

Transtornos mentais e de comportamento por derivados da **COCA**



Gravura de Alphonse Mucha, década de 1890, com um indígena pedindo o chá da coca a uma deusa inca, feito para um cartaz de produto farmacêutico que anunciava: “vinho dos incas para convalescentes”.

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados ao abuso e à dependência da cocaína e do crack.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Um bom acervo de revisões da literatura científica sobre tratamentos de problemas de saúde resultantes da cocaína é mantido pela Cochrane Collaboration. Diversas diretrizes sobre a abordagem clínica do abuso dos derivados da coca têm sido produzidas no planeta. A Associação Médica Brasileira e outras entidades, numa ampla colaboração institucional e individual, publicou em 2000 uma diretriz sobre o abuso e a dependência de cocaína¹, depois desdobrada e atualizada². Lançou, em agosto de 2011, a diretriz sobre o abuso e a dependência do crack³. A Prefeitura de São Paulo, em 2006, emitiu um guia prático, para uso no SUS⁴. No mesmo ano a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) lançou suas diretrizes, que reforçam a importância da abordagem adequada do dependente químico, especialmente quando portador de comorbidade psiquiátrica⁵. Na sequência foram lançadas as diretrizes sobre o crack, em forma de cartilha, pelo Conselho Federal de Medicina⁶, distribuída aos médicos.

O presente protocolo, em boa parte, se inspira em tais diretrizes, mas também em linhas-guia norte-americanas^{7,8}, em linhas-guia do sistema

¹ ABP. **Abuso e Dependência da Cocaína**. Projeto Diretrizes. (Autores: Romano M, Ribeiro M, Marques ACPR) São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/005.pdf>.

² CREMESP; AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. (Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0201.pdf>>.

³ ABP. **Abuso e a dependência do crack**. Projeto Diretrizes. (Autores: Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC) São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/abuso_e_dependencia_crack.pdf>.

⁴ SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria de Participação e Parceria. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**, São Paulo: Prefeitura Municipal, 2006. Disponível em: <http://www.amata.ws/artigos/guia_pratico_atualizado_julho2006.pdf#page=94>.

⁵ ZALESKI, Marcos et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013&lng=en&nrm=iso>.

⁶ CFM. **Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Dependente do Uso do Crack**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>>.

⁷ APA. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2a. ed. Washington: Psychiatric Practice Section, American Psychiatry Association, 2010. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1675010>>

nacional de saúde britânico (NHS)^{9, 10}, e na diretriz da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG)¹¹.

A cocaína é uma droga ilícita, em pó, aspirada pelo nariz, ou aplicada por injeções intravenosas após diluição em água. Os subprodutos da cocaína, crack, merla e oxi, são fumados. Os solventes usados para sua fabricação são produtos corriqueiros, como a acetona e a gasolina. O uso, a curto e longo prazo, predispõe a doenças infecciosas (AIDS, hepatite e tuberculose, especialmente). O meio social em que a droga é comercializada geralmente se vincula à criminalidade e à violência. Grávidas usuárias expõem o feto à droga. O crack está ligado a inúmeros problemas sociais contemporâneos.

Cocaína: formas ilícitas de apresentação	
Pasta Base	Macerado das folhas, cal, solvente e ácido sulfúrico.
Pó	A pasta é tratada com ácido hipoclorídrico, produzindo o cloridrato de cocaína (pó branco e sem cheiro).
Crack	Pasta de coca, bicarbonato de sódio ou amônia, água e aquecimento, transformando a pasta em pedras.
Merla	Pasta de coca ou pó, ácido sulfúrico, solvente.
Oxi (ou óxido)	Pasta base de cocaína com solvente.

A grande maioria dos usuários de cocaína e crack que procuram serviços de saúde apresentam queixas relacionadas às complicações psiquiátricas, tanto por intoxicação aguda como pela síndrome 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,

⁸ DITTMAR, Peter K.; OLMEDO, Ruben. An Evidence-Based Approach to Cocaine-Associated Emergencies. **Emergency Medicine Practice**. Volume 10, Number 1, January 2008. Disponível em: <http://www.medschool.lsuhs.edu/emergency_medicine/docs/EMP%20Cocaine.pdf>.

⁹ UK. Department of Health (England and the devolved administrations). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management**. Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

¹⁰ NHS. NICE. **Treatment for drugs misuse**: Information about NICE clinical guidelines 51 and 52. Londres: NICE, 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/cg52-drug-misuse-psychosocial-interventions-and-opioid-detoxification-understanding-nice-guidance2>>.

¹¹ FHEMIG. **041 Manejo Clínico do Usuário de Crack**. [Orgs.: Fernando Teixeira Grossi, Rafael Miranda de Oliveira]. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2520-041-manejo-clinico-do-usuario-de-crack>.

sendo frequente a falta de cuidados pessoais, de higiene, má alimentação e condições precárias de moradia¹².

Por isso, muitas vezes, na primeira consulta, em casos com muitos sintomas, a abordagem imediata precisa ser **sintomática**, incidindo não nas causas, mas nas consequências clínicas. O tema da dependência propriamente dita ocorre na sequência, na medida em que os sintomas mais graves cedem, e a aliança terapêutica vai permitindo diálogo produtivo.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

Aos signos alfanuméricos acima, juntam-se, após um ponto, as subdivisões, como um quarto caractere:

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .4 - Síndrome de abstinência com delirium
- .5 - Transtorno psicótico
- .6 - Síndrome amnésica
- .7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado.

2. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Eventualmente o paciente é atendido em unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), hospitais, por intoxicações agudas ou por outros quadros complicados.

O Centro de Atenção Psicossocial especializado em problemas relacionados a álcool e drogas (CAPS AD) é o serviço de saúde mais indicado para o seguimento do paciente na fase inicial do tratamento da dependência. A sequência do tratamento pode ser feita em unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de atenção psicossocial genéricos (CAPS I).

Gestantes precisam ter um hospital de referência para o parto e serviços ambulatoriais que possam fazer o pré-natal em situações especiais, em contato com o serviço de saúde mental que acompanha o caso. Para moradoras de rua, eventualmente o início do contato deverá ser feito por uma equipe de consultório na rua.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico segue os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

¹² 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**. Brasília: SENAD; 2012. Disponível em: <<http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf#page=56>>.

Os critérios para diagnóstico da dependência são os critérios comuns para substâncias psicoativas. O fato de a pessoa sentir uma necessidade de doses frequentes da substância, em períodos curto de tempo, é sinal mais importante. No abuso, o gasto de dinheiro na compra da droga, a negligência de responsabilidades e o envolvimento em conflitos interpessoais são fatores diagnósticos.

Os critérios diagnósticos para a síndrome de **dependência** de derivados da coca (F14.3) são os seguintes:

- A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína.
- B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se de algumas horas a alguns dias após o Critério A:
 - (1) fadiga.
 - (2) sonhos vívidos e desagradáveis.
 - (3) insônia ou hipersonia.
 - (4) aumento do apetite.
 - (5) retardo ou agitação psicomotora. Anedonia e premissa pela droga também podem estar presentes.
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Os sintomas agudos de abstinência frequentemente são vistos após períodos de uso repetitivo de altas doses e se caracterizam por sensações intensas e desagradáveis de lassidão e depressão, geralmente exigindo vários dias de repouso e recuperação. Sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida podem ocorrer.

Uma parcela considerável dos indivíduos com dependência leve de cocaína apresenta poucos ou nenhum sintoma de abstinência evidente ao cessar o uso da substância.

Os usuários crônicos, usando doses maiores, na falta da substância fazem síndromes de privação típicas, compostas por três fases progressivas¹³:

- 1) *Crash*: drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15 a 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 quatro dias.
- 2) Síndrome disfórica tardia, que se 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.
- 3) Fase de extinção: os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e a fissura (*craving*) torna-se intermitente.

¹³ ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria); MARQUES, Ana Cecília P. Roselli; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo R.; ANDRADA, Nathalia Carvalho. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>.

Os gatilhos e estímulos condicionados possuem uma grande influência e um potencial de recaída real sobre os usuários. Pois isso, num tratamento pouco intensivo e excessivamente aberto, a fissura e os sintomas poderão assumir uma característica de maior intensidade, frequência e duração.

4. TRATAMENTO

É interessante que o tratamento compreenda uma combinação de atividades psicossociais grupais, psicoterapias e abordagens farmacológicas¹⁴. Os objetivos do tratamento do dependente de cocaína ou de seus subprodutos são:

- a) Orientar o suporte sintomático na intoxicação.
- b) Estabelecer um fluxo específico de tratamento.
- c) Promover a reabilitação.
- d) Possibilitar a abstinência.
- e) Promover a redução de danos.
- f) Contribuir na constituição da rede de cuidados ao usuário de substâncias psicoativas.

O projeto terapêutico singular consiste num plano de tratamento desenvolvido pela equipe de saúde (idealmente sob coordenação de um técnico de referência para o paciente), adaptado às necessidades pessoais contemporâneas do usuário. O projeto deve ter metas e prever intervenções planejadas.

Tratamento dos transtornos devidos ao uso de cocaína

Como regra, o tratamento da dependência da cocaína em pó, aspirada, **não requer internação hospitalar**, podendo ser realizado em nível comunitário, como o de CAPS, ambulatórios e unidades de atenção primária.

Nas fases iniciais do tratamento, em que há fissura (*craving*), é importante a alta frequência do usuário ao serviço, muitas vezes com comparecimento diário. Vários estudos, nas últimas duas décadas, trazem evidências não só de que é possível tratar em regime intensivo ou semi-intensivo de serviços, como os CAPS e os hospitais-dia, mas de que o tratamento hospitalar não apresenta maiores resultados, na sequência da vida do paciente, em relação ao ambulatorial^{15,16}. Esta posição tem sido defendida pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em sua diretriz¹⁷.

Intervenções psicossociais baseadas em terapias comportamentais podem ajudar a diminuir o uso da droga e a reduzir o abandono do

¹⁴ FONSECA, Francisco Noé da; GONDIM, Ana Paula Soares; FONTELES, Marta Maria de França. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300551&lng=en&nrm=iso>.

¹⁵ McKAY JR, McLELLAN AT, ALTERMAN AI: An evaluation of the Cleveland criteria for inpatient treatment of substance abuse. **Am J Psychiatry** 1992; 149:1212–1218. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1503134>>.

¹⁶ ALTERMAN AI, O'BRIEN CP, McLELLAN AT, AUGUST DS, SNIDER EC, DROBA M, CORNISH JW, HALL CP, RAPHAELSON AH, SCHRADE FX: Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. **J NervMentDis** 1994; 182:157–163. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8113776>>.

¹⁷ APA. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2a. ed. Washington: Psychiatric Practice Section, American Psychiatry Association, 2010. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1675010>>

tratamento. Intervenções múltiplas (multimodais) mostram-se mais efetivas do que atendimentos não intensivos (como a simples consulta eventual). Revisões relatam a existência de algumas mudanças comportamentais significativas e redução das taxas de consumo de cocaína na sequência da intervenção. Porém, pelas evidências atualmente disponíveis, não há uma abordagem padrão, ou um tratamento único, capaz de abranger aspectos multidimensionais da dependência química e capaz de produzir resultados altamente significativos¹⁸.

Não se demonstrou que intervenções com grande número de sessões longas sejam melhores do que intervenções breves em número limitado. Portanto, procedimentos educativos breves tendem a ser mais rentáveis e podem ser realizados com facilidade¹⁹.

Pessoas que abusam de cocaína injetável e de crack estão em maior risco de contaminação por HIV. Uma revisão de 35 ensaios (abarcando 11.867 pacientes) avaliou que as intervenções sanitárias para reduzir este risco têm eficácia. As estratégias de redução de danos são parte constituinte do sistema de saúde. Adquirem maior importância diante do uso injetável de cocaína.

Diversos medicamentos estão sendo testados e utilizados de forma empírica²⁰. Psicofármacos podem ser recomendados, temporariamente, para o alívio de sintomas transitórios, segundo a especificidade de cada caso. Não existe, porém, tratamento medicamentoso, específico e comprovado, para a dependência de cocaína. A química da cocaína no cérebro implica ação ampla, atuando em diversas vias de neurotransmissão, como um agonista indireto. Não há receptores definidos, utilizados pela cocaína, mas a presença da droga exacerba funcionamentos neuronais estabelecidos²¹.

Antagonistas dopaminérgicos (amantadina, pergolida, bromocriptina, metilfenidato, cabergolina, lisuride, L-dopa, carbidopa, mazindol) têm sido testados, mas não há evidências atuais de que tais fármacos tenham eficácia no tratamento da dependência de cocaína²².

O dissulfiram e o naltrexone, para os quais há indícios de que poderiam reduzir, mais do que placebos, os abandonos de tratamento, não receberam

¹⁸ KNAPP WP, SOARES B, FARRELL M, SILVA DE LIMA M. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2007, Issue 3. Art. No.: CD003023. DOI: 10.1002/14651858.CD003023.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003023.pub2/full>>.

¹⁹ MEADER N, LI R, DES JARLAIS DC, PILLING S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 1. Art. No.: CD007192. DOI: 10.1002/14651858.CD007192.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007192.pub2/full>>.

²⁰ MINOZZI S, AMATO L, DAVOLI M, FARRELL MF, LIMA REISSER AARL, PANI PP, SILVA DE LIMA M, SOARES BGO, VECCHI S. Anticonvulsants for cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 2. Art. No.: CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006754.pub2/abstract>>.

²¹ ARAUJO, Marcelo Ribeiro; LARANJEIRA, Ronaldo; DUNN, John. **Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento**. São Paulo: UNIAD, EPM-UNIFESP, 201_. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/cocaina/Cocaina%20_bases%20biologicas%20da%20administracao%20abstinencia%20e%20tratamento.pdf>.

²² AMATO L, MINOZZI S, PANI PP, SOLIMINI R, VECCHI S, ZUCCARO P, DAVOLI M. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD003352. DOI: 10.1002/14651858.CD003352.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003352.pub3/abstract>>.

confirmação e significância estatística²³. Em estudos com número pequeno de pesquisados, com evidência científica menor, pode-se induzir que o dissulfiram, na dose de 250 a 500 mg ao dia, poderia causar benefícios para alguns pacientes.

Desde a década de 1990 está comprovado que as anfetaminas (metilfenidato, dextroanfetaminas), em vez de causar melhoras, podem piorar a fissura e estimular recaídas²⁴.

Também não há diferenças significativas, no tratamento farmacológico da dependência de cocaína, em revisão de 15 estudos (abrangendo 1.066 pacientes), ao comparar placebos com anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, fenitoína, tiagabina, topiramato, valproato)²⁵.

Há alguns efeitos positivos vinculados ao uso de antidepressivos sempre que o problema estiver associado a sintomas afetivos e ansiosos. Os resultados na melhora do humor podem ser benéficos ao dependente químico²⁶. A imipramina tem sido bastante usada. Há evidências de que a psicoterapia de prevenção de recaída associada ao uso do cloridrato de imipramina tem maior efetividade para casos graves²⁷. A amitriptilina pertence ao mesmo grupo farmacológico (o dos psicoanalépticos tricíclicos) e tem efeitos sedativos um pouco mais intensos, inclusive ajudando a conciliar o sono, se tomada em dose única, na posologia de 75 mg, à noite.

Neurolépticos de uso histórico, como o haloperidol²⁸ e a clorpromazina, já estão testados. A clorpromazina ainda é bastante prescrita nos CAPS²⁹. Estes tranquilizantes maiores demonstram capacidade para bloquear parcialmente os receptores, tornando necessárias doses maiores de cocaína para a obtenção dos mesmos efeitos. O bloqueio limita os efeitos motores próprios da cocaína, todavia não atua sobre o sistema de reforço e gratificação. Os neurolépticos

²³ PANI, P.P. et al. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 1. Art. No.: CD007024. DOI: 10.1002/14651858.CD007024.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007024.pub2/abstract>>.

²⁴ RAO S.; ZIEDONIS D.; KOSTEN T. The pharmacotherapy of cocaine dependence. **Psychiatric Annals**, 25:6, 1995: 363-8. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-41773-001>>.

²⁵ MINOZZI S, AMATO L, DAVOLI M, FARRELL MF, LIMA REISSER AARL, PANI PP, SILVA DE LIMA M, SOARES BGO, VECCHI S. Anticonvulsants for cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 2. Art. No.: CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006754.pub2/full>>.

²⁶ PANI PP, TROGU E, VECCHI S, AMATO L. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD002950. DOI: 10.1002/14651858.CD002950.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002950.pub3/abstract>>.

²⁷ ARAUJO, Marcelo Ribeiro; LARANJEIRA, Ronaldo; DUNN, John. **Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento**. São Paulo: UNIAD, EPM-UNIFESP, 201_. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/cocaina/Cocaina%20_bases%20biologicas%20da%20administracao%20abstinencia%20e%20tratamento.pdf>.

²⁸ BERGER SP, HALL S, MICKALIAN JD, REID MS, CRAWFORD CA, DELUCCHI K, CARR K, HALL S. Haloperidol antagonism of cue-elicited cocaine craving. **Lancet**, 347: 504-08, 1996. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2896%2991139-3/abstract>>.

²⁹ DA FONSECA, Francisco Noé; GONDIM, Ana Paula Soares; DE FRANÇA FONTELES, Marta Maria. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 38, n. 102, p. 551-561, 2014. Disponível em: <<http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Revista102-web.pdf#page=145>>.

têm em alguma eficácia, mas não são sentidos pelo paciente como agradáveis, pois são sedativos, o que facilita o abandono do tratamento.

Tranquilizantes menores, como o diazepam, só teriam indicação, de forma temporária e breve, em situações de grande ansiedade. Não se deve recomendar benzodiazepínicos a pessoas que tenham vínculos frágeis com o serviço de saúde, pois corre-se o risco de criar dependência química do tranquilizante, sem que a dependência da cocaína seja superada.

Até o momento, nenhum medicamento se mostrou eficaz para abolir, de imediato, os sintomas de síndrome de dependência, nem para atuar sobre o comportamento de procura da substância.

Tratamento da intoxicação aguda por cocaína

Dentre as complicações clínicas agudas relacionadas ao consumo da cocaína, a overdose é uma das mais conhecidas emergências médicas. É definida como a falência de um ou mais órgãos, decorrente do estado de hiperestimulação central e simpática. São sinais clínicos de overdose pela cocaína: midríase, taquicardia, hipertensão, arritmia, hipertermia, vasoespasmos. Podem ocorrer acidente vascular cerebral, angina no peito com ou sem infarto, hemorragia intracraniana, convulsões, rabdomiólise e insuficiência cardiorrespiratória.

Aproximadamente um terço dos acidentes vasculares em jovens relaciona-se ao abuso de drogas. Podem ocorrer complicações pulmonares, com dor torácica, dispneia, tosse seca ou com eliminação carbonácea e febre. Ocorre, eventualmente, hemoptise e derrame pleural. Episódios convulsivos, sintomas neurológicos focais, cefaleias, transtornos do movimento e alterações da consciência podem também acontecer³⁰.

Há poucas investigações sistematizadas sobre o tratamento da intoxicação aguda por cocaína. Não há qualquer antídoto específico para esta droga. O tratamento é sintomático e de suporte vital. São abordados os delírios (se houverem) e a hiperatividade autonômica.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com:

- 1) Hipóxia por aspiração
- 2) Outras intoxicações isoladas ou associadas: anfetaminas, anticolinérgicos, alucinógenos, fenciclidina, xantinas, álcool, etc.
- 3) Choque séptico
- 4) Emergências hipertensivas, enfarte agudo do miocárdio, angina, edema agudo do pulmão
- 5) Hipoglicemia
- 6) Insolação
- 7) Síndrome de abstinência
- 8) Quadros maníacos e surtos esquizofrênicos
- 9) Síndrome de serotoninérgica
- 10) Síndrome de tireotóxica
- 11) Cerebrite fúngica
- 12) Endocardite, sobretudo da válvula tricúspide, que é o caso mais comum, nos usuários de cocaína injetável.
- 13) Colite isquêmica
- 14) Traumatismo crânio-encefálico.

³⁰ FHEMIG.041Manejo Clínico do Usuário de Crack. [Orgs.:Fernando Teixeira Grossi, Rafael Miranda de Oliveira]. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2520-041-manejo-clinico-do-usuario-de-crack>.

Na dúvida, o contato com o **Centro de Informações Toxicológicas (CIT), telefone 0800 643 5252**, pode ser de grande ajuda às equipes do pronto-socorro ou do SAMU. Diante de casos de crianças intoxicadas deve-se consultar o CIT, por telefone, descrevendo-se o quadro e anotando as orientações.

As diretrizes da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Psiquiatria contraindicam o uso de beta-bloqueadores na overdose de cocaína, por reduzirem o fluxo sanguíneo e aumentarem a resistência coronariana³¹.

Os benzodiazepínicos, via oral ou intramuscular, só são usados para intoxicações agudas em que os pacientes tenham dor precordial, ou estejam muito agitados e ansiosos, ou em crise de pânico, ou mostrem-se potencialmente perigosos. Em caso de crises convulsivas, são também uma boa escolha. Um comprimido de diazepam de 5 ou 10mg pode ser eficaz. Se necessário, poderá ser repetido.

Não há evidência de que os anticonvulsivantes tradicionais (como a fenitoína) possam ser prescritos com o objetivo de prevenir convulsões, nestes casos.

Quadro: Patoplastia dos quadros cocaínicos de urgência e psicofármacos úteis.

Sintomatologia	Intoxicação leve	Agitação ou <i>delirium</i> com excitação
Quadros de agitação com alterações de conduta	Suporte, monitorização dos sinais vitais, ambiente tranquilo, poucos estímulos sensoriais.	Diazepam, 5 a 10 mg, VO ou IM; ou haloperidol 5 a 10 mg VO ou IM. Pode-se repetir de 8/8 horas. Contenção mecânica se necessário, apenas em casos mais graves. Evitar fenotiazinas.
Sintoma psicóticos (delírios paranoides, com ilusões e alucinações)	Suporte, assegurar ambiente tranquilo.	Haloperidol 5 ou 10 mg VO ou IM. Pode-se repetir de 12/12 horas ou de 8/8 horas. Contenção mecânica se necessário, apenas em casos mais graves. Evitar fenotiazinas.
Estado de ansiedade ou crises de pânico	Cuidados e ambiente calmo.	Diazepam, 5 a 10 mg, VO.

O tratamento das manifestações agudas do uso de cocaína e derivados começa por uma avaliação clínica completa, com monitoramento dos sinais vitais, podendo chegar a caracterizar uma emergência médica. O paciente deve ser examinado, avaliado com eletrocardiograma e observado. As funções renais e hepáticas, hemograma, eletrólitos e glicemia podem ser solicitados, bem como exames mais específicos quando as suspeitas clínicas justificarem. Nos casos de inquietação aguda, com predomínio de ansiedade ou pânico, os benzodiazepínicos são o tratamento de escolha. Pacientes com quadro de agitação psicomotora ou sintomas psicóticos devem ser tratados com antipsicóticos IM, como haloperidol, na dose de 5 mg.

A presença de sintomas psicóticos (delírios paranoides, alucinações) pode desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da

³¹ FELDMAN, J.A. e al. Acute cardiac ischemia in patients with cocaine associated complaints: results of a multicenter trial. **Ann Emerg Med** 2000; 36:469-76. Apud: ABP. **Abuso e Dependência da Cocaína**. Projeto Diretrizes. (Autores: Romano M, Ribeiro M, Marques ACPR) São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/005.pdf>.

ação da cocaína). Agitações extremas, decorrentes destes sintomas, podem necessitar de sedação. O haloperidol pode ser utilizado nessas ocasiões, aumentando a dose, de 5 mg, até 15 mg/dia, quando há delírios e agitação psicomotora.

Neurolépticos fenotiazínicos, tais como a clorpromazina e a levomepromazina, devem ser evitados na overdose, por baixarem o limiar de convulsão. Os neurolépticos são eficazes para tratar delírios associados com a intoxicação de cocaína, mas a maioria dos pacientes se recupera espontaneamente dentro de poucas horas, dispensando as medicações antipsicóticas.

Tratamento do abuso e da dependência de crack

A Diretriz da FHEMIG, de Minas Gerais, concordando com a do National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, elenca os seguintes princípios, sobre a abordagem do crack:

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

A desintoxicação, do ponto de vista médico, é o tratamento sintomático de suporte para as situações de intoxicação aguda. É uma abordagem pontual, que dura poucos dias. É interessante que a sequência da atenção clínica aborde os sintomas de fissura (*craving*) por duas a quatro semanas, para aumentar a adesão ao conjunto da terapia e à tentativa de mudança de hábitos.

O tratamento farmacológico da síndrome de abstinência de crack implica:

- 1) Manejo sintomático, tratando os sintomas da abstinência à medida em que vão surgindo: náuseas com anti-eméticos, dores com analgésicos comuns, insônia com diazepam, etc.
- 2) Hidratar o paciente.
- 3) Evitar a contenção física, sempre que possível.
- 4) Não reter o usuário caso se ele esteja decidido a abandonar o serviço.
- 5) Durante ou logo após a abstinência podem surgir sintomas depressivos, ou haver manifestação de uma depressão pré-existente, mascarada pelo uso de cocaína.
- 6) Atentar, no caso de depressões somadas a impulsividade, para riscos de suicídio.

Critérios para internação

Os critérios clínicos³² para hospitalização são os seguintes:

- 1) Overdose que requeira medidas de suporte;
- 2) Alterações persistentes do estado mental ou da psicomotricidade, com sintomas psicóticos ou comportamentais severos;
- 3) Hipertermia significativa ou rabdomiólise^{33, 34}, coagulopatias, acidose metabólica, hipertensão severa, dor torácica sugestiva de isquemia de miocárdio, falência renal, respiratória ou hepática;
- 4) Risco de quadro grave de abstinência em portadores de quadros clínicos concomitantes, bem documentados, ou histórico concomitante de uso pesado de álcool que possa agravar a evolução clínica.
- 5) História bem documentada pelos médicos assistentes de não adesão, de não se haver benefício de tratamento em regime extra-hospitalar, ou da ausência absoluta de serviços comunitários;
- 6) Comorbidade psiquiátrica importante que por si só exigiria atendimento hospitalar ou cujos transtornos impossibilitem adesão a tratamento extra-hospitalar;
- 7) Casos em que o uso das substâncias ou comportamentos constituem grave perigo para si ou para terceiros, mediante relatório do CAPS explicitando que já foram esgotados todos os meios de tratamento comunitário e o porquê de tais tratamentos terem falhado;
- 8) Usuários cuja fissura é vivida com grande angústia e agitação psicomotora, pouco empenhados em abster-se do uso da substância ilícita, em vulnerabilidade social e fácil acesso ao uso da droga.

Dependendo do caso, a internação deve ser realizada em enfermaria clínica de hospital geral (como em casos do item 3, acima), ou em serviço de saúde mental de hospitais gerais ou em hospital especializado.

Como afirma o Conselho Federal de Medicina, as internações devem obedecer aos preceitos da legislação³⁵. Note-se que a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 define a possibilidade de internações involuntárias. Não há razões para se acionar a figura da internação compulsória, exceto para os casos em que o usuário tenha cometido delito e deva ser recolhido, por periculosidade e para cumprimento de medida de segurança. Cabe ao médico não se envolver com solicitações de atestados indicando internações, na ausência de critérios clínicos, feitas por pessoas que desejem o albergamento, o asilo, o sequestro, a prisão ou a exclusão social de dependentes químicos, ou desejam apenas melhorar o conforto familiar diante de um convívio difícil. Os hospitais não devem servir como solução para problemas sociais,

³² FHEMIG. **041Manejo Clínico do Usuário de Crack**. [Orgs.:Fernando Teixeira Grossi, Rafael Miranda de Oliveira]. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2520-041-manejo-clinico-do-usuario-de-crack>.

³³ Ruptura das fibras musculares que causa a liberação do conteúdo dessas fibras (mioglobina) na corrente sanguínea. A mioglobina é prejudicial para os rins e, geralmente, causa problemas renais. Vide: ÁLVAREZ-COROVÉS, M.M. et al. Rabdomiólisis asociada al consumo de cocaína. **Semergen Medicina de Familia**. Volume 38, Issue2, March 2012, Pages 102–106. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359311003455>>.

³⁴ CARRASCO, Rodrigo; SALINAS, Mauricio; ROSSEL, Víctor. Rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda por consumo de cocaína: caso clínico. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 139, n. 4, abr. 2011. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000400010&lng=es&nrm=iso>.

³⁵ CFM. **Diretrizes Gerais Médicas pra Assistência Integral ao Crack**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>> e em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>>.

habitacionais, de segurança, penais, ou de pouca estruturação familiar. Não faz parte dos objetivos e atribuições do SUS resolver problemas desta ordem³⁶. O tratamento pode ser realizado, na ausência de indicação técnica para internação hospitalar, em regime ambulatorial, em CAPS, em unidade de acolhimento, em comunidade terapêutica, e mesmo na própria unidade básica próxima da residência do usuário.

A internação, algumas vezes, deve ser imediata, para garantir a segurança do paciente e a estabilização do quadro clínico. O ideal é que, após a estabilização, o usuário seja encaminhado para tratamento de longa duração em CAPS AD ou outro serviço de saúde. Os CAPS podem oferecer atendimento intensivo ou semi-intensivo. Alguns casos se beneficiam do acolhimento em comunidades terapêuticas, estruturas que trabalham, por vários meses, através de vivências grupais, a mudança de hábitos de vida, pela coexistência entre pessoas com problemas parecidos. As comunidades terapêuticas têm demonstrado bons resultados para alguns dependentes de crack, mas os resultados para o conjunto dos atendidos é apenas parcial³⁷.

5. CASOS ESPECIAIS

Comorbidades psiquiátricas

A comorbidade é muitas vezes subestimada. Muitos sintomas de um transtorno mental são atribuídos ao uso de drogas, tanto pela população leiga, quanto por profissionais da saúde. Quadros de agitação com alterações da conduta podem ser indicadores de psicopatologia coexistente. Em casos graves de *delirium* excitatório após intoxicação por cocaína faz-se necessário avaliar, no pronto-socorro, a necessidade de contenção, diante do risco para si e para terceiros. Veja-se o protocolo sobre o código cinza, a respeito de usuários com potencial de agressão.

Pulmão de Crack

Complicações pulmonares são frequentemente observadas como consequência do ato de fumar o crack. Usuários de crack apresentam sintomas respiratórios após fumar a droga, mas poucos procuram assistência médica por isso. A inalação pode gerar 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”.

A hemorragia pulmonar e a lesão pulmonar aguda são radiologicamente indistinguíveis. Na falência respiratória vê-se opacidades bilaterais que aparecem logo após o uso do crack e clareiam rapidamente, ao interromper o uso, também ditas “pulmão de crack”. Deve-se fazer avaliação pulmonar com radiografia de tórax, hemograma, gasometria arterial, proteína C reativa para diagnóstico diferencial

³⁶Os objetivos, atribuições e princípios organizativos do SUS estão na lei orgânica da saúde. Vide: BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990 [Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República, 1990.

³⁷ MARS DEN, John; National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group, et al. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. **The Lancet**, 10 Oct 2009, Vol. 374, Issue 9697, Pages 1262-1270. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61420-3. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961420-3/abstract>>.

entre o pulmão de crack e outras doenças pulmonares (pneumonia, asma, embolia pulmonar, tuberculose, edema cardiogênico).

Complicações cardiovasculares do crack

A dor torácica é a principal queixa dos usuários de cocaína nas emergências. Pacientes referindo dor torácica não traumática devem ser perguntados sobre o consumo de crack. Cerca de metade dos casos de enfarte agudo do miocárdio decorrente de cocaína não têm qualquer evidência de doença coronariana aterosclerótica nas angiografias. O risco de infarto agudo do miocárdio aumenta 24 vezes, nas duas horas seguintes ao uso da cocaína, mesmo em pessoas de baixo risco. O uso prolongado da cocaína pode facilitar alteração da função sistólica ventricular por hipertrofia ou dilatação miocárdica, aterosclerose, disritmias cardíacas, apoptose de cardiomiócitos e lesão simpática³⁸.

O tratamento da dor precordial a das síndromes coronárias em usuários de cocaína é semelhante ao tratamento de pacientes com os fatores de riscos tradicionais, mas difere pelo uso de benzodiazepínicos e fentolamina e pela contra-indicação de beta bloqueadores. Beta bloqueadores somente poderão ser usados no seguimento de alguns pacientes selecionados, mas nunca no momento da crise aguda. Pode-se usar diazepam, na emergência, e se houver persistência da hipertensão o tratamento de primeira linha será um nitrato. A segunda linha é a fentolamina ou um bloqueador de canais de cálcio³⁹.

Complicações judiciais: uso de drogas simultâneo à criminalidade

Frente à associação do crime com a dependência de drogas, está sendo adotado, por alguns fóruns um programa que propõe alternativas ao processo criminal convencional. Oferece ao acusado a suspensão condicional do processo, desde que ele ingresse num tratamento para a dependência química⁴⁰. A Justiça Terapêutica dá, pois, penas alternativas. Funciona como redução de danos à sociedade e como medida socioeducativa, fazendo o agressor compensar os danos causados, se possível⁴¹.

Variações caracterológicas pouco comuns

Um dos fatores que podem complicar o tratamento dos dependentes de cocaína e crack é a presença de personalidades complexas e transtornadas. Classicamente, na Psicopatologia, os transtornos de personalidade são

³⁸ GAZONI, Fernanda Martins et al . Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 18, n. 4, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000400019&lng=pt&nrm=iso>.

³⁹ SCHWARTZ, Bryan G. et al. Cocaine Cardiovascular Effects. **Circulation**, December 14, 2010, p. 2558- 2569 doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.940569. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/122/24/2558.full>> e em <<http://www.radiofmcario.com/pdf/CardiovascularEffectsofcocaine.pdf>>.

⁴⁰ PULCHERIO, Gilda et al. Crack – da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul.-set. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf>.

⁴¹ SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmen Sílvia Có. **Justiça Terapêutica: Um programa judicial de redução do dano social**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Justiça Terapêutica. Disponível em: <<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=158>>.

definidos como variedades anormais do ser psíquico⁴². A personalidade (composta por temperamento, caráter, impulsividade e inteligência) é característica do sujeito. Os transtornos de personalidade não são doenças, mas são desvios estatísticos em relação à média da população. A Organização Mundial da Saúde os conceitua como “expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros”⁴³. Respondem pouco aos esforços dos serviços de saúde, apesar de tais serviços serem bastante solicitados para abordá-los, especialmente pelos operadores do Direito.

O envolvimento de algumas pessoas, cujas personalidades tenham motivações dissociadas ou antissociais, em abordagens terapêuticas grupais, em CAPS, hospitais e comunidades terapêuticas, contribui para a desestruturação do grupo e não tem demonstrado qualquer eficácia para o sujeito⁴⁴. É comum, em mais de um terço dos jovens infratores da lei usando drogas ilícitas, descobrir-se que eles já cometiam crimes ou infrações graves antes de terem começado a usar drogas^{45, 46}.

Em que pese toda a formulação clássica da Psicopatologia para permitir a confecção de anamnese e de diagnóstico^{47, 48}, o papel do profissional da saúde, em tais casos, é limitado e polêmico⁴⁹. O médico e o psicólogo podem fazer o diagnóstico e distingui-lo das hipóteses diagnósticas diferenciais, mas não têm ferramentas para apresentar soluções. Há, do ponto de vista da saúde, uma intratabilidade para a maioria das pessoas com características graves de desvio de caráter⁵⁰. Alguns casos, porém podem ser alvos de medidas fármaco-cosméticas, para minorar sua impulsividade e agressividade, numa lógica de proteção a terceiros.

A fim de não estimular fantasias de onipotência sobre os serviços de saúde, especialmente junto a operadores do Direito, os profissionais precisam ter cuidado ao emitir declarações e atestados que possam ser mal interpretados. Devem se precaver para não dar a impressão de que os transtornos de

⁴² SCHNEIDER, Kurt. **Psicopatologia Clínica**. 2São Paulo: Mestre Jou, 1976.

⁴³ OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª. revisão. São Paulo: EdUSP, 1993, p. 359.

⁴⁴ SCHNEIDER, J. A.; LISBOA, C. M.; MALLMANN, C. Relação entre dependência de cocaína e/ou crack, transtorno de personalidade antissocial e psicopatia em paciente internados em uma instituição de reabilitação. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 4, n. 3, maio-junho 2014, p. 24-33.

⁴⁵ PARENT, I.; BROCHU, S. **Quand les trajectoires toxicomanes et délinquants se rencontrent: dix toxicomanes se racontent**. Recherches et Intervention sur les Substances Psicoactives (RISQ). Montreal: RISQ, Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CHRS), École de Criminologie de l'Université de Montréal, 1999. Disponível em: <<https://depot.erudit.org/retrieve/865/000213pp.pdf>>.

⁴⁶ NUNES, Laura Maria Cerqueira Marinha. **Análise biográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes**. [Tese. Orient.: Carlos Mota Cardoso]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1522/1/teseLauraNunes.pdf>>.

⁴⁷ JASPERS, Karl. **Psicopatologia General**. Buenos Aires: Editorial Beta, 1975.

⁴⁸ NARDI, Antônio Egídio et al. A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) - 1913-2013: a pivotal book in the history of Psychiatry. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 7, July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000700490&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁹ KENDELL, R.E. The distinction between personality disorder and mental illness. **The British Journal of Psychiatry** (2002) 180: 110-115. doi: 10.1192/bjp.180.2.110. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/180/2/110.full>>.

⁵⁰ LEE, Jessica H. **The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders: A Review**. Londres: RAMAS (Risk Assessment Management and Audit Systems), UK Department of Health, 1999. Disponível em: <<http://www.ramas.co.uk/report3.pdf>>.

personalidade sejam doenças e sejam tratáveis pelos serviços de saúde, pois isto serviria à medicalização, à psicologização e à judicialização de fenômenos humanos que extrapolam o potencial terapêutico e os saberes das Ciências da Saúde⁵¹.

Veja-se, sobre este tema, o protocolo a respeito das personalidades desviantes.

Alterações da personalidade por abuso de cocaína ou de crack

Diferentemente dos transtornos de personalidade, que são vitalícios e anteriores ao uso da cocaína, as alterações da personalidade por abuso representam uma mudança no padrão prévio e característico do indivíduo. São alterações reversíveis após um período sem usar a droga. Os dependentes vão gradativamente se encaixando em um padrão de personalidade após longo tempo de dependência (6 a 12 meses). Aparecem traços e características de comportamento, da forma de montar relacionamentos e da percepção da realidade, comuns aos usuários crônicos da droga, após um longo tempo de consumo. Dentro da singularidade de cada pessoa, os dependentes coletam e guardam alguns traços comuns, relacionados à substância.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) aconselha que, se o profissional deseja indicar um relacionamento etiológico entre a alteração de personalidade e o uso de uma substância, anote a categoria “Sem Outra Especificação” relacionando-a à substância: “Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação”.

As alterações da personalidade ficam visíveis aos familiares do dependente, inclusive para perceber quando ele para e quando volta a usar a substância, em função de padrões de conduta, de comportamento e de relacionamento que não combinam com a pessoa que ele é ao não usar a droga.

Principais características da Alteração da Personalidade na Dependência Química
Mentiras seguidamente
Desmazelo (pessoal e em seu ambiente)
Irritabilidade e agressividade
Impulsividade
Relaxamento da ética (furtos, etc.)
Arrogância e prepotência
Não cumprimento de compromissos
Apatia amotivacional
Desinteresse por tudo que não diz respeito à droga
Instabilidade afetiva
Alteração do padrão do sono
Alteração do padrão alimentar

Fonte: BALLONE, 2008 ⁵².

As mudanças temporárias de personalidade em função de derivados da coca podem ser discutidas pela equipe de saúde com os familiares e as

⁵¹ SERRANO, Alan Índio. Perícias Médicas e Juízo. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZENWILER, Romano José. **Curso de Direito Médico**. São Paulo: Conceito, 2011, p. 454-460.

⁵² BALLONE, G.J. Drogadicção e Personalidade. **PsiquWeb**, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=224>>.

pessoas íntimas do paciente. Esta discussão lhes alivia da ansiedade, minora dificuldades para lidar com o dependente e auxilia no relacionamento geral do grupo.

Gestantes e bebês

O abuso de crack e de cocaína por mulheres grávidas e os efeitos sobre o feto e o neonato são abordados em protocolo específico, complementar a este.