



**I Congresso Internacional
Crack e outras drogas:
um debate social que se impõe.**

**O Modelo Terapêutico baseado
em Evidências Científicas**

de 07 a 09 de julho de 2010

Salão de Atos da UFRGS

Porto Alegre, RS

Declaro não estar sendo financiada por qualquer indústria.

Ana Cecila Petta Roselli Marques

Pressupostos filosóficos, éticos e teóricos

1. A dependência de drogas é uma doença crônica e recorrente e **complexa**, que atinge o indivíduo como um todo, **mas é tratável**
2. Como a dependência é uma **síndrome** e portanto, produzida por determinantes biológicos e psicossociais, o tratamento deve avaliar e **intervir em todos** os determinantes necessários para a **estabilização** da doença
3. Não existe tratamento único e sim, um **projeto terapêutico individualizado** fundamentado nas melhores práticas, comprovadas cientificamente
4. A abordagem deve ser aplicada por uma **equipe multidisciplinar**

Pressupostos filosóficos, éticos e teóricos

5. Na fase inicial do tratamento o indivíduo precisa ser submetido a um processo de **desintoxicação**, afim de que seja elucidado seu **diagnóstico** e ele possa participar do planejamento de seu projeto terapêutico
6. A dependência de substâncias de abuso cursa com outras morbidades: em média, **50% dos dependentes apresentam transtornos mentais e de comportamento e 60% apresentam complicações clínicas**
7. **A família** do dependente precisa de tratamento concomitante
8. A cognição do dependente está modificada pela doença e portanto, a **entrevista motivacional** precisa ser aplicada, continuamente, ao longo de todo o tratamento

Pressupostos filosóficos, éticos e teóricos

9. A abstinência é a meta desejável e aquela que produz um melhor desfecho
10. A “fissura” é um dos sintomas que mais dificultam a manutenção da meta e portanto, deve ser o alvo desde o início do tratamento
11. O tratamento é composto por uma fase de **desintoxicação**, e outra de **intervenção psicossocial** aquisição e a seguir, aplica-se a de manutenção e de **seguimento**, e todas são importantes
12. A **intervenção comportamental** é aquela que produz melhores resultados, principalmente se associada a **farmacoterapia**
13. O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo
14. As **comorbidades e complicações** devem ser assistidas

Pressupostos filosóficos, éticos e teóricos

15. 95% dos dependentes podem ser tratados em regime ambulatorial, com bom desfecho **se o tratamento disponível for fundamentado nas melhores práticas**
16. O dependente tem direito à saúde com qualidade, o que significa a assistência baseada em evidências científicas disponíveis e replicáveis, **articulando recursos formais e informais**
17. O tratamento da dependência deve ser **prioridade de todos os governos**
18. O tratamento deve atingir as populações especiais com **igualdade, universalidade, integralidade** e inclusão das especificidades necessárias para a obtenção de bons resultados
19. O direito à saúde com qualidade **deve ser informado para a comunidade**

Referências

1. World Health Organization (2004, 2008)
2. National Institute on Drug Abuse (2009)
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2009)
4. American Psychiatry Association (2009)
5. American Society of Addiction Medicine (2008)
6. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
7. Associação Brasileira de Psiquiatria (2009)
8. Treatment Research Institute (2009)
9. UN Report Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health (2008)
10. McConnell et al. 2009
11. Institute of Medicine (2008)
12. Rieckmann et al., 2009

E o *Crack?*

Ação Aguda: um *flash* de “fama interna”

SUBSTÂNCIA	AÇÃO
OPIACEOS	AGONISTA
COCAINA	INIBE A RECAPTAÇÃO DOS TRANSPORTADORES DAS MONOAMINAS
ANFETAMINA	LIBERA MONOAMINAS ESTIMULANTES
ETANOL	FACILITA ABERTURA RECEPTOR GABA _a INIBE RECEPTOR NMDA GLUTAMATO
NICOTINA	AGONISTA RECEPTOR NICOTÍNICO
CANABINOIDES	AGONISTA
ALUCINOGENOS	AGONISTA PARCIAL DO 5HT _{2a}
FENCICLIDINA	ANTAGONISTA NMDA GLUTAMATO

Idade do primeiro uso de drogas no Brasil entre estudantes

Cocaína	14,4 ± 2,0*
Maconha	13,9 ± 1,8*
Crack	13,8 ± 2,2*
Ansiolíticos	13,5 ± 2,1*
Anticolinérgicos	13,4 ± 2,4*
Anfetamínicos	13,4 ± 2,2*
Solventes	13,1 ± 2,2*
Tabaco	12,8 ± 2,1*
Álcool	12,5 ± 2,1*

Epidemiologia da Cocaína

"SURTO" DE USO NÃO MÉDICO, EM SÃO PAULO, NO INÍCIO DO SÉCULO:

*"Há hoje em nossa cidade muito filho de família cujo grande prazer é **tomar cocaína** e deixar-se arrastar até os declives mais perigosos deste vício. Quando numa hora lúcida extrema aventura em que se lançaram, é tarde para um recuo".*

"O Estado de S. Paulo", 31/07/1914

"Crack"

- Nos EUA em 1985 uso "epidêmico".
- No Brasil, os primeiros relatos acontecem a partir de 1989.
- Perfil do usuário em 1994, em São Paulo: não só meninos de rua e marginais, mas também a classe média que fuma cerca de 2 a 3 vezes mais cocaína que o usuário que aspira. É uma substância com grande poder indutor de dependência.

apreensão policial em São Paulo

1989: 1.278 kg - 1991: 3.691 Kg

procura de tratamento no DENARC

1992: 28% cocaína em pó - 34% "Crack"

UNODC, 2009: TRIPLICOU O NÚMERO DE APREENSÕES E AUMENTOU 21/2 X O CONSUMO

BRASIL - não há muitas pesquisas de abrangência nacional, só dados sobre populações específicas:

ESTUDANTES DE 1º e 2º GRAUS (CEBRID)

ANO	USO NA VIDA (%)	USO NO MES (%)
1987	0,5	0,2
1989	0,7	0,2
1993	1,2	0,3
2004	2,7/1,1	2,6/1,0

INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

DROGAS	1989	1990	1991
Cocaína	0,99	1,06	1,36
Outras *	6,02	4,27	3,77
Álcool	92,99	94,67	94,87

* exceto álcool e cocaína; valores em percentuais.

DOMICILIAR (CEBRID)

ANO	USO NA VIDA (%)	USO DEPENDENTE
2001	2,3/0,4	-
2005	2,9/0,7	1,2

Ação da Cocaína

Doses

- **aspirada: 1 "carreira" (0,3 cm x 2,5 cm de pó); 20 a 30 mg de cocaína (2 a 3 por hora) por várias horas. Usuários muito pesados consomem até 10 gramas por dia.**
- **fumada: os usuários tendem a usar doses maiores por dia, administram-se a cada 10-15 minutos.**

DURAÇÃO DO EFEITO

fumada



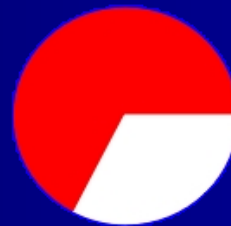
de segundos
até 5 minutos

aspirada



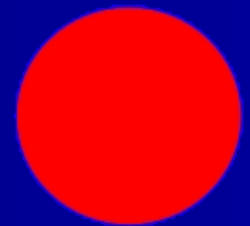
20 minutos

endovenosa



de 15 a
30 minutos

oral



até 1 hora

Crack

10 segundos

o crack começa a fazer os seus efeitos

15 minutos

após o uso, cessa o efeito de uma pedra

Após a abstinência de

48 horas

O consumo regular pode levar à dependência em

3 meses



- o usuário da droga fica agitado e mais sensível: qualquer "motivo" ou estímulo pode provocar raiva, medo ou excitação sexual

- o usuário pode ter uma imagem extremamente negativa de si mesmo

- pode desencadear medo de ser descoberto, de perder seu estoque de droga ou de dinheiro para comprar mais crack, o que pode gerar agressividade e violência

- inicia-se a depressão: passivo, não vê "graça" em nada e começa a procurar mais droga para aliviar o "down"

- sentimentos de perseguição e pode tornar-se paranóico

- ilusões, ligadas à paranóia.

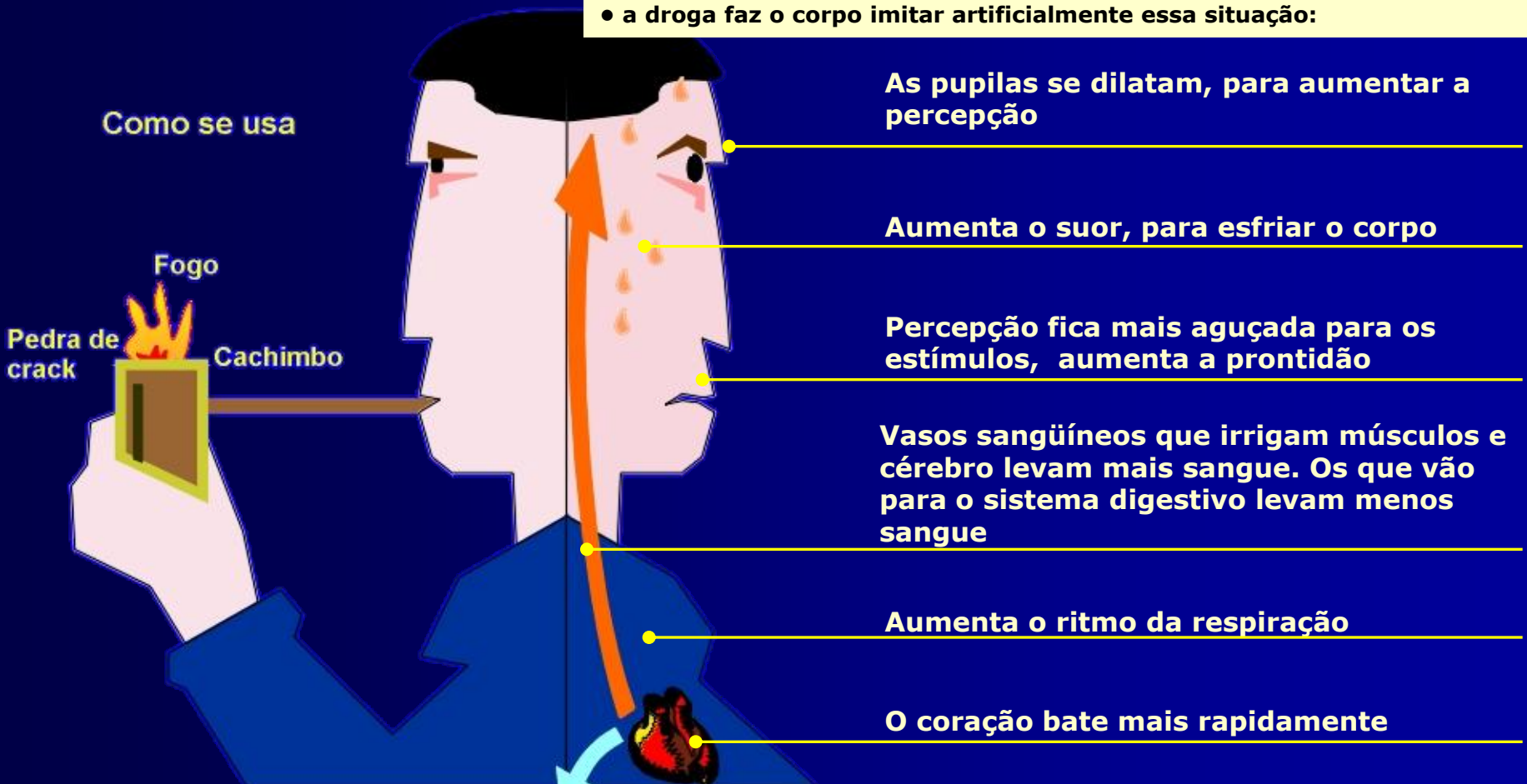
- o desejo angustiado por mais droga provoca gestos: usuário procura desesperadamente restos de droga pelo chão, muitas vezes de joelhos.

- o usuário torna-se incapaz de se concentrar, perde o sentimento de responsabilidade. Mente, rouba e trai para obter a droga.

A ação do *Crack*

O organismo se prepara para "atacar" e "defender"

- as drogas só "funcionam" porque o organismo tem um sistema que é ativado por elas.
- o crack é uma droga simpatomimética (substância que imita os estímulos que fazem funcionar o sistema nervoso simpático).
- normalmente, o sistema simpático é ativado em situações que requerem grande esforço físico e mental ou por estímulos sexuais.
- a droga faz o corpo imitar artificialmente essa situação:



Pontos-chave

O tratamento da dependência **do crack**, assim como de outras drogas, **é complexo** e multifacetado.

Os estudos atuais **não** contemplam, em sua maioria, as necessidades dos dependentes de *crack*.

A etapa de **desintoxicação e diagnóstico** é fundamental, pois sintomas psicopatológicos, abuso de álcool e outras drogas podem ser detectados e funcionar como guias.

Wolf-Reeve, 1990; Schuckit et al., 1990, Reis, 1994, Gastfried, 1993, Lowe & Kranzler, 1999

A **entrada** no tratamento deve ser **imediate**, espontânea ou não.

Múltiplos recursos devem ser acionados **imediatamente**.

Pacientes de risco

Que desenvolveram clara neuroadaptação, principalmente com padrão de uso **tipo binge** pelo consumo pesado de cocaína^{1,2}.

Com **risco alto e imediato de continuidade do consumo**, incluindo problemas psicossociais.

Com “vulnerabilidades” psiquiátricas: a **prevalência de comorbidades é de 80% entre usuários de crack**.

Na maioria dos casos, a farmacoterapia melhora o processo de iniciação no tratamento para a intoxicação e para a síndrome de abstinência.

¹ Kosten, 1992

² Gawin, 1986

Anticonvulsivantes - Topiramato

Estudo com Topiramato por 6 semanas (55 sujeitos) mostrou que os tratados tiveram **maiores índices de abstinência e adesão ao tratamento** ($p > 0,01$)¹.

Estudo aberto (6 meses) mostrou que o topiramato é eficiente e tolerável para dependentes de várias substâncias².

O topiramato tem a vantagem de não induzir ganho de peso e não levar a sedação excessiva³.

¹ Gasior M, 1999

² Lima RA et al. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002

³ Hart CL et al., 2004

Dissulfiram

Dissulfiram reduziu uso de cocaína e aumentou tempo de abstinência em em estudo duplo-cego (122 pacientes) . Também reduziu consumo de álcool¹. Os resultados foram melhores para aqueles que receberam TCC e 12 passos conjuntamente ao invés de Terapia Suportiva. O efeito manteve-se no estudo de *follow-up* de 1 ano².

Os efeitos foram mais pronunciados para **dependentes exclusivos de cocaína**³.

Reduziu o uso de cocaína em dependentes de cocaína mantidos com metadona (67 pacientes) RDBPC⁴.

2 estudos mostraram que os níveis plasmáticos de cocaína foram aumentados com uso Dissulfiram, porém sem aumento da sensações prazerosas^{5,6}. Isto ocorreu tanto para o uso agudo quanto crônico de dissulfiram. O risco de interações medicamentosas, especialmente cardiovasculares, deve ser considerado.

¹ Gawin, 1989

² Grabowski J et al. , 2000

³ Kampman KM, 2003

¹ Petrarkis IL et al, 2000

² McCance-Katz EF, 1998A

³ McCance-Katz EF , 1998B

Beta-bloqueadores

Labetalol mostrou melhora dos padrões cardiovasculares, sem diminuição da percepção subjetiva de prazer (12 pacientes)¹.

Carvedilol não diminuiu o prazer, porém houve melhora dos efeitos cardiovasculares (12 pacientes)².

Propranolol reduziu efeitos de ativação adrenérgica em pacientes em fase de abstinência recente de cocaína, em ensaio de 8 semanas (108 pacientes). Melhor em pacientes graves³.

¹ Sofuoglu et al, 2000

² Sofuoglu et al, 2000

³ Kampman KM, 2001

Case:

O Modelo Terapêutico de Transição
baseado em Evidências Científicas
e o Crack no CAPSad Centro
São Paulo

Prevalência do uso de **Crack** no CAPSad Centro/SP

Maio a Agosto de 2009
Amostra = 950

Amostra	Total de usuários	%
Todos que consumiram Cocaína/Crack	459	100
De TODOS, os que consumiam CRACK	314	68,42
De TODOS, os que responderam <u>NÃO</u> ao consumo de crack	119	25,91
Sem resposta	26	5,67

Projeto

A Supevisão Técnica do CAPSad Centro aconteceu em função de:

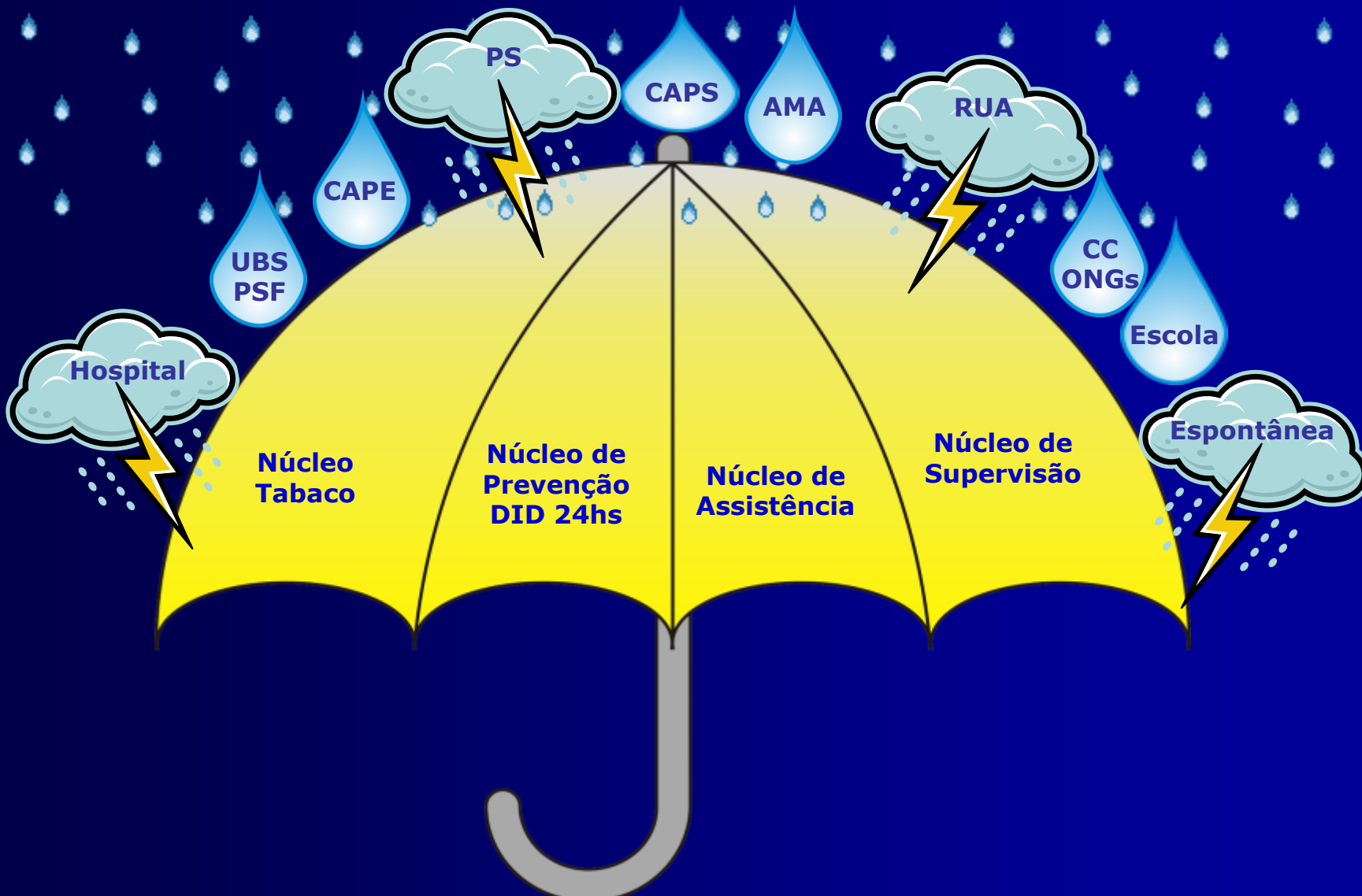
1. Parceria Público-Privada = política + ciência (gestão por especialista)
2. Equipe ampliada e treinada = Equipe de crise
3. Rede SUS (formais) + recursos informais
4. Avaliação permanente: antes, na entrada, durante e depois
5. Modelo terapêutico de transição baseado em evidências
6. Debate e redirecionamento

Legenda:

em branco o que foi possível realizar

em amarelo o que não foi

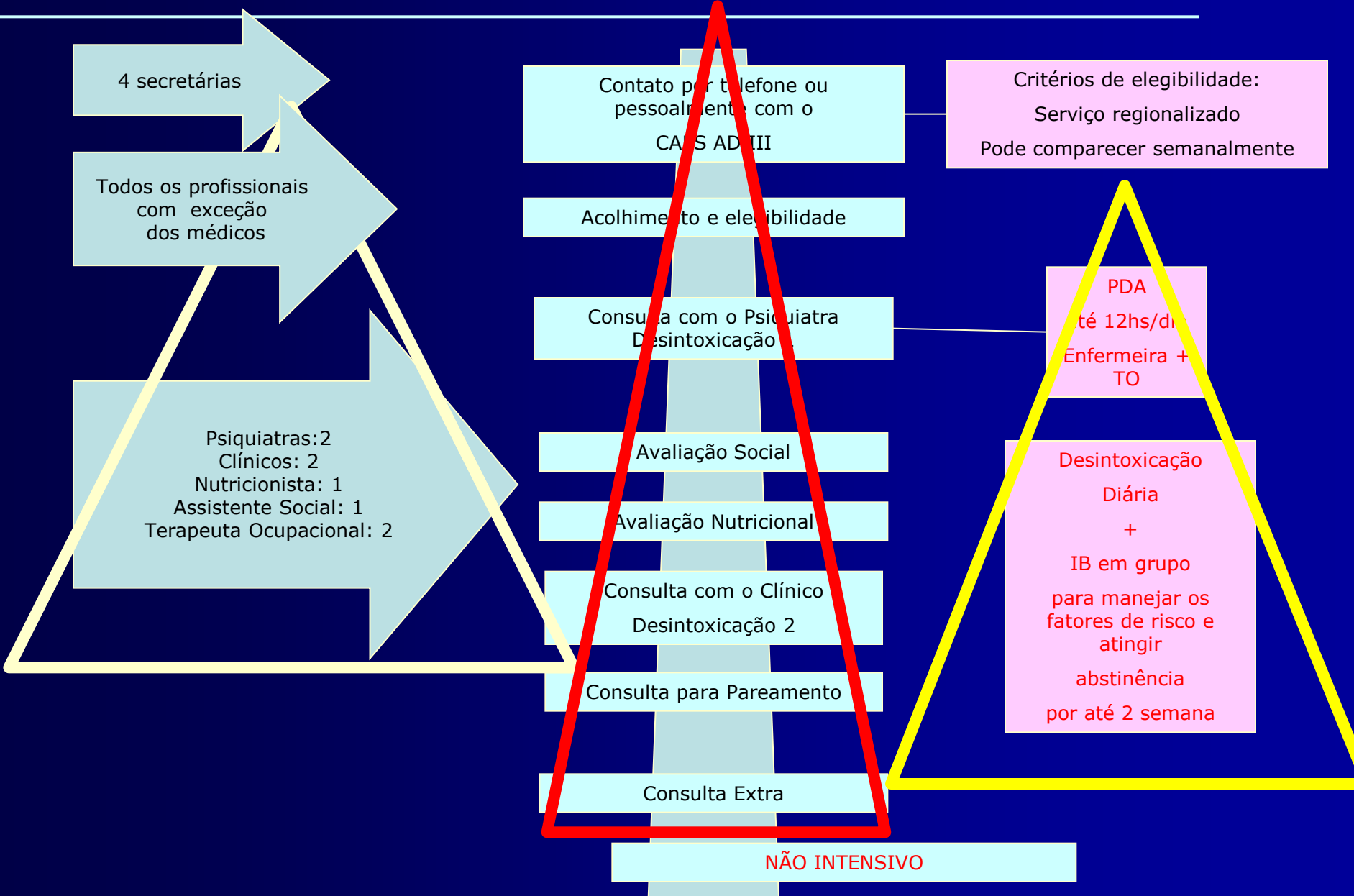
CAPSad Centro



CAPSad Centro



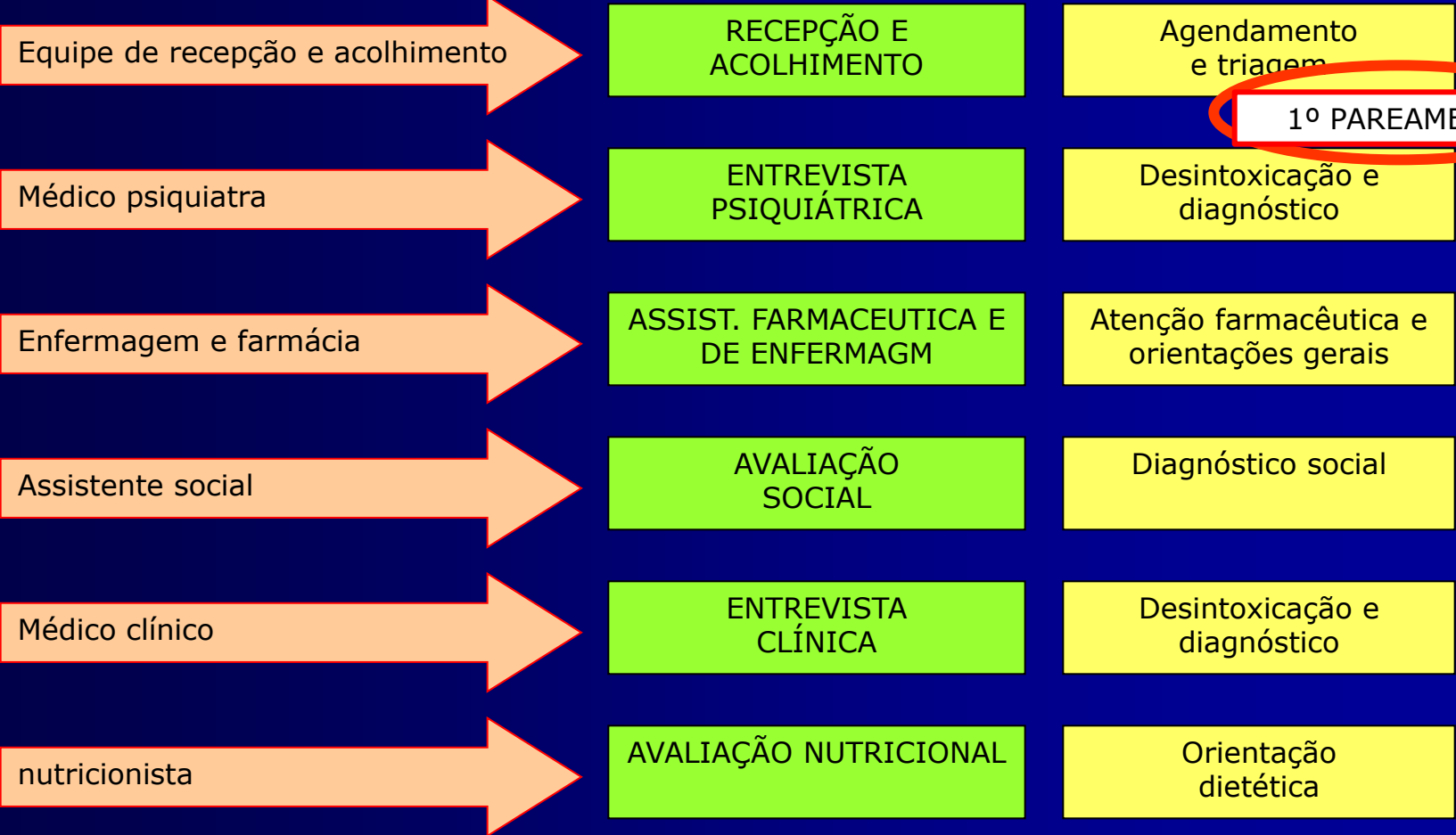
SEMI INTENSIVO Fase 1 - PDA



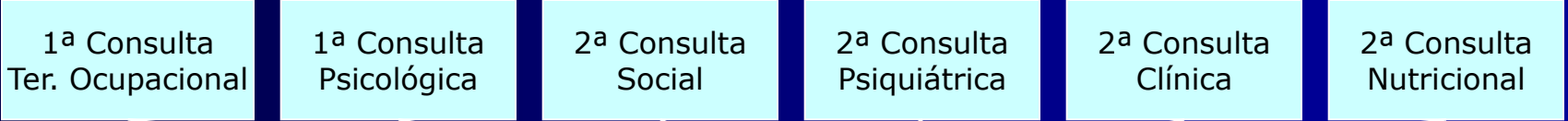
Fase 1

Avaliação de Necessidade

Fase 1



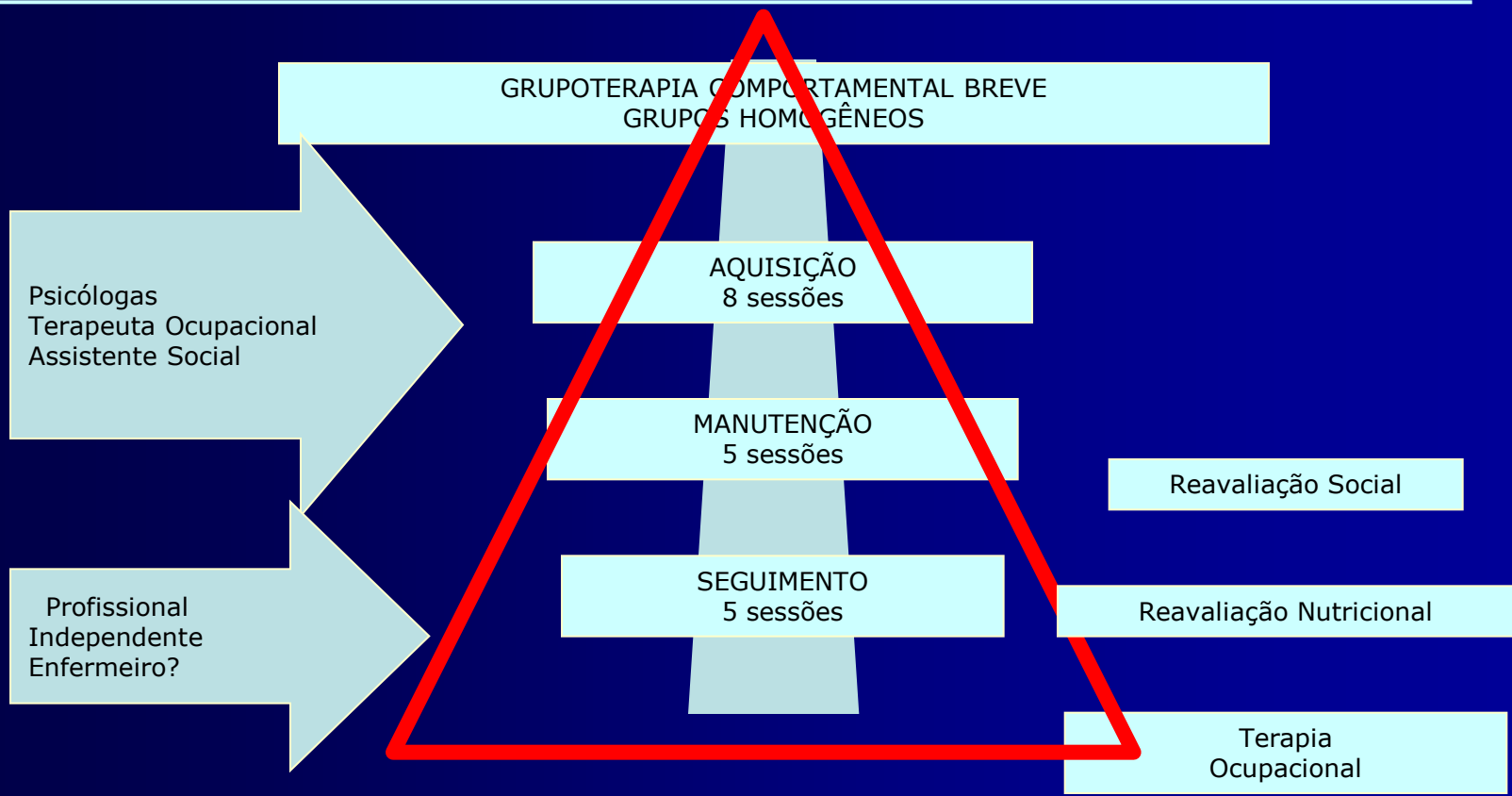
1º PAREAMENTO



Fase 2

DIAGNÓSTICOS E 2º PAREAMENTO

Fase 2



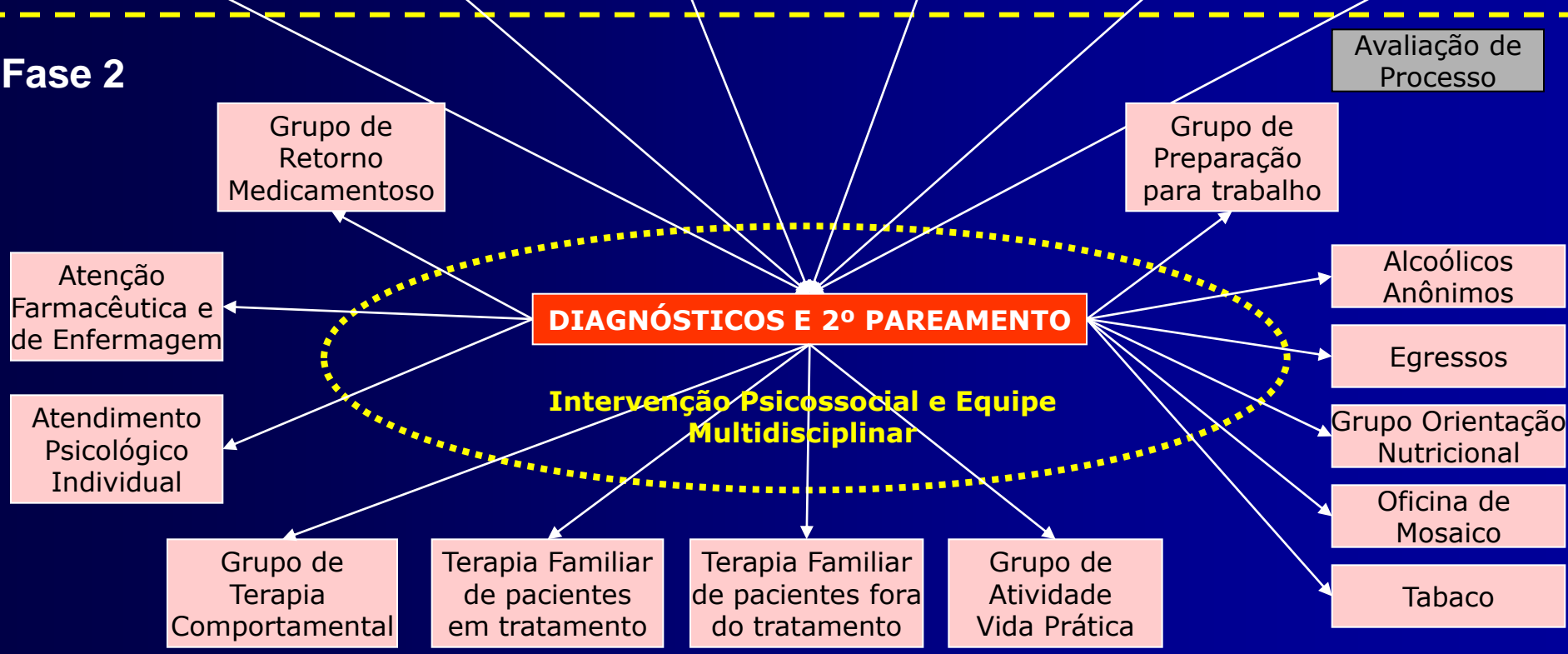
Fase 2

Fase 1

2º PAREAMENTO

- 1ª Consulta Ter. Ocupacional
- 1ª Consulta Psicológica
- 2ª Consulta Social
- 2ª Consulta Psiquiátrica
- 2ª Consulta Clínica
- 2ª Consulta Nutricional

Fase 2



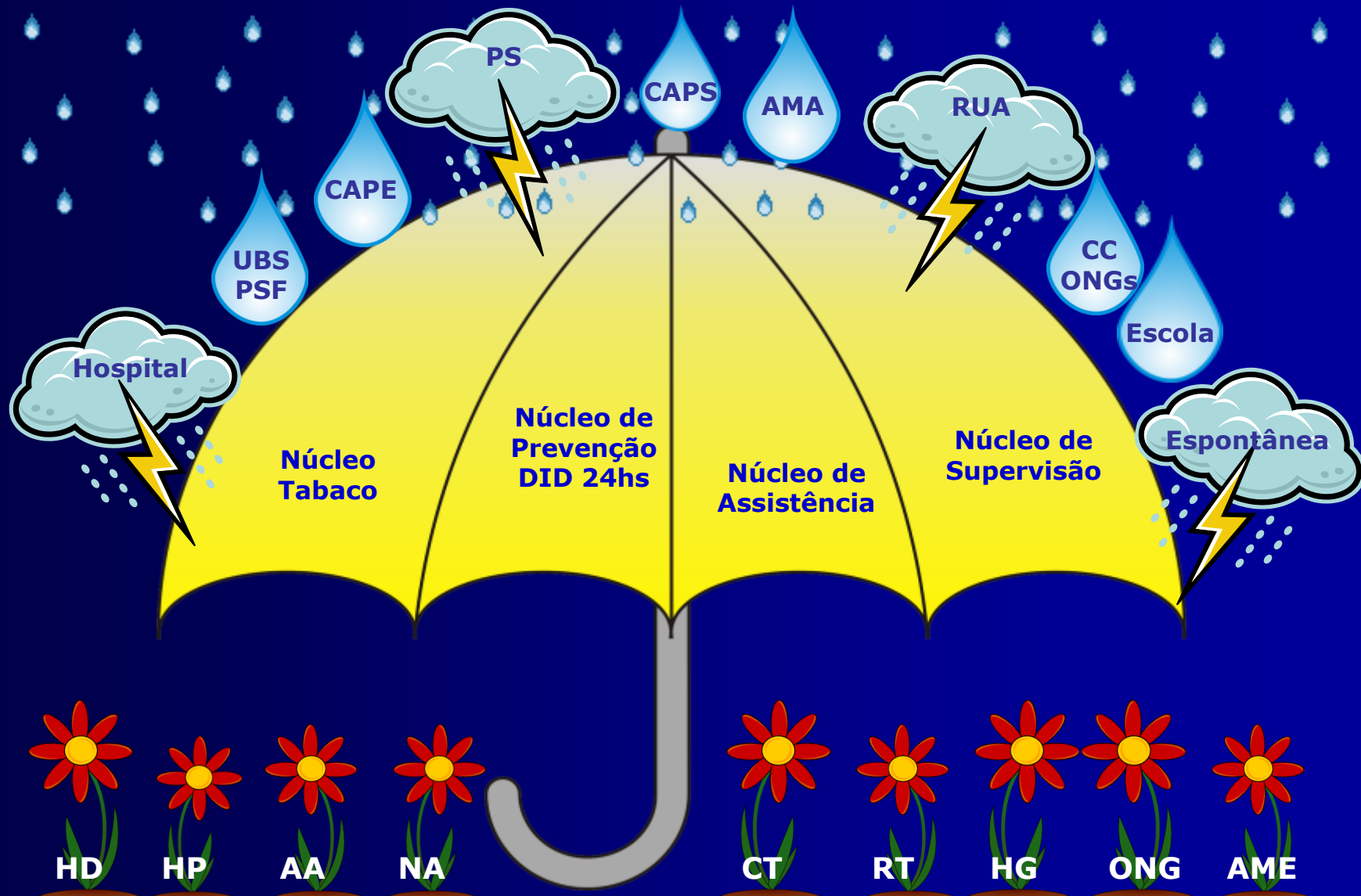
Avaliação de Processo

Profissional independente

Seguimento

Avaliação de Efetividade

CAPSad Centro



Obrigada!

Ana Cecilia Petta Roselli Marques

Médica Psiquiatra

Doutora em Ciências pela UNIFESP

Pesquisadora do INPAD

Coordenadora do Depto de Dependências da ABP

Coordenadora do Depto de Drogasdependência da APM

Membro do Conselho Consultivo da ABEAD

Coordenadora Técnica do PREVPERETZ (SP)

Coordenadora Técnica do Projeto Periscópio Ipaussu/Tarumã/Assis(SP)

Ex-Supervisora Técnica do CAPSad Centro São Paulo (SP)

rmarq@terra.com.br