

Protocolos *CLÍNICOS*

Manejo Clínico do Usuário de Crack

41

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens acrescentadas a esta edição é dos autores. A responsabilidade pelos direitos autorais das versões anteriores permanece dos autores de cada versão. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessado na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

PC 041 MANEJO CLÍNICO DO USUÁRIO DE CRACK

2ª Edição - 202.

AUTORES

Ana Paula de Alcantara Freitas¹
Lucas Mota Attoni¹
Ana Tereza Medrado Correia²
Giulia Campos Lage³
Janaína Fernandes Drumond Cetlin⁴
Roberta Pádua Moraes⁵

COLABORADORES

Juliana Gomes de Aquino⁶
Marcela Ferreira Lemke⁶
Guilherme Donini Armiato⁷
Camila de Andrade Oliveira⁸
Desirée Mainart Braga⁹

VALIDADORES

Lara Drummond Paiva¹⁰
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos¹¹

EDITORES RESPONSÁVEIS - NUTIS | ADC

AUTORES DE VERSÕES ANTERIORES

Fernando Teixeira Grossi e Rafael Miranda de Oliveira (2013)

¹ Médicos psiquiatras do CMT/FHEMIG

² Enfermeira especialista em saúde mental do CMT/FHEMIG

³ Residente em psiquiatria do IRS/FHEMIG

⁴ Psicóloga, coordenadora do NEP, do CMT/FHEMIG

⁵ Diretora hospitalar do CMT/FHEMIG. Terapeuta ocupacional especialista em gestão pública

⁶ Enfermeiras do CMT/FHEMIG

⁷ Médico do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS

⁸ Acadêmica de enfermagem do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS

⁹ Enfermeira RT do Núcleo de Tecnologia em Inteligência em Saúde/DIRASS

¹⁰ Gerente interina de Diretrizes Assistenciais/DIRASS

¹¹ Diretora Assistencial da FHEMIG

APRESENTAÇÃO

O cuidado centrado no paciente e a promoção da gestão hospitalar baseada em evidências científicas são algumas premissas que norteiam o trabalho da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), desde a sua inauguração em 03 de outubro de 1977.

A Fundação é uma das maiores gestoras de serviços públicos do país, atuando sempre em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Oferece serviços de alta e média complexidade e exerce papel de relevância e impacto macrorregional e estadual. É composta por 19 Unidades Assistenciais - organizadas por complexos - e o Sistema Estadual de Transplantes. Nesse cenário desafiador, possui papel de destaque em ensino e pesquisa, sendo um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde com vivência em saúde pública do país.

Nosso interesse genuíno pelo fortalecimento da saúde pública, por meio da formulação e implementação de diretrizes clínicas assistenciais, faz com que esteja em foco a nossa responsabilidade social, com a produção e divulgação de Linhas de Cuidados e Protocolos Clínicos, que têm sido amplamente utilizados para consulta e apoio em serviços de saúde de todo país.

Este protocolo sistematiza ações para o manejo clínico de usuários de crack e ressalta que a interrupção do uso dessa substância não deverá ser a única abordagem do cuidado, uma vez que o paciente necessita de atenção integral das suas necessidades, ou seja, intervenções biopsicossociais. É aplicável à realidade de todas as Unidades Assistenciais da FHEMIG e de extrema relevância para aquelas inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado.

Um dos objetivos deste protocolo é fortalecer o conceito da continuidade de tratamento de paciente após a alta hospitalar, através da confecção do Plano Terapêutico Singular e da articulação do cuidado com a RAPS.

A integração da FHEMIG com a rede SUS, por meio de um diálogo vivo e efetivo com a Rede de Atenção à Saúde e com o gestor pleno, impacta nas definições de competências e na equidade, proporcionando maior qualidade aos serviços prestados.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação

Diana Martins Barbosa

Diretoria de Gestão de Pessoas

Ana Costa Rego

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Controladoria Seccional

Ana Carolina de Aguiar Vicente

Procuradoria

João Viana da Costa

Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos

Bárbara Campos de Andrade

Assessoria de Parcerias

Flávia Moreira Fernandes

Assessoria de Comunicação Social

Michèlle de Toledo Guirlanda

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fabício Giarola Oliveira**

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek - **Samar Musse Dib**

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**

Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**

Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias – **Polyana de Oliveira Caires**

Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**

Maternidade Odete Valadares - **José Luiz de Almeida Cruz**

Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**

Casa de Saúde Santa Fé - **Roberto Rodrigues Corrêa**

Casa de Saúde Santa Izabel – **Gabriella Rodrigues da Silva**

Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**

Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas

CID - Código Internacional de Doenças

PTS - Plano Terapêutico Singular

SPA - Substância Psicoativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PALAVRAS CHAVE.....	8
3 OBJETIVOS	8
4 POPULAÇÃO ALVO.....	8
5 UTILIZADORES POTENCIAIS.....	9
6 METODOLOGIA	9
7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	9
8 MATERIAL E PESSOAL NECESSÁRIO	10
9 ATIVIDADES ESSENCIAIS	10
9.1 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO EFETIVO	10
9.2 ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO CLÍNICA	11
9.3 ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE	12
9.4 CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS	16
9.5 PROPEDEÚTICA INDICADA PARA AVALIAÇÃO INICIAL DO USUÁRIO DE CRACK.....	18
9.6 DOSAGEM SÉRICA DE DROGAS	19
9.7 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	19
9.8 INTOXICAÇÃO AGUDA E ABUSO: MANEJO CLÍNICO NA URGÊNCIA	20
9.9 CONDUTAS GERAIS ADOTADAS NA INTOXICAÇÃO AGUDA	24
9.10 OVERDOSE	25
9.11 DESINTOXICAÇÃO.....	27
9.12 MANEJO CLÍNICO DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA E ABSTINÊNCIA.....	27
9.13 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PLANO DE TRATAMENTO.....	28
9.14 ENCAMINHAMENTO E ARTICULAÇÃO COM A RAPS	29
10 ITENS DE CONTROLE.....	29
REFERÊNCIAS	32
CONFLITOS DE INTERESSES	33
ANEXO I - TESTE PARA TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	34
ANEXO II – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	36
ANEXO III - PULMÃO DE CRACK.....	37

1 INTRODUÇÃO

O consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) é um hábito recorrente e disseminado em diversas sociedades, ao longo de diferentes momentos históricos, pois, o ser humano, constantemente, recorreu ao consumo dessas substâncias seja em rituais religiosos, para se alienar do sofrimento ou até mesmo na busca por prazer. É considerado, portanto, problema de saúde pública, constituindo-se como tema central em diversos debates públicos, por representar risco para a saúde individual e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e violência urbana (LABATE *et al.*, 2008).

O crack é um derivado da pasta base da cocaína refinada, estabilizada com a adição de uma substância alcalina (base) como, por exemplo, o bicarbonato de sódio, e é primariamente consumido como uma pedra fumada. Foi inicialmente identificado nas ruas dos Estados Unidos na década de 1980, com forte concentração em comunidades em situação de vulnerabilidade social. Já no Brasil, o consumo de crack teve início no estado de São Paulo na década de 1990.

A grande maioria dos usuários regulares de crack no Brasil são adultos jovens do sexo masculino, majoritariamente pardos e pretos, com baixa escolaridade, sinalizando uma origem familiar e uma inserção social que os expõe às diferentes formas de marginalização e estigmatização, como, por exemplo, o racismo (FIOCRUZ, 2014).

Ainda que o consumo dessa substância tenha ganhado relevância no cenário nacional nos anos 80, debates em torno do tema se intensificaram somente na última década. Por um lado, constatou-se o aumento do consumo e, por outro, foi assistida a uma verdadeira “diabolização” do usuário, atribuindo-se muitas vezes à substância o incremento da violência e a causa do aumento de homicídios (MACRAE *et al.*, 2013).

O crack, pelas suas características farmacológicas, contribui para a desorganização psíquica dos usuários em situação de dependência, mas, para além do enfoque centrado no produto, são evidentes as condições de exclusão e vulnerabilidade social em que se encontram a maioria desses usuários sobretudo jovens em contextos urbanos. (MACRAE *et al.*, 2013).

Na última década, o consumo de crack tem se popularizado e estendido entre diferentes grupos sociais, principalmente aqueles mais excluídos e marginalizados (FIOCRUZ, 2014), fazendo com que aumente a busca por serviços de saúde

especializados, quando da ocorrência do uso habitual ou crônico e nos quadros de intoxicação e/ou abstinência.

Dessa forma, este protocolo, em particular, irá orientar os profissionais de saúde que atendem em serviços de urgências clínicas e psiquiátricas pacientes com este perfil.

2 PALAVRAS CHAVE

Usuário de crack; atendimento multidisciplinar; Saúde mental; Dependência química; pulmão do crack; alterações cardiovasculares; intoxicação aguda.

Crack; Crack Smoking; Mental Health; Mental Health Services; Substance-Related Disorders; Cardiovascular Abnormalities.

3 OBJETIVOS

- Reconhecer os sinais e sintomas dos quadros de intoxicação por crack;
- Estabelecer fluxo específico de tratamento;
- Promover a reabilitação do usuário;
- Possibilitar a interrupção do uso e a inserção do usuário nos equipamentos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial;
- Promover a redução de danos decorrentes do uso de crack e prevenir a transição para o uso problemático;
- Orientar o atendimento multidisciplinar;
- Implementar a articulação com a RAPS.

4 POPULAÇÃO ALVO

Pacientes com histórico do uso de crack com quadro de intoxicação aguda e/ou usuários de crack com necessidade e vontade de receber assistência especializada para abordagem ao uso e acompanhamento na RAPS (ANEXO I).

5 UTILIZADORES POTENCIAIS

Gestores e profissionais de saúde que atuam nas Unidades Assistenciais da FHEMIG (principalmente àquelas que prestam serviços de urgência) e nos demais pontos de atenção dos componentes da RAPS do Estado de Minas Gerais. Sobretudo médicos clínicos e psiquiatras, equipe de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

6 METODOLOGIA

A metodologia utilizada se baseou na revisão sistemática de literatura. A partir da elaboração de pergunta-chave de pesquisa foram realizadas buscas de evidências científicas, nas bases de dados UpToDate e PubMed, e avaliação da qualidade das evidências. Legislações referentes aos cuidados necessários ao usuário de crack, bem como as orientações do Ministério da Saúde e outras Diretrizes Internacionais relevantes também foram utilizadas.

7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Na abordagem ao paciente usuário de crack o tempo de tratamento deve ser individualizado. As necessidades psicológicas e socioeconômicas também devem ser atendidas, priorizando o atendimento multidisciplinar. Aproximadamente 80% (oitenta por cento) desses usuários tem vontade de receber assistência especializada para abordagem ao uso de crack. O acolhimento pela equipe multidisciplinar deve ser realizado para o paciente e seus familiares.

É indispensável a avaliação do paciente de maneira integral, com atenção às condições clínicas e psiquiátrica associadas ao uso de crack, pois o uso abusivo poderá levar a consequências físicas, sociais e psíquicas. O padrão de uso da droga deve ser aferido pela aplicação do ASSIST (Teste para triagem do envolvimento com tabaco, álcool e outras drogas) (ANEXO II).

As principais condições associadas ao uso abusivo do crack estão correlacionadas a alterações cardiovasculares, respiratórias, do aparelho excretor, sistema nervoso central e distúrbios metabólicos.

Os efeitos agudos da intoxicação pelo crack/cocaína em geral são bem conhecidos, geralmente autolimitados e demandam apenas monitorização e tratamento de suporte. Durante o acolhimento desses pacientes deverá sempre ser abordado de maneira adequada e sistematizada as alterações cardiovasculares, a agitação psicomotora e os sintomas psicóticos.

A multifatorialidade desta condição clínica demanda uma abordagem interdisciplinar, possibilitando ação conjunta numa lógica biopsicossocial. Um bom plano terapêutico deve contar com o suporte médico, psicológico, social e da terapia ocupacional. É indispensável a articulação e encaminhamento para os pontos de atenção da RAPS para continuidade de cuidados.

8 MATERIAL E PESSOAL NECESSÁRIO

- Equipe multiprofissional: equipe de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico clínico geral e psiquiatra.
- Formulários padronizados: a) ASSIST (Teste para triagem do envolvimento com tabaco, álcool e outras drogas), b) Exame de enfermagem, c) PTS (Projeto Terapêutico Singular).
- Balança, esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, eletrocardiógrafo, computador com acesso à internet.

9 ATIVIDADES ESSENCIAIS

9.1 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO EFETIVO

Os princípios de tratamento descritos a seguir estão de acordo àqueles estabelecidos pelo Instituto Nacional de Ferramenta de Triagem e uso de Drogas (NIDA, 2018).

- Não existe protocolo único a ser seguido para todos os pacientes. O desenho e o tempo de tratamento devem ser individualizados;
- O tratamento necessita estar facilmente disponível. A oferta deve ser facilitada (universal, igualitária e integral);

- O tratamento eficaz deve atender às várias necessidades do sujeito e não somente ao uso de drogas;
- A assistência deve ser orientada por um PTS constantemente avaliado e modificado conforme necessidade do indivíduo;
- A permanência no tratamento por período adequado de tempo é essencial para sua eficácia;
- Aconselhamento e outras técnicas multidisciplinares são fundamentais para o tratamento;
- O uso de medicamentos é parte importante do tratamento de vários pacientes e são potencializados quando associados às técnicas multidisciplinares adequadas e às terapias comportamentais;
- Comorbidades clínicas e psiquiátricas podem e devem ser avaliadas e tratadas de forma integrada;
- O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz;
- Desintoxicação pode ser crucial para a preservação da vida em sujeitos após o uso intensivo de crack, porém é apenas o primeiro estágio do tratamento e deve possibilitar o acesso ao tratamento integrado;
- O possível uso de droga durante o tratamento deve ser monitorado continuamente;
- Os programas de tratamento devem propiciar orientações para minimizar os riscos à saúde: educação e rastreio de doenças sexualmente transmissíveis e de índices de desnutrição.

É importante mencionar que a reabilitação é uma construção advinda de vários passos do cuidado e que recaídas podem acontecer e devem ser vistas como parte desse processo. No entanto, devem ser adequadamente acolhidas em momento oportuno.

9.2 ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO CLÍNICA

Estatísticas apontam que quase 80% (oitenta por cento) dos usuários de crack tem vontade de receber assistência especializada para abordagem e tratamento do uso dessa substância, o que demonstra a necessidade de engajamento dos agentes promotores de saúde na oferta de tratamento (FIOCRUZ, 2014).

A prática clínica institucional, apoiada em pesquisas de natureza etnográfica realizadas com usuários de crack, tem revelado que uma parte desses usuários consegue ter um uso controlado por muitos anos, o que nos interroga quanto ao rápido e inevitável potencial de destruição da droga, tão propalado. Assim, fica evidente a importância de intervenções que levem em conta não só o caráter danoso do produto, mas também as condições sociais, culturais e subjetivas, geradoras de vulnerabilidades nesses usuários, que certamente contribuirão para a construção de estratégias de redução de riscos e danos desses usos, com a implicação do próprio usuário na atenção a sua saúde. (MACRAE *et al.*, 2013).

O acolhimento consiste no primeiro contato do usuário com o serviço, podendo ser realizado por qualquer profissional de saúde que possua habilidades e competências para identificação de sinais e sintomas e para o manejo de comportamentos dos usuários de crack. Deve ser entendido, dessa forma, não apenas como um processo burocrático de triagem clínica, mas como um momento de acolhida subjetiva com possibilidade de escuta, ambiência e empatia (BRASIL, 2013).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais. (BRASIL, 2010).

Além disso, a promoção do acolhimento deverá considerar:

- Abordagem de forma empática;
- Ausência de atitudes discriminatórias (raça, orientação sexual, religião, etnia, diversidade funcional/incapacitação);
- Espaço físico para escuta qualificada;
- Fortalecimento da aliança terapêutica;
- Acolhimento da família e ou responsável legal.

9.3 ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE

9.3.1 Triagem clínica

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. Nesta etapa, deverá ser identificado

fatores de risco ou complicações clínicas que necessitem de atenção médica imediata, do ponto de vista clínico e psiquiátrico.

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

Importante considerar que o cuidado centrado apenas na internação e na abstinência da substância, pressupõe que há uma causa (a droga) e uma proposta de cura (livrar-se dela), trazendo uma visão simplista e não valorizando a intervenção junto aos fatores biopsicossociais do paciente, propostos nos últimos anos por profissionais e instituições brasileiras com ampla experiência nesse campo.

O padrão de uso da droga pode ser aferido pela aplicação do ASSIST, que é um documento de triagem que abrange todas as substâncias psicoativas, incluindo álcool, tabaco e drogas ilícitas, que ajuda os profissionais da saúde a identificar o nível de risco associado a cada substância usada pelo paciente.

9.3.2 Equipe Multidisciplinar

Considerando que todos os usuários estão inseridos na sociedade e em determinado contexto social, o que retrata a ideia de singularidade, é importante que a equipe multidisciplinar adote uma linha de cuidado que acolha, também, os familiares ou o responsável legal pelo usuário. Esta ação é importante para o fortalecimento do vínculo entre o usuário e os serviços que serão ofertados pela RAPS de acordo com a necessidade de tratamento (BRASIL, 2015).

Principais atribuições da equipe multidisciplinar:

- Realizar avaliação clínica do usuário de crack;
- Tratar comorbidades identificadas;
- Investigar a realidade social do usuário e a implicação do uso do crack em seu cotidiano;
- Conhecer e avaliar as relações entre os usuários e familiares e a estruturação desses vínculos;
- Contribuir para a garantia de acesso do usuário às políticas públicas, através de encaminhamentos à Rede Socioassistencial (abrigos, plantão social, CRAS, CREAS, Conselhos de Direitos, dentre outros), de acordo com necessidade do usuário;

- Contribuir na construção do PTS.

9.3.3 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 de suas consequências.

O estado de autocrítica do usuário está diretamente relacionado ao prognóstico e à otimização das intervenções clínicas, por isso a importância de promover a reflexão do usuário sobre seu estado de saúde. Os estágios motivacionais identificados durante a entrevista motivacional servem como norteadores para o profissional de saúde no tratamento da dependência química.

9.3.4 Entrevista motivacional

A entrevista motivacional é uma ferramenta importante no cuidado que visa à compreensão do estágio motivacional em que se encontra o paciente e a construção de ações que possam engajá-lo no seu tratamento.

Através da entrevista colaborativa com o usuário, o médico deverá almejar o fortalecimento da motivação do paciente e o seu comprometimento com a mudança de sua condição clínica. A entrevista motivacional é uma ferramenta importante no cuidado que visa à compreensão do estágio motivacional em que se encontra o paciente e a construção de ações que possam engajá-lo em seu tratamento.

A seguir, será demonstrado no Quadro 1 o panorama de cada estágio motivacional (modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente).

Quadro 1 – Estágios motivacionais

ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS	CARACTERÍSTICAS
Pré-contemplação	Não cogita mudanças, não se preocupa com a questão
Contemplação	Assume o problema, é ambivalente e cogita adotar mudanças eventualmente

Preparação	Começa algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, reflete e revisa tentativas anteriores
Ação	Executa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na implementação da mudança
Manutenção	Processo de seguimento do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída. A manutenção da abstinência será colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco. É um período dedicado à prevenção de recaídas
Recaída	Interrupção da manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores. Trata-se de uma fase em que é possível aprender com os erros

Fonte: RIBEIRO e LARANJEIRA (2012)

9.3.5 Fatores de risco e proteção

Fatores de risco correspondem ao conjunto de circunstâncias que podem contribuir no desencadeamento, na manutenção e/ou no agravamento do uso de substâncias. Estão relacionados a resultados negativos no desfecho do tratamento.

Evidências iniciais têm demonstrado que a dependência química tem maior incidência nos pais e parentes de pacientes acometidos, podendo ser a genética um fator de risco. Estes dados, porém, não constituem uma prova de que a dependência química seja 100% herdada geneticamente, haja vista o viés de resultados destas pesquisas em relação ao fator ambiental (LARANJEIRAS *et al.*, 2012).

Fatores ambientais, reconhecidos como fatores de risco para dependência química, merecem investimento do profissional de saúde, uma vez que são consideradas situações modificáveis. São exemplos desses fatores: hábitos de vida do paciente e sua relação com a substância, locais de convivência (ambiente familiar, grupos sociais), fácil acesso à substância de abuso, dentre outros.

Por outro lado, fatores de proteção como o bom suporte e vínculo social, o envolvimento de familiares no tratamento, valores morais e crenças religiosas, envolvimento em atividades ocupacionais e educativas, acesso a atividades de lazer, identidade cultural, dentre outros, podem predizer um bom prognóstico no tratamento e resguardar o indivíduo quanto aos efeitos danosos da adicção. Assim, esses fatores devem ser estimulados, de forma rotineira, durante os cuidados com o paciente.

9.3.6 Repercussões gerais relacionadas ao uso

O uso de crack está associado a implicações diretas na qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares. A dependência química causa consequências físicas, psíquicas e sociais importantes, que também são fatores agravantes e perpetuadores do hábito nocivo.

O quadro 2, disposto a seguir, dispõe sobre as principais consequências encontradas na abordagem da dependência química ao crack.

Quadro 2 – Consequências relacionadas ao uso de crack

TIPO DE REPERCUSSÕES	CONSEQUÊNCIAS
Repercussões Físicas	<ul style="list-style-type: none">i. Agravos diretos à saúde (vide as condições clínicas associadas)ii. Desnutrição e diminuição do autocuidadoiii. Exposição a doenças sexualmente transmissíveisiv. Exposição a situações de vulnerabilidade (comportamento de risco) e violência
Repercussões psíquicas	<ul style="list-style-type: none">i. Transtornos de humorii. Transtornos psicóticosiii. Transtornos de pânico e fobia socialiv. Catatonia
Repercussões sociais	<ul style="list-style-type: none">i. Perda de empregoii. Rompimentos familiares e de vínculos afetivosiii. Abandono escolariv. Envolvimento com questões legais

9.4 CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

As situações clínico-somáticas associadas ao uso de substâncias são diversas e podem ser desencadeadas, mantidas e/ou agravadas pelo uso do crack. É imprescindível, portanto, uma adequada propedêutica durante abordagem inicial ao paciente, com avaliação clínica e laboratorial norteadas pelas queixas clínicas e pelos sinais e sintomas identificados durante esse atendimento.

Maiores informações podem ser obtidas no Protocolo Clínico 27 Acolhimento aos usuários de álcool e drogas, 2ª ed., FHEMIG, 2023.

O quadro 3, abaixo descrito, elenca as principais condições clínicas associadas ao uso de crack.

Quadro 3 – Condições clínicas associadas ao uso de crack

LOCAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS
Aparelho Cardiovascular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensão Arterial Sistêmica 2. Arritmias cardíacas 3. Síndrome Coronariana Aguda (Angina) 4. Infarto Agudo do Miocárdio 5. Trombogênese 6. Aterogênese 7. Hipertrofia Ventricular esquerda 8. Cardiomiopatia dilatada 9. Insuficiência Cardíaca Congestiva 10. Dissecção ou ruptura de aorta
Aparelho Respiratório	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angioedema 2. Broncoespasmo 3. Queimaduras /lesões térmicas no trajeto respiratório 4. Broncopneumonias 5. Hemorragia alveolar difusa 6. Edema pulmonar 7. Embolia pulmonar 8. Pneumomediastino 9. Pneumotórax 10. Exacerbação asmática 11. Bronquiolite obliterante 12. Depósito de resíduos 13. Pneumonite intersticial inespecífica 14. “Pulmão de crack” (Ver Anexo III) 15. Hipertensão pulmonar 16. Infarto pulmonar
Sistema Nervoso Central	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agitação psicomotora 2. Transtornos do movimento 3. Cefaleia 4. Convulsões 5. Acidente vascular cerebral isquêmico 6. Acidente vascular cerebral hemorrágico 7. Déficits neurológicos focais 8. Síndrome medular anterior 9. Psicose induzida pela droga
Aparelho Excretor e Distúrbios Metabólicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiência renal aguda secundária à rabdomiólise 2. Hipertermia 3. Hipoglicemia 4. Cetoacidose diabética em indivíduos portadores de Diabetes Mellitus

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Acidose metabólica 6. Hipocalemia 7. Hipocalcemia 8. Infarto renal.
Aparelho Digestivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevação das enzimas hepáticas (geralmente discreta) 2. Isquemia e infarto mesentérico 3. Úlcera gastroduodenal (com aumento de úlceras perfuradas) 4. Colite 5. Obstrução intestinal (em casos de ingestão de pacotes da droga) 6. Esofagite 7. Insuficiência Hepática Aguda
Olhos, Ouvidos, Nariz e Garganta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Queimaduras/ lesões térmicas de nariz, orofaringe, septo nasal 2. Necrose e perfuração do septo nasal 3. Rinite 4. Sinusite 5. Laringite 6. Midríase (uni ou bilateral) 7. Destruição do epitélio corneano 8. Madarose
Manifestações Cutâneas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prurido com escoriações e nódulos cutâneos 2. Vasculite cutânea com necrose das lesões cutâneas 3. Púrpura retiforme
Efeitos pré e pós natal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravidez de alto risco (má formação, prematuridade, baixo peso, descolamento de placenta, microcefalia, instabilidade autonômica no neonato) 2. Sintomas respiratórios e convulsões (focais ou generalizadas) em crianças abaixo de 08 anos por exposição passiva ou contato no período gestacional.

Fonte: ELLENHORN *et al.*, (1997)

9.5 PROPEDÊUTICA INDICADA 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;
- β HCG (se mulher em idade fértil);
- TBC;
- Radiografia de tórax;
- Eletrocardiograma.

Glicemia capilar, eletrocardiograma e β HCG (mulheres em idade fértil) são indispensáveis na abordagem inicial de todo usuário admitido no serviço de saúde

9.6 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 cuidado.

Um dos principais metabólitos da cocaína, benzoilecgonina, pode ser detectado no sangue, urina, saliva, cabelo e meconio por vários dias após um uso intermitente e por mais de dez dias após o uso intenso.

9.7 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

A ocorrência de transtornos psiquiátricos associados ao uso abusivo de substâncias é uma apresentação bem documentada entre os pacientes. Entretanto, essa associação tende a ser subestimada e subdiagnosticada e não é raro que o transtorno mental seja atribuído ao uso agudo de substâncias e à síndrome de abstinência. O contrário também se faz presente (MARQUES *et al.*, 2001)

A correta identificação e abordagem das comorbidades psiquiátricas são necessárias, pois funcionam como fator agravante, indutor e perpetuador da condição de dependência ou abuso, além de interferir no prognóstico e na correta conduta terapêutica (MARQUES *et al.*, 2001).

Aproximadamente um quinto dos indivíduos usuários de substâncias psicoativas na comunidade apresentam transtornos mentais associados. O transtorno de personalidade é a comorbidade mais comum (50% a 90%) seguida pelos transtornos afetivos (depressão, transtornos ansiosos, transtorno bipolar e distímia - 20% a 60%) e pelos transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtornos delirantes e esquizofreniformes - 20%). Consideração importante deve ser feita no que se refere à abordagem terapêutica do TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), uma vez que esta condição aumenta significativamente o risco de abuso de substâncias (incluindo crack) em indivíduos acometidos (MARQUES *et al.*, 2001).

Além das comorbidades psiquiátricas citadas, há uma tendência de aumento de usuários que fazem uso simultâneo de drogas diferentes (poliuso), desta forma estas particularidades devem ser observadas para a condução do tratamento, que deverá abarcar também sinais, sintomas e agravos à saúde decorrentes do uso simultâneo de substâncias.

9.8 INTOXICAÇÃO AGUDA E ABUSO: MANEJO CLÍNICO NA URGÊNCIA

Os efeitos agudos da intoxicação pelo crack/cocaína são bem conhecidos, geralmente autolimitados e demandam apenas monitorização e tratamento de suporte. As manifestações mais comuns são decorrentes dos efeitos psicoestimulantes com repercussões fisiológicas, em especial, pela ativação do sistema adrenérgico. Dentre as respostas fisiológicas estão a elevação pressórica, taquicardia e taquipneia, elevação da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de hipervigilância e o aumento da atividade motora.

Suplementação de oxigênio deve ser ofertada somente quando necessário. Se a intubação traqueal de sequência rápida for necessária, sugere-se que não seja utilizado succinilcolina. A colinesterase plasmática metaboliza ambas, succinilcolina e cocaína, podendo prolongar os efeitos da cocaína e a paralisia provocada pela succinilcolina. Assim, é preferível a utilização de um bloqueador neuromuscular não despolarizante como o rocurônio.

Em uma parcela dos casos, entretanto, complicações clínicas podem estar presentes e requerem abordagens específicas. Assim, em pacientes intoxicados por cocaína/crack e que apresentem complicações cardiovasculares mediadas pela

estimulação simpática, uma sedação controlada com benzodiazepínico constitui a primeira linha de tratamento.

Os betabloqueadores, incluindo bloqueadores mistos como labetalol e carvedilol, não devem ser utilizados em casos de intoxicação por crack/cocaína.

Nas emergências hipertensivas (elevação da pressão arterial com evidências de lesão em órgão-alvo), deve-se objetivar uma pressão diastólica entre 100 a 105 mmHg, níveis que podem ser alcançados entre 2 a 6 horas de tratamento, não excedendo uma diminuição acima de 25% sobre o valor da pressão arterial inicial.

Nos casos em que o paciente não apresentar sinais de hiperativação simpática (por exemplo taquicardia e diaforese), mas persista com hipertensão arterial, é improvável que a intoxicação aguda por crack/cocaína seja a causa e deve-se pesquisar outras causas clínicas associadas.

Embora a intoxicação aguda por crack/cocaína geralmente cause hipertensão arterial, uma toxicidade maciça pode ocasionar hipotensão por bloqueio dos canais de sódio do miocárdio, arritmias cardíacas ou isquemia cardíaca. Pacientes com hipotensão podem ser tratados com solução salina isotônica e, caso a hipotensão persista após a infusão rápida de 2 a 3 L de solução salina isotônica, agentes vasopressores de ação direta, como norepinefrina ou fenilefrina, podem ser administrados e titulados para um efeito desejado.

Eletrcardiograma (ECG) deve ser realizado e nos casos de alargamento do complexo QRS (que sugere bloqueio dos canais de sódio) pode-se administrar bicarbonato de sódio em bolus IV por um acesso calibroso (1 a 2 mEq/kg). Deve-se repetir o traçado de ECG para certificação de que houve estreitamento do complexo QRS após a terapêutica instituída.

Ressalta-se que a utilização de betabloqueadores no contexto de intoxicação aguda por crack/cocaína não é recomendada. A proscrição é baseada no fato de que a vasoconstrição das artérias coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica podem resultar de uma estimulação alfa adrenérgica não contrabalanceada pela estimulação beta adrenérgica (bloqueada pelo antagonista beta). Assim sendo, uma terapia otimizada para pacientes intoxicados consiste na redução da liberação de catecolaminas pelo sistema nervoso central e os benzodiazepínicos têm um papel de destaque nesse sentido.

A dor torácica associada à intoxicação por crack/cocaína é encontrada em uma parcela considerável dos casos que chegam à emergência. A vasoconstrição e aumento da

trombogênese estão associados a um aumento da incidência de isquemia miocárdica. Mais de 6% dos pacientes com dor torácica apresentam elevação em biomarcadores (troponinas) e achados eletrocardiográficos consistentes com injúria miocárdica. Outras complicações incluem dissecação da aorta, miocardite e arritmia.

A avaliação de pacientes com dor torácica deve incluir ECG, radiografia de tórax e dosagem seriada de biomarcadores para excluir infarto agudo do miocárdio. O manejo inclui administração de O₂ para manter spO₂ ≥ 93% e redução do tônus simpático com benzodiazepínicos. Recomenda-se que sejam administrados benzodiazepínicos em pacientes que apresentem ansiedade, agitação, hipertensão ou taquicardia, sugere-se adicionar nitroglicerina em pacientes que persistirem hipertensos. Pode-se ofertar nitroglicerina sublingual 0,4 mg a cada 5 minutos até um máximo de três doses, se uma posologia maior for necessária, deve-se iniciar infusão com titulação de dose para o efeito esperado. O uso de aspirina é contraindicado em pacientes com suspeita de dissecação da aorta, mas quando a principal suspeita da causa de dor torácica for isquemia, pode-se utilizar doses padrões de aspirina.

Os quadros de agitação com alterações da conduta são frequentes, principalmente associados a distúrbios psiquiátricos pré-existent. Pacientes em agitação psicomotora devem ser adequadamente tranquilizados com benzodiazepínicos, depois de descartadas hipoglicemia e/ou hipóxia. Uma dose inicial de 10 mg IV (ou VO) de Diazepam é recomendada seguida de 5 a 10 mg IV a cada 3 a 5 minutos até controle de agitação. Os pacientes devem ser monitorados quanto à possibilidade de depressão respiratória e hipotensão. As vias intramusculares (lorazepam ou midazolam) e oral (diazepam e lorazepam) podem ser utilizadas se o acesso intravenoso não for possível, mas o pico de ação é mais retardado (10 a 20 minutos). 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 mecânica (de acordo com o Protocolo Clínico nº 33 – Manejo do paciente psiquiátrico adulto com agitação e agressividade) diante do risco para si e para terceiros.

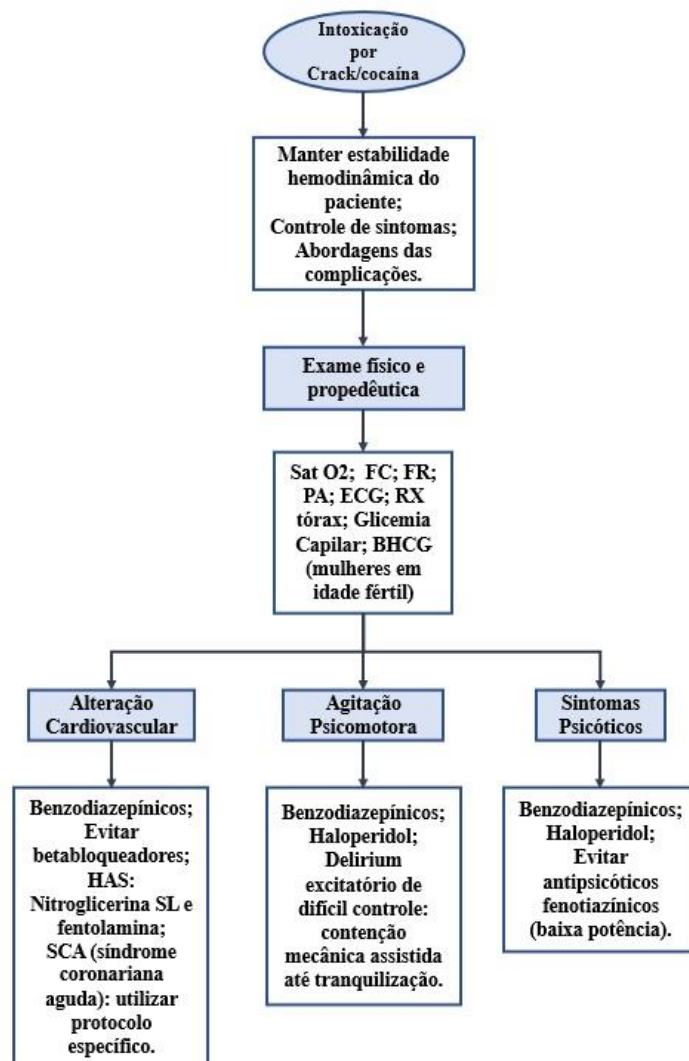
Os antipsicóticos isoladamente ou em associação com benzodiazepínicos também podem ser utilizados nos casos de agitação psicomotora, conforme gravidade do quadro, especialmente se há manifestação de sintomas psicóticos associados (delírios e alucinações), Recomenda-se, preferencialmente, a utilização de haloperidol (dose entre 5-30 mg VO), enquanto que antipsicóticos fenotiazínicos como clorpromazina e

levomepromazina devem ser evitados por reduzirem o limiar convulsivo e por necessitarem de doses maiores para redução dos sintomas positivos (baixa potência), aumentando os riscos de sedação excessiva e rebaixamento do sensorio.

Os estados de hipertermia devem ser rapidamente manejados, idealmente em 30 minutos ou menos, para um alvo de temperatura corporal $\leq 38,8$ C. Para isso, utilizar imersão no gelo ou água gelada para alcançar este objetivo.

O fluxograma de acolhimento do usuário de crack/cocaína, nos serviços de urgência, será elucidado na imagem a seguir.

Fluxograma 1 - Acolhimento ao usuário de crack em serviços de urgência



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

9.9 CONDUTAS GERAIS ADOTADAS NA INTOXICAÇÃO AGUDA

Quadro 4 – Condutas gerais nos quadros de intoxicação

CONDUTAS GERAIS NA INTOXICAÇÃO AGUDA POR CRACK/COCAÍNA

ALTERAÇÕES CLÍNICAS	ABORDAGEM	PROPEDÊUTICA	ABORDAGEM TERAPÊUTICA	OBSERVAÇÃO
Alterações cardiovasculares	Asseguramento de cuidados.	ECG. Radiografia de tórax. Glicemia capilar.	Benzodiazepínicos para tranquilização e ↓ tônus simpático: Diazepam 5 mg IV a cada 3-5 minutos; ou Diazepam 10 mg VO até tranquilização; ou	Complicações clínicas específicas: dissecção da aorta, SCA, seguir protocolo específico.

	<p>Suplemento de O₂ (Manter SatO₂ ≥ 93%).</p> <p>IOT se necessário (evitar succinilcolina).</p> <p>Monitoramentos de dados vitais.</p> <p>Descartar hipoglicemia.</p>	<p>Dosagem de biomarcadores (troponina).</p> <p>Exames laboratoriais.</p>	<p>Lorazepam 1 mg IV a cada 5-10 minutos; ou Lorazepam 2 mg VO até tranquilização (dose máxima: 12 mg).</p>	
Quadros de agitação/alterações de conduta	<p>Asseguramento de cuidados.</p> <p>Monitorização dos dados vitais.</p> <p>Ambiente tranquilo e com poucos estímulos sensoriais.</p>	<p>ECG.</p> <p>Radiografia de tórax.</p> <p>Glicemia capilar.</p> <p>Exames laboratoriais.</p>	<p><u>Benzodiazepínicos:</u> Diazepam 10 mg IV ou VO seguidos de 5 a 10 mg IV a cada 3 a 5 minutos até tranquilização; ou Lorazepam 1 mg IV a cada 5-10 minutos; ou Lorazepam 2 mg VO até tranquilização (dose máxima: 12 mg)</p> <p><u>Antipsicóticos:</u> Haloperidol 5 mg VO (dose máxima: 30 mg isoladamente ou associado a benzodiazepínico).</p>	<p>Evitar antipsicóticos de baixa potência (clorpromazina, levomepromazina).</p>
Sintomas psicóticos (paranoia, ilusões ou alucinações)	<p>Asseguramento de cuidados.</p> <p>Monitorização dos dados vitais.</p> <p>Ambiente tranquilo e com poucos estímulos sensoriais.</p>	<p>ECG.</p> <p>Radiografia de tórax.</p> <p>Glicemia capilar.</p> <p>Exames laboratoriais.</p>	<p>Haloperidol 5 mg VO (dose máxima: 30 mg).</p>	<p>Evitar antipsicóticos fenotiazínicos: Clorpromazina e levomepromazina</p>

9.10 OVERDOSE

Das complicações clínicas agudas relacionadas ao consumo do crack/cocaína a overdose é a mais conhecida e considerada emergência médica. É definida como a falência de um ou mais órgãos decorrentes do estado de hiper estimulação central e simpática. São sinais clínicos de overdose pela cocaína (MARQUES *et al.*, 2012):

- 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.

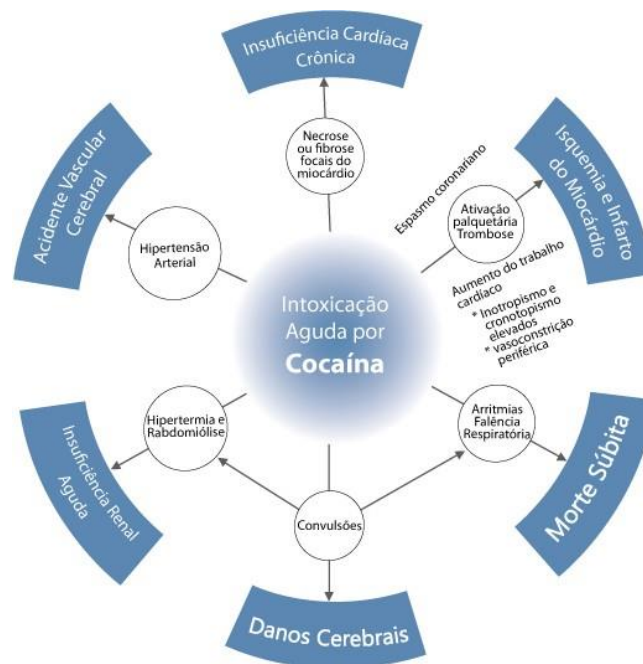
A suspeita de overdose indica que o paciente deverá ser atendimento imediatamente, de acordo com as diretrizes descritas neste protocolo.

As complicações cardiorrespiratórias decorrentes do uso de cocaína/crack são as mais frequentes entre as não psiquiátricas, sendo a angina do peito a que apresenta a maior taxa, cerca de 6% -10% dos usuários. Em média um terço dos acidentes vasculares em jovens estão relacionados ao consumo de drogas.

Quanto às complicações pulmonares, os sintomas mais comuns são dor torácica, dispneia, 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 serem pesquisados.

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

Figura 1 – Principais complicações decorrentes de overdose por cocaína/crack



Fonte: Projeto diretrizes, volume 2, 2003.

9.11 DESINTOXICAÇÃO

O termo desintoxicação se refere, à princípio, de tratamento sintomático de suporte para usuários com quadros de intoxicação aguda, ou seja, abordagem pontual e autolimitada. 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 (MARQUES *et al.*, 2012).

9.12 MANEJO CLÍNICO DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA E ABSTINÊNCIA

A dependência de qualquer substância de abuso é considerada síndrome clínica (síndrome de dependência), e contém critérios clínicos definidores, como consta na CID 10.

Os sintomas clínicos definidores que se destacam são o padrão de uso compulsivo tipo “*binge*” (consumo episódico de doses excessivas, que muitas vezes levam a quadros de intoxicação) associado a sintomas de tolerância e abstinência.

Os sintomas da abstinência à cocaína/crack são eminentemente psíquicos e alterações de humor são comumente encontradas.

A dependência à droga é alimentada pela busca da substância. Segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a fissura se refere ao desejo intenso de consumir uma substância psicoativa a fim de repetir as experiências dos seus efeitos prazerosos. Adicionalmente, há conceitos que classificam a fissura não somente como o desejo, mas, sim a intenção de consumir a substância psicoativa para o alívio dos afetos negativos, dos sintomas de abstinência e pela busca de efeito positivo.

A avaliação da fissura apresenta dificuldades decorrentes da própria falta de consenso científico sobre 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, descritas a seguir:

Quadro 5 – Fases da evolução da fissura

FASES DA EVOLUÇÃO		
	Sintomas	Durabilidade
“Crash”	Caracterizada por sintomas como ansiedade, depressão, paranoia e intenso desejo em retomar o uso (<i>craving</i> 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 se torna intermitente.	Duração de meses

9.13 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PLANO DE TRATAMENTO

9.13.1 Tratamento interdisciplinar

A multifatorialidade desta condição clínica demanda abordagem interdisciplinar, possibilitando ação conjunta dos profissionais de saúde inseridos no processo de cuidado, numa perspectiva biopsicossocial.

9.13.2 Técnico de Referência

O Técnico de Referência é o profissional responsável pelo monitoramento do usuário, do projeto terapêutico individual, do contato com a família e da avaliação das metas traçadas no projeto. Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o dispositivo técnico de referência constitui uma aproximação entre o profissional ou equipe a certo número de usuários, ocasionando uma assistência de modo singular por meio de um projeto.

9.13.3 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é entendido como ferramenta de cuidado única, construído coletivamente pela equipe de referência, que é composta por um conjunto de profissionais que se responsabilizam pelos mesmos usuários, cotidianamente. A participação do próprio usuário e de familiares é fundamental para essa construção.

A Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, considera a construção do PTS como eixo central para a lógica de cuidado para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

9.14 ENCAMINHAMENTO E ARTICULAÇÃO COM A RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria nº3088/2011).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura; as Unidades de Acolhimento (UA) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Faz parte dessa política o Programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, dada a complexidade desta rede temática, os dispositivos de atendimento das Unidades Assistenciais da FHEMIG devem estar articulados com a rede de apoio do usuário. É muito importante que as informações sejam claras e que sejam fornecidos os endereços para atendimento.

10 ITENS DE CONTROLE

As fontes de dados dos indicadores descritos serão oriundas da Classificação Internacional de Doenças (CID), descritas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos pacientes internados.

O numerador será definido pelo número total de pacientes atendidos pela CID relacionada às complicações ao uso de cocaína e crack (CID F14) e o denominador pela somatória de pacientes atendidos com intoxicação por substâncias (CIDs F10 a F19). Esses dados serão obtidos através do sistema informatizado da FHEMIG, de acordo com o período de tempo selecionado (recomenda-se coleta de dados mensal, com análises bimestrais). Para o indicador 2 (numerador e denominador), a busca será realizada, também, com a utilização de filtro por faixa etária (10 a 24 anos).

Trata-se de indicadores importantes, pois irá indicar o perfil de pacientes atendidos nas Unidades Assistenciais da FHEMIG, contribuindo para o desenvolvimento de processos de trabalho cada vez mais qualificados e seguros.

Especificamente no que se refere ao indicador 2, o mesmo irá permitir avaliar/acompanhar a ocorrência da vinculação com a RAPS, após a alta do serviço, de pacientes mais jovens (possibilidade de intervenção precoce e redução dos danos secundários ao uso abusivo de crack). “A Organização Mundial de Saúde circunscreve adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos” (BRASIL, 2007). Sendo assim, o público-alvo será paciente entre 10 e 24 anos.

CIDs referentes aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias

- CID F10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
- CID F11: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos
- CID F12: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides
- CID F13: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos
- CID F14: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína
- CID F15: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de estimulantes, inclusive a cafeína
- CID F16: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos
- CID F17: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo
- CID F18: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis
- CID F19: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2022).

INDICADORES E BASE DE CÁLCULO:

1. Proporção de pacientes atendidos com quadro de intoxicação por cocaína e crack:

$$\frac{\text{nº de pacientes atendidos com intoxicação por cocaína crack (CID F14)}}{\text{nº total de pacientes atendidos com intoxicação por substâncias (CID F10 a F19)}} \times 100$$

2. Proporção de pacientes com idade entre 10 e 24 anos com quadro de intoxicação por crack ou cocaína encaminhados adequadamente para a RAPS:

$$\frac{\text{nº de pacientes atendidos com idade entre 10 e 24 anos com intoxicação por crack ou cocaína encaminhados para a RAPS (CID F14)}}{\text{nº total de pacientes atendidos com idade entre 10 e 24 anos com intoxicação crack ou cocaína (CID F14)}} \times 100$$

REFERÊNCIAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto diretrizes/ Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina: **Abuso e dependência de crack**. AMB/CFM ago 2011.

APA - American Psychiatric Association. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos**. Compendio, 1 ed. Artmed, 2008.

BASTOS, F.I., BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p

BRASIL. **Acolhimento Nas Práticas De Produção De Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44p.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, De 23 De Dezembro De 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 1ª ed. Brasília, 2013. 16p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em 10 de novembro 2022.

BRASIL. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao crack**. 2011.

COSTA, P. H. A. D., RONZANI, T. M., & COLUGNATI, F. A. B. **No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23, 3233-324

DIEHL, A., CORDEIRO, D.C., LARANJEIRA, R. **Tratamento farmacológico para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 396 p.

DIEHL, A., CORDEIRO, D.C., LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 528p.

ELLENHORN MJ. *et al.* **Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning**. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, v. 2, 1997, 2047 p.

HENRIQUE, I.F.S; *et al.* **Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST).** Rev. Associação Médica Brasileira, 2004, v.50, n. 2. p. 100-206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039> Acesso em: 21 de junho de 2022.

LABATE, B.C., GOULART, S.L., Mauricio FIORE, MACRAE, E., CARNEIRO, H. **Drogas e cultura: novas perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2008. 440 p.

LINGFORD-HUGHES, A.R., WECH, S., PETERS, L., NUTT, D.J. **BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP.** J Psychopharmacology, v. 26, n.7, p. 899-952, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269881112444324>

MACRAE E., TAVARES L.A., NUÑEZ M.E. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso** - Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013. 232 p.

MANÇANO, A., MARCHIORI, E., *et al.* **Complicações pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax.** J Bras Pneumol. v. 34, n. 5, p. 323-327, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008000500012>

National Collaborating Centre for Mental Health - NCCMH (UK). **Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People.** Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2011.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NIDA. **Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide** (Third Edition), 2018. Disponível em: <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment> Acesso em: 7 de junho de 2022.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NIDA. 2022, October 5. **Preface.** Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface> on 2022, October 26

RIBEIRO M., LARANJEIRAS R. **O tratamento do usuário de crack.** 2ª ed. Artmed, Porto Alegre. 2012. 664 p.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

ANEXO I - TESTE PARA TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

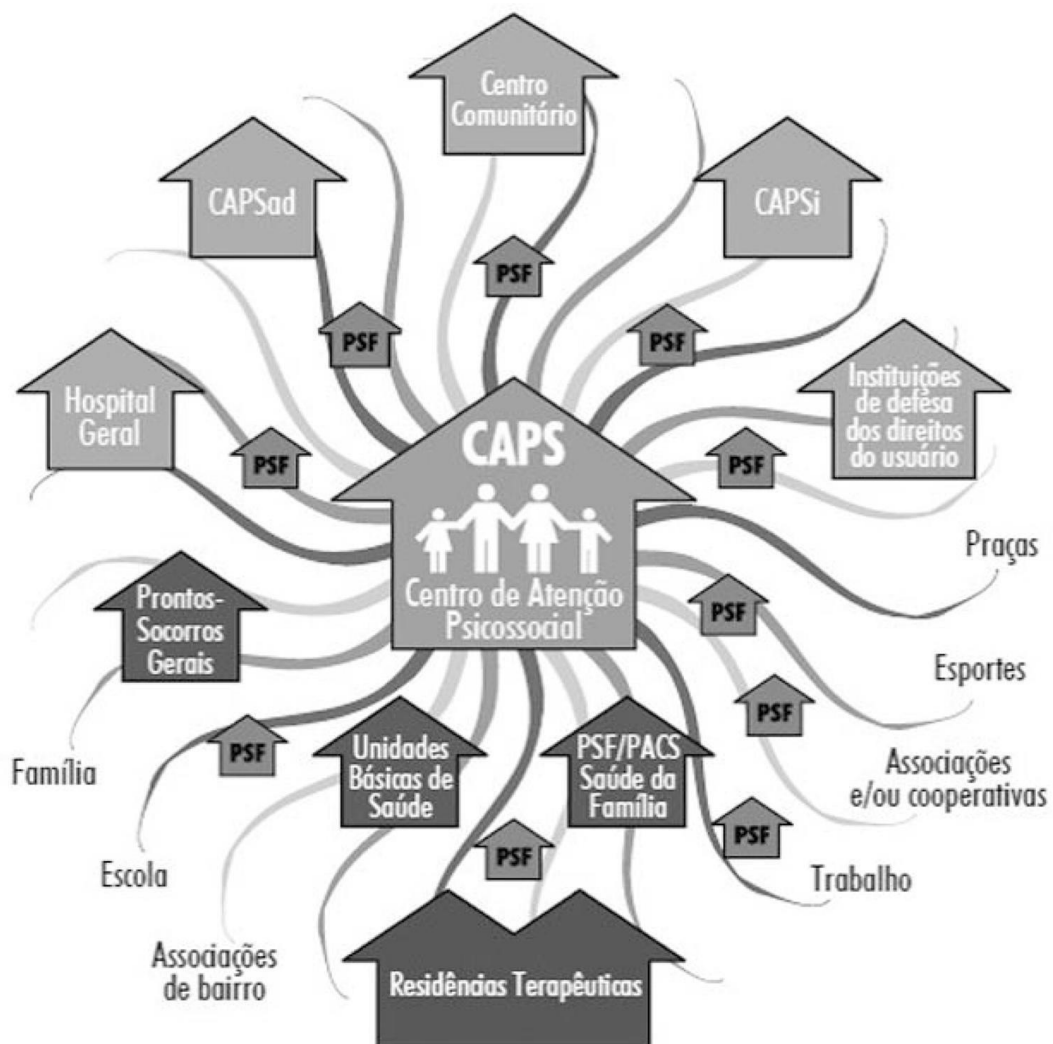
8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Álcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

Fonte: Henrique *et al.*, 2004.

ANEXO II – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



Fonte: COSTA, 2018.

ANEXO III - PULMÃO DE CRACK

Uma vez que o pulmão é o principal órgão exposto, complicações pulmonares são frequentemente observadas como consequência 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, dispneia, 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 manejo inicial inclui manutenção da oxigenação, ventilação e cuidados sintomáticos. Pacientes que apresentarem vias aéreas comprometidas requerem intubação endotraqueal e não se deve utilizar succinilcolina.

O uso de curtos períodos de corticoide é controverso, podendo haver recuperação da lesão pulmonar com a interrupção da droga. (MANÇANO *et al.*, 2008)