

2º Edição/2018 Módulo IV

Dispositivos Terapêuticos em Saúde Mental, uso prejudicial de alcool e de outras drogas





Profo.: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

E-mail: deivianna@gmail.com

O primeiro dispositivo: a politica

- Três funções sociais desse consumo se destacam:
 - Superar a angústia existencial.
 - O uso de drogas diz respeito a certas procuras de transcendência.
 - O uso de drogas diz respeito a busca de prazer.







Necessidade humana em buscar estados alterados de consciência

- Procura-se, com emprego de substâncias psicotrópicas:
 - aliviar a dor
 - reduzir uma sensação que atinge um nível desagradável.
 - aumentar o nível de atividade e sensação de energia e de potência.
 - obter modificações no modo habitual de percepção do indivíduo frente ao seu próprio meio físico e social







O Contexto Moderno

- O aumento do consumo de drogas e de problemas (saúde, sociais, legais) associados.
 - desenvolvimento de novas tecnologias (velocidade dos processos humanos de interação, informação e oferta de novas substâncias e insumos)
 - a fabricação de substâncias sintéticas (em particular medicamentos)
 - a introdução, através de certas convenções sociais e jurídicas, da distinção entre drogas legais e ilegais







O Contexto Moderno









Para Pensar

Satisfação = Obtido (-) Esperado







Para Pensar







 Quais as metas no tratamento (na política) para o álcool e outras drogas?







O Contexto Moderno

- Em termos de oferta de tratamento tem-se como foco central à abstinência.
- A versão política desta filosofia: "Guerra contra as Drogas"
- Em termo de prevenção o foco é nos malefícios oriundos do uso de drogas, com caráter amedrontador e de causar terror. Idéia de que o medo afasta as pessoas do consumo.







Repercussões:

- Repressão ao narcotráfico é pouco significativo em termos de resultados. Mudam-se as rotas, criam-se novas drogas, poder econômico leva á corrupção de autoridades e países
- Superlotação do sistema prisional, maioria usuários de drogas (prisão por porte para uso pessoal)
- Exclusão das drogas lícitas nas políticas de drogas, sendo estas as maiores geradoras de problemas de saúde, violência, acidentes, etc.;







O Paradigma das Políticas









A descriminalização das drogas em Portugal ocorreu em julho de 2001 e o seu modelo é referência mundial no que diz respeito ao tratamento de dependentes e à redução da violência acarretada por considerar crime o consumo de qualquer droga.

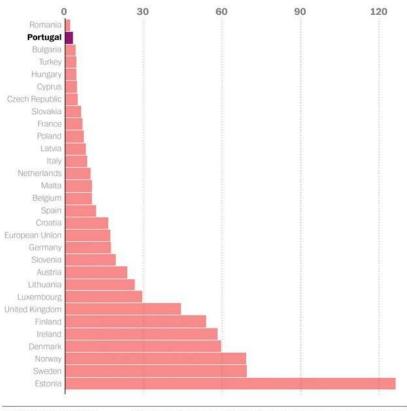






Drugs rarely kill anyone in Portugal.

Drug-induced deaths of people aged 15-64, per million population.



WAPO.ST/WONKBLOG

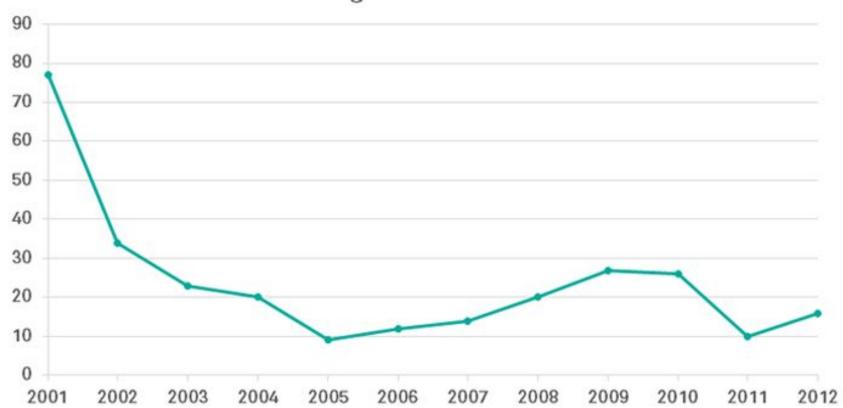
Source: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction







Drug-induced deaths









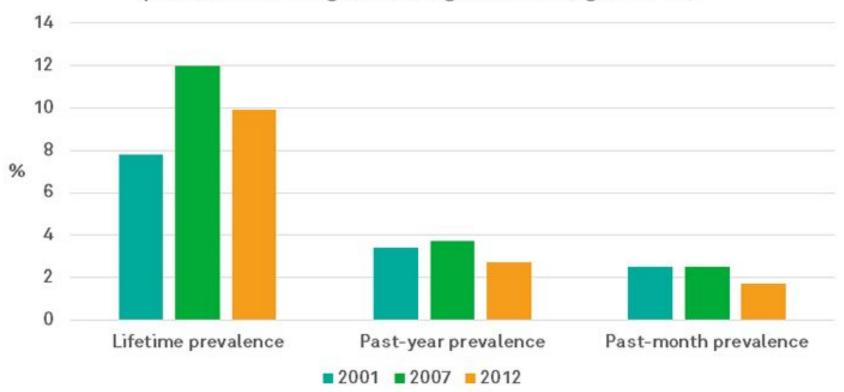
- a legislação portuguesa estabelece um limite de porte uniforme para qualquer droga, tendo sido definido em 10 doses diárias.
- Ainda que produzir ou comercializar qualquer tipo de droga continuem sendo entendido como crime, a lei portuguesa avançou no sentido de que considera tratar os dependentes muito mais importante do que prender os traficantes.







Lifetime prevalence, past-year prevalence and past-month prevalence of drug use among all adults (aged 15-64)









- O que acontece ao ser flagrado com drogas em Portugal?
- A polícia portuguesa ainda tem o poder de flagrar pessoas portando drogas, afinal, é bom esclarecer que a droga continua criminalizada, ou seja, ainda é questão de polícia, mas o seu consumo é que não é mais entendido como ato criminoso.







- A segurança melhorou principalmente em três aspectos:
- 1) tirou dos policiais a preocupação de correr atrás de usuários e permitiu que ficassem mais focados em prender traficantes e produtores;
- 2) causou a redução da quantidade de crimes cometidos para pagar o consumo de drogas;





Depois de tudo dito...







Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento

Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a evolução do consumo entre usuários de crack com histórico de tratamento.

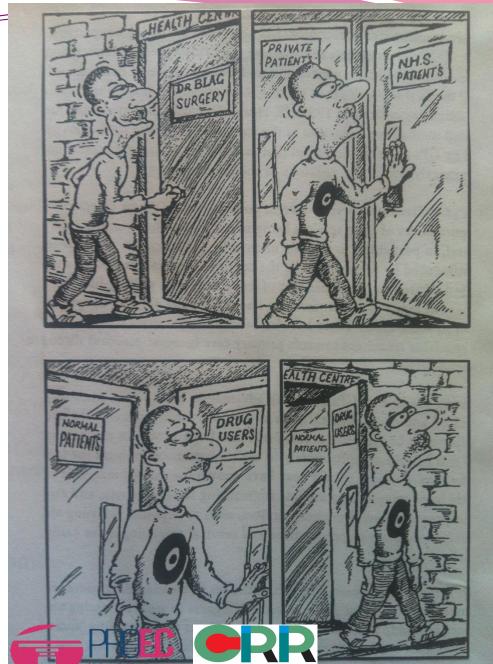
MÉTODOS: Uma coorte de, originalmente, 131 dependentes de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo, SP, entre 1992 e 1994, foi re-entrevistada em três ocasiões: 1995-1996, 1998-1999 e 2005-2006. As variáveis averiguadas foram: dados demográficos, comportamento sexual de risco, padrões de consumo de crack e outras substâncias, prisões, desaparecimentos e óbitos. Na análise estatística empregou-se o teste de quiquadrado, a regressão logística multinomial e regressão de Cox.

RESULTADOS: Dos pacientes avaliados, 43 estavam abstinentes do crack (12 meses ou mais), 22 eram usuários, 13 estavam presos, dois desaparecidos e 27 estavam mortos. Foram identificados três grupos com trajetórias distintas de consumo pós-alta. Comportamento seguro com uso de preservativo foi identificado como fator relacionado ao grupo de abstinentes estáveis (p = 0,001). Teste HIV positivo na internação (p = 0,046); consumo de cocaína aspirada no último ano (p = 0,001) e tempo de uso de cocaína aspirada na vida (mais de 132 meses) (p = 0,000) foram fatores relacionados a uso de longo termo. Uso pregresso de cocaína endovenosa aumentou em 2,5 vezes as chances de óbito em 12 anos (p = 0,031) (IC95%: 1,08; 5,79).











Deivisson Vianna

Introdução sobre os problemas relacionados ao Álcool e outras Drogas

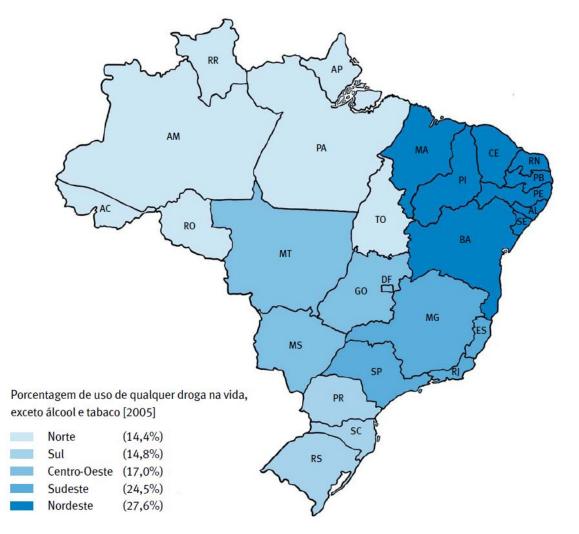
Epidemiologia: um mapa do problema







Epidemiologia do uso de drogas no Brasil









Prevalência do uso de drogas em Grandes Centros

Tabela 1.1.

Prevalência de uso de drogas entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

	Prevalência de uso (%)			
Droga	2001¹ Na vida	2005		
		Na vida	No ano	No mês
Álcool	68,7	74,6	49,8	38,3
Tabaco	41,1	44,0	19,2	18,4
Maconha	6,9	8,8	2,6	1,9
Solventes	5,8	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	3,3	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,3	4,1	3,8	0,1
Cocaína	2,3	2,9	0,7	0,4
Xaropes (codeína)	2,0	1,9	0,4	0,2
Estimulantes	1,5	3,2	0,7	0,3
Barbitúricos	0,5	0,7	0,2	0,1
Esteroides	0,3	0,9	0,2	0,1
Opiáceos	1,4	1,3	0,5	0,3
Anticolinérgicos	1,1	0,5	0,0	0,0
Alucinógenos	0,6	1,1	0,3	0,2
Crack	0,4	0,7	0,1	0,1
Merla	0,2	0,2	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	19,4	22,8	10,3	4,5

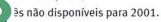








Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

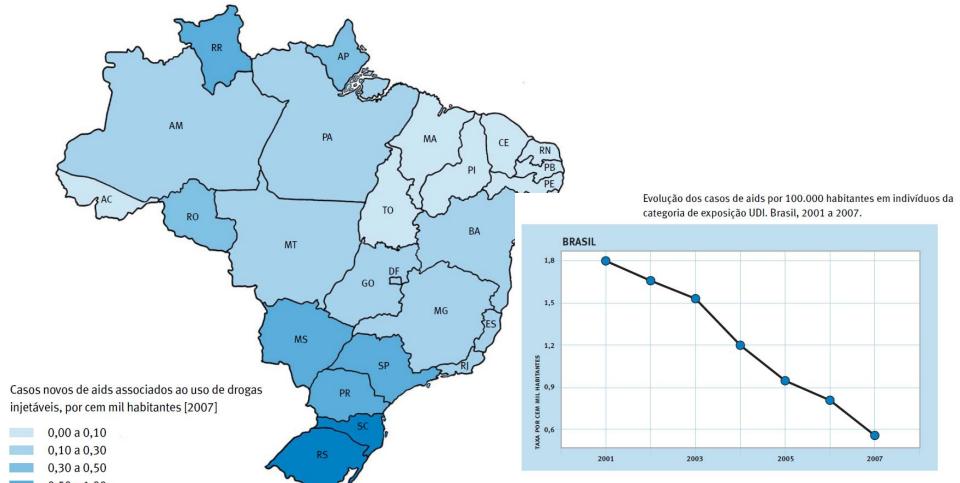








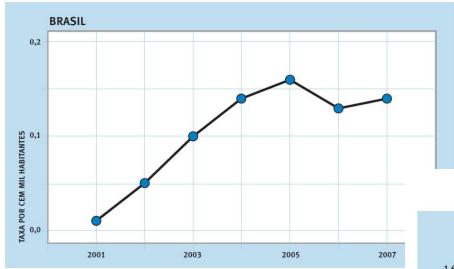
Comorbidades: casos novos de SIDA



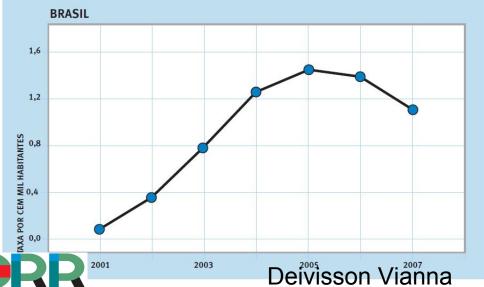
Comorbidades: hepatites B e C

Centro Regional de Referência para

Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.



Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.



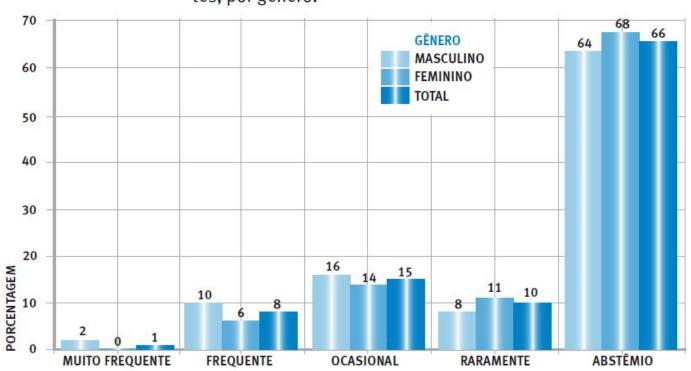




Frequência de consumo em adolescentes

Gráfico 3.3.

Porcentagens das categorias de *frequência de consumo*, em adolescentes, por gênero.









Considerações sobre criança e adolescentes







Internações associadas aos transtornos mentais

Número de internações associadas a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas. Brasil, 2007.

Droga	Número de internações	Porcentagem
F10 Álcool	95.196	68,7
F11 Opiáceos	2.232	1,6
F12 Canabinoides	1.138	0,8
F13 Sedativos e hipnóticos	737	0,5
F14 Cocaína	6.912	5,0
F15 Outros estimulantes	270	0,2
F16 Alucinógenos	224	0,2
F17 Tabaco	50	0,0
F18 Solventes voláteis	244	0,2
F19 Múltiplas drogas	31.582	22,8
Total	138.585	100

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.







Prevalências - comparações

Adultos

Transtornos do humor 4% a 7%

Dependência Química 11% a 15%

Abuso de Substancia 19% a 25%

Esquizofrenia 1%

Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl I):14-17 Br J Psychiatry 1989;155:647-54. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(Su I):37-9 Crianças Adolescentes

Transtornos do humor 0,9% a 1,8%

Dependência química 2% a 5%

Abuso de substancia 9%

Esquizofrenia Infantil 0,01%

Autismo Infantil 0,05%







Introdução sobre os problemas relacionados ao Álcool e outras Drogas

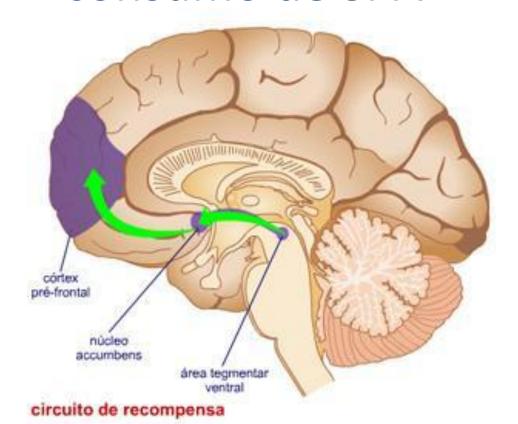
Substancias psicoativas: caracterizações







Mecanismo de adaptação neuronal ao consumo de SPA



Ativação direta ou indireta das vias dopaminérgicas mesolímbicas e mesocortical, associada ao prazer = sistema de recompensa cerebral (Silva e Laranjeira, 2010)







As principais drogas e suas ações.







Ações das principais drogas no SNC <u>Álcool (etanol)</u>

Classificada como uma droga depressora SNC, pois estimula o sistema inibitório cerebral via estimulação do sistema ácido gama-aminobutírico (GABA), inibe o sistema glutamatérgico (maior estimulante cerebral) e inibe a entrada de cálcio (bloqueia canais tipo L) nas células nervosas, inibindo a deposlarização.

(Silva e Laranjeira, 2010)







Ações das principais drogas no SNC <u>Tabaco (Nicotina)</u>

Mais de 4000 susbt químicas, nicotina é uma delas, vários efeitos identificados como prejudiciais à saúde. Receptores de nicotina estão presentes tanto no SNC (estimula a liberação de dopamina no SRC) como nos gg autonômicos do SNP (libera vários neurotransmissores, entre eles NOR e ACH).

(Silva e Laranjeira, 2010)







Ações das principais drogas no SNC Maconha (Cannabis sativa)

A substência delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC) é que age em receptores canabinoides: CB1 espalhado pelo cérebro (córtex, cerebelo, hipocampo, gg da base) e CB2 em células do sistema imunológico. Causa efeito prazeroso por estímulo indireto dopaminérgico no SRC.

Anandamida é uma substância natural no cérebro que se liga aos receptores canabinoides, ainda pouco conhecida.

(Silva e Laranjeira, 2010)







Ações das principais drogas no SNC Cocaína e anfetaminas

Ambas causam aumento de dopamina no sistema de recompensa cerebral, porém a cocaína provoca um aumento em pico e a anfetamina um aumento mais duradouro. Hipoteticamente, cada estímulo tem a capacidade de provocar prazeres diferentes, embora todos provoquem liberação da dopamina no SRC.







Ações das principais drogas no SNC Solventes e Inalantes

Provavelmente atingem os receptores GABA e de glutamato, bloqueando estes. Efeito semelhante ao do álcool, com euforia inicial seguida de depressão. Uso mais comum entre crianças e adolescentes, na população marginalizada. Menor custo, facilidade de acesso, fáceis de serem ocultados. Poucos mantém o uso após 1 ou 2 anos, migração para outras SPA, raro uso após 35 anos.







Ações das principais drogas no SNC Sedativos e Hipnóticos (BZD e Barbitúricos)

São depressores do SNC, diferença pp é na dose e duração dos efeitos. Promovem ativação GABAérgica. Barbitúricos suprimem o centro respiratório em dosagens somente 3x maiores que as usadas terapeuticamente, doses maciças de BZD são necessárias ou potencialização do efeito depressor.







Ações das principais drogas no SNC Cafeina: Estimulante mais usado e a droga mais

Cafeina: Estimulante mais usado e a droga mais popular do mundo, pode causar dependência, mas não acarreta disfunções importantes.

Encontrada no café, chás, energéticos, bebidas à base de cola, tb presente no guaraná.

Age no SNC bloqueando receptores de adenosina (neuromodulador) que age em diferentes regiões cerebrais inibindo a liberação de vários neurotransmissores como: NOR, dopamina, ACH, glutamato e GABA. Como consequência ativa ppo sistema dopaminérgico.







Ações das principais drogas no SNC Cafeína: Promove vasoconstricção vasos sang

Cafeína: Promove vasoconstricção vasos sang cerebrais e vasodilat periférica, o efeito terapêutico cefaléias.

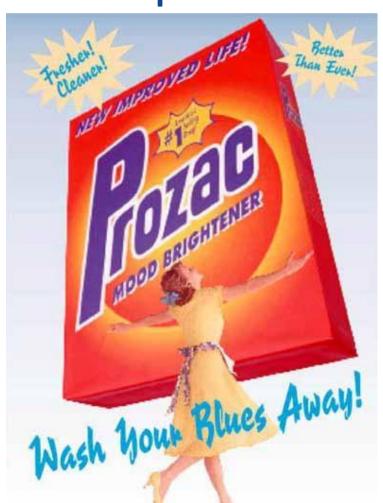
Diminui a sensação de tédio, em pequenas doses aumenta o estado de alerta, combate a fadiga e melhora o humor. Doses altas causa inquietude e ansiedade. Dose letal entre 3 e 8g (30 a 80 xíc café) Deve-se tomar cuidado com: portadores de dças cardiovasculares, cisto de mama, tr. Mentais, potencial para aumentar a perda óssea em mulheres pós-menopausa e que consomem pouco cálcio.







Não podemos nos esquecer...



"Prozac (fluoxetina) dá brilho ao seu humor"

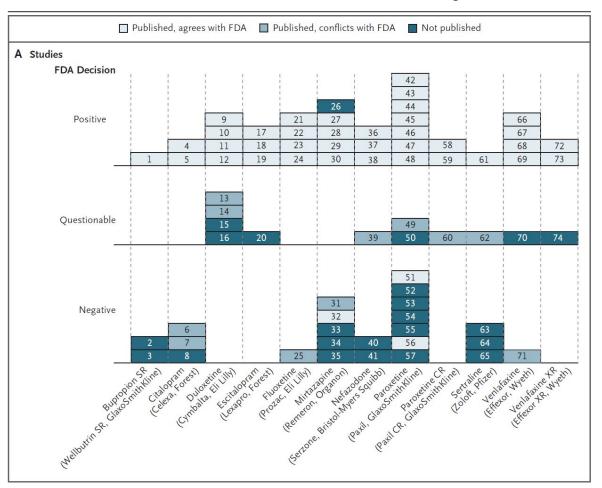






A construção de mitos

N Engl J Med, Jan 2008









Saúde Mental na comunidade

- O Paradoxo do suporte psicofarmacológico na clínica médica da saúde mental na atenção primária:
 - Populações com quadros depressivos expressivos são submedicalizadas ou não detectadas.
 - Populações com sintomas que não configuram transtornos são iatrogenizadas.(Urgell V. et al, 2005 Balestrieri M, Carta M, 2004, Simon GE, 2004)
- O tratamento adequado está mais associado a organização do sistema de saúde e ao conhecimento quanto aos efeitos das medicações do que a características clínicas dos pacientes. (Simon GE,







A prescrição de psicofármacos

 Altas taxas de prescrição de psicotropicos na atenção primaria brasileira (Ribeiro CS, 2007, Santos DVD, 2010)

	Número de psicotropicos associados por usuários	Total de usuários	%	% Cumulative
	1	44171	67,17%	67,17%
	2	14385	21,88%	89,05%
	3	4599	6,99%	96,04%
	4	1647	2,50%	98,55%
	5	620	0,94%	99,49%
	6	216	0,33%	99,82%
	7	74	0,11%	99,93%
	8	32	0,05%	99,98%
Exer	nplo de Campinas: prescrição	de psicotronicos	0.01%	s do 81899%
2/(0)	10	4	0,01%	99,99%
	11	4	0,01%	100,00%
	Total	65.758	No 1º semestre 2010	







A prescrição de psicofármacos HCUFPR





> Prescrições de 6100 pacientes foram incluídas na pesquisa.



> 34.9% dos pacientes acima de 60 anos receberam psicotrópicos



> 31,3% das mulheres > 1759 (28,8%) recereceberam algum psicofármaco contra 24.7% dos homens.



beram alguma prescrição para psicotrópicos.











Medicalização Social

- Pontos para discussão do fenomeno da medicalização social.(Complexo industrial)
 - Ciencia e tecnica fundem a partir do sec XIX para dar origem a tecnologia: conhecimento voltado às necessidades pragmaticas da "ordem corrente" do desenvolvimento da humanidade.
 - Incorporação do Marketing.

Os 4 Ps (Preço, Propaganda, Produto, Pontos de Venda)

Medicalização Social

- Pontos para discussão do fenomeno da medicalização social.(Contraprodutividade)
 - Envolve a ideia de uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implicito em sua função (automovel, escolas, hospitais). (Illich, 1975).
 - Motivos da contraprodutividade: excesso da ferramenta ou monopolização da função.
 - Destruição das condiçoes culturais que possibiltem produção autonoma de valores de uso.





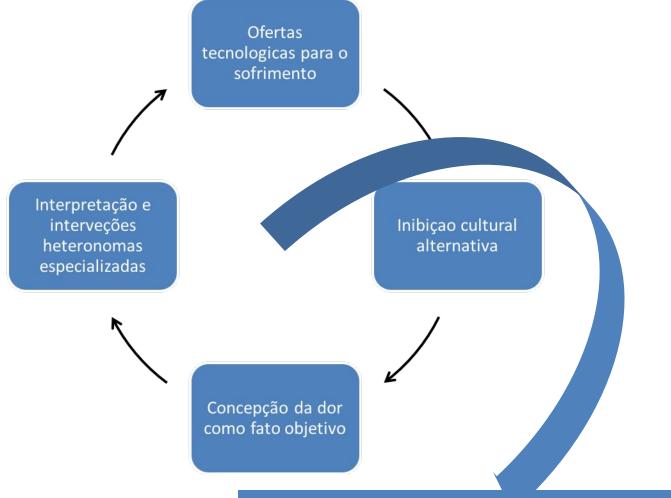








Medicalização Social



Produção de consumidores de "saúde"

Introdução sobre os problemas relacionados ao Álcool e outras Drogas

Identificação do padrão de uso e dos principais quadros clínicos decorrentes do uso de drogas.







Padrão de Consumo

- 1- Intoxicação Aguda.
- 2- O Uso Nocivo (quando o consumo causa um dano real à saúde física, mental e social)
- 3- A Abstinência.
- 4- A Dependência (CID 10 OMS, 1993)







Definições

Um contínuo...

Qualquer
∪ uso de
substância,
esporádico
ou
episódico

Prejuízo: biológico, psicológico ou social Problemas Sérios para o usuário

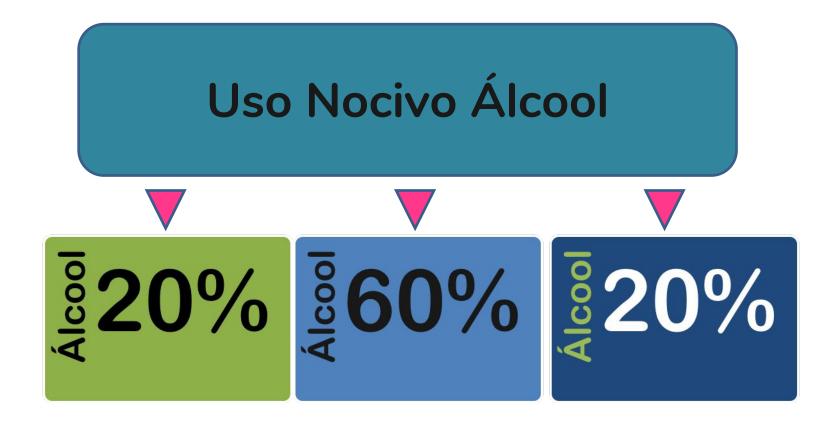






Dados populacionais: 2 anos seguimento (Figlie

et al., 2010)









Intoxicação







Uso de substância em quantidade acima do tolerável pelo organismo (CREMESP, 2003)

- Fatores que interferem:
 - Velocidade de ingesta
 - Tolerância
 - Consumo de alimentos
 - Gênero
 - Idade







Avaliação de pacientes com intoxicação por álcool ou outras drogas.

- Álcool
- Incoordenação motora
- Mudança de humor
- Mudança de comportamento



 Alterações clínicas mais sérias: prejuízo neurológico, hipotermia e coma alcoólico(inibição do centro respiratório)

- Estimulantes
- Euforia
- Hipervigilância
- Diminuição da sensibilidade a dor.



 Alterações clínicas mais sérias: alucinações, delírios paranóide, comportamento estereotipado, aumento da FC, PA e IAM

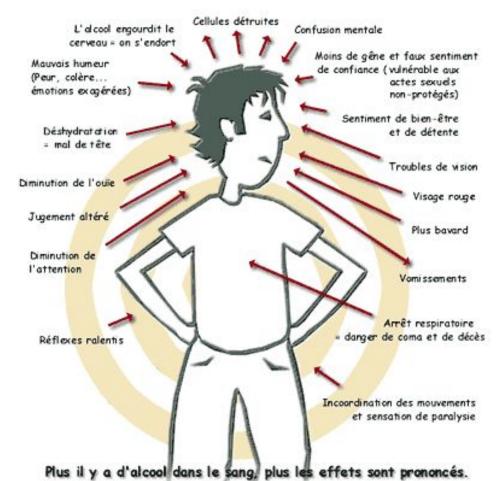






Avaliação de pacientes com intoxicação por alcool.

Effets physiques de l'alcool à court terme









Álcool: nível plasmático e alterações associadas

- 0,03 mg%- Euforia, excitação alt. de atenção leves
- 0,05 mg%- Alt. Leves de coordenação (0,06- limite para dirigir)
- 0,1 mg%- Ataxia, alt da concentração, vômitos
- 0,2 mg %- Hipotermia, disartria, amnésia
- > 0,4 mg %- amnésia, coma
- Entre 0,6 e 0,8 mg %- concentração usualmente fatal







Alcool- intoxicação aguda

- Exame físico (aspiração brônquica, crise hipertensiva, TCE, hepatomegalia, desidratação, desnutrição, anemia megaloblástica, infecções, traumas)
- Uso criterioso de glicose: Administrar tiamina antes de repor glicemia. Caso seja usuário crônico, pode desencadear Wernicke.
- Neurolépticos de alta potência na agitação
- Complicações: aspiração, crises hipertensivas, tce, hipoglicemia







Alcool- intoxicação aguda

- Cessação da ingesta, organismo metaboliza 0,015 mg% álcool/hora (+/- 1 un/h)- QUADRO AUTO LIMITADO
- Ambiente com poucos estímulos mas iluminado.
- Monitoramento dos sinais vitais.
- Maior parte dos casos: hidratação, orientações objetivas, ambiente com poucos estímulos. Hidratação







Efeitos da Cocaína/Crack

A excessiva liberação de dopamina está envolvida no uso de cocaina e crack

Atuação direta nos centros de prazer do cérebro









Cocaína: Efeitos

- Uso via inalatória: 2 a 3 mg/kg- aumento da FC (17%), da PA (08%). Euforia, sensação de bem estar e plenitude, ideação de grandeza e aumento do desejo sexual. Dilatação pupilar.
- Doses elevadas: comportamentos estereotipados, irritabilidade, comportamentos violentos, inquietação, ansiedade e confusação mental eventual







Cocaína: intoxicação aguda

- Pode evoluir com: depressão do SNC, estupor
- Overdose: falência de um ou mais órgãos do corpo. Se dá por aumento do tônus simpático com aumento de monoaminas em SNC
- Dose letal depende da tolerância, presença de quadro de base, arritmia, angina, IAM prévio, epilepsia







Cocaina: Manifestações Psiquiátricas

- Quadros de ansiedade, mal estar, pânico, inquietação motora.
- Quadros paranóides transitórios (curta duração),
- quadros psicóticos induzidos,
- quadros de mania desencadeados (raros)
- O uso crônico aumenta risco de quadros depressivos







Intoxicação Cocaína: tratamento

- Avaliação glicemia, temperatura, ECG, função hepática e renal.
- Manifestações psiquiátricas: utilização de benzodiazepínicos, utilização de antipsicóticos quando identificados sintomas paranóides. Antipsicóticos podem diminuir o limiar convulsivógeno.







Uso Nocivo e Abusivo







Uso abusivo

 padrão episódico de consumo de SPA, geralmente em quantidade elevada, podendo trazer prejuízo ao paciente ou colocá-lo em situação de risco

Uso nocivo

 Requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário







Dependência







Definições

- Nem todo o uso de álcool e drogas é devido à dependência.
- Quanto mais cedo for a exposição a álcool, tabaco e outras drogas de abuso, maior a probabilidade de desenvolver problemas durante a intoxicação e até dependência.
- De modo geral, a dependência na vida entre os que começaram antes dos 14 a é de 34%, cai para 14% entre os que iniciaram o uso após 21 anos (Koob e Moal, 2005)







Síndrome de Dependência

Hoje se enfatiza os aspectos qualitativos no diagn, em relação à prioridade que o sujeito estabelece com a droga. Visto como um fenômeno global, a separação entre depend física e psíquica perdeu espaço.

Elementos-chave para diagnóstico de síndrome de dependência, originalmente Edward e Gross (1976)

- 1.Estreitamento do repertório: conforme a dependência avança, os estímulos relacionam-se crescentemente com o alívio ou a evitação da abstinência.
- 2.Saliência do uso: priorizar a manutenção da ingestão da droga. O consumo se torna mais importante do que o trabalho, saúde, casa, família.







Síndrome de Dependência

- 3. Aumento da tolerância: diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga. Observado tb em usuários pesados. Em estágios mais avançados da dependência alcoólica o indivíduo perde a sua tolerância e fica incapacitado com o que suportava anteriormente.
- 4. Sintomas de abstinência: conjunto de sinais e sintomas que surgem na interrupção ou redução do uso da substância após uso prolongado e/ou de altas doses. Resultam de adaptações cerebrais e têm características opostas aos efeitos das drogas, ex. desânimo e anergia na abst cocaína.
- 5. Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo: mecanismo adaptativo ao aparecimento da sd abstinência







Síndrome de Dependência

- 6. Percepção subjetiva da compulsão para uso: percepção de falta de controle. Fissura, craving, desejo intenso, desistência do controle.
- 7. Reinstalação após abstinência: é o processo pelo qual uma sd que demorou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72h de ingestão. Qto mais avançado o grau prévio de dependência, mais rapidamente exibirá níveis elevados de tolerância.







Abstinência







Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)

Sinais e sintomas da falta da substância no organismo que tem um processo de neuroadaptação, após longa ou intensa exposição.







Sd. de Abstinência

Bases biológicas dos Sinais e Sintomas da SAA

Hiperatividade Noradrenérgica

Efeitos cardiovasculares, náuseas, vômitos, piloereção, midríase, tremores, aumento da temperatura.

Hipoatividade Dopaminérgica

Reforço negativo, disforia.

Hipoatividade GABAérgica

Ansiedade, convulsões, Hiperestimulação Glutamatérgica.

Aumento da densidade de canais de cálcio tipo L

Aumento da atividade elétrica generalizada, potencializando os efeitos dos neurotransmissores, contribuindo para os sintomas de SAA.

Hiperatividade Glutamatérgica

Confusão mental, alucinações, convulsões.







SAA

SAA Leve

- Tremores mãos, pálpebras, língua
- Sudorese
- Irritabilidade/Insônia
- Inquietação/Agitação
- Náuseas/Vômitos
- Menos grave: necessitando de seguimento clinico ambulatorial







Abordagem-Abstinencia leve

- O processo terapêutico pode ser realizado ambulatorialmente
- promover alívio dos sintomas
- previnir evolução para quadro grave
- promever vínculo para tratamento







Abordagem não farmacológica

- Receber o paciente sem preconceito
- propiciar ambiente tranquilo
- manter paciente orientado tempo/espaço
- observação cuidadosa
- orientação familiar
- motivar o paciente para tratamento
- atenção a hidratação
- Controle dos sinais vitais







Abordagem farmacológica

- Tiamina IM nos primeiros 7 15 dias
- Tiamina VO por 2 meses
- Diazepam (prescrição baseada nos sintomas).
 Retirada gradual em 15 dias.
- lorazem 4mg para hepatopatas.







SAA Grave

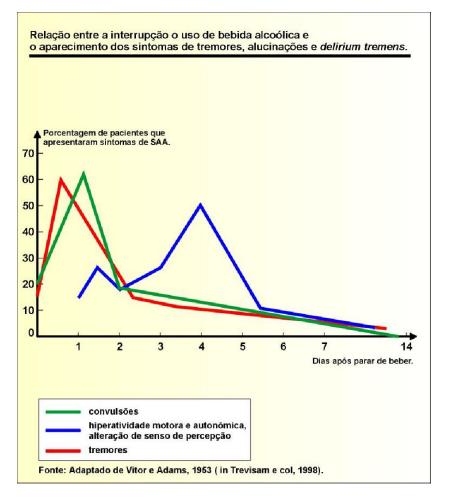
- Hiperatividade autonômica (taquicardia, ↑ PA, sudorese, hipotensão ortostática, febre)
- Desorientação
- Convulsões
- Alucinações visuais, táteis, auditivas transitórias
- <u>Delirium tremens</u> (disforia, despersonalização, apatia/agressão, convulsões, sundowning)
- Morte







Sd. Abstinência: história natural









Abordagem não farmacológica

- monitorização rigorosa do paciente em leito secundário de hospital geral por risco a vida
- restrição no leito
- evitar muito estímulo no ambiente
- jejum VO e decúbito elevado







Abordagem farmacológica

- hidratação vigorosa
- reposição de tiamina
- Diazepam IV conforme sintomatologia
- Controles laboratoriais (CK, Na, K, HMG, U, Creat)
- haloperidol em casos de agitação
- Não utilizar clorpromazina (risco convulsão e arritmia cardíaca)







Cocaína: Abstinência

- Sintomas predominantemente psíquicos
- disforia, irritação, ansiedade e insônia, anergismo
- Craving (fissura) intenso, tem flutuação
- Tratamento:
- Não há abordagem medicamentosa







Introdução sobre os problemas relacionados ao Álcool e outras Drogas

O indivíduo, o contexto e a comunidade. As drogas e seus efeitos na sociedade.







Determinantes da dependência

O Modelo biológico

Entende como um tr. primário e independente de outras condições: susceptibilidade biológica herdada.

Similar à hipertensão essencial, por ex. com componente bioquímico herdado

Principais caracteristicas de acordo com esse modelo: perda do controle sobre o consumo de álcool ou drogas; negação; uso continuado, a despeito de consequencias negativas; padrão de recaídas.







Determinantes da dependência Um comportamento aprendido

Acredita que os comportamentos são aprendidos ou condicionados. Logo, os problemas comportamentais, incluindo pensamentos, sentimentos e mudanças fisiológicas, poderiam ser modificados pelos mesmos processos de aprendizagem. Entre elas:

- 1)Condicionamento clássico diversas situações ambientais tornam-se estímulos condicionados capazes de gerar respostas (ex. craving)
- 2) Condicionamento operante os padrões de comportamento são determinados por reforçadores positivos e negativos que ocorrem como resultados do comportamento. Ex. euforia imediata após consumo = reforço positivo / ansiedade = reforço negativo







Determinantes da dependência

Um comportamento aprendido

Acredita que os comportamentos são aprendidos ou condicionados. Logo, os problemas comportamentais, incluindo pensamentos, sentimentos e mudanças fisiológicas, poderiam ser modificados pelos mesmos processos de aprendizagem. Entre elas:

- 3) Modelagem envolve a observação do comportamento de outra pessoas como forma de desenvolver habilidades, ex. iniciação do abuso álcool e drogas, pp entre adolescentes
- 4) Modelo cognitivo-comportamental emoções e comportamentos são influenciados pelos processos de pensamento. Estímulos internos e externos interagem com as vulnerabilidades do indivíduo, com suas crenças disfuncionais a respeito de si mesmo e a respeito do uso de substância e levam ao craving e ao comportamento de busca.







Determinantes da dependência Uma saida...

Escolas clássicas psicanaliticas entendem o comportamento de uso de álcool e drogas como uma tentativa de retornar a estados prazerosos da infância. As teorias contemporâneas veem o uso de álcool e drogas como uma forma que o indivíduo encontra de se adaptar a seus déficits de autorregulação, que emergiram de privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. Ex. vulnerabilidade no desenvolvimento da autoestima, problemas na construção dos relacionamentos e intimidade. Essa teorias costumam ser chamadas de "hipótese da automedicação".







Determinantes da dependência

O papel da famílias

Existem teorias que são centradas no conceito de equilíbrio e na importância de regras e metas que governam os relacionamentos familiares e como contribuem para a manutenção do uso de substâncias.

Essa não seria uma causa exclusiva, porém algumas características são atribuídas a modelos familiares mais vulneráveis, seriam elas:

- presença de dependencia quimica
- presença probl emas psiquiátrico em um dos pais
- conflitos familiares (casal, entre os membros)
- desroganização familiar, falta de clareza nas regras, monitoramento e disciplina
- alta freq de crises ou crises repentinas







Determinantes da dependência O papel da famílias

- discussões e desentendimentos constantes
- baixo suporte social
- separação
- perdas
- doenças graves
- baixo poder aquisitivo

Seria o conjunto dos fatores que influenciariam o meio em diferentes graus e este seria afetado pelo membro com problema de depend.







Determinantes da dependência Por isso, precisamos de um modelo Biopsicosocial ampliado

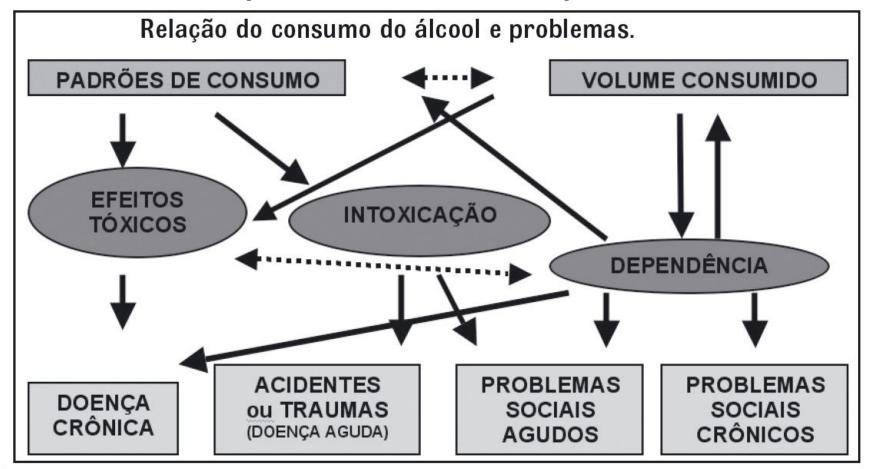
Devemos integrar todas as contribuições anteriores em uma teoria unificada, assumindo um componente biológico, porém este componente isolado não seria capaz de explicar a complexidade do fenômeno. Fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais também desempenham papel na causa, no curso e nos resultados da dependência.







Exemplo de consequências









Introdução sobre os problemas relacionados ao Álcool e outras Drogas

Promovendo a produção do cuidado e/ou encaminhamento adequado à sua necessidade







Motivo da procura do usuário aos serviços de saúde

- Problemas clínicos relacionados ou não com uso da SPA
- Intoxicação aguda pela SPA
- Abstinência

Dificuldades

- falta de vigilância
- vergonha de fazer a pergunta
- não saber o que fazer se o caso for descoberto
- negação ou evasivas do paciente







Por que perguntar?

 álcool e outras drogas podem ser a causa do sintoma clínico.

- profilaxia de abstiência.
- oferta e motivação para tratamento.
- Comorbidades clínicas frequentes







Comorbidades clínicas

Em um estudo em ribeirão preto, em 1800 pacientes atendidos em pronto-socorro por uso de substancia quimica, 400 tinham comorbidades clínicas.

CATEGORIAS	1988	1989	1990	1991	Total
340-349 - Outros transtornos do SNC (epilepsia, esclerose multipla e outros)	4	22	30	28	84
800-959 - Lesões e complicações traumáticas (fraturas, traumatismos, ferimentos superficiais, contusões)	10	19	27	24	80
530-579 - Doenças do aparelho digestivo em geral (esôfago, estômago, necrose, abcessos e doenças crônicas do figado e outros)	8	23	15	27	73
960-989 - Intoxicações (drogas, medicações e outras) e efeitos tóxicos (subst. de origem não medicinal)	11	10	16	19	56
780-789 - Sintomas, sinais e afecções mal definidas (SNC, pele, nutrição, cabeça, aparelho urinário e outros)	10	10	10	23	53
401-405 - Doença hipertensiva	7	10	5	14	36
260-269 - Deficiências nutricionais	6	9	8	9	32
480-487 - Pneumonia e gripe	-	3	8	10	21
Outros -Refere-se a diagnósticos com números inferiores a 5	9	16	11	16	52
Total	65	122	130	170	487







Problemas Clínicos Relacionados

Geralmente decorrentes do uso crônico ou quadros de intoxicação aguda, entre eles:

- •gastrite;
- dores abdominais (pancreatites, hepatites, cirrose e ascite);
- vômitos e diarréia crônica;
- Anemias e desnutrição;
- •HIV e outras DSTs







Problemas Clínicos Relacionados

- HAS;
- problemas respiratórios e rinite;
- impotência;
- parestesias e fraqueza de membros inferiores;
- arritmias cardíacas;
- confusão mental (intoxicação ou consequência, ex. encefalopatia hepática);







Problemas Clínicos Relacionados

- Depressão;
- Ansiedade;
- Irritabilidade;
- Demência;
- Sd Wernick-Korsakoff (Tiamina):

Encefalopatia de Wernicke início abrupto, com confusão mental (82%), distúrbios oculares (29%) e ataxia (23%). Mau prognóstico se resposta demora mais de 48-72h. Mortalidade 17%, 80 a 85% casos evolui para Sd Korsakoff (quadro cr. com predomínio de amnésia retrógrada e anterógrada, confabulação, não reverte com tiamina)

(Marques e Ribeiro, 2002)





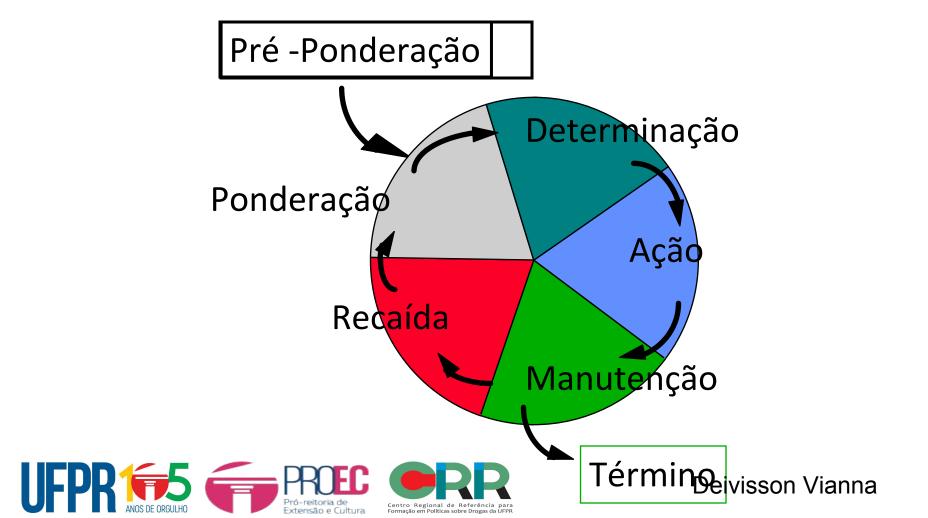


Este é um dos grandes motivos que a retaguarda para os casos mais graves deve ser no hospital geral e não no hospital psiquiatrico ou comunidades terapeuticas









Pré-Ponderação

Pcte: Não vê motivo para mudança.

Prof: estimular o pcte a iniciar uma possível reflexão, de forma sutil,

sem julgamentos, respeitar as discordâncias, sem confrontação.

<u>Ponderação</u>

Pcte: ambivalente, não acha que é dependente, mas desconfia que algo vai mal.

Prof: evocar razões para a mudança e os riscos de não mudar, fortalecer a auto-suficiência do pcte.

(Azevedo e Franco, 2006)







Determinação

Pcte: sabe que passa dos limites e isso repercute em sua vida. Apesar de perceber que mudança é necessária ainda não age nesta direção

Prof: ajudar a escolher a melhor linha de ação, dar opções, é importante a participação do pcte nas escolhas.

<u>Ação</u>

Pcte: agindo para mudar.

Prof: apresentar opções e estimular, pode-se introduzir treinamento de habilidades para prevenir recaída.

(Azevedo e Franco, 2006)







<u>Manutenção</u>

Pcte: mudança consistente, mantendo abstinência.

Prof: ajudar o pcte a identificar e utilizar estratégias para prevenção recaída, não perder de vista objetivos que levaram parar de beber.

<u>Recaída</u>

Pcte: sente que o esforço foi em vão.

Prof: orientar que recaída é parte do tto, encarada como uma etapa importante para o auto-conhecimento. Renovar os processos de prontidão para mudança sem que o pcte se sinta desmoralizado ou imobilizado pela recaída.

(Azevedo e Franco, 2006)







Abordagens motivacionais eficazes

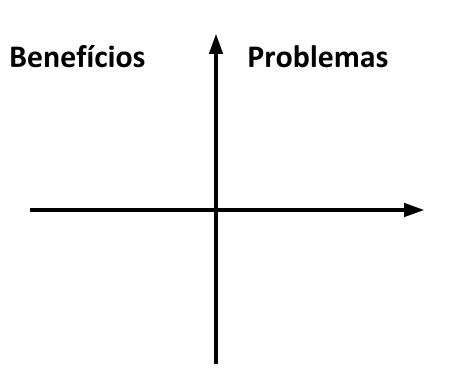
- Orientação
- Remoção de barreiras
- Proporcionar escolhas
- Atuar na balança
- Empatia
- Feedback
- Definir objetivos







Responsabilização pelas decisões



- 1. Consegue identificar?
- 2. Perdas, sociais, econômicas, trabalhistas, de saúde...?







Estratégias e intervenções

• O que é a redução de Danos?







Conceito de Redução de Danos

- As ações de redução de danos se baseiam no princípio fundamental do respeito à liberdade de escolha.
- A meta não é o resultado e sim o vinculo
- A redução não é da droga e sim dos seus efeitos.
- Muitas vezes os usuários não conseguem e/ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV, hepatite e demais problemas de saúde e sociais minimizados.







O histórico da Política de Redução de Danos

- A intensa transmissão e infecção pelo vírus HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como as hepatites. Problema de saúde pública incontestável.
- A estreita relação dos casos de AIDS com o abuso de drogas, indicado pelas altas taxas de infecção pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis e seu entorno
- O movimento social deste segmento







Obrigado(a)

Vamos Discutir.

<u>deivianna@hotmail.com</u> <u>binastefanello@yahoo.com.br</u>





