

1 INTRODUÇÃO

No mundo atual repleto de seus problemas sociais, ocorre uma grande necessidade por parte de muitas pessoas em obterem prazer a todo custo, mesmo que a pessoa possa ser levada a prejuízo de suas funções normais da vida diária e que possam comprometer suas vidas sociais e pessoais.

Droga é, por definição, qualquer substância química que não pertence ao organismo e que é colocada no organismo com alguma finalidade, e pode fornecer um prazer que muitas vezes é intenso, mas que também tem capacidade de gerar comprometimentos biopsicossociais ao indivíduo consumidor.

O grupo de drogas que podem trazer prazeres ao atuarem no sistema nervoso central é denominado de psicoativas (Kaplan e Sadock, 2007). Algumas destas são legalizadas, por causarem menos danos e os mesmos geralmente são mais demorados (o álcool, a cafeína), outras já são ditas ilícitas, que são assim classificadas de acordo com a cultura de cada nação e também de acordo com o comportamento dos cidadãos perante a tais drogas. Na Bolívia atualmente é legalizado o uso de maconha e derivados, na Holanda o uso de drogas psicoativas somente é permitido em ambientes selecionados, no Brasil hoje não é permitido o uso de maconha e seus derivados visto a associação grande com pobreza e marginalização (Garfunkel, 2008; Ferreira e Martini, 2001).

As drogas psicoativas atualmente são classificadas quanto à legalidade em lícitas e ilícitas, quimicamente em derivados naturais e sintetizados, e os principais grupos são o álcool, maconha e os derivados do cânhamo (e.g. O haxixe), a cocaína (ver Figuras 1 e 2) e seus derivados (crack), LSD (derivado do ácido lisérgico), barbitúricos, opioides (heroína dentre outros), ecstasy, além de outros alucinógenos como a psicosedina (derivada de cogumelos), a mescalina (derivada do cactos), além do grupo de drogas sintéticas mais recente como o MDA. Cada grupo de drogas possui seu potencial maior ou menor de causar dependência física e psicológica, incluindo efeitos psíquicos como alucinações, sensação de bem-estar, depressão, letargias, anestesia dentre outros, além dos efeitos físicos como taqui e bradicardias e agitação.

Segundo Minayo e Deslandes (1998:38):

Atualmente, o uso abusivo de drogas e a violência são ameaças constantes à qualidade de vida. O tráfico de drogas aparece como um consistente vínculo entre violência e drogas, já que é um tipo de mercado gerador de ações violentas. No Brasil, o crime organizado floresceu e institucionalizou-se a partir da década de 80, tornando-se uma resposta social como mercado de trabalho, sobretudo para os jovens pobres das periferias e favelas.

É por esta e outras razões que estudos sobre o uso, epidemiologia e formas de tratamentos de pessoas que fazem uso de drogas devem ser estimulados.

Este trabalho se dispôs a relatar um caso de um paciente em tratamento bem sucedido de dependência por crack/cocaína em uma Unidade Básica de Saúde de tratamento médico de Mossoró-RN, comparando com dados encontrados por outros autores. Visto que sempre há necessidades de estudos sobre o perfil de uso da cocaína e crack, principalmente sob a forma de revisão de dados em historicidade e novidades sobre o comportamento sociodemográfico do consumo e as formas de tratamentos existentes, justificou-se a elaboração e execução deste estudo, principalmente pelo fato de ter acrescentado mais um caso bem sucedido de tratamento de dependência por esta droga.

Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para aumentar a compreensão de como se encontram os tratamentos atuais, prognóstico e Epidemiologia desta dependência, servindo para se planejar ações mais efetivas para o tratamento, controle e prevenção das principais doenças relacionadas ao consumo da cocaína e seus derivados, contribuindo para alertar autoridades e a população sobre a prevenção.

Diante da gravidade da problemática, ainda são poucos os estudos no Rio Grande do Norte, especialmente em Mossoró e regiões circunvizinhas, que foram desenvolvidos no sentido de conhecer as novidades sobre o consumo e tratamento de pacientes dependentes de cocaína e derivados e ainda menos trabalhos foram publicados sobre tratamentos bem sucedidos de dependência por esta droga. Este trabalho busca minimizar esta lacuna e contribuir para os tratamentos atuais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Drogas e suas Classes Principais

A utilização de drogas psicotrópicas é tão antiga quanto a própria civilização humana. Muitas sociedades e culturas humanas têm usado drogas para promover mudanças comportamentais e, desta forma, alterar a disposição e o humor, pensamentos e sentimentos. A cocaína, a heroína e a maconha são as drogas mais utilizadas de forma abusiva e não aprovada legalmente. Após 1987, o uso de cocaína (Figuras 1, 2 e 3) vem aumentando em todo o mundo, principalmente na sua forma mais economicamente vantajosa de pedra, o crack. De muitas maneiras, os usuários de drogas tentam se tornar escondidos da sociedade, tanto por usar uma droga ilegal como pela criminalidade a ela relacionada, ficando, assim, difícil determinar o número de seus usuários. Segundo Filho:

Eles podem ser encontrados: a) em serviços especializados no tratamento de dependência química, onde são internados para recuperação ou por “overdose”; b) em delegacias de polícia, cadeias e nos presídios, onde se encontram devido aos crimes relacionados às drogas; c) em hospitais, quando são agredidos em consequência da violência, ou quando são vistos para cuidados médicos devido às drogas ou outras condições a elas relacionadas, tais como infecções. No Brasil, até o início do século XX, não havia relato sobre abuso e dependência ou preocupações maiores com a cocaína. A substância era vendida em farmácias para alívio de laringites e tosse. Na década de 1910-1920, começa a haver grande preocupação com o uso não médico nas grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro. O país não é um produtor significativo de cocaína, mas faz parte da rota colombiana do tráfico para os Estados Unidos e Europa, e, mais recentemente, ingressou na conexão nigeriana, vindo a droga a entrar em grandes quantidades no País (Filho *et al.*, 2003:752).



Figura 1 – Desenhos de folhas e flores da planta da coca. Fonte: http://2.bp.blogspot.com/_j2ZN5fCjCCM/SnYbkzEaQ3I/AAAAAAAAAGA/DchwCelTXTs/s320/Coca-planche.jpg.

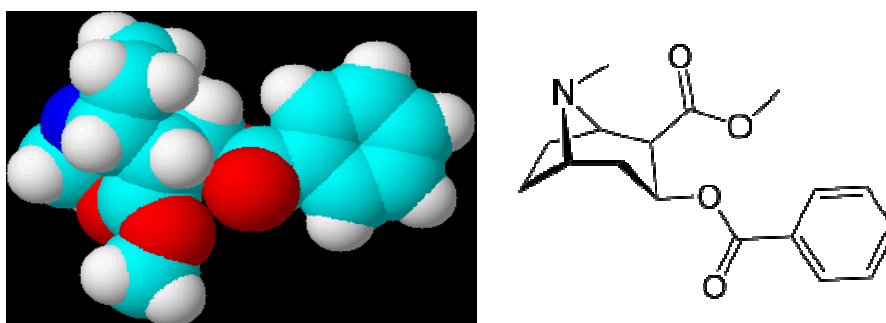


Figura 2 – Fórmulas estruturais da cocaína. Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Coca%C3%ADna>; <http://www.monografias.com/trabajos30/cocaina/cocaina.shtml>.

Deve-se, no entanto, a partir deste momento, esclarecer alguns dos termos usados correntemente na área do estudo das drogas psicotrópicas. O termo droga é, como já foi relatado na introdução, por definição, qualquer substância química que não pertence ao organismo e que é

colocada no mesmo com alguma finalidade e altera seu funcionamento. As drogas psicotrópicas, ou também denominadas de psicoativas, tem por característica principal fornecer alguma ação no cérebro, que pode levar a prazer ou qualquer outra mudança de comportamento (Kaplan e Sadock, 2007).

Os entorpecentes correspondem às drogas que atuam no sistema nervoso central e que promovem prazer temporário e a isto está associado à dependência e tolerância aos mesmos. Alguns entorpecentes são legalizados, sendo por isto, denominados de lícitos (álcool, tabaco), outras já são ditas ilícitas, de acordo com a cultura de cada país. Um exemplo bem conhecido e já comentado anteriormente sobre este comportamento humano perante as drogas tem a Bolívia, onde atualmente é legalizado o uso de maconha e seus derivados, já na Holanda o uso destas drogas só é permitido em ambientes selecionados, no Brasil a cocaína é ilegal extrair, distribuir, vender ou usar, na Noruega é ilegal possuir e comprar folhas de coca ou a cocaína, em Portugal o uso pessoal de cocaína foi descriminalizado por uma lei de 2000 em situações de portar menos que 2 gramas de cocaína, no entanto, qualquer venda ou portabilidade maior que esta quantia é considerada ilegal, no Reino Unido o uso de cocaína somente é permitido caso um médico registrado tenha prescrito o uso da mesma em casos de tratamento de dependência, já nos Estados Unidos da América (EUA) a mesma somente pode ser vendida, portada e usada em casos de prescrição médica e licença (Garfunkel, 2008; Ferreira e Martini, 2001).

2.2 Substâncias Psicoativas e seus Efeitos Adversos

Os danos gerados pelas drogas podem ser agudos ou crônicos, originando alterações duradouras e até mesmo irreversíveis. As substâncias psicoativas podem produzir acidentes e violência. O álcool pode causar intoxicações graves, hepatite, cirrose e esta levar a câncer hepático, convulsão e coma. O uso de benzodiazepínicos pode potencializar a ação do álcool e dar depressão respiratória, gerar dependência, além de provocar síndrome de abstinência. Os inalantes (cola de sapateiro, solventes, esmalte, benzina, lança-perfume) que são absorvidos pelos pulmões, podem levar a morte que acontece por asfixia ou arritmias cardíacas, podem ocorrer neuropatia periférica, ototoxicidade, encefalopatia, podem ocorrer lesões renais, pulmonares, hepáticas, cardíacas e hematopoiéticas.

A cocaína (Figuras 3 e 4) e as anfetaminas podem produzir convulsão, isquemia cardíaca e cerebral, mania, depressão, ansiedade, pânico, esquizofrenia, transtornos de personalidade ou paranoia, hipertensão, arritmias cardíacas, insônia, cefaleia, vertigens, alucinações, impotência sexual, dependência psicológica e síndrome de abstinência com apatia, fadigabilidade e depressão. A forma de uso endovenoso da cocaína pode estar relacionada a doenças transmissíveis pelo sangue, já no uso do crack (fumar – ver Figura 4) pode provocar, além dos sintomas citados pra cocaína e anfetaminas, tosse, expectoração, pneumonia, hemoptise, broncoespasmo e edema pulmonar (Lo *et al.*, 1991; Boni e Pechansky, 2002; Carvalho *et al.*, 2005; Gazoni *et al.*, 2006; Yamaguchi *et al.*, 2008).



Figura 3 – Fotos do pó de cocaína e das pedras de crack. Fonte: <http://noticiasdefato.files.wordpress.com/>; http://portalopovo.com.br/noticias_fotos.

O nome cânhamo é um termo derivado do castelhano pra todas as plantas pertencentes ao gênero *Cannabis*, que tem como representantes principais a *C.sativa*, *C.indica* e *C.rudelaris*, dos quais são processadas diversos tipos de drogas, entre as quais encontra-se o haxixe, a marirruana e a maconha (*C.sativa*). A planta contém mais de 400 tipos de substâncias químicas, 60 das quais estão relacionadas ao tetrahydrocannabinol delta 9 ou o THC que é o principal agente psicoativo destas espécies. A maconha produz a síndrome amotivacional com passividade, apatia, falta de objetivos, de ambição, raramente alucinações, ilusões e falta de interesse na comunicação, podendo levar à queda do desempenho em atividade de importância (escolares ou laborais) e

aumenta a ansiedade e gera risos incontroláveis durante o uso (Lo *et al.*, 1991; Boni e Pechansky, 2002; Carvalho *et al.*, 2005; Gazoni *et al.*, 2006; Yamaguchi *et al.*, 2008)..



Figura 4 – Fotos de pessoas consumindo o crack e a cocaína. Fonte:

<http://projetodedeus.files.wordpress.com/2010/01/crack;>

http://www.rbrnoticia.com.br/wpcontent/uploads/-2009/10/cocaina_snifar.jpg;

<http://s.socialesaude.zip.net/images/crack.jpg>.

Entre os alucinógenos, o LSD (dietilamina do ácido lisérgico), sintetizada em 1937 por Albert Hofmann, age em vários neurotransmissores levando a delírios, alucinações, dependência psíquica, dentre outros sintomas, as primeiras substâncias descobertas da classe do LSD eram derivadas do fungo comum em cereais, o *Claviceps purpurea*, tendo sido relatados muitos casos de intoxicação em civilizações humanas ao longo da História, tendo o ácido lisérgico como o principal alcaloide produzido por este fungo (Lo *et al.*, 1991; Boni e Pechansky, 2002; Carvalho *et al.*, 2005; Gazoni *et al.*, 2006; Yamaguchi *et al.*, 2008).

2.3 Cocaína e Crack

Estas duas substâncias possuem a mesma matéria-prima (Tabela 1), sendo que a cocaína pode ser injetável ou ainda cheirada na forma de pó (cloridrato de cocaína) (Figura 3), enquanto que o crack é fabricado sob a forma de pedra (composta basicamente de cocaína, água, base que pode ser dentre outras substâncias a soda cáustica ou o bicarbonato de sódio, além de impurezas) e deve ser consumida sob a forma de fumo e por último a pasta ou o merla que nada mais é que o resíduo obtido na primeira fase durante a preparação do pó (Figura 3). O Crack ficou consagrado

desta forma devido ao barulho feito durante o uso do mesmo pela pedra se partindo (Kessler e Pechansky, 2008; Lepsch, 2008).

O uso de cocaína data das civilizações pré-colombianas dos Andes que, há mais de 4500 anos utilizavam a folha extraída da planta *Erythroxylon coca* no Peru e na Bolívia (Figura 1). O nome coca vem de uma palavra aimará, “khoka”, que significa “a árvore”. Para os incas era considerada um presente do Deus Sol e por isso sagrada, sendo usada pela nobreza. Somente no período colonial espanhol é que o consumo se estendeu aos índios, apesar da oposição da igreja católica, uma vez que o consumo da mesma impedia o uso do trabalho escravo dos índios e a conversão ao cristianismo.

Os primeiros relatos europeus datam de Américo Vespúcio em 1499 pelo consumo mastigado com cinzas. No Norte do Brasil, também é chamada de epadu e muitas tribos da Bacia Amazônica a consomem sob a forma de folhas torradas de coca misturadas com substâncias alcalinas. Dentre as substâncias já isoladas das folhas de coca encontram-se o eritroxileno, cafeína, nicotina, morfina, além de vitaminas e da cocaína que fora sintetizada em laboratório em 1902 por Willstatt (Karch, 1989 e 1999; Garfunkel, 2008).

Muito tempo depois algumas pessoas famosas vieram a fazer uso da droga e até mesmo recomenda-la na forma de uso medicamentoso, como foi o caso de Sigmund Freud que em seu livro denominado “Sobre a coca – Ueber Coca” de 1884, no qual relatava ser um afrodisíaco, estimulante e ter função de anestésico local (sendo esta realmente constatada e usada durante longo tempo), além de servir pra tratar doenças psíquicas (dependência de morfina, histeria), digestivas, infecciosas dentre outras, e que foi ainda discutido por muitos outros autores.

Freud utilizava cocaína em doses de 200 mg diariamente e recomendava doses orais entre 50-100 mg como estimulante e euforizante em estados depressivos. Ele utilizou cocaína para tratar o médico Ernest von Fleischl Marxow, dependente de morfina usada a princípio para um quadro de dor intensa, por amputação da perna, que culminou com dependência dupla e o paciente desenvolveu delírios paranoides e alucinações. Freud também tratou o amigo Karl Koller, que recebeu o apelido de Coca-Koller devido à dependência desenvolvida com esse fármaco (Barre, 1982; Haas, 1995; Maia e Juruena, 1996; Karch, 1999; Garfunkel, 2008).

Um outro caso também envolvendo o uso de pesquisas com a cocaína e de grande notoriedade pra sua época, foi o de Wiliam S Halsted, um dos pais da cirurgia moderna e um dos fundadores da Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, não ficando restrito à anestesia oftalmológica, Halsted passou a usar cocaína em si e em outros. Ele e seus colegas obtiveram sucesso no bloqueio da dor, iniciando a era das cirurgias oculares, entre outras, mas o preço desse achado foi uma intensa dependência e deterioração profissional (Barre, 1982; Haas, 1995; Maia e Juruena, 1996; Karch, 1999; Garfunkel, 2008).

Operando na ausência de leis ou regulamentos que limitassem venda e consumo, a cocaína tornou-se presente até em bares nos Estados Unidos e eram fabricadas em várias formas como: cigarros, charutos, inalantes, cristais, licores, soluções (Figuras 5 e 6). Em 1886, John Styth Pemberton criou a coca-cola que era sem álcool, mas com cocaína (60 mg por 250ml) e com extrato de noz de cola, que era usado como tônico para o cérebro e os nervos, nos tempos atuais a cocaína foi retirada (1906), porém em alguns países são usadas folhas de coca “descocainizadas”.

Ainda curioso é o romance escrito por Stevenson (escritor inglês) de “Dr. Jekyll e Mr. Hyde” que teria sido feito sob efeito da cocaína e tendo os dois protagonistas representando o fenômeno de dissociação de personalidade em dependentes da cocaína. Somente em 1912 com o tratado de Haia, dentre outros nos EUA, é que houve uma menor disponibilidade da droga na população geral (Garfunkel, 2008).

Nos EUA o aumento do consumo se deu após cem anos da descoberta da cocaína, e na década de setenta alguns fenômenos puderam contribuir pra este aumento como o consumo generalizado de diversas drogas na década de sessenta, principalmente após o festival de *Rock and Roll* de 1969 de Woodstook, além do surgimento de uma apologia de que a cocaína não causaria grandes problemas a saúde, o que também influenciou toda a população humana no planeta, já na década de oitenta e noventa houve um aumento exacerbado das internações de pacientes em Hospitais Psiquiátricos em decorrência do abuso da cocaína no Brasil, tendo sido registrado um aumento de 0,8% para 4,6% de uma década para a outra (Lepsch, 2008).

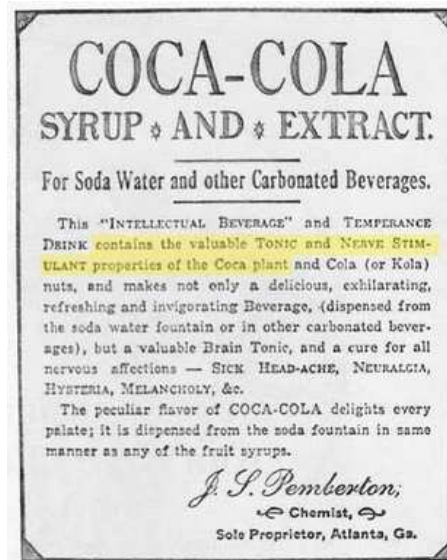


Figura 5 – Cartaz de propaganda da Coca-Cola no período em que a mesma se utilizava de cocaína em sua fórmula e era usada para cefaleias, neuralgias, histerias e melancolias.

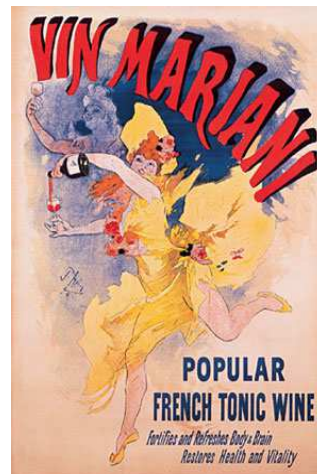


Figura 6 – Cartaz de propaganda sobre vinho tônico a base de cocaína. Fonte: <http://novo-mundo.org/log/sexta-fato/sexta-fato-freud-e-a-cocaina.html>.

Três áreas de aplicação terapêutica da cocaína foram identificadas com bases científicas. Tópicamente, como um efetivo anestésico local oftalmológico, e vasoconstricção das mucosas que deu origem a uma grande família de drogas atualmente amplamente usadas de anestésicos locais e de melhor eficácia. Numa segunda aplicação, a cocaína foi utilizada para o tratamento das dores de pacientes com câncer terminal, mas estudos controlados não demonstraram benefício. Também nos casos severos de cefaleia, a cocaína apresentou excelentes resultados quando aplicada pelo forâmen esfenopalatino (Figuras 7 e 8) (Barre, 1982; Haas, 1995; Maia e Juruena, 1996; Karch, 1999; Garfunkel, 2008).



Figura 7 – Cartaz de divulgação de preparado a base de cocaína pra dores dentárias de 1885 nos EUA. Fonte: <http://lh4.ggpht.com/>



Figura 8 – Cartaz de divulgação de vinho a base de cocaína para tratamento de neuralgia e insônia. Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/>

2.4 Bioquímica e Fisiologia da Cocaína e do Crack

A dependência é um fenômeno que tem causas e consequências em diversos aspectos como os do campo fisiológicos, psicológicos e sociais. Esse fenômeno pode ser definido como uma síndrome onde o abuso da droga passa a ter prioridade sobre outros comportamentos mais importantes para o indivíduo, com trabalhar, namorar, estudar, antes de sua experiência com as mesmas. A dependência pode ser classificada como tal, quando um consumidor perde o controle do uso da droga, onde pode se chegar ao extremo caso de dependência que está associada ao uso compulsivo da droga. É a partir do desenvolvimento da dependência que se resultam os efeitos euforizantes e/ou sensação de prazer que as drogas de abuso produzem, uma vez que essas substâncias podem atuar como reforçadores positivos (Lepsch, 2008).

São estas sensações, que estão relacionadas com o uso da droga, que irão manter, sustentar e aumentar o desejo de consumi-la quase que permanentemente. O efeito reforçador positivo das drogas é decorrente da ativação de um substrato neurobiológico comum, que trará-se do sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, que, por sua vez, é formado por neurônios dopaminérgicos da área tegmental ventral que se projetam para núcleo acumbens. A ativação desta via induz o aumento da liberação de dopamina no núcleo acumbens, levando a sensação de prazer e euforia. Este aumento das concentrações da dopamina no núcleo acumbens foi demonstrado após a administração de cocaína, anfetamina, morfina, etanol e delta9THC (substância extraída do *Cannabis* sp.). Desta forma, pode-se observar que todas as drogas que induzem dependência são reforçadores positivos neste sentido da palavra. Além da dependência, as drogas de abuso são caracterizadas pela ocorrência da síndrome de abstinência, que ocorrem caracteristicamente após a sua retirada. A síndrome de abstinência trata-se de um conjunto de sinais e sintomas, geralmente opostos aos efeitos agudos das drogas, que propiciam desconforto intenso ao indivíduo, fato que faz com que o indivíduo tente fugir do quadro, utilizando mais droga. Embora todas as drogas que produzem dependência induzam a síndrome de abstinência, os sinais e sintomas, com exceção da fissura, são específicos para cada classe de droga ou até mesmo especificamente para um tipo de droga da classe em questão e, assim, devem ser mediados pela neuroadaptação de sistemas neuronais diversos (Lepsch, 2008).

Torna-se neste momento essencial definir os termos fissura e *craving*, já que os mesmos serão discutidos ao longo de todo o texto. *Craving*, termo inglês para *fissura*, "é um forte impulso subjetivo para usar a substância", experimentado pela maioria, senão por todos os dependentes de substância psicoativa (DSM-IV, 1995). *Craving* é um fenômeno que resulta em respostas fisiológicas e psicológicas a partir de um forte desejo para obter e consumir a substância. O anseio pela substância estaria associado com indicadores que lembram o reforço positivo e não com indicadores que evocam a abstinência, já que as drogas podem ser reforçadoras pela extinção dos estados aversivos (Kaplan e Sadock, 2007).

Já é bem descrito na literatura científica que a cocaína pode afetar a morfologia ou função de componentes celulares, incluindo inibição da extensão dos neuritos, que trata-se dos prolongamentos do corpo celular de neurônios, alterações da função e morfologia da mitocôndria, redução da dilatação do retículo endoplasmático e proteólise lisossomal anormal. Em células de animais modelos foi observado que a cocaína tem a capacidade de levar a alterações no crescimento e diferenciação dos neurônios e ativação de vias de morte celular (a apoptose), assim como a exposição intrauterina após administração de cocaína, que é capaz de levar a anormalidades morfológicas cerebrais e défices cognitivos após o nascimento (Lepsch, 2008).

É também muito bem conhecido que a cocaína inibe a recaptação de dopamina, noradrenalina e serotonina, bloqueando a recaptação a nível do terminal pré-sináptico. Sendo o bloqueio de recaptação de dopamina o responsável pela euforia e sensação de prazer (Lepsch, 2008). Na célula vegetal, há muitas formas de produção da molécula de cocaína pela maquinaria de enzimas celulares (Figura 9), mas na maioria das vezes é usado a via do ácido shiquímico ou shiquimato, a partir do fosfoenolpiruvato e da eritrose-4-fosfato.

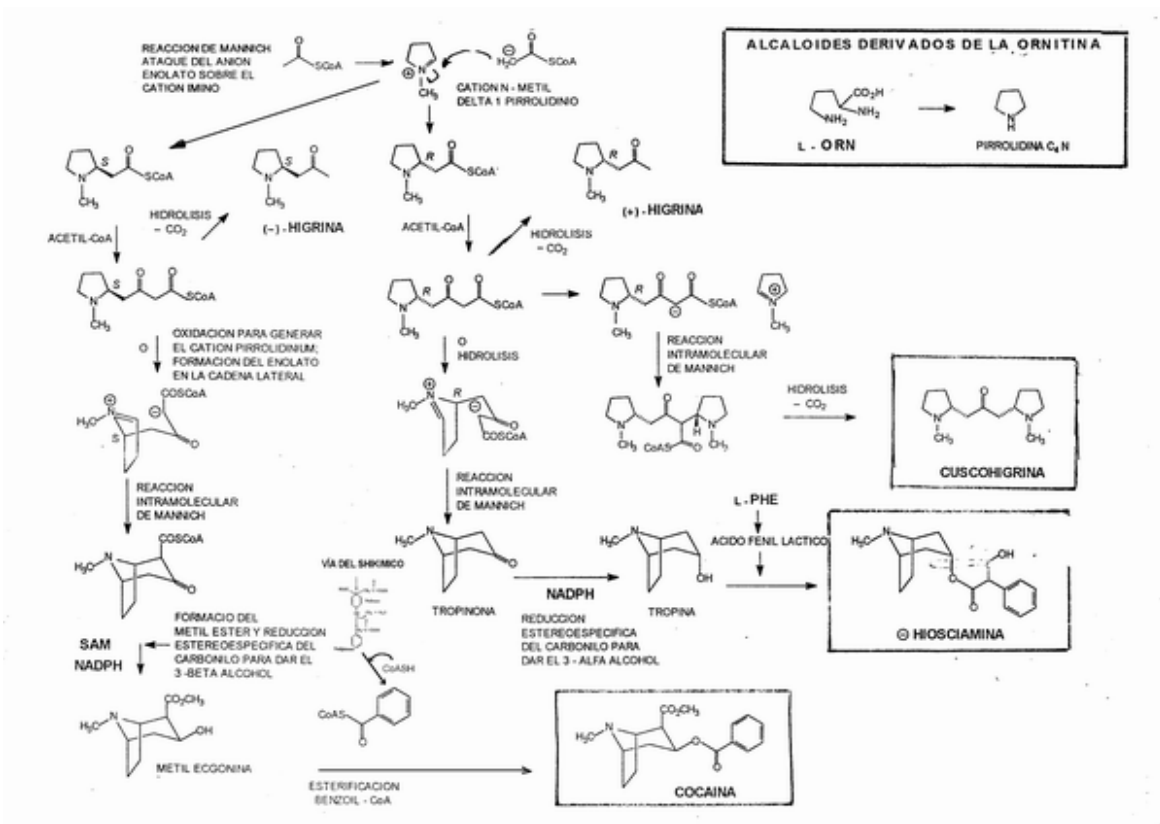


Figura 9 - Esquema geral da síntese de cocaína nas células do vegetal.
 Fonte: <http://www.monografias.com/trabajos30/cocaina/cocaina.shtml>.

Destá forma pode-se dizer que atualmente muito se conhece sobre o campo de estudo do uso dos entorpecentes, mas que ainda existe uma grande lacuna no que diz respeito a cura da dependência aos mesmos, o que torna trabalhos como este de grande valia pra sociedade e os indivíduos dependentes diretamente.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa trata-se de um relato de caso, sendo, assim, é uma pesquisa sobre determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo do seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida. É também documental, pois foi realizada a partir de documentos considerados cientificamente autênticos. É um estudo do tipo descritivo, que foi realizado a partir de dados de prontuários médicos, relatando com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade e aprofundando a descrição desta realidade (Andrade, 2003).

A pesquisa foi realizada numa Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Mossoró/RN que é unidade de referência em tratamento de pacientes na área de Saúde da Família da II Unidade Regional de Saúde. Tendo sido realizado um relato de caso de um único paciente que já foi tratado nesta unidade de saúde, sendo, assim, a amostra constituída de um único indivíduo, que teve tratamento bem sucedido.

A pesquisa foi utilizada no arquivo de prontuário médico da Unidade Básica de Saúde da Família. Para tal, utilizou-se um questionário norteador pré-estabelecido segundo autores renomados na literatura psiquiátrica (Kaplan e Sadock, 2007) (Anexo A) que foi preenchido com os dados decorrentes do prontuário médico do paciente.

A coleta de dados ocorreu no mês de Fevereiro de 2010, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Institucional e encaminhamento de ofício do curso de pós-graduação em Saúde Mental e Psiquiatria, onde foi sediada a pesquisa. A coleta se deu de forma individual, obedecendo aos critérios de inclusão da mostra.

Os procedimentos de coleta de dados obedeceram as seguintes etapas: 1) realizar contato com o coordenador da Unidade Básica de Saúde Vereador Durval Costa; 2) conhecer a relação do participante da pesquisa com esta Unidade Básica de Saúde; 3) agendar entrevista com o participante; 4) realizar a entrevista para obtenção do TCLE e explica-lo que será mantido o anonimato de sua identidade junto ao projeto; 5) preencher o formulário (em anexo) conforme os dados do prontuário médico.

Foi realizada uma leitura do prontuário para entendimento do todo, identificação de pontos convergentes, agrupamentos de ideias semelhantes e identificação de categoria denominada de acordo com os significados de cada agrupamento.

Esta pesquisa foi realizada, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. A Resolução 196/96 CNS/MS, que aprova as normas de diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), foi respeitada, tanto para procedimentos, como para divulgação dos resultados com o objetivo de proteger o envolvido na pesquisa. A pesquisa, também, teve como agente norteador, o capítulo XII do Código de ética Médica, que ressalta as diretrizes para a pesquisa médica (CFM, 1988).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada a partir de dados obtidos de prontuários médicos da Unidade Básica de Saúde da Família, localizada no município de Mossoró do Estado do Rio Grande do Norte. Esta Unidade Básica de Saúde é parte da II Regional de Saúde (II URSAP) da Secretaria de Saúde do Estado. Os dados obtidos do prontuário médico foram colocados na forma do questionário citado no item Instrumentos de Coleta de Dados e consta de um único paciente que fora tratado nesta unidade de saúde, após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice). A forma de apresentação dos dados então seguirá os itens do referido questionário nos subitens a seguir.

4.1 Anamnese do Paciente

Identificação do Paciente

L. T. A., 38 anos, sexo masculino, moreno, católico, solteiro, sem filhos, natural de Mossoró, nível fundamental de formação profissional em técnico em administração, desempregado desde os 32 anos.

Queixa Principal

Dependência de cocaína e crack desde os 30 anos de idade.

História da Doença Atual

Paciente referiu que desde os 30 anos de idade é usuário de crack (cocaína fumada) e cocaína (inalada), acredita que a perda de seu último emprego tenha sido devido as consequências do uso destes tipos de drogas. Neste período sempre teve vontade de parar, impulsionado pelas pressões sociais (pessoas que aconselham, perda do emprego, além das consequências psicológicas que aparecem após o uso), e já fora aconselhado por muitas pessoas (pais, namorada e alguns colegas) a deixar o uso destes tipos de drogas, referiu também já ter tentado por duas vezes sucessivas, mas sem sucesso.

Hábitos de Vida

O paciente mora com os pais, em casa de alvenaria com dois quartos, um dos quais é o que ele mesmo dorme, criam cachorro, gato e galinhas no quintal, o pai é aposentado por invalidez, a mãe sempre trabalhou em casa como do lar, teve muitas namoradas, mas sem se fixar em uma relação por mais de dois anos. Sempre gostou de fazer exercícios quando na adolescência, mas parou há vinte anos e nunca mais teve vontade. Desde os 10 anos de idade é tabagista e etilista, durante este período sempre teve necessidade de parar e já fora aconselhado por muitas pessoas a deixar o uso destes tipos de drogas, referiu também já ter tentado por duas vezes sucessivas, mas sem sucesso.

História Patológica Pgressa

Paciente nega ser portador de outras patologias físicas como diabetes, hipertensão ou outras de caráter orgânico, apesar de sentir palpitações no peito, principalmente quando faz algum esforço, tremores no corpo, cefaleia, eritema ocular, principalmente após o uso das drogas.

História Patológica Familiar

Paciente refere que o pai é etilista ocasional, tabagista, tem diabetes mellitus e hipertensão arterial crônica, já fez cirurgia de vesícula e tem muitas dores no corpo (artrite) negando outras doenças. A mãe também é diabética, cega de um olho, tem cardiomiopatia hipertrófica, é hipertensa, tabagista de longa data.

História Pessoal

Neste item tenta-se ver o quadro psicológico e de hábitos de vida do paciente (neste caso da infância, adolescência e o período atual) com o objetivo de tentar encontrar algo durante a vida do paciente que possa ter encadeado a doença psiquiátrica atual.

Infância

Primeira Infância de 0-5 anos

Paciente refere que teve uma infância pré-escolar tranquilo, a família, por ser de nível social inferior, não pode dar sempre o que o mesmo precisava. Nega qualquer tipo de relação inadequada com na convivência com seus dois irmãos menores.

Segunda Infância de 6-11 anos

No período escolar básico afirmou ter tido alguns colegas na turma, preponderantemente meninos, teve namoros. Diz também ter sido neste período em que o mesmo foi introduzido ao fumo e ao álcool, através dos colegas da escola e do bairro, onde sempre morou. Acredita que talvez o habito de usar tais drogas deva ao fato de autoafirmação nos grupos de colegas aos quais participava, já que quase todos também usufruíam de álcool e tabaco. Confirmou também que se envolveu em lutas corporais neste período tanto com colegas como com discussões com os pais e irmãos e que na maioria das vezes encontrava-se sob uso do álcool.

Adolescência

A adolescência foi mais marcada pela entrada em uma escola técnica fora de Mossoró, e como ainda manteve alguns colegas de vida escolar anterior, acredita que os mesmos vícios se perpetuaram em decorrência disto. Acredita que sua maior relação com uma namorada fora neste período. Passou a ser uma pessoa mais recatada, apesar de sempre manter uma turma de colegas com os quais quase sempre mantinha contatos.

Idade Adulta

Neste período, como já foi mencionado anteriormente, foi quando fora introduzido à cocaína e o crack, através dos mesmos antigos colegas com os quais mantinha sua vida social, em festas de finais de semana onde experimentou e diz ter se habituado as mesmas. Foi, infelizmente, graças aos sintomas fisiológicos e sociais que vinha sentido e que já foram referidos em outros itens deste trabalho que o mesmo se interessou em procurar a ajuda de médicos.

4.2 Exame Físico

O exame físico sempre se apresentou constante ao longo do estudo com o primeiro exame apresentando uma frequência respiratória de 23 incursões por minuto, frequência cardíaca de 120

batimentos por minuto, ritmo cardíaco regular com bulhas normofonéticas e sem ruídos adventícios, ausculta pulmonar normal com murmúrio vesicular presente e sem outras anormalidades, exame abdominal sem visceromegalias, ruídos presentes e normais e sem massas palpáveis. No entanto, houve uma melhora na frequência cardíaca com redução para 100 batimentos por minuto em uma média de três últimos exames físicos registrados (maio de 2008; agosto de 2008; novembro de 2008) e até o momento não houve qualquer mudança significativa no quadro fisiológico do paciente que fosse necessário à retirada a droga.

4.3 Estado Mental

A aparência aparentava ser desleixada, com cabelos arrumados e vestuário adequado (bermuda, camiseta, tênis), a postura encurvada, talvez por timidez ou depressão, gestos e expressões faciais normais, além de um pouco retraído. Nas primeiras entrevistas com o médico aparentava ser ansioso, tenso, triste e com voz rouca e às vezes falava alto, tinha o afeto embotado desde o início do tratamento. Todo o tempo sempre foi cooperativo, mas ao mesmo tempo aparentemente reservado e defensivo em determinados questionamentos. O pensamento era adequado, com ideias concatenadas e lógicas, vigil e as memórias imediatas, recentes e remotas estavam aparentemente preservadas e ainda apresentava preservação da capacidade de realizar cálculos matemáticos simples.

4.4 Hipótese Diagnóstica

Dependência psíquica de entorpecentes, álcool, tabaco, cocaína e crack, incluindo o uso nocivo à saúde, a dependência em si e a síndrome de abstinência, que de acordo com o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças) e por esta razão podendo ser classificado em três dos itens sugerido por esta classificação como se seguem *ipsis literis* (OMS, 1997):

F19.1 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - uso nocivo para a saúde. Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência.

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

F19.3 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome [estado] de abstinência. Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

O mesmo quadro doença psíquica pode também ser classificado segundo o DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou em português Manual de Classificação de Doenças Mentais pela Sociedade Americana de Psiquiatria 4ª edição) como distúrbios mentais orgânicos induzidos por substâncias psicoativas, recebendo cada uma das drogas uma numeração específica para identificação, havendo para a cocaína a subdivisão dependência, abuso, intoxicação, abstinência, *delirium* e distúrbio delirante.

4.5 Avaliação Física

Avaliações foram feitas mensalmente nos seis meses iniciais e depois a cada dois meses durante dois anos, seguidos de avaliações duas vezes ao ano. Exames laboratoriais repetidos a cada quatro meses, incluindo hemograma completo, hepatograma (proteínas totais e frações, albumina, bilirrubinas total, direta e indireta, TGO e TGP, gama-GT, DHL, fosfatase alcalina), Exame de Análise de Sedimento de urina (EAS) dos quais nenhum apresentou qualquer alteração significativa que levasse a mudança do tratamento do paciente. Foi pedido um raio-x de crânio na primeira consulta, um eletroencefalograma anualmente e um eletrocardiograma duas vezes ao ano, onde os dois primeiros exames não demonstraram qualquer alteração dos valores normais, mas que o eletrocardiograma demonstrou um taquicardia significativa no primeiro ano de tratamento (120 bpm) com redução e estabilização em torno de 100 bpm do segundo ano em

diante. O tratamento fora previsto de ser mantido por no mínimo três anos a época da primeira avaliação do paciente em questão (incluindo o que se poderia afirmar ser uma fase de inicialização, controle e manutenção).

Durante as avaliações sempre foi colocado no prontuário a forma de aceitação dos medicamentos, efeitos colaterais, progressão dos sintomas de abstinência e dependência a cocaína e ao crack (principais alvos do tratamento), efeitos sobre a vida social. O paciente todo o tempo também foi recomendado a ter acompanhamento com profissional da psicologia, recomendando terapia comunitária, familiar e pessoal.

4.6 Esquema de Tratamento

A toda consulta médica foi lembrado ao paciente que não existe tratamento específico para cura da fissura por cocaína e crack até o momento, que as medicações que existem são para retirar sintomas fisiológicos e psiquiátrico que o paciente possa ter na urgência e emergência ou durante a manutenção da doença e que muitas vezes tais medicações não agem de forma imediata, havendo para tal necessidade de um tempo mínimo de seis meses para fazerem efeitos e ainda que os acompanhamentos dos familiares e do psicólogo seriam essenciais a cura teórica do vício.

A princípio o paciente foi atendido em semanas consecutivas no período de maio de 2008 a outubro de 2009. O mesmo recebeu pergolida (uma droga já relatada na literatura científica como boa para eliminar a fissura por crack e cocaína) desde a primeira consulta ambulatorial, em comprimidos de dose fixa (0,05 mg) (Focchi *et al.*, 2001). Na primeira semana, o paciente usou um comprimido da pergolida ao dia (0,05 mg/dia). Na segunda semana, a dose foi aumentada para dois comprimidos ao dia (0,1 mg/dia) e, assim, sucessivamente, até quatro comprimidos ao dia (0,2 mg/dia). A dose da medicação não foi alterada ou suspensa, uma vez que o paciente não apresentou efeitos colaterais intoleráveis (cefaleia, náuseas, vômitos ou dores abdominais). O paciente foi orientado a tomar metade da dose pela manhã e metade à tarde por mais dois anos sucessivos, onde a dose seria reduzida conforme o acompanhamento e melhora da fissura e uso do crack e cocaína. Após o primeiro ano (2008), a dose foi reduzida pela metade, e no ano sucessivo (2009) ocorrendo o mesmo comportamento. O paciente vem sendo mantido com um comprimido diário por ainda mais dois anos, onde será retirado completamente a medicação. Até

o presente momento o paciente não apresentou mais o uso do crack e da cocaína. Os resultados descritos quanto a escala de Minnesota (Anexo B) demonstrou uma diminuição significativa de até cinco pontos ao longo do tratamento. Estes resultados foram os que determinaram a melhora do quadro clínico, além da própria melhora clínica do paciente descrito também no prontuário médico.

Nos últimos 30 anos o consumo de drogas aumentou no mundo e a ONU indicou uma população total de aproximadamente 5% da população mundial entre 15-64 anos já consumiram algum tipo de droga. Acredita-se também que o consumo se deva a 50% dos crimes cometidos por populações jovens, considerando os adolescentes como um grupo vulnerável. Não há neste momento como fugir dos estudos realizados com crianças e adolescentes, uma vez que o nosso paciente em questão teve introdução ao uso de drogas (álcool e tabaco) já na sua adolescência.

Em um estudo feito com estudantes da cidade de Assis, estado de São Paulo, foram identificados alguns fatores de risco ao uso de drogas por parte dos mesmos, como o uso de drogas pelos pais de jovens, falta de integração às atividades escolares, desestrutura familiar, violência doméstica, pressão de grupo de convivência, sendo alguns destes considerados comuns ou até normais da adolescência como conflitos psicossociais, necessidade de integração social, busca da autoestima e independência familiar, colocando os adolescentes num dos grupos mais vulneráveis ao uso das drogas. Dentre estes fatores aparentemente a desestrutura familiar, pressão de grupo de convivência e necessidade de integração social e busca por autoestima parecem ser os mais importantes que levaram o paciente apresentado neste relato de caso ter entrado no uso das drogas. Muitos estudos puderam identificar na adolescência a faixa etária do início do uso de drogas dentro da adolescência entre 10 e 19 anos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo entre os estudantes brasileiros, o início de consumo ocorreria entre 10 e 12 anos, variando, no entanto de estudo para estudo, como será discutido abaixo em algumas capitais. Alguns destes itens encontram-se dentre os fatores psicológicos e sociais que o paciente deste estudo relatou no prontuário médico, demonstrando primeiro a confirmação dos estudos realizados por autores brasileiros, além de indicar que o início do vício teve uma origem familiar e social (Guimarães *et al.*, 2004). No caso do paciente deste relato de caso o início do uso das drogas não se enquadra com a faixa etária mais comum verificada nestes estudos.

No estudo de Sanchez e colegas (2005), pode-se observar que os jovens usuários de drogas eram na maioria solteiros, viviam com a família, tinham primeiro grau incompleto, possuíam religião, não estudavam mais, não trabalhavam ou se trabalhavam eram sem registros e não havia qualquer diferença no referente ao local de moradia, isto coincide com os achados do paciente deste estudo, onde o mesmo passou a ter problemas de âmbito social e por isso procurou a ajuda médica. Já no estudo de Muza e colegas (1997) foi verificado que a maioria dos estudantes que faziam uso de drogas encontravam-se na faixa de 16-17 anos, a maioria meninos e a cocaína representava somente 2,7% do total de adolescentes que fizeram uso na vida e somente 0,3% usavam diariamente. Parcialmente os dados encontrados nestes estudos também são considerados similares ao quadro de vida do paciente em questão, pois o mesmo é solteiro, tinha religião, não estava mais trabalhando, nem estudando e vivia com a família.

Tabela 1 – Prevalência de Substâncias Psicoativas na Vida/ano em Percentual.

----- Categorias	1	2	3	4	5	6	7
Local	EUA	Londres	Ontário	Paris	México	Brasil	Ribeirão Preto
Ano de coleta	1985	1988	1987	1977	1978	1989	1990
Amostra	escol.	escol.	escol.	geral	escol.	escol.	escol.
Faixa etária	14-18	11-16	14-18	14-18	14-18	13-18	13-19
N	17.000	3.073	4.267	499	3.408	12.335	1.025
Álcool	92,0	63,3	68,1	80,0	57,2	80,5	88,9
Tabaco	69,0	18,7	24,0	82,0	46,6	29,8	37,7
Maconha	54,0	11,7	15,9	23,0	3,0	3,6	6,2
Anfetaminas	26,0	3,2	3,1	4,0	3,7	4,1	**
Solventes	18,0	11,0	6,1	-	4,4	18,6	31,1
Cocaína	17,0	1,9	3,8	-	-	0,8	2,7
Barbitúricos	12,0	-	3,3	6,0	1,5	2,2	**
Tranquilizantes	12,0	2,7	3,0	6,0	2,2	7,8	**
Alucinógenos	12,0	1,9	-	-	-	0,7	1,6
Opiácios	10,0	-	-	-	-	0,5	0,3

Fonte: Strang *et al.*, 1993.

Com relação a maior potencial atual mundial (EUA), o consumo da maioria das substâncias psicoativas mostrou uma explosão durante as décadas de 60 e 70, com estabilização por volta dos últimos anos da década de 70, exceto para a cocaína, que ainda tem um crescimento até nossos dias. Na tabela 1 está demonstrado uma comparação do consumo de drogas nas principais cidades do mundo, além do consumo geral no EUA, onde foi o maior percentual de consumo (17%) quando comparado aos outros países, inclusive o Brasil refletindo o que já foi mencionado em

outros parágrafos de que uma grande parcela das populações estão cada vez mais fazendo uso de drogas (Strang *et al.*, 1993; Guimarães *et al.*, 2004). No estudo de Godoi e colegas (1991) encontra-se dados sobre o consumo de drogas no Distrito Federal no Brasil, onde a maioria dos casos são consumidores homens, e a faixa etária entre 16-18 anos é a de maior consumo, analisado em estudantes de rede privada de primeiro e segundo graus. Como já foi discutido anteriormente estes dados não condizem com a realidade do paciente deste trabalho.

Já no estudo de escolares de Assis-SP foi visto outra situação, mas com pontos de similaridade a outros estudos realizados nas principais capitais brasileiras: Do total da amostra, 46,9% dos sujeitos eram homens e ambos os sexos nas faixas etárias de 13-15 anos (36,1%), 16-18 anos (30,0%) e de 10-12 anos (27,2%), onde poucos tinham idade superior a 18 anos (idade a qual pertence o paciente relatado nesta pesquisa), a maioria pertencente à classe C (45,9%), B (23,7%) (classe ao qual pertence o paciente aqui relatado), depois A (11,5%), tendo a classe D 14,3% e na classe E 1,4%. Das drogas psicoativas usadas durante suas vidas tem-se: álcool (68,9%), tabaco (22,7%), solventes (10,1%), maconha (6,6%), ansiolíticos (3,8%), anfetamínicos (2,6%), e cocaína (1,6%). Neste estudo também se verificou que quem usava drogas, também se ausentava mais da escola, os meninos usavam mais a cocaína, maconha e solventes e as mulheres usaram mais anfetaminas e ansiolíticos, sendo o diazepam o mais utilizados, além do bromazepam. Nas escolas públicas (16,6%) foi menor o uso durante a vida de drogas, além de menor incidência de consumo nas idades acima de 16 anos, quando comparados com as escolas privadas (22,5%) e que apresentou maior uso de todas as drogas na faixa de 16 a 18 anos, em contrapartida, na faixa de 10 a 12 anos, cujo consumo é maior nas escolas públicas (Guimarães *et al.*, 2004).

Muitos pesquisadores já se indagaram sobre as razões pelas quais na adolescência teria tantos consumidores, além dos já mencionados pré-requisitos, nessa etapa, o jovem não aceita orientações, pois está querendo ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo, é um momento de diferenciação em que se afasta da família e adere ao seu grupo de iguais, se o grupo estiver usando drogas, o mesmo o fará, o que inclusive foi relatado pelo paciente aqui em questão, onde o mesmo já havia referido: A CULPA FOI DOS MEUS AMIGOS NA ESCOLA, POIS FOI LÁ ONDE TUDO COMEÇOU (relato do paciente). Já nos jovens de rua a situação é pior, pois não há controle da vida destes indivíduos por adultos e eles se encontram sob o controle de pessoas

que não tem vínculos afetivos com os mesmos, nos estudos feitos nas capitais brasileiras analisadas até 1997 houve aumento nos usuários de drogas e até 2004 o crescimento vinha sendo aos saltos. Em São Paulo entre 1987-1989 não houve nenhum caso de uso de crack, mas em 1993 atingiu 35,5%, em 1997 tornou-se a forma mais frequente do uso da cocaína nesta cidade, em 2003 atingiu 35,7%. Em Porto Alegre entre 1987-1989 não houve nenhum caso, houve um em 1993, nove em 1997 e 50 casos de jovens em 2003 que já haviam experimentado (Neiva-Silva, 2008).

Nos jovens de rua pode-se também pesquisar os fatores que facilitaram a disseminação do crack como o preço menor, a rapidez maior de aparecimento dos efeitos psíquicos, que a cocaína. Também nestes casos não é difícil compreender as razões pelas quais estas pessoas experimentam as drogas, primeiramente não existe um vínculo familiar e escolar, onde o social tem sua importância e esclarecimentos podem mais facilmente ser dados, julgados e punidos, a exposição a grupos que já são dependentes, a falta de uma atividade de ocupação (educação, trabalho, religioso e de outras espécies) também favorece, a necessidade de integração a um grupo social, além de a persistência em não escutar conselhos de adultos por entrarem na adolescência e sentirem a necessidade de autossuficiência como já fora mencionado anteriormente (Neiva-Silva, 2008).

Para que se possa entender a forma de tratamento do paciente relatado nesta pesquisa, se torna necessário entender todos os tipos de modalidades de tratamentos de pacientes dependentes desta classe de drogas (cocaína e crack), para que fique claro o porque do uso do tratamento aqui demonstrado. O tratamento de pessoas que fizeram uso de cocaína se divide em quatro qualidades: na urgência e emergência, o tratamento das complicações crônicas em decorrência do uso, tratamento do uso da droga e no tratamento da fissura (*craving*) pela droga que se caracteriza pela vontade de tomar uma dose da droga e esta vontade vem do fato do indivíduo sentir no ambiente o cheiro ou até mesmo sabor de algo que lembra o preparado da droga que ele habitualmente adquire.

No que diz respeito ao tratamento de urgência e emergência para os pacientes se que encontram em crises de abstinência ao crack e a cocaína consiste em oxigenação do paciente, se houver necessidade, uso de antipsicóticos para alucinações e delírios, ansiolíticos para mania e

ansiedade, e para agitação faz-se uso comum de diazepam (5-10 mg IM ou EV) ou barbitúricos (pentotal sódico 25-50 mg ou fentobarbital em 10 mg/kg EV), em casos de taquicardia propanolol (EV 1 mg 8/8 min). Há também o uso de terapia com lorazepam (Halcion) para evitar agitação ou complicações do uso da cocaína. No tratamento ambulatorial é recomendado o uso de anfetamina ou de metilfenidato com o intuito de substituir o uso da cocaína. Já a retirada das anfetaminas pode ser feita sem restrições após 3-5 anos ou ainda com uso de clonidina como alternativa e se houver remissão, trata-se novamente com as anfetaminas. Em última instância podem ser usados lítio, bromocriptina e iMAOs.

É importante também a terapia familiar, quando possível for, pessoal e a comunitária, onde o paciente tem oportunidade de vivenciar outras pessoas com os mesmos problemas e verificar que as recaídas e remissões são comuns e devem ser superadas. Nos tempos atuais também vem sendo empregada a Terapia Ocupacional, com o intuito de também reinserir tais pacientes nos mercados de trabalho. Aqui deve-se comentar também que não foi utilizado qualquer tipo de terapia auxiliar no tratamento do paciente em questão, ou pelo menos, não havia qualquer menção sobre tais formas de tratamentos com o paciente no seu prontuário médico.

Logo a seguir (Tabela 2) encontram-se os parâmetros descritos por Holstege *et al.*, (2008) que é parte da equipe do Medline norte americano (biblioteca virtual ligada a rede mundial de computadores), onde são dados de forma resumida, e que já foi comentado anteriormente, as principais medidas associadas a determinadas situações com os pacientes que apresentam emergências e urgências relacionadas ao uso de cocaína e crack utilizadas em suas equipes e que difere em alguns pontos ao que já foi comentado no início deste parágrafo, desta forma explicando sobre as forma de tratamentos existentes em Urgência e Emergência psiquiátrica. Vale a pena também lembrar que em nenhum momento durante o tratamento do paciente em questão, foi necessário, ou pelo menos, comentado a respeito de internação de urgência com o referido paciente, ou pelo menos, o mesmo não referiu tal necessidade. Talvez devido ao grau de instrução e autocontrole do paciente, ou ainda, devido ao pouco tempo de uso desta modalidade de droga. Também em nenhum momento foi mencionado no prontuário médico que o paciente tenha passado por qualquer das crises demonstradas na tabela 2, como quadro hipertensivo, de rabdomiólise, dor retroesternal ou convulsões.

Tabela 2 – Parâmetros gerais de tratamento de complicações relacionadas ao uso de cocaína e crack.

Intoxicação por cocaína	Dar suporte (benzodiazepínicos). Cuidado com neurolépticos, pois pode haver síndrome maligna por neurolépticos.
Dor retroesternal induzida por cocaína ou dispneia	Procurar a etiologia (pneumotórax, edema pulmonar, pneumomediastino, cardiovascular, musculoesquelético). Se for síndrome coronariana aguda, nitroglicerina, aspirina, oxigênio e benzodiazepínicos, evitar beta-bloqueador não seletivo.
Hipertensão	Benzodiazepínicos, fentolamina, nitroprussiato ou nitroglicerina.
Convulsões	Benzodiazepínicos, barbitúricos
Rabdomiólise	Observar a falha da função renal, por creatina cinase, mioglobina urinária, alcalinizar urina e aumento do fluxo urinário.

Fonte: Holstege *et al.*, 2008.

Mais recentemente foi instituído o uso de muitas drogas (antidepressivos, antipsicóticos, agonistas dopaminérgicos e até mesmo anticonvulsivantes) no tratamento da fissura, no entanto, tanto pra fissura como pra dependência do crack e da cocaína não existe até os dias atuais nenhum medicamento considerado adequado e resolutivo a dependência (O'Brien, 2005; Vocci e Elkashef, 2005; Sofuoglu e Kosten, 2006). Alguns estudos recentes tem apontado a pergolida como promissora no tratamento da fissura (droga também usada no tratamento do paciente apresentado neste relato de caso). O uso da pergolida se baseia na bioquímica da cocaína. O substrato de ação da cocaína é o bloqueio da recaptura de dopamina, dentre outros neurotransmissores, levando a uma potencialização da atividade daquela nos receptores pós-sinápticos. No entanto, o bloqueio prolongado pelo uso crônico, leva a depleção dopaminérgica, tendo como consequência uma super-sensibilização de receptores dopaminérgicos e hipofunção dopaminérgica, podendo levar à fissura, a readministração da droga ou até mesmo o aumento da dose. Assim, justificar-se-ia o emprego de agonistas dopaminérgicos no tratamento da dependência e da fissura (Tai *et al.*, 1997; Focchi *et al.*, 2001).

A pergolida é um agonista dopaminérgico, também usado no tratamento do Mal de Parkinson, e é um derivado sintético das ergotaminas, sendo agonista dos receptores D1 (maior especificidade) e D2. A pergolida seria responsável pela dessensibilização das áreas do cérebro envolvidas na dependência de cocaína, como a área tegumental ventral, pois poderia reduzir os receptores pós-sinápticos e isto diminuiria a possibilidade de ativação dos circuitos envolvidos na dependência. Em dois estudos realizados com 21 e 41 pacientes dependentes de cocaína, a mesma mostrou redução da fissura em 16 e no outro estudo foi mais efetiva que a bromocriptina (Tai *et al.*, 1997), no entanto, no estudo de Focchi *et al.* (2001) não foi observada nenhuma redução da fissura (Focchi *et al.*, 2001). Neste estudo foi observado que o uso da pergolida em paciente que usava cocaína inalada e fumada teve bom sucesso no seu tratamento. É interessante realçar que o paciente em questão nesta pesquisa fazia uso de crack (fumado) e da cocaína (inalada), e como o mesmo referiu em uma de suas consultas “EU ACHO QUE ESTOU CURADO DESTA MALDITA DOENÇA” (relato do paciente), o efeito da pergolida se mostrou até o momento eficaz. Vale a pena também ressaltar que no estudo de Tai e colegas (1997) a maioria dos pacientes também faziam uso de cocaína inalada, que demora a entrar no sistema nervoso central, situação inusitada relatada por Focchi e colegas em 2001 como o provável fator para a melhoria do quadro dos pacientes em estudos com simples cego (Tai *et al.*, 1997; Focchi *et al.*, 2001).

Deve-se ficar claro como já foi dito anteriormente que não existe um medicamento cem por cento no tratamento da dependência a cocaína e crack, no entanto, tratar é melhor que não tratar com o arsenal de drogas já evidenciados na literatura científica. Deve-se também ressaltar que alguns fatores podem auxiliar na recaída, como pouco envolvimento nas atividades escolares ou laborativas, lazer insatisfatório, polidependência, alcoolismo muito cedo na vida, transtornos ou alterações de comportamento e envolvimento com o crime. O paciente desta pesquisa uma vez relatou no prontuário médico algo que permitiu realmente diagnosticar e confirmar esta relação entre malogros da vida e o uso da droga, onde o mesmo disse: “ACHO QUE A CAUSA DE TODOS OS MEUS PROBLEMAS, HOJE, COMO PERDA DE EMPREGO, SE DEVE AO USO DA PEDRA DE CRACK” (relato do paciente).

6 CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES

Como já foi dito em parágrafos anteriores, nos trabalhos científicos atuais, inclusive os que foram apresentados neste texto, demonstram que ainda não existe uma droga que seja totalmente eficaz no tratamento de pacientes dependentes de cocaína e crack. Talvez esta tendência, seja pela falta de publicações em decorrências de dificuldades impostas por sistemas sociais ou ainda por falta de incentivos financeiros a pesquisa nas áreas de Psiquiatria e Saúde Mental. No entanto, algumas drogas já estão sendo testadas, como com o uso da Pergolida em determinadas situações como em pacientes em uso de cocaína inalada. Da mesma forma há também relatos de uso de outras drogas ditas neurolépticas (como já discutido anteriormente). Outro ponto também muito importante a verificar em trabalhos futuros seria o acompanhamento deste mesmo paciente no intuito de verificar se a perda da fissura e do uso de cocaína e crack continua ou se o tratamento deve ser mantido por um longo prazo.

Fica claro neste trabalho que novos experimentos com outras drogas comumente usadas na Psiquiatria e Neurologia devem ser testadas, e que novos textos de metanálise, documentais ou experimentais sobre o uso de novas drogas seriam necessários para melhor compreensão do tratamento e Epidemiologia do uso deste e de outros entorpecentes, com o objetivo de melhor compreender também como as pessoas são introduzidas no vício do uso de entorpecentes, como e quais as razões para serem mantidos nesta situação.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico:** elaboração de trabalhos na graduação. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- ASSUNÇÃO, F.B. **Psiquiatria da Infância e da Adolescência.** São Paulo: Santos, 1994.
- BARRE, F. Cocaine as an abortive agent in cluster headaches. **Headaches.** V.22, p.353-6, 1982.
- BOBES, J., CARREÑO, J.E., GUTIÉRREZ, C.E. *et al.* **Study of effectiveness of craving control with topiramate in patients with substance dependence disorders.** *Actas Esp Psiquiatr.* V.32, p.299-306, 2004.
- BONI, R.; PECHANESKY, F. **Idade e gênero como fatores de risco para a transmissão do HIV em uma amostra de usuários de drogas.** Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* V.24, p.137-40, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde,** Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CARVALHO, S.V.B.; COLLAKISA, S.T.; OLIVEIRA, M.T.M.P.; *et al.* **Frequência de jogo patológico entre farmacodependentes em tratamento.** *Rev. Saúde Públ.* V.39, p. 217-22, 2005.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Profissional do Médico.** Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88.
- CHALUB, M., TELLES, L.E.B. **Álcool, drogas e crime.** *Rev Bras Psiquiatr.* V.28, p.S69-73, 2006.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Text Revision. American Psychiatry Association, 2000.
- FERREIRA, P.E.M.; MARTINI, R.K. **Cocaína: lendas, história e abuso.** *Rev Bras Psiquiatr.* V.23, p.96-9, 2001.
- FILHO, O.F.F.; TURCHI, M.D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. **Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados.** *Rev Saúde Pública.* V.6, p.751-9, 2003.
- FOCCHI, G.R.A.; LEITE, M.C.; SCIVOLETTO, S. **Utilização do agonista dopaminérgico pergolida no tratamento da “fissura” por cocaína.** *Rev Bras Psiquiatr.* V.23, p.188-94, 2001.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras-1997.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas /Escola Paulista de Medicina, 1997.
- GARFINKEL, D. **O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro.** *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* V.11, p.420-436, 2008.
- GAZONI, F.M.; TRUFFA, A.A.M.; KAWAMURA, C. *et al.* **Complicações Cardiovasculares em Usuário de Cocaína:** relato de caso. *RBTI.* V.18, p.427-432, 2006.

- GODOI, A.M.M.; MUZA, G.M.; COSTA, M.P. *et al.* **Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada.** Rev. Saúde Públ. V.25, p.150-6, 1991.
- GUIMARÃES, J.L.; GODINHO, P.H.; CRUZ, R. *et al.* **Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP.** Rev. Saúde Public. V.38, p.130-2, 2004.
- GUZMÁN, C.S.; CRESCENTE JR, J.A.B. **An unusual case report: treatment of cocaine-dependent patient with an atypical antipsychotic.** Rev Bras Psiquiatr. V.30, p.168-76, 2008.
- HAAS, L.F. **Coca shrub (*Erythroxylum coca*).** J Neurol Neurosurg Psychiatry. V.50, p.25, 1995.
- HOLSTEGE, C.P.; HOLSTEGE, L.; CHARLTON, N.P. **Cocaine-Related Psychiatric Disorders: Treatment and Medication.** Disponível em <<http://emedicine.medscape.com/article/290195-treatment>>. Acessado em: 18 de maio de 2008.
- JOHNSON, B.A.; AIT-DAOUD, N.; BOWDEN, C.L. *et al.* **Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomized controlled trial.** Lancet. V.361, p.1677-85, 2003.
- KAMPMAN, K.M.; PETTINATI, H.; LYNCH, K.G. *et al.* **A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence.** Drug Alcohol Depend. V.75, p.233-40, 2004.
- KAPLAN, H.I; SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria.** 9ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- KARCH, S.B. **The history of cocaine toxicity.** Hum Pathol. V.20, p.1037-9, 1989.
- _____. **Cocaine: history, use, abuse.** J R Soc Méd. V.92, p.393-7, 1999.
- KESSLER, F.; PECHANESKY, F. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade.** Rev. Psiquiatr. V.30, p.96-98, 2008.
- LO, S.S.; ANDRADE, J.C.R.; CONDINO, M.L.F.; *et al.* **Malaria em usuários de drogas de administração endovenosa associada a soropositividade para HIV.** Rev. Saúde Públ. V.25, p.17-22, 1991.
- MAIA, C.R.M.; JURUENA, M.F.P. **Cocaína: aspectos históricos, farmacológicos e psiquiátricos.** Rev AMRIGS. V.40, p.263-73, 1996.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência.** Cad Saúde Pública. V14, p.35-42, 1998.
- MUZA, G.M.; BETTIOL, H.; MUCHILLO, G. *et al.* **Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil).** I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. Rev. Saúde Pública. V.31, p.21-9, 1997.
- NASSIF FILHO, A.C.N.; BETTEGA, S.G.; LUNEDO, S. *et al.* **Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas.** Rev Ass Med Brasil. V.45, p.237-41, 1999.
- NEIVA-SILVA, L. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: um estudo longitudinal.** 2008. 180f. Tese de Doutorado - Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

O'BRIEN, C.P. **Anticraving medications for relapse prevention:** a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry*. V.162, p.1423-31, 2005.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

REIS, A.D.; CASTRO, L.A.; FARIA, R. *et al.* **Craving decrease with topiramate in outpatient treatment for cocaine dependence:** an open label trial. *Rev Bras Psiquiatr*. V.30, p.132-5, 2008.

RUBIO, G.; PONCE, G.; JIMENEZ-ARRIERO, M.A. *et al.* **Effectiveness of topiramate in control of alcohol craving.** *Eur Neuropsychopharmacol*. V.12, p.S63, 2002.

SANCHEZ, Z.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. **Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco.** *Rev. Saúde Pública*. V.39, p.599-605, 2005.

SMELSON, D.A.; ZIEDONIS, D.; WILLIAMS, J. *et al.* **The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence:** a preliminary report. *J Clin Psychopharmacol*. V.26, p.9-12, 2006.

SOFUOGLU, M.; KOSTEN, T.R. **Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction.** *Expert Opin Emerging Drugs*. V.11, p.91-8, 2006.

STRANG, J.; JOHNS, A.; CAAN, W. **Cocaine in the UK - 1991.** *Br J Psychiatry*. V.162, p.1-13, 1993.

TAI, B.; CHIANG, N.; BRIDGE, P. **Medication development for the treatment of cocaine dependence:** issues in clinical efficacy trials. *NIDA Res Monogr*. V.175, p.318, 1997.

VOCCI, F.J.; ELKASHEF, A. **Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence.** *Curr Opin Psychiatry*. V.18, p.265-70, 2005.

YAMAGUCHI, E.T.; CARDOSO, M.M.S.C.; TORRES, M.L.A. *et al.* **Drogas de abuso e gravidez.** *Rev. Psiq. Clín.* V.35, p.44-47, 2008.

ZULLINO, D.F.; COTTIER, A.C.; BESSON, J. **Topiramate in opiate withdrawal.** *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. V.26, p.1221-3, 2002.

YAMAGUCHI, E.T.; CARDOSO, M.M.S.C.; TORRES, M.L.A.; *et al.* **Drogas de abuso e gravidez.** *Rev. Psiq. Clín.* V.35, p.44-47, 2008.

ANEXO A

1) Esquema de questões a serem procuradas no prontuário médico sobre o paciente.

Identificação do Paciente	
Queixa Principal para Tratamento	
História da Doença Atual	
Hábitos de Vida	
História Patológica Pgressa	
História Patológica Familiar	
História Pessoal	
Estado Mental	
Esquema de Tratamento	
Evolução do Paciente	

Fonte: Kaplan e Sadock, 2007.

ANEXO B

1) Escala de Minnesota para Avaliação de Grau de Fissura por Cocaína e Crack

Estudo:	Paciente número: _____	Consulta número: _____
	RGHC: _____	Data: ____/____/____

1. Na linha abaixo, por favor assinale com um risco vertical (de cima para baixo) entre "Nenhuma=ZERO" e "Demasiada=DEZ" a fissura que você teve por cocaína na última semana:
 INTENSIDADE: Avaliação da força da fissura pela cocaína na semana anterior

Nenhuma Demasiada
 ZERO DEZ

2. Anote abaixo qual a melhor alternativa para indicar a frequência (quantas vezes por dia) você teve fissura por cocaína na última semana:
 FREQUÊNCIA: Quantas vezes ao dia

0 1 2 3 a 5
 6 a 10 11 a 20 mais de 20

3. Anote nos quadrados abaixo o que melhor indica, em média, quanto tempo duraram os episódios de fissura pela cocaína durante a última semana (em minutos):
 DURAÇÃO: Quanto tempo é a duração média da fissura pela cocaína

0 a 5 min. 6 a 10 min. 11 a 20 min. 21 a 30 min.
 31 a 45 min. 46 a 60 min. 1 a 2 horas 2 horas ou mais

4. De maneira geral, como sua fissura por cocaína mudou em relação à semana anterior?

Aumentou Sem alteração Diminuiu

5. Como você sente que a medicação modificou sua fissura por cocaína na última semana?

Reduziu muito Reduziu pouco Sem alteração Aumentou pouco Aumentou muito

Fonte: Focchi *et al.*, 2001.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa **USO DO CRACK E DA COCAÍNA. UM RELATO DE CASO** que é coordenada por Professor Dr. Francisco Napoleão Tulio Varela Barca (UERN – RN) e orientada pela Professora Vilma Felipe Costa (FACENE – PB)

Essa pesquisa procura relatar um caso de sucesso no tratamento de dependência por crack/cocaína no município de Mossoró e comparar com outras formas de tratamento. Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: os dados registrados em prontuários médicos sobre sua pessoa serão acessados e analisados através de programas de computador, no entanto, sua identidade ou qualquer outro dado que possa identifica-lo(a) será preservado, os dados pessoais não serão publicados e sua identidade será protegida. Você terá o seguinte benefício ao participar da pesquisa: irá ajudar a humanidade a melhor entender esta doença.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Dr. Francisco Napoleão Tulio Varela Barca, Faculdade de Educação Física – UERN, e-mail: franciscovarela@uern.br.

Eu _____
 Declaro que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos objetivos e da finalidade da pesquisa, bem como do direito de desistir em qualquer momento com a liberdade de tirar o consentimento sem que traga qualquer dano a minha pessoa. Dou o meu consentimento tanto para realização da pesquisa como para publicação dos dados coletados.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

Prof. Dr. Francisco Napoleão Tulio Varela Barca

Faculdade de Educação Física – UERN - e-mail: franciscovarela@uern.br