durante o tratamento, monitorando a evolução do mesmo.

8. Comorbidades psiquiátricas

A presença de transtornos psiquiátricos associado ao consumo de substâncias de abuso é um fenômeno bem documentado. A comorbidade é muitas vezes subestimada e subdiagnosticada. Sintomas referentes a um transtorno mental muitas vezes são atribuídos ao uso agudo ou síndrome de abstinência. O contrário também se faz presente.

A correta identificação da comorbidade psiquiátrica é necessária por funcionar como fator agravante, indutor e perpetuador da condição de dependência ou abuso, bem como interferir no prognóstico e correta conduta terapêutica. Entre os indivíduos com transtornos mentais, cerca de um terço utilizam substâncias psicoativas; entre os usuários na comunidade, cerca de um quinto apresentam transtornos mentais associados. O transtorno de personalidade é a comorbidade mais comum (50 a 90%) seguida pelos transtornos afetivos (depressão, transtorno bipolar e distímia - 20 a 60%) e pelos transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtornos delirantes e esquizofreniformes - 20%). Transtornos de ansiedade e do espectro do impulso como TDAH estão comumente associados.

A comorbidade aumenta a gravidade dos sintomas e a refratariedade ao tratamento piorando o prognóstico. Outro fator importante de ser avaliado por ser muito frequente é o poliuso, ou seja, o uso de outras substâncias de abuso associado ao crack como benzodiazepínicos, solventes, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas dentre outros.

9. Intoxicação aguda e abuso: manejo clínico na urgência

Os efeitos agudos da intoxicação pela cocaína/crack em geral são bem conhecidos. Esta sintomatologia é consequência dos efeitos psicoestimulantes com repercussões fisiológicas, em especial, pela ativação do sistema adrenérgico. Entre as respostas fisiológicas estão o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de hipervigilância e aumento da atividade motora.

A intoxicação geralmente é autolimitada e demanda apenas monitorização e atendimento de apoio. Em uma parcela dos casos complicações clínicas e/ou psiquiátricas podem estar presentes.

Complicações psiquiátricas secundárias à intoxicação aguda ou abuso são freqüentes e ocorrem em cerca de 40% dos casos.

Quando o indivíduo apresenta um transtorno mental associado (comórbido) ao uso de substâncias de abuso o quadro é mais grave aumentando a chance de busca por tratamento. A pesquisa de comorbidades é importante por alterar o tratamento e o prognóstico.

Quadros de agitação com alterações da conduta são freqüentes, possivelmente na maior parte quando associados à psicopatologia coexistente. Alguns casos de extrema agitação psicomotora ("delirium excitatório") são descritos após intoxicação por cocaína. Nesta condição clínica faz-se

necessário avaliar a necessidade de contenção física (Protocolo de Contenção Física-PC33) diante do risco para si e para terceiros.

Pacientes agitados podem ser tratados com benzodiazepínicos, antipsicóticos ou associação de ambas as medicações conforme gravidade do quadro. O uso de medicação IM ou IV está indicado caso haja impossibilidade de administração Via Oral.

Sintomas psicóticos (delírios paranóides e alucinações) geralmente ultrapassam o tempo de ação da substância cocaína. O Haloperidol 05mg pode ser utilizado nesta condição.

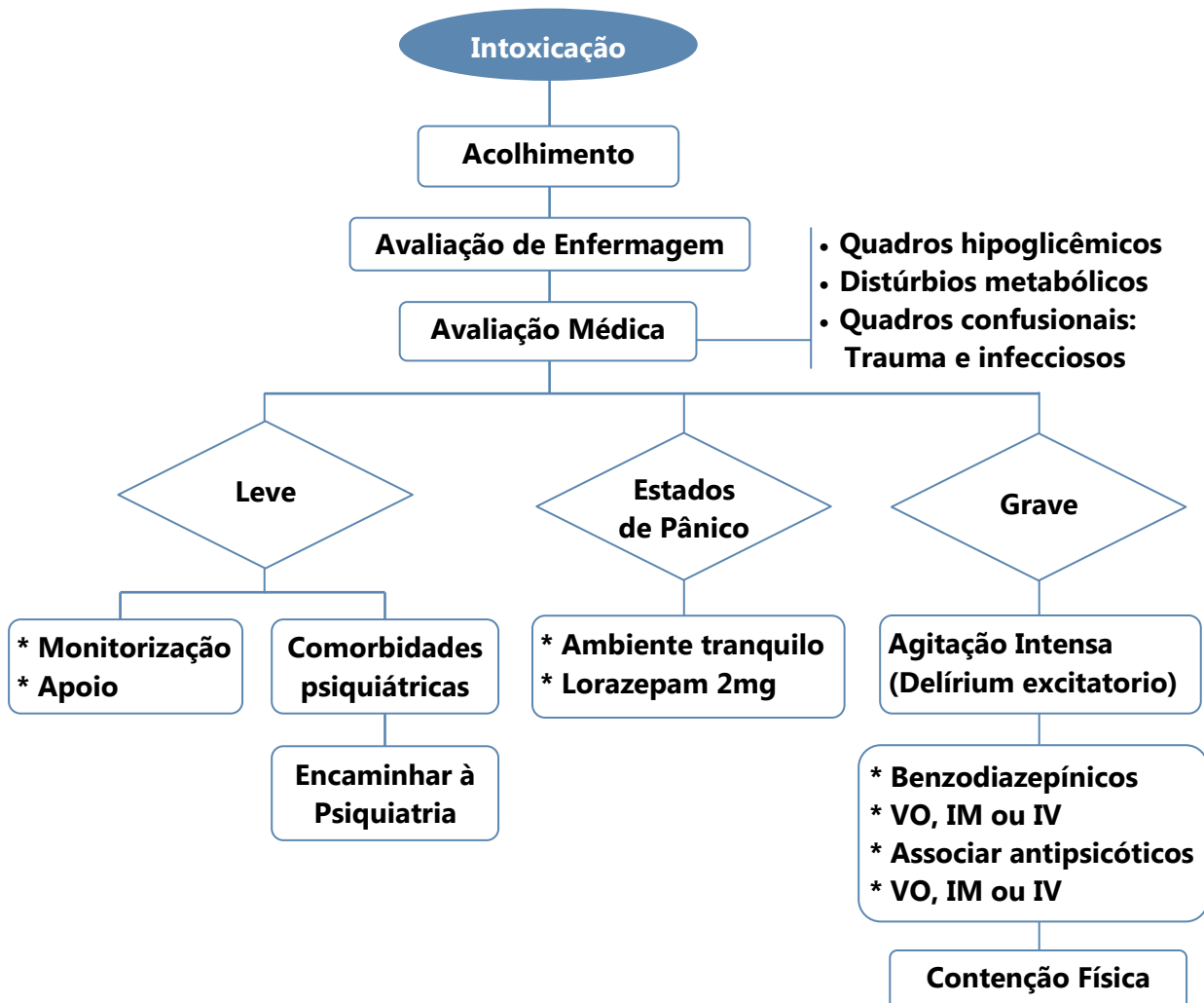
Antipsicóticos fenotiazínicos como clorpromazina e levomepromazina devem ser evitados por reduzir o limiar convulsivo.

Estados paniformes induzidos ocorrem na forma de ansiedade paroxística e os benzodiazepínicos podem ser administrados com preferência os de curta duração como lorazepam 02mg.

Os quadros maniformes podem ser abordados com medicação específica.

Complicações clínicas devem ser pesquisadas mesmo quando os sintomas psiquiátricos sobressaem. Avaliar a existência de quadros hipoglicêmicos, distúrbios metabólicos e quadros confusionais desencadeados por trauma craniano ou quadros infecciosos.

Fluxograma 1: Acolhimento do usuário de crack



Quadro 2: Condutas na intoxicação por cocaína

| | Condutas nos quadros de intoxicação por cocaína | | | |
|---|--|--|--|---|
| | Leve | Grave | Delirium excitatório | Observação |
| Quadros de agitação/ alterações de conduta | - Asseguramento de cuidados; - Monitorização dos dados vitais; - Ambiente tranquilo e com poucos estímulos sensoriais. | - Benzodiazepínicos (Diazepam 5-10 mg VO,IV ou IM); - Antipsicóticos Haloperidol 5 mg VO, IM ou IV; - Ou Associação de ambos caso necessário | Contenção Medicamentosa e física pode ser necessária | |
| Sintoma psicóticos (paranóide, ilusões ou alucinações) | Asseguramento de cuidados e ambiente calmo | Haloperidol 5m VO, IM ou IV | Haloperidol 5mg VO, IM ou IV | Evitar antipsicóticos fenotiazínicos: Clorpromazina e levomepromazina |
| Estados de pânico | Asseguramento de cuidados e ambiente tranquilo | Lorazepam 2mg VO | | |

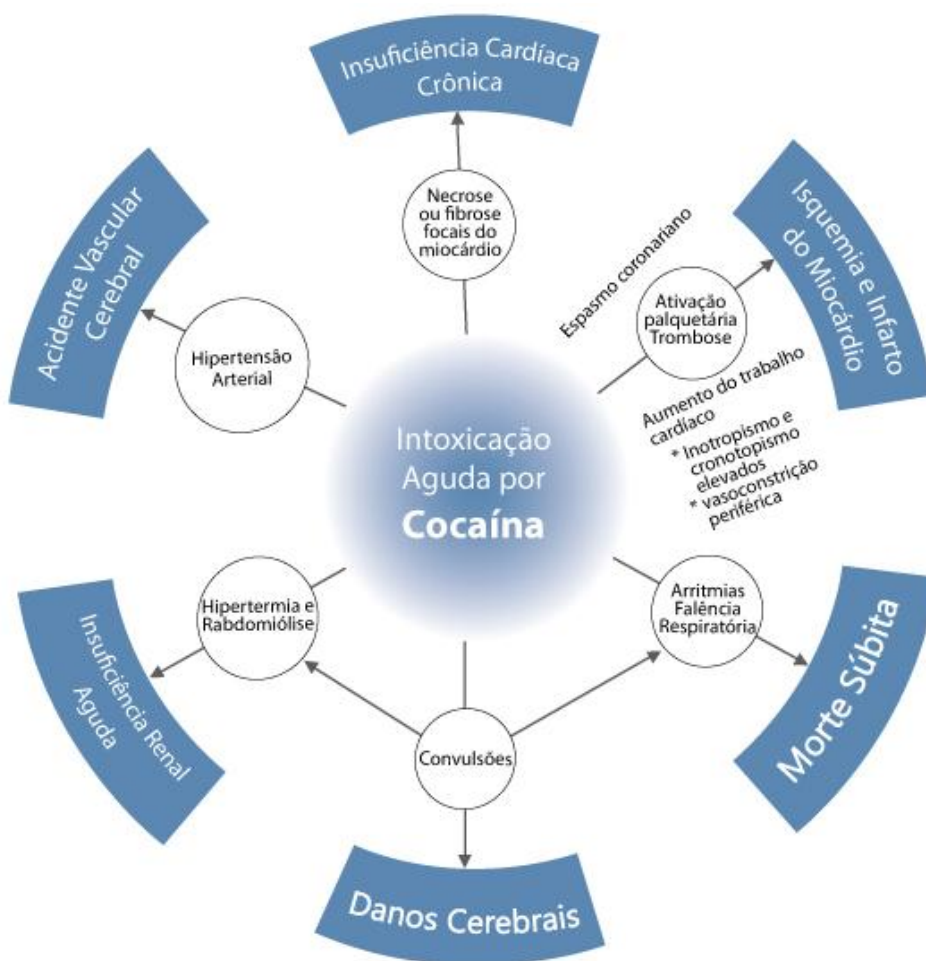
10- Overdose

Dentre as complicações clínicas agudas relacionadas ao consumo da cocaína a overdose é a mais conhecida e considerada emergência médica. É definida como a falência de um ou mais órgãos decorrente do estado de hiper estimulação central e simpática. São sinais clínicos de overdose pela cocaína:

- Midríase;
 - Taquicardia;
 - Hipertensão;
 - Arritmia;
 - Hipertermia;
 - Angina no peito com ou sem infarto pode estar presente;
 - Hemorragia intracraniana;
 - Rabdomiólise pode estar presente levando ao óbito frequentemente por insuficiência cardiorrespiratória.
- A suspeita de overdose indica o encaminhado imediato para Unidades Clínicas;
 - As complicações cardiorrespiratórias decorrentes do uso da cocaína são as mais frequentes entre as não psiquiátricas, sendo a angina do peito a que apresenta a maior taxa, cerca de 10% dos usuários. Em torno de um terço dos acidentes vasculares em jovens estão relacionados ao consumo de drogas;
 - Quanto às complicações pulmonares, os sintomas mais comuns são dor torácica, dispnéia, tosse seca ou com eliminação carbonácea e febre. Hemoptise está presente em 6 a 26% dos casos. Derrame pleural também pode ocorrer. Agressão térmica, vasoconstrição e inalação de impurezas são fatores etiológicos a ser pesquisados;

- Complicações neurológicas frequentes são os episódios convulsivos, sintomas neurológicos focais, cefaléias, transtornos do movimento e alterações da consciência.

Figura 1: Principais complicações decorrentes da overdose de cocaína



Fonte: Projeto Diretrizes, volume 2, 2003

11. Desintoxicação

O termo “desintoxicação” muitas vezes é deturpado em sua conceituação. Trata-se, a princípio, de tratamento sintomático de suporte para aqueles quadros de intoxicação aguda, assim, sendo apenas uma abordagem pontual e auto-limitada.

O prolongamento da atenção clínica visa abordar os sintomas de fissura iminentes estendendo-se pelo período de duas a quatro semanas. Essa abordagem tem sido cada vez mais valorizada dentro do processo de tratamento dos usuários uma vez que parece aumentar a adesão aos tratamentos subsequentes.

12. Manejo clínico da síndrome de dependência e abstinência

A dependência para qualquer substância de abuso, dentre elas também o crack, é considerada como uma síndrome clínica (Síndrome de Dependência), que contém critérios clínicos definidores, como consta no CID10.

Entre os sintomas clínicos definidores destacam-se o padrão de uso compulsivo tipo “binge” (consumo episódico de doses excessivas, muitas vezes levando à intoxicação) associado a sintomas de tolerância e abstinência.

Dentre os sintomas de abstinência, diferente da síndrome de abstinência alcoólica, questiona-se se a dimensão somática está presente. Os sintomas da abstinência à cocaína são eminentemente psíquicos, segundo alguns autores, sendo os depressivos e ansiosos os mais comumente encontrados. Sintomatologia prevalente se faz na forma de fissura. Segundo o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODOC) e a Organização Mundial de Saúde, a fissura refere-se a um desejo intenso de consumir uma substância psicoativa a fim de repetir a experiências dos seus efeitos prazerosos.

Outro conceito defende que a fissura engloba não somente o desejo, mas a intenção de consumir uma substância psicoativa, alívio dos afetos negativos, dos sintomas abstinências e a busca de um efeito positivo.

A avaliação da fissura apresenta dificuldades decorrentes da própria falta de consenso científico a cerca de sua definição. Outra dificuldade é o fator da percepção da fissura por cada usuário ser muito variável. Em algumas situações aspectos psicofisiológicos são enfatizados, como taquicardia. Em uma grande maioria dos casos aspectos subjetivos estão em pauta. A presença de fissura é relatada após o consumo imediato, na abstinência e no desuso prolongado. Parece ser mais intensa na vigência do uso e apresenta três fases:

Quadro 3: Fases da Evolução da Fissura

| Fases da Evolução da Fissura | | |
|----------------------------------|--|--|
| “Crash” | É caracterizada por sintomas como ansiedade, depressão, paranóia e intenso desejo em retomar o uso (craving ou fissura). | Início: 15”a 30” após última dose Duração: 8 horas a 4 dias |
| Síndrome disfórica tardia | Há presença de sonolência, irritabilidade, anedonia, desejo pelo consumo, bem como ideação suicida. | Início: 12 a 96 horas Duração: 2 a 4 semanas |
| Fase de extinção | Sintomas disfóricos diminuem ou cessam e a fissura torna-se intermitente. | Duração de meses |

Considerações gerais sobre o plano de tratamento

- **Tratamento interdisciplinar**

A multifatoriedade desta condição clínica demanda uma abordagem interdisciplinar, possibilitando ação conjunta numa lógica biopsicossocial. Um bom plano terapêutico conta com o suporte médico, psicológico, social, terapia ocupacional, dentre outros profissionais.

- **Referência técnica**

O profissional de referência é aquele que, no plano de tratamento, tem competência chave e o maior contato com o paciente. Tem como função gerenciar o tratamento do usuário e apresentar-se como referência diante de suas necessidades. São atribuições da referência

técnica: revisão e atualização do plano terapêutico, integração das atividades desenvolvidas com os demais profissionais, facilitar a inserção social, identificar carências, mapear a rede social e proporcionar o acolhimento familiar.

- **Projeto terapêutico**

O projeto Terapêutico consiste no plano de tratamento desenvolvido pela equipe sob coordenação do Técnico de Referência adaptado às necessidades individuais e atuais do usuário. Corresponde a um conjunto de metas e intervenções planejadas objetivando melhorar o funcionamento psicossocial e reabilitação do usuário.

Manejo psicoterápico e farmacológico é utilizado para a abordagem da síndrome de abstinência

- O dissulfiram, ainda em estudo tem sido utilizado para aliviar o desejo e a urgência pela droga. Utilizado na dose de 250 a 500 mg/dia apresenta benefício no tratamento do dependente de cocaína, aumentando a possibilidade de manutenção em abstinência. É muito útil quando a dependência também de álcool;
- O modafinil na dose de 200 a 400 mg não apresenta benefício estatisticamente significativo, apesar da tendência de manutenção e, abstinência;
- O topiramato na dose de 200 a 400 mg é utilizado para reduzir o comportamento de busca, contudo, sem bases científicas consolidadas. Demais modalidades farmacológicas são isentas de comprovação científica;
- Naltrexona quando coexiste a dependência por etílicos;
- Bupropiona quando desejado cessar o tabagismo;
- Ácido Valpróico quando identificado subgrupo de usuários com marcante agressividade e transtorno do impulso;
- Antipsicóticos potentes, ainda sem comprovação científica, alguns autores não recomendam o seu uso de na vigência de fissura.

13- Critérios para internação

A hospitalização clínica está indicada nas seguintes situações:

- Overdose que suscita medidas de suporte;
- Alterações persistentes do estado mental, hipertermia significativa ou rabdomiólise, coagulopatias, acidose metabólica, hipertensão severa, dor torácica sugestiva de isquemia de miocárdio, falência renal, respiratória ou hepática;
- Risco de quadro grave de abstinência ou portadores de quadros clínicos concomitantes bem documentados ou história de passado de uso pesado de álcool que pode agravar a evolução clínica.

Indicação de tratamento em Unidades psiquiátricas:

- História bem documentada de não adesão ou de não se beneficiarem de tratamento em regime extra-hospitalar;
- Comorbidade psiquiátrica importante que por si só exigiria atendimento hospitalar ou cujos transtornos impossibilitem adesão a tratamento extra-hospitalar;

- Casos em que o uso das substâncias ou comportamentos constituem perigo iminente para si ou para terceiros;
- Usuários com fissura vividas com angústia/ansiedade, pouco empenhados em abster-se do uso da substância ilícita associado a vulnerabilidade social e fácil acesso ao uso da droga. A internação pode ser indicada como medida prévia para a inserção em tratamento da dependência.

Fatores que influenciam a escolha do local de tratamento:

- Capacidade e disposição do usuário em cooperar com o tratamento;
- Capacidade de autocuidado;
- Ambiente social/familiar favorável ou de alto risco;
- Necessidade do usuário da estrutura, do apoio e do acompanhamento para manter-se seguro e abstinente;
- Preferência do usuário por um determinado tratamento desde que adequado ao padrão de consumo da droga, riscos médicos associados, acessibilidade e nível de atendimento necessário e metas do plano;
- Complexidade do caso exige serviço bem aparelhado para atendimento adequado.

A internação muitas vezes deve ser imediata a fim de garantir a segurança do paciente e estabilização do quadro clínico. Após a estabilização o usuário deve ser encaminhado para o ingresso em tratamento de longa duração (CAPSad ou Comunidade Terapêuticas) aonde de fato se dará o tratamento da dependência/abuso da substância.

Os hospitais psiquiátricos devem ser reservados para os casos de duplos diagnósticos, e devem oferecer serviços especializados no tratamento da dependência de substâncias psicoativas em associação com quadros psiquiátricos graves e de difícil manejo em ambiente extra-hospitalar.

O tratamento em regime de CAPS-ad deve ser considerado para os pacientes egressos das internações psiquiátricas que apresentam risco de lapsos e recaídas ou que não tiverem obtido resultados satisfatório com abordagem ambulatorial.

Deverão ser encaminhados para tratamento nos CAPS-ad e CMT usuários que requerem atendimento intensivo/semi-intensivo com razoável possibilidade de abster-se do uso da substância ilícita fora de um ambiente restrito.

14- Encaminhamento e articulação com a rede

Rede integrada de atenção psicossocial

O sistema de atenção ao usuário é formado por uma rede integrada composta por diversos dispositivos. Compõe esta rede leitos em hospital geral e psiquiátrico, hospitalização diurna em CAPS ad, Consultórios de Rua, tratamento ambulatorial, ESF e NASF, albergamento sócio-terapêutico e moradia assistida.

Diversos, porém ainda insuficientes, são os dispositivos disponibilizados ao tratamento do usuário de crack. Entendendo o tratamento numa lógica integral e multidisciplinar, é importante a articulação com a rede de apoio ao usuário. As Intervenções nas urgências apesar de representar um atendimento de cunho sintomático e pontual devem se pautar pelos princípios aqui

apresentados atentando que este pode ser o melhor e talvez único momento para sensibilização e encaminhamento do tratamento.

Dada a complexidade do tratamento desta questão, os dispositivos de atendimento devem estar articulados com a rede de apoio ao usuário com a finalidade de construir um horizonte para a sua inserção no tratamento.

ITENS DE CONTROLE

1. Número absoluto de pacientes usuários de crack atendidos no acolhimento / Número absoluto de pacientes atendidos no trimestre.
2. Número absoluto de exames de HIV, Hepatite B e C solicitados.

REFERÊNCIAS

1. Alessandra Diel, Daniel Cruz Cordeiro, Ronaldo Laranjeira. Tratamento farmacológico para dependência química: da evidência científica à prática clínica. Art med, Porto Alegre. 2010.
2. AR Lingford-Hughes, S Wech, L Peters and DJ Nutt. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. Journal of Psychopharmacology 0(0) 1-5. 2012.
3. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto diretrizes/ Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina: Abuso e dependência de crack. AMB/CFM. 2011.
4. Conselho Federal de Medicina. Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao crack 2011.
5. Dependência Química, autores: Alessandra Diehl, Daniel Cruz Cordeiro, Ronaldo Laranjeiras e colaboradores, editora Artmed, 2011, Porto Alegre.
6. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos, da American Psychiatric Association, compendio 2006, editora Artmed, 2008.
7. Marcelo Ribeiro, Ronaldo Laranjeiras. O tratamento do usuário de crack. 2ª ed. Artmed, Porto Alegre. 2012.
8. O tratamento do usuário de crack. Organizadores: Marcelo Ribeiro e Ronaldo Laranjeiras. Editora Artmed, 2012. Porto Alegre.

Bibliografia suplementar

1. J Bras Pneumol. 2008 ;34(5):323-327
2. National Institute for Health and Clinical Excellence :Psychosis with coexisting substance misuse Assessment and management in adults and young people. 2011

Pulmão de Crack

Uma vez que o pulmão é o principal órgão exposto, complicações pulmonares são freqüentemente observadas como conseqüência do ato de fumar o crack. Embora de 25 a 60% dos usuários de crack apresentem sintomas respiratórios após fumar a droga, poucos procuram assistência médica por isso.

A inalação de crack pode induzir uma variedade de alterações pulmonares agudas, incluindo edema pulmonar, hemorragia alveolar difusa, exacerbações agudas graves de asma, barotrauma, infiltrações pulmonares com eosinofilia, pneumonia intersticial não específica e bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, bem como infiltrações pulmonares agudas associadas a um espectro de achados clínicos e patológicos, referida como "pulmão de crack". Uma vez que a hemorragia pulmonar e lesão pulmonar aguda de outras naturezas são radiologicamente indistinguíveis, o desenvolvimento de falência respiratória com opacidades bilaterais que aparecem logo após o uso do crack e clareiam rapidamente após a interrupção do uso também tem sido denominado "pulmão de crack".

Os sintomas mais comumente observados são dor torácica, dispnéia, tosse produtiva, febre e hemoptise. Podem ser observadas queimaduras nas pontas dos dedos ou escarros de cor negra, ou carbônicos.

Os pacientes usuários de crack e com sintomas pulmonares descritos acima devem ter avaliação pulmonar com radiografia de tórax, hemograma, gasometria arterial, PCR, e se necessário outros exames (tomografia computadorizada de tórax) para diagnóstico diferencial entre o pulmão de crack e outras patologias pulmonares (pneumonia, asma, embolia pulmonar, tuberculose, edema cardiogênico), e devem ser encaminhados para internação clínica quando necessário.

O uso de curtos períodos de corticóide é controverso, podendo haver recuperação da lesão pulmonar com a interrupção da droga. (J Bras Pneumol. 2008; 34(5):323-327)

Complicações cardiovasculares do crack

A dor torácica é a principal queixa dos usuários de cocaína quando procuram o serviço de emergência e, por isso, pacientes com dor torácica não traumática devem ser questionados a respeito do uso da droga.

Aproximadamente metade dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) relacionado ao uso da cocaína não tem nenhuma evidência de doença coronariana aterosclerótica na angiografia.

O risco de infarto agudo do miocárdio aumenta 24 vezes, 60 min. após o uso da cocaína em pessoas que são consideradas de baixo risco e parece que a ocorrência do IAM não está relacionada com a quantidade usada, a via de administração ou a frequência do uso.

