



CFM

DIRETRIZES
GERAIS MÉDICAS
Para Assistência
Integral ao
Dependente do Uso do

CRACK

DIRETRIZES GERAIS
MÉDICAS
Para Assistência Integral
ao Dependente do
Uso do Crack





1- APRESENTAÇÃO

A epidemia de uso de crack que se apresenta no país preocupa a todos os brasileiros. A estimativa da OMS para o Brasil é que existam 3% de usuários, o que implicaria em 6 milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde trabalha com 2 milhões de usuários e estudo da Unifesp patrocinado pela SENAD demonstra que um terço dos usuários encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre, sendo que em 85% dos casos relacionados à violência

Não existe ainda uma droga específica. Os psiquiatras preconizam internação para desintoxicação de cerca de 7 a 14 dias, drogas usadas comumente como opióides e tratamento das comorbidades constituem-se em medidas iniciais, devendo o paciente ter acesso à rede de tratamento ambulatorial bem como aos processos integrados;

É preciso mobilizar toda a sociedade (sindicatos, conselhos, movimentos sociais, religioso, estudantil) e meio empresarial para criar uma consciência de responsabilidade compartilhada para o sucesso dessa grande ação de cidadania.

As entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira) se disponibilizam para fazer parte dessa grande causa.

A presidência da República já se manifestou ao declarar o enfrentamento a essa grande mazela social.

As diretrizes a seguir foram formatadas a partir de trabalhos elaborados por especialistas, apresentados em Brasília –DF, na sede do CFM¹.

1 – a. ‘Guia da OMS de Intervenção para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Substâncias em locais de cuidados não especializados’; do Dr. José Manoel Bertolote; Consultor da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

b. ‘Crack – Dimensão do Problema’ – do Dr. Salomão Rodrigues Filho membro da Associação Brasileira de Psiquiatria.

c. ‘Crack: abordagem clínica’ – do Dr. Carlos Salgado, Membro da CT Psiquiatria do CFM e Presidente da ABEAD

d. ‘Política do tratamento do CRACK’ – do Dr. Ronaldo Laranjeira, Professor Titular de Psiquiatria da UNIFESP e Presidente do INPAD-CNPq – Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas

e. ‘Crack construindo um consenso’ – da Dra. Jane Lemos, Presidente da Associação Médica de Pernambuco.

2- DEFINIÇÕES DE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA

USO: qualquer consumo de substâncias, para experimentar, esporádico ou episódico;

ABUSO ou USO NOCIVO: consumo da SPA associado à algum prejuízo (biológico, psíquico ou social);

DEPENDÊNCIA: Consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário – diferentes graus.

3- INTRODUÇÃO

3.1 – O QUE É O CRACK?

Crack é produzido a partir da cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto, que pode ser fumado ou inalado. O nome “crack” vem do barulho que as pedras fazem ao serem queimadas durante o uso.

3.2 – COMO É O USO?

O usuário queima a pedra em cachimbos improvisados, como latinha de alumínio ou tubos de PVC, e

aspira a fumaça. Pedra menores, quando quebradas, podem ser misturadas a cigarros de tabaco e maco-nha, chamado pelo usuário de piticos, mesclado ou basuco.

3.3 – O CAMINHO E AS CONSEQUÊNCIAS DA DROGA NO ORGANISMO

A fumaça tóxica do Crack atinge o pulmão, vai à corrente sanguínea e chega ao cérebro. É distribuído pelo organismo por meio da circulação sanguínea e, por fim, a droga é eliminada pela urina. Sua ação no cérebro é responsável pela dependência.

Algumas das principais consequências do uso da droga são: doenças pulmonares, alguns doenças psiquiátricas, como psicose, paranóia, alucinações e doenças cardíacas.

A consequência mais notória é a agressão ao sistema neurológico, provocando oscilação de humor e problemas cognitivos, ou seja, na maneira como o cérebro percebe, aprende, pensa e recorda as informações. Isso leva o usuário a apresentar dificuldade de raciocínio, memorização e concentração.

4- HISTÓRICO

A cocaína é consumida pela humanidade há 5000 anos. A população dos Andes permanece com o hábito de mascar coca para amenizar fome e cansaço.

No século XIX surgiu o interesse pelas propriedades farmacológicas, cujo princípio ativo, a critroxilina, possui ação estimulante para exaltar o humor e espantar a depressão (FREUD)

Na década de 80, a cocaína emerge como droga das elites, com perfil eminentemente urbano.

Na década de 90, surge um subproduto da cocaína, que ficou conhecido como crack, atingindo um extrato social e uma faixa etária mais baixos.

Sua utilização provoca uma euforia de grande magnitude e curta duração, com intensa fissura e síndrome de urgência para repetir a dose. Pelo seu baixo preço, agregou facilmente novos consumidores.

O uso da substância psicoativa aumenta a chance de outros transtornos mentais, podendo mimetizar, atenuar ou piorar sintomas. No caso específico do crack, é comum sua associação a transtornos de humor, personalidade, conduta e déficit de atenção.

Cerca de 20% de pessoas dependentes de substância psicoativa, procuram emergências por agitação psicomotora. O perfil do consumidor de crack é o de um jovem, desempregado, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, proveniente de família deses-

truturada com antecedentes de uso de droga e com comportamento de risco.

5- ASPECTOS GERAIS NO TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK

MULTIFATORIEDADE do Dependente Químico (DQ) O tratamento deve ser interdisciplinar, dirigido às diversas áreas afetadas : física, psicológica, social, questões legais e qualidade de vida. Objetivo: iniciar a abstinência e prevenir as recaídas.

DESAFIO – Não há uma droga específica apesar de pesquisas empreendidas. É preciso identificar precocemente, avaliar padrão de consumo, grau de dependência, comorbidades e fatores de risco. Garantir disponibilidade para o tratamento e facilitar acesso aos serviços de atendimento, além de, buscar adesão ao tratamento com intervenções familiares

TRATAMENTO – Intervenções medicamentosas de suporte: sintomáticas e tratamento das comorbidades psiquiátricas e complicações clínicas. A cocaína aumenta a neurotransmissão da dopamina e serotonina relacionadas aos efeitos prazerosos e reforçadores da droga e desregulação do sistema,

com papel importante na Síndrome de Abstinência, levando a inúmeros ensaios clínicos com intervenções farmacológicas sem resultados satisfatórios. As drogas utilizadas ainda estão sem evidência científica comprovada ou experiência clínica consistente. Anticonvulsivantes, agentes aversivos, antidepressivos tricíclicos, estabilizadores de humor e antipsicóticos são utilizados e serão comentados ao final.

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR E REDE INTEGRADA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

- Ações preventivas: sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e educação
- Identificação precoce e encaminhamento adequado
- Desintoxicação: tratamento e suporte sintomático
- Tratamento das comorbidades: clínicas e psiquiátricas.
- Estratégias de psicoeducação: trabalhar fatores de risco
 - Grupos de auto-ajuda
 - Acompanhamento ao longo do tempo na Estratégia Saúde da Família
 - Abordagens psicoterápicas por profissionais habilitados, terapias individuais, grupais
 - Terapia cognitiva comportamental.

- Treino de habilidades sociais e prevenção de recaídas
 - Reabilitação neuropsicológica e psicossocial
 - Redução de danos com base em evidências médicas e legais
 - Rede de atenção: leitos em hospitais gerais e psiquiátricos para desintoxicação, ambulatórios, CAPS AD, albergamento sócio-terapêutico e moradias assistidas (todos com infraestrutura para correta abordagem terapêutica).

6-DIMENSÃO DO PROBLEMA

-A rede integrada de saúde mental necessita ser dimensionada quanto as necessidades.

-Os serviços comunitários, geralmente religiosos, são muitos, são precários, carecem de base científica e beneficiam pouco o Dependente Químico.

-As ações na área de saúde nas três esferas de governo e entre os diversos órgãos em uma mesma esfera não são integradas e não são harmônicas.

-Os serviços de assistência ao Dependente Químico de Crack (DQC) com qualidade são poucos e geralmente privados e universitários.

-O uso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas prediz o uso de SPA ilícitas e no Brasil não temos nenhum controle sobre publicidade, preço e disponibilidade das SPA lícitas.

-Os usuários recreativos, que sustentam o tráfico, são vistos pela lei 11.343/2006 como dependentes.

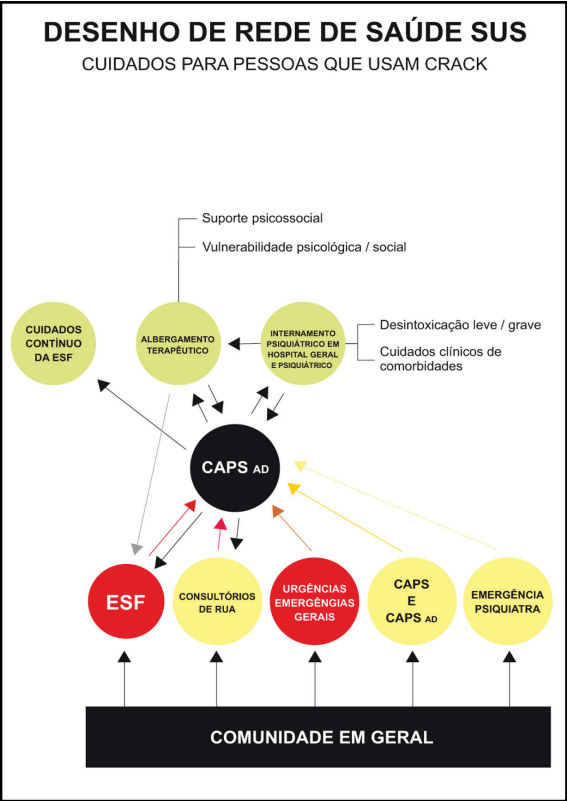
-A repressão ao tráfico é insuficiente.

-Não existe tratamento único e ideal para a DQC.

O melhor seria organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde mental e física, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc), buscando a proporcional diversidade de soluções.

-Devido a natureza da DQC alguns pacientes podem beneficiar-se de intervenções breves e outra parte, necessitar de tratamentos mais sistematizados e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recursos;

7- FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO AOS PACIENTES



8. GUIA PARA A AVALIAÇÃO E O MANEJO DE CASOS DE URGÊNCIA

8.1. A pessoa está em estado de intoxicação aguda ou overdose de um estimulante?

- Pupilas dilatadas
- Excitação, pensamento acelerado e desorganizado, paranóia
- Uso recente de cocaína, crack ou de outros estimulantes
- Pulso e pressão arterial aumentados
- Comportamento agressivo, imprevisível ou violento

8.2. A pessoa está sob uma overdose de algum sedativo?

(Overdose de um opioide ou de outro sedativo ou de mistura de drogas com ou sem overdose de álcool)

- Sem reação ou com reações mínimas
- Frequência respiratória baixa
- Pupilas puntiformes (overdose de opioide)

8.3. A pessoa está em estado de abstinência aguda de opioide?

- História de dependência de opioide, com uso pesado e interrupção recente (nos últimos dias)
- Náusea, vômitos, diarreia

- Pupilas dilatadas
- Pulso e pressão arterial aumentados
- Bocejos repetidos, lacrimejamento e coriza e piloe-reção
- Ansiedade, inquietação

8.4. Intoxicação aguda ou overdose de cocaína, crack ou estimulante do tipo da anfetamina

-Dê diazepam em doses fracionadas até que a pessoa se acalme e fique levemente sedada.

Se os sintomas psicóticos não responderem aos benzodiazepínicos, pense em usar antipsicóticos de ação rápida.

- NÃO introduza anti-psicóticos de longa ação.
- Monitorize a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a temperatura de 2 em 2 horas.
- Se a pessoa se queixar de dor no peito, se apresentar taquiarritmias ou se tornar violenta ou incontrolável, transfira imediatamente para um hospital.
- Durante a fase pós-intoxicação, fique atento a pen-samentos ou atos suicidas.

8.5. Investigue:

- Desejo muito forte ou compulsão para usar drogas.
- Dificuldades para controlar o uso em termos de iní-

cio, término ou quantidade.

-Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da droga foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência da droga; ou uso da mesma substância (ou outra muito parecida) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

-Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da substância para obter os mesmos efeitos que antes eram obtidos com doses menores.

-Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter ou consumir a droga, ou para se recuperar de seus efeitos.

-Persistência do uso da droga, apesar das claras evidências de suas consequências nefastas.

8.6. Manejo geral da dependência de drogas

- Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação do uso de drogas e explique a ligação entre o nível do uso, seus problemas de saúde, e os riscos de curto e longo prazo de continuar usando no mesmo nível.

- Pergunte sobre o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas.

- Discuta rapidamente com o paciente sobre seu uso de substâncias.

- Forneça, de maneira bem clara, recomendações para interromper o uso nocivo de substâncias e sua disponibilidade para ajudar o paciente nesse sentido.
- Se a pessoa estiver disposta a reduzir ou interromper o consumo, discuta os melhores meios de atingir esse objetivo.
- Se não, insista que é possível interromper ou reduzir tanto o uso novico como o arriscado de substâncias, e encoraje o paciente a voltar se desejar conversar mais sobre isso.
- Se se tratar de um adolescente, veja a seção sobre uso de substâncias por adolescentes.
- Se for uma mulher grávida ou que esteja amamentando, reavalie-a com frequência
- Procure apoio de um especialista para os casos de pessoas que continuam usando drogas de forma nociva e que não responderam a intervenções breves.
- Informe claramente o paciente sobre o diagnóstico e sobre os riscos de curto e longo prazo.
- Investigue as razões que a pessoa tem para usar drogas, empregando técnicas de intervenção breve.
- Aconselhe a pessoa a parar completamente com o uso da droga e sinalize sua intenção de ajudá-la nesse sentido.
- Pergunte à pessoa se está preparada para deixar de usar a droga.

8.7. Manejo adicional da dependência de maconha ou de crack

- Faça uma intervenção mais intensiva (isto é, até 3 sessões, de até 45 minutos cada).
- Trate os sintomas de abstinência.
- Transfira para um serviço de desintoxicação, se necessário.

8.8. EM TODOS OS CASOS

*Pense no encaminhamento para grupos de auto-ajuda, e para albergamentos terapêuticos ou de reabilitação.

*Examine as necessidades de habitação (alojamento) e de emprego.

*Forneça informações e apoio ao paciente, a seus cuidadores e a seus familiares.

*Se disponível, aplique intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências.

*Proponha estratégias de redução de danos de acordo com evidências científicas e com base legal

8.9 PORMENORES DA INTERVENÇÃO

8.9.1 AVALIAÇÃO:

*A obtenção da história clínica (Como perguntar sobre o uso de drogas)

*O que buscar no exame

*Exames a serem considerados

8.9.2. Como perguntar sobre o uso de drogas

*Pergunte sobre o uso de drogas ilícitas sem deixar transparecer nenhum juízo de valor, talvez depois de perguntar sobre o uso de cigarros, álcool e qualquer outra droga que seja relevante.

*Pergunte sobre o padrão e a quantidade consumida, e sobre quaisquer comportamentos associados ao uso de drogas que possam prejudicar a própria saúde, e a dos demais (por exemplo, drogas fumadas, drogas injetadas, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, capacidade de cuidar das crianças, violência em relação a outros).

*Pergunte sobre o início e o desenvolvimento do uso de drogas em relação a outros eventos da vida, em sua anamnese

*Pergunte sobre danos decorrentes do uso de drogas, mais particularmente:

- ferimentos e acidentes
- dirigir sob o efeito de drogas
- problemas de relacionamento interpessoal
- drogas injetáveis e os riscos a elas associados
- problemas legais / financeiros
- sexo arriscado enquanto intoxicado, motivo de arrependimento posterior.

*Investigue a dependência, perguntando sobre o desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência, uso de quantidades maiores ou por mais tempo do que pretendia, continuação do uso apesar de problemas relacionados, dificuldade para parar ou reduzir o uso, e fissura pela droga.

8.10 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

- Intervenções breves (Como abordar o uso de drogas)
- Grupos de auto-ajuda (Narcóticos Anônimos)
- Necessidades habitacionais e de emprego

- Apoio a familiares e cuidadores
- Estratégias de redução de danos
- Mulheres: gravidez e amamentação

8.11. Como abordar o uso de drogas (Intervenção breve)

*Converse sobre o uso de drogas, de forma que a pessoa perceba que pode falar tanto do que acha de suas vantagens quanto de seus danos reais ou potenciais, levando em consideração o que a pessoa acha de mais importante em sua vida.

*Leve a conversa no sentido de uma avaliação equilibrada dos efeitos positivos e negativos da droga, questionando opiniões exageradas sobre os benefícios e destacando alguns dos aspectos negativos que ela tenha porventura minimizado.

*Evite discutir com a pessoa e tente mudar o jeito de falar, se ela apresentar resistências, buscando sempre esclarecer o real impacto da droga na vida daquela pessoa, no limite do que ela seja capaz de entender, naquele momento.

*Estimule a pessoa a decidir por si mesma se quer

mudar o padrão de uso da droga, principalmente após uma conversa equilibrada sobre os prós e os contras do padrão de uso atual.

*Se a pessoa ainda não estiver preparada para parar ou reduzir o uso da droga, peça que volte num outro dia para continuarem a conversa, quem sabe acompanhada por um familiar ou amigo.

8.12 Mulheres: gravidez e amamentação

*Interrogue sobre o ciclo menstrual e informe mulheres que o uso de drogas pode interferir com o ciclo menstrual, por vezes dando a falsa impressão de não poderá engravidar.

*Aconselhe as grávidas a parar com o uso de qualquer droga, e apóie-as nesse sentido. As grávidas dependentes de opioides devem ser aconselhadas a usarem uma droga de substituição agonista, como a metadona.

*Examine os bebês nascidos de mães usuárias de drogas para verificar a presença ou ausência de sintomas de abstinência (conhecida como síndrome de abstinência neonatal). A síndrome de abstinência neonatal devida ao uso materno de opioides deve ser tratada com doses baixas de opioides (como a morfina) ou barbitúricos.

*Aconselhe e apóie as mães que amamentam a não usarem nenhum tipo de droga.

*Aconselhe e apóie as mães com transtornos por uso de drogas a apenas amamentarem seus bebês ao menos durante os seis primeiros meses, a menos que haja uma recomendação de um especialista para não amamentar.

*Às mães com uso nocivo de drogas e filhos pequenos deve-se oferecer serviços de apoio social, onde houver, incluindo visitas pós-natais adicionais, treinamento do pais, e cuidados das crianças durante as consultas.

8.13 – Farmacoterapia da síndrome de abstinência de crack

– Manejo sintomático, isto é, trate os sintomas da abstinência à medida em que forem surgindo: náuseas com anti-eméticos, dores com analgésicos comuns, insônia com sedativos leves, etc.

– Mantenha a hidratação.

– Evite a contenção física.

– Não retenha o/a paciente, se ele/ela quiser deixar o serviço, na forma da lei.

– Durante ou logo após a abstinência podem surgir sintomas depressivos, ou o/a paciente pode ter uma depressão pré-existente. Observe e trate de acordo com o Capítulo sobre Depressão. Fique atento/a ao risco de suicídio.

8.14 – Redução de danos

*Conforme evidências médicas e bases legais

8.15 – Internações compulsórias

*As internações voluntárias, involuntárias e compulsórias devem obedecer aos preceitos da legislação.

10- ASPECTOS GERAIS NO TRATAMENTO AO USUÁRIO DE CRACK E MANUSEIO DE MEDICAMENTOS

TRATAMENTO.

Na atualidade, não há ainda medicamentos aprovados pela Food and Drug Administration para tratamento específico de dependência de cocaína/crack, embora haja muitos estudos nesse sentido e alguns parecem promissores.

As drogas utilizadas não apresentam evidências científicas ou experiência clínica consistente:

I-ANTICONVULSIVANTES:

1-Carbamazepina – Dose: 400 a 1200 mg/dia

–Efeitos colaterais: tonturas, mal estar gástrico, sonolência, náuseas, ataxia, leucopenia e rash cutâneo são os mais comuns.

–Recomendação: Dosagem sérica da droga e controle da função hepática.

2 - Topiramato – Dose: 200 a 400 mg/dia

–Mecanismo: envolvimento dos sistemas GABAérgicos e Glutamatergicos na modulação do sistema de recompensa cerebral (ação anti Craving)

-Efeitos colaterais: Sonolência, parestesia, dificuldade de concentração, redução do peso corporal.

3 – Gabapentina – Dose: 900 a 1800 mg/dia (inicial com 300 mg)

-Propriedades GABAérgicas e Glutamatergicas.

-Efeitos Colaterais: Sedação, ataxia, fadiga e tonturas.

4 – Lamotrigina – Dose: 100 a 150 mg/dia

-Atua sobre os canais de cálcio sensibilizando a diferença de potencial para estabilizar as membranas neuronais

-Efeitos Colaterais: Ataxia, cefaléia, rush cutâneo, sonolência e tonturas.

5 – Valproato de sódio – Dose: 500 mg/dia

-Mecanismo Gabaérgico – modificando o mecanismo do GABA modificando o metabolismo, com aumento da liberação do GABA, diminuição do turnover e aumento da recaptação do GABA B.

-Recomendação: controle da função hepática e hematológico.

II- AGENTES AVERSIVOS:

1- Dissulfiram – (Antietanol) – Dose: 250 a 500mg/dia.

- Bloqueio da enzima da degradação da cocaína e do-

pamina. Historicamente tem sido usado na Dependência Alcoólica. Objetiva diminuir o craving, através de mecanismo de aversão a droga pelos efeitos decorrentes da mesma.

III – ANTIDEPRESSIVOS:

1-TRICICLICOS:

Imipramina (Tofranil) e Monocloroimipramina (Anafanil) – Dose: 75 a 300 mg/dia.

- Efeitos Colaterais: Boca seca, tonturas, constipação intestinal, aumento de peso, tremores, hipotensão ortostática, tonturas, visão borrosa etc.

2- INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA, NORADRENALINA E DUAIS.

- ISRSs – Fluoxetina – Dose: 20 a 60 mg./dia

- Paroxetina – Dose: 20 a 40mg/dia

- Sertralina – Dose: 100 mg/dia.

- Efeitos Colaterais: melhor tolerados que os tricíclicos.

- Podem apresentar: diminuição do apetite, retardo da ejaculação, diminuição da libido etc.

- ISRNs – Reboxetina – Dose: 4 a 8 mg/dia.(Prolifit)

- Duais – Bloqueio serotonina, noradrenalina, dopamina ou histamínicos.

- Mirtazapina – dose: 45 a 60mg.
- Tem efeito sedativo e aumenta o peso corporal.

Venlafaxina – Dose: 75 a 300 mg.

-Cuidado com Hipertensão em doses de 300mg ou mais.

Bupropiona – Dose; 150 a 300 mg/dia.

Tem sido utilizado, com resultados em dependência da Nicotina.

IV – ESTABILIZADORES DO HUMOR:

Lítio – Carbonato de Lítio – Dose: 600 a 900 mg./dia

-Efeitos Colaterais: tremores, ataxia, problemas intestinais no início do tratamento. Contraindicado para os que têm comprometimento da função renal.

- Recomendado: Controle da concentração sérica.

V- ANTIPSICÓTICOS:

Típicos:

Haloperidol – Dose: 5 a 20mg/dia

-Efeitos colaterais: sintomas extrapiramidais, comprometimento da esfera sexual, hipotensão ortostática, visão borrosa etc.

Atípicos: Bloqueio dos receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos e bloqueio D2 e D4.

RISPERIDONA – Dose: 2 a 06mg/dia

OLANZAPINA. (zyprexa) – Dose: 05 a 20 mg/dia.

Outras drogas: Propranolol – Dose: 40 a 80 mg/dia.

– Beta Bloqueador Beta adrenérgico

VI – TRATAMENTO DA SINDROME DE ABSTINÊNCIA DE COCAÍNA/CRACK.

O tratamento é basicamente suporte e sintomático. Geralmente o atendimento é em Serviços de Emergência, sendo extremamente importante uma avaliação criteriosa. A dor torácica costuma ser sintoma de Infarto Agudo do Miocárdio devendo ser solicitado os exames adequados.

Quando há inquietação aguda com ansiedade utilizam-se benzodiazepínicos (Diazepam – dose: 05 a 40 mg/dia) ou outro similar. Em quadros psicóticos ou agitação psicomotora e/ou agressividade violenta há indicação de Antipsicóticos de alta frequência como Haloperidol (Haldol) 5mg IM, podendo repetir-se, se necessário, fazendo de 12/12h ou 8/8 ho-

ras mantendo-se controle dos sinais vitais. Pode-se também associar benzodiazepínicos de ação sedativa como Midazolam 15mg IM (Dormonid).

Vale sempre ressaltar que a dose utilizada depende de vários fatores como condições gerais, nutritivas, idade, intensidade da sintomatologia etc. Importante também identificar e tratar as comorbidades clínicas além das psiquiátricas.

11- ONDE PROCURAR AJUDA

Procure a secretaria municipal de saúde ou o conselho municipal de saúde ou ainda o ministério público, sempre que tiver dificuldades em obter o tratamento desejado.

Acesse www.enfrenteocrack.org.br e obtenha a lista de locais para atendimento em todo o país.

Utilize o 08005100015 para acessar a central de atendimento gratuito para informações (projeto viva voz da SENAD)

12 - BIBLIOGRAFIA

Cordioli, A; Psicofármacos – Consulta rápida – Porto Alegre – Artmed- 2005.

Diehl, A; Cordeiro, D; Laranjeira, R – Tratamentos Farmacológicos para Dependência Química – Da evidencia Científica à Prática Clínica – Porto Alegre – Artmed – 2010

Diehl, A; Cordeiro, D; Laranjeira e colaboradores – Dependência Química – Porto Alegre-Artmed – 2011.

Figlie, NB; Bordin, S; Laranjeira, R – Aconselhamento em Dependência Química – São Paulo -Editora Roca Ltda, 2004.

Gigliotti, A; Guimarães, A – Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química – Rio de Janeiro – Editora Rubio/ABEAD – 2010.

CNM, Confederação Nacional dos Municípios. Cartilha Observatório do Crack. Brasília 2011. 24p.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Manual de Orientação para Atenção ao Crack.

ONU. Relatório Anual Sobre Drogas. 2009, 2010.

Ribeiro, M; Laranjeira, R. O Tratamento do Usuário de Crack. Casa de Leitura Médica, São Paulo, 2010.
– Diretrizes ABP/CFM/AMV adotadas pela resolução CFM 1952/2010.

EXPEDIENTE

Diretoria do Conselho Federal de Medicina

Roberto Luiz d'Ávila
Presidente

Carlos Vital Corrêa Lima
1º vice-presidente

Aloísio Tibiriçá Miranda
2º vice-presidente

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti
3º vice-presidente

Henrique Batista e Silva
Secretário-geral

Desiré Carlos Callegari
1º Secretário

Gerson Zafalon Martins
2º Secretário

José Hiran da Silva Gallo
Tesoureiro

Frederico Henrique de Melo

2º Tesoureiro

José Fernando Maia Vinagre
Corregedor

José Albertino Souza
Vice-corregedor

Comissão de Assuntos Sociais do CFM

Henrique Batista e Silva
André Longo de Araújo
Ricardo Albuquerque Paiva
Ricardo Resende
Jô Mazzarolo

Assessores

Jane Lemos
Rafaela Pacheco
Michel Felipe do Rego
Fernanda Soveral
Claudia Brandão
Nathalia Siqueira
Ítalo Rocha Leitão



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA