

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

FABIO NUNES DE FREITAS

**PATOLOGIA DUAL E COMORBIDADE**

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

FABIO NUNES DE FREITAS

### PATOLOGIA DUAL E COMORBIDADE

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno izídio da costa

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

FABIO NUNES DE FREITAS

### PATOLOGIA DUAL E COMORBIDADE

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

---

Professor  
Avaliador 1

## **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

A meu pai, que embora não tendo uma graduação mais elevada, nunca deixou que abandonássemos os estudos e sempre se mostrou preocupado em ver a todos formados e se tornando “alguém na vida”. Dedico também, aos meus irmãos que encorajam e se alegram a cada passo que dou. Sem cada um de vocês, de nada valeria o esforço. E a minha saudosa mãe, que me ensinou muito mais que qualquer outro professor, a ser uma pessoa honesta, verdadeiramente humana... ainda que não seja um homem perfeito, graças a ela, sou com toda certeza alguém bem melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus pela vida,

À minha família,

Aos amigos verdadeiros

Aos meus professores/orientadores

E a todos que de maneira direta ou indireta me influenciaram e ajudaram até aqui.

*"Se respeitar as pessoas como elas são, você  
poderá ser mais eficaz ajudando-as a se  
aperfeiçoarem."*

*John Gardner*

## RESUMO

O presente trabalho aborda de forma clara e sucinta algumas patologias e possíveis comorbidades que podem ser desenvolvidas. Para que se entenda um pouco mais o tema, define-se por comorbidade a ocorrência de alguma doença ou transtorno, decorrentes de outra patologia. Isso tanto pode acontecer em doenças crônicas, como em doenças desenvolvidos pela abstinência ou uso contínuo e elevado de alguns entorpecentes. Pesquisas como a realizada pela Organização das Nações Unidas (2006), estima-se que 5% da população mundial, com faixa etária entre 16 e 64 anos, usa regularmente alguma substância ilícita. Nesse sentido, voltar a atenção a esse problema e se interar de informações é importantes para a promoção da diminuição dessa estatística. Aos que trabalham na saúde, aos familiares e até mesmo o próprio usuário que ao entender como ocorre a dependência e os danos que ela pode ocasionar, poderá instrui-se e instruir outros indivíduos na busca de abandono do vício.

**Palavras-chave:** Patologias, Comorbidades, Entorpecentes, Vício.



---

## ABSTRACT

This work addresses clearly and succinctly some pathologies and possible comorbidities that can be developed. To understand a little more the subject is defined by the occurrence of comorbid illness or disorder arising from other pathology. This both happen in chronic diseases such as in diseases developed by abstinence or high use of some drugs. Research such as that undertaken by the United Nations (2006), it is estimated that 5% of world population, aged between 16 and 64 years, regularly uses an illicit substance. In this sense, turn their attention to this problem and iterating information is important to promote the reduction of that statistic. To those working in health, the family and even the own user to understand how addiction occurs and the damage it can cause, may be instruct and educate others in search of quitting.

**Keywords:** Pathology, comorbidities, drugs, addiction.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ADH- Hormônio Anti-Diurético

AIDS- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ALDH- Aldeído Desidrogenase

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

LSD- Dietilamida Ácido Lisérgico

OMS- Organização Mundial de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

THC- Tetrahydrocannabinol

VHB- Vírus da Hepatite B

VHC- Vírus da Hepatite C

5-HT- 5-Hidroxitriptamina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.2 METODOLOGIA E MÉTODO DE PESQUISA.....	14
<b>2 COMORBIDADE.....</b>	<b>15</b>
2.1 Patologia dual e comorbidades.....	15
2.1.1 Álcool.....	16
2.1.2 Maconha.....	20
2.1.3 Cocaína/Crack.....	21
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>4 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dependência química é um desafio nacional para os profissionais da saúde, educadores, gerenciadores de políticas públicas, legisladores e toda a comunidade. O impacto para a sociedade, para a economia e para a saúde decorrente desse transtorno é imenso. Nas últimas décadas, a experimentação de drogas tem sido cada vez mais precoce, com quadros de abuso e dependência, apesar dos esforços preventivos estarem aumentando (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Conforme abordagem dessa pesquisa, sabe-se que o uso contínuo de drogas como álcool, maconha, crack e cocaína podem desencadear comorbidades a seus usuários. O referencial teórico neste assunto existe, mas considera-se pouco, em vista da proporção do problema. Observa-se que a maior parte dos pacientes apresentam transtornos psicóticos, transtorno de ansiedade e depressão. Outra observação considerável é que o tratamento com métodos psicossociais integrado ao uso de medicamentos, é o mais eficaz. Compõe o tratamento ações que motivam os pacientes a encarar o problema e a acreditarem na sua melhora. Uma vez motivados, o abandono ao tratamento será menos frequente. Em casos mais graves é necessária internação para acompanhamento contínuo.

Esses pacientes precisam de atendimento e não do preconceito das pessoas. Julgar não irá ajudá-los a se reabilitarem. Nesse sentido, na área da saúde, os profissionais devem se comprometer humanamente a ajudar. Mesmo com todas as dificuldades existentes, o profissional da saúde deve comprometer-se a desempenhar seu papel da melhor forma possível.

A dependência química e seus efeitos negativos referidos neste trabalho demonstram o malefício que ela trás à sociedade. E dessa forma, torna-se um problema tanto pessoal, mas também de saúde pública que tem afligido muitas famílias em todo o mundo. E o contexto familiar tem sido um dos mais afetados, pois são os que vivenciam diretamente as situações negativas que vão surgindo em decorrência da droga. Por ser um problema de grande proporção, onde as dificuldades geralmente só aumentam, é que talvez grande parte dos dependentes acabam abandonados ou por decisão própria se isolam dos parentes e passam a viver sozinhos perambulando pelas ruas.

Outro importante passo para que a comorbidade seja combatida é a definição da mesma, suas características, as características do paciente, que/quais tipos de drogas ele utilizou, se já iniciou algum tratamento antes, se há acompanhamento familiar para que o tratamento seja específico à problemática enfrentada.

Como objetivo geral, busca-se descrever os transtornos psiquiátricos correlacionados a substâncias psicoativas. Tendo como objetivos específicos verificar quais tipos de transtornos mentais estão mais associados ao uso de drogas, expor seus sintomas e os danos causados ao usuário.

Justifica-se fazer o levantamento de pesquisas já realizadas, leitura de textos e artigos referentes ao tema, para assim ter um acervo de informações pertinentes. Somente ao compreender sobre um assunto, as contribuições para interferir de maneira positiva sobre ele, serão de fato significativas.

Sabe-se que no Brasil a sociedade sofre com os problemas decorrentes das drogas. Tanto a criminalidade quanto a saúde da população é afetada. Voltar à atenção a essa problemática torna-se importante para que algo possa ser feito com o intuito de melhorar essa situação.

## 1.1 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

No presente trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a associação entre a dependência química e outros transtornos mentais. Isso foi possível a partir de uma revisão da literatura, recurso fundamental da prática baseada em evidências, que pode ser considerada uma síntese de pesquisas relacionadas ao problema pesquisado (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

A pesquisa foi realizada na biblioteca acadêmica virtual que é um buscador abrangente e envolve diversas áreas e periódicos científicos. Todos os artigos utilizados neste trabalho são de domínio público e encontram-se disponíveis no Google acadêmico. Para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores “patologia dual”, “comorbidade”, “maconha e depressão”, “dependência química e transtorno psiquiátrico.

A questão central deste trabalho, então, é a correlação entre a dependência química e transtornos psiquiátricos como a depressão, a ansiedade e a esquizofrenia. Busca-se entender como drogas como o álcool, a cocaína, a maconha estariam relacionados a essas doenças.

Com palavras sucintas e de fácil compreensão, busca-se neste trabalho unir de forma eficiente informações teóricas, às experiências adquiridas através da prática, pois acredita-se que somente ao unir essas duas vertentes, é que todos os envolvidos à saúde poderão compreender melhor os problemas existentes e conjuntamente atuar para diminuí-los.

## **2 COMORBIDADES**

Segundo Wittchen e Essau (1993), Comorbidade pode ser definida como “presença de duas ou mais patologias em um indivíduo, em período definido de tempo”. Comorbidade patogênica ocorre quando duas ou mais doenças estão etiologicamente relacionadas, ou seja, a origem das duas doenças se relacionam; comorbidade diagnóstica ocorre quando as manifestações da doença associada forem similares às da doença primária; e comorbidade prognóstica ocorre quando houver doenças que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças.

Nesta pesquisa, objetiva-se abordar a presença de um transtorno mental em decorrência do uso de substâncias psicoativas. Dentre os transtornos mais comuns, associados ao uso de substâncias psicoativas estão: déficit de atenção e hiperatividade, esquizofrenia e transtornos alimentares.

### **2.1 Patologia dual e comorbidades**

O termo patologia dual, surgiu para designar a situação onde um indivíduo possui ao mesmo tempo uma patologia psíquica e uma patologia aditiva, advinda de alguma droga, em casos tão graves que necessitam de internação. Investigar essa existência e chegar a um diagnóstico conclusivo é imprescindível para o tratamento necessário. Pois ambas devem ser tratadas conjuntamente.

Dentre às diversas patologias existentes, esta pesquisa abordará às decorrentes ao uso do álcool, maconha, cocaína e crack, infelizmente drogas que são facilmente encontradas no Brasil e que é prejudicial não só ao usuário, mas também à família e sociedade como um todo.

Para entender como se dá o processo de dependência, Ribeiro e Laranjeira (1998) explica que o cérebro possui uma área específica de processamento do prazer. Atividades que são reforçadas positivamente como o ato de comer, receber um elogio ou ganhar um prêmio são processadas no denominado sistema de recompensa. Quando um organismo experiencia a sensação de prazer há uma tendência a repeti-la. Muitas drogas psicoestimulantes como o cigarro, o álcool, a maconha, a cocaína ou heroína agem estimulando essa área que é rica em dopamina. Então esta é uma condição para o desenvolvimento da dependência: a ação no sistema de recompensa.

Junto à dependência, o individuo pode desenvolver patologias psíquicas ou agravar aquelas as quais já possuía.

### 2.1.1 Álcool

O álcool, assim como o cigarro é uma droga lícita. Seu principal agente é o etanol. Embora tenha grande aceitação da sociedade, não deixa de ser uma droga psicotrópica que atua no sistema nervoso central, podendo gerar dependência e mudança comportamental.

Sendo consumido em excesso, o álcool pode ser considerado um problema de saúde, uma vez que esse excesso pode ocasionar dependência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) define por alcoolista, um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico.

Para Andrade et al. (2009) o etanol, cuja fórmula química é  $C_2H_5OH$ , é um líquido incolor encontrado nas bebidas alcoólicas. No entanto, sua dependência varia de pessoa para pessoa (vulnerabilidade biológica), pois os organismos são diferentes e conseqüentemente, reagem de formas distintas. A dependência alcoólica acontece a partir da “vulnerabilidade e suscetibilidade à dependência, fomentadas por condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.”

Dessa forma, em consequência de ser altamente solúvel na água, o etanol entra rapidamente na corrente sanguínea, e por esse caminho é distribuído para grande parte dos órgãos e sistemas. Ele é absorvido, inclusive, pelas mucosas da boca e do esôfago. Também exercem um papel na absorção o estômago e o intestino grosso, mas é no duodeno que há a maior parte de sua absorção. É nesse local que as vitaminas do complexo B são absorvidas. Isso explicaria a hipovitaminose B em alcoolistas crônicos. A absorção aumenta consideravelmente não há alimentos ou gás carbônico trafegando pelo estômago e intestino. Esses diminuiriam a taxa de absorção. O fígado é o principal responsável pela metabolização do álcool, mas participam da sua excreção a urina e o suor (ANDRADE et al., 2012, p. 69).

Segundo Gunzerath et al. (2011) nas duas últimas décadas, houve vários estudos para compreender a doença do alcoolismo. Reconhecendo que esta é uma situação de saúde que pode e deve ser revertida através de tratamento.

Seus efeitos podem ser percebidos em duas fases: de estimulação e depressão. Na primeira delas, o indivíduo pode desenvolver a autoconfiança em excesso e euforia. Num segundo momento, geralmente há um descontrole, sono e a coordenação motora fica comprometida. Quando o comprometimento é mais elevado, afeta órgãos e em casos de abstinência, pode ocorrer ansiedade, confusão mental, tremores e convulsões.

Carlini et al. (2007) após realizar o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas no Brasil, foi constatado que o álcool é a substância lícita que causa dependência mais



utilizada nas 108 maiores cidades do país. Sendo assim, é um problema que atinge a saúde brasileira, e as políticas públicas de saúde precisam ser reorganizadas para um enfrentamento mais eficaz a esse problema.

De acordo com Babu et al. (2009) o uso abusivo do álcool, mesmo quando em pouca quantidade, afeta o sistema serotoninérgico, o que pode relacioná-lo diretamente relacionado à depressão.

Os efeitos do álcool estão geralmente associados a outras condições psiquiátricas. Podem se associar à depressão, ao transtorno de ansiedade, a transtornos de personalidade, ao suicídio e ao transtorno bipolar do humor. Dessa forma, ao dar início ao tratamento da dependência química é indispensável se fazer o diagnóstico para que se personalize o tratamento. Membros de todas as classes sociais, credos, raças, gêneros etc podem desenvolver a dependência ao álcool. O diagnóstico da comorbidade é importante porque o tratamento abrangerá múltiplos sintomas e complicações pessoais, sociais e familiares decorrentes de ambas as patologias. Como a depressão e a ansiedade são mais comuns a partir da terceira década de vida haveria uma correlação o álcool e esses transtornos. Caso a depressão ou a ansiedade não sejam levadas em conta no tratamento, ele pode resultar infrutífero, já que eles induzem a recaídas e podem ser, inclusive a causa da adição (Bordin, Firglie & Laranjeira, 2010).

A intoxicação patológica pode ser observada nas intensas mudanças de comportamento e agressividade após a ingestão do álcool. Conforme as manifestações de violência, torna-se necessário a internação do paciente.

Aos pacientes que fizeram uso do álcool por um grande período e em grande quantidade, abandonar o vício é mais difícil. Os sintomas da abstinência começam doze horas depois da última dose. Comumente ocorrem tremores, irritabilidade, vômito, ansiedade, sudorese, dilatação da pupila e alterações cardíacas, podendo evoluir para *Delirium Tremens* que é quando o viciado pode ter convulsões e em alguns casos chegar à morte (Bordin, Firglie & Laranjeira, 2010).

Lipowski (1990) define o delirium tremens como um transtorno flutuante de consciência que está associado com uma mudança na cognição ou perturbação da percepção, que pode ser causada por qualquer condição geral de saúde. Define-se como uma síndrome mental orgânica transitória e flutuante de início agudo, caracterizada por transtorno global das funções cognitivas, nível de consciência reduzido, anormalidades atencionais, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e desordem no ciclo vigília-sono. Ely et al. (2008) dizem que o déficit de atenção é o fenômeno mais aparente, embora também possam ser

observados alguns distúrbios cognitivos e comportamentais diferentes como a perda de memória, agitação e alucinação. O quadro clínico varia de acordo com o tipo de delirium, se hipoativo ou hiperativo. No primeiro caso, o paciente apresenta sonolência. Já no segundo modelo, o paciente possui o psicomotor agitado e alucinações são constantes.

Dentre os fatores de risco para a ocorrência do delirium estão os modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são decorrentes de possíveis situações do ambiente que o paciente está inserido (isolamento, contenção física no leito, privação do sono e abandono) e a doença aguda no período de internação (febre, desidratação, alto risco de morte, utilização de sedativos e analgésicos, utilização de dispositivos invasivos, como os tubos e cateteres entre outros). Pertencem aos modificáveis as características do paciente como idade, gênero, hábitos individuais (tabagismo, abuso de álcool), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, e demência. (PANDHARIPANDE et al, 2008).

Koleff et al. (1998) afirmam que a sedação excessiva deve ser evitada em função de vários possíveis desfechos clínicos, mas que deve ser utilizada na maioria dos casos. Assim sendo, a sedação desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de delirium.

De acordo com pesquisas realizadas, a exposição à sedação e o tipo de sedativo utilizado, pode contribuir para o desenvolvimento do delirium (PANDHARIPANDE *et al*, 2007).

Compreender o que é comorbidade é algo muito importante para um bom tratamento e prevenção. No caso do álcool, ao ser detectado que o seu uso causa algumas doenças, obviamente, sua diminuição ajudará a diminuir a incidência dessas ocorrências. É preciso salientar que o comportamento do alcoolista ao consumir ou abster-se do álcool pode desenvolver nele sintomas que se assemelham a doenças psiquiátricas.

Silva (2006) relata que o álcool, quando consumido de forma crônica e excessiva, é bastante tóxico ao fígado. De 90 a 100% dos consumidores excessivos do álcool apresentam esteatose hepática (gordura no fígado). Estima-se que de 10 a 20% desenvolvem cirrose e de 10 a 35% hepatite alcoólica.

A esteatose hepática, assim como a hepatite alcoólica são doenças que podem ser revertidas através da abstinência. A cirrose desenvolve-se progressivamente e é fatal, porém pode ser estabilizada com a abstinência.

Além dessas doenças, há também a pancreatite crônica, a cardiomiopatia alcoólica, a má absorção e danificação cerebral.

Outra patologia que leva danos no sistema nervoso e está associada ao uso abusivo de álcool é a Síndrome de Korsakoff. Segundo Dalgalarondo (2008) esta é uma patologia que

afeta o sistema nervoso central e periférico, assim como as áreas responsáveis pela memória. Nos alcoolistas crônicos, os níveis de tiamina (vitamina B1) encontram-se baixos e por isso, aparecem sintomas como confusão mental, amnésia parcial anterógrada e retrógrada, ataxia (perda da coordenação e equilíbrio dos movimentos musculares voluntários) e oftalmoplegia (paralisia ou fraqueza em um ou mais músculos oculares) dentre outros, são frequentes (NETO et al., 2005).

Outra doença cerebral que pode ter sua origem a partir do uso contínuo do álcool é a encefalopatia hepática. De acordo com o Ministério da Saúde, trata-se de uma perturbação pela qual a função cerebral se deteriora devido a alta quantidade de substâncias tóxicas presentes no sangue e que não foram eliminadas pelo fígado.

A demência alcoólica também é resultado do uso prolongado de álcool. Em geral, os pacientes demonstram comprometimento na realização de testes neuropsicológicos, evidenciando através de tomografia computadorizada, uma retração cortical. A reversão desta retração cortical pode ocorrer durante um período longo de abstinência, o que sugere que a perda neuronal não é o único fator responsável pela atrofia cerebral alcoólica (Yudofsky; Hales, 1996).

Sob esta perspectiva, a avaliação clínica deve ser bem realizada. Pois somente assim, a intervenção terapêutica obterá mais sucesso. Em alguns casos, o diagnóstico exato só poderá ser formalizado após acompanhamento do paciente por um período considerável. Deve-se avaliar quando se deu início ao alcoolismo e quando surgiram os primeiros indícios da doença, assim como o surgimento dos sintomas.

Os profissionais de saúde que atenderão esses pacientes, devem se conscientizar de que estes possuem um “ritmo” mais lento. Alguns até não aceitam abster-se totalmente do vício. Assim sendo, a cautela deve ser mantida, a confiança deve ser trabalhada para que ao manter este elo, o paciente se sinta seguro e aos poucos permita as mudanças necessárias.

Pacientes com comorbidades psiquiátricas não respondem muito bem à terapia direcionada apenas a um transtorno. Quando a intervenção é feita, o ideal é que seja realizada por um quadro de profissionais composto por especialistas das diversas áreas que possam integrar o conhecimento (CORNELIUS et al., 2003).

Zaleski et al., (2005, p. 146), ao falar de estratégias para o tratamento de comorbidades decorrentes do uso de drogas, descreve que se deve considerar a comorbidade e o nível de motivação para a escolha da melhor conduta. Além disto é preciso levar em conta o uso de farmacoterapia para uma abordagem direta ao transtorno psiquiátrico, a desintoxicação que deve-se seguir e fase inicial de remissão dos sintomas aliada à prevenção de recaída. Para eles

o uso de técnicas de motivação podem auxiliar no manejo da tensão originada pela abstinência e contatos sociais que reforçariam positivamente a continuidade do uso. Além disto, o apoio familiar e a provisão de educação em saúde e grupos de apoio podem aumentar as chances de manutenção da abstinência.

### 2.1.2 Maconha

Segundo o Instituto Nacional de Saúde, a planta da maconha contém mais de 400 substâncias químicas, dentre elas, 60 se classificam na categoria dos canabinoides. Mas é o tetra-hidrocarbinol, conhecido com THC que é o responsável pelos efeitos psíquicos.

Inalando a fumaça da maconha, o THC percorre o caminho direto aos pulmões. Como são revestidos pelos alvéolos (responsáveis pelas trocas gasosas). Alguns minutos após ser inalado, o THC já está na corrente sanguínea e por este meio, chega ao cérebro.

O cérebro humano possui receptores canabinoides, concentrados em lugares distintos (cerebelo, gânglios basais e hipocampo). Tais receptores mediam algumas atividades mentais e físicas como coordenação motora, desenvolvimento cognitivo, memória.

Depois do consumo, os efeitos físicos que podem ser apresentados são confusão temporal, comprometimento severo da coordenação, ansiedade, olhos avermelhados por conta da dilatação dos vasos sanguíneos, secura na boca, batimento cardíaco acelerado, defasagem de pensamento e raciocínio. Além destes, podem desenvolver asma, bronquite, enfisema pulmonar e câncer.

O uso contínuo de cannabis pode ser associado ao maior risco de transtornos mentais e diferentes comorbidades psiquiátricas. Essas associações acontecem quando se associa os efeitos causados pela droga e outros fatores que constituem o indivíduo analisado. A partir da vivência adquirida ao longo dos anos em atendimento a pessoas com surtos psicóticos, pode-se observar que muitos indivíduos jovens com esse problema, fizeram uso da droga. Outro fator de risco é que ao utilizar periodicamente a droga, mantendo-se dependente, aumentará a incidência de esquizofrenia. Até mesmo nos indivíduos sem predisposição a transtornos.

Conforme pesquisa realizada pelo Instituto de Ciência Comportamental da Universidade Radboud de Nijmegen (Holanda, onde o uso da maconha é liberado pelo governo), o uso da maconha aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos em jovens com genética vulnerável.

Grande parte da população detém essa vulnerabilidade. De acordo com esse estudo, de cada três pessoas, duas apresentam uma variação no gene condutor da serotonina (5-HT), que

é um neurotransmissor. Isso pode resultar numa sensibilidade maior e um desenvolvimento consequente da depressão.

Pelo período de quatro anos, analisando depoimentos de trezentos e dez adolescentes, constatou-se que a variação do gene anteriormente citado, aumentou os sintomas de depressão naqueles que consumiam a maconha.

As primeiras experiências com drogas frequentemente ocorrem na adolescência. Nessa fase, o indivíduo é particularmente vulnerável do ponto de vista psicológico e social (SOLDERA et al., 2004).

Isso por que nessa fase enfrenta-se muitas mudanças no corpo e na forma de ver e se comportar no mundo. Diversas vezes o turbilhão de emoções distintas, faz com que sua vulnerabilidade os deixem mais propensos a se envolver em ações impróprias, como o uso das drogas.

Ao usar substâncias psicoativas, por ser a adolescência uma fase de maturação do sistema nervoso central, pode ocasionar danos e prejudicar seu desenvolvimento. Seguindo esse raciocínio, quanto maior a dependência, maior o consumo e consideravelmente maior os danos ocasionados pelos efeitos das drogas.

Entre os adolescentes brasileiros, cerca de 9% utilizaram maconha ao menos uma vez (Carlini et al., 2002). Foi constatado que portadores de esquizofrenia, ao fazer uso da maconha, têm seus sintomas psicóticos aumentados e apresentam também pior adesão à medicação, aumentando assim a quantidade de internações, recaídas e negação ao tratamento.

O fumo da maconha aumenta substancialmente o risco de depressão e ansiedade. Um fator que poderia estar associado é o fato de que os usuários podem apresentar maior lentidão nas respostas e se tornam mais suscetíveis a sentimentos negativos. Isso por que os cérebros dos usuários se tornaram menos capazes de reagir à dopamina (substância que provoca o bem estar). (Arendt; Munk-Jorgensen, 2004).

### 2.1.3 Cocaína/Crack

A cocaína é um entorpecente de grande potencial devastador ao organismo de quem a consome. Seu uso pode-se dar por vias orais, intravenosas e respiratórias. Por ser uma droga psicoestimulante, geralmente o usuário adquire uma incessante vontade por consumi-la, gerando a dependência inevitável.

A cocaína é usada no Brasil, desde a metade dos anos 80. Na época, um fenômeno quase exclusivo a alguns tipos de elite econômica ou com pouca repercussão no sistema de

tratamento de usuários de drogas. Com a maior oferta da droga, principalmente com a maior produção nos países andinos, o Brasil passou a sofrer uma epidemia do uso de cocaína que se estende até os dias atuais (LARANJEIRA *et al*, 1998).

O crack é resultado da adição de bicarbonato de sódio à pasta da coca e é utilizado pelo fumo. É comercializado em forma de pedra, que são fumadas com um cachimbo ou numa lata.

Segundo estudo realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), houve progressivo aumento do consumo desta droga em alguns segmentos da população brasileira, além do aumento no número de internações aos seus usuários (Carlini *et al*, 1995).

Ao ser usado pela primeira vez, o efeito do crack é duradouro. Porém, conforme aumento do uso, esse efeito vai sendo diminuído e após dependência, dura pouquíssimos instantes.

Dentre as complicações ocasionadas pela cocaína, estão os problemas cardíacos, pulmonares, insuficiência vitamínica além de poder desenvolver distúrbios neurológicos, como AVC (acidente vascular cerebral) e medular, isquemias (fluxo arterial insuficiente para manter as funções normais teciduais), cefaléias (dores de cabeça), confusões e desordem motoras (LEITE e ANDRADE, 1999).

De acordo com avaliações neuropsicológicas realizadas por Stocker (2006), pode-se observar uma defasagem significativa das funções cognitivas do indivíduo e estes problemas, perseveram mesmo após a interrupção ao uso da droga, sugerindo que estes efeitos sejam permanentes.

Leite e Andrade (1999) evidenciam também complicações psiquiátricas (comorbidades psiquiátricas) como o transtorno psicótico.

Estudos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde, constataam que usuários de drogas estão em segundo lugar na categoria de exposição ao vírus HIV entre os anos de 1998 e 1999 (BRASIL, 1999).

A AIDS (síndrome de imunodeficiência adquirida) é uma doença infecto-contagiosa transmitida pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana). A princípio foi identificada nos Estados Unidos em 1981 e a partir desse período, espalhou-se pelo mundo. Suas principais vias de transmissão abrangem: relação sexual sem proteção (preservativo), consumo de drogas injetáveis com seringas contaminadas e amamentação (no caso de mãe infectada com o vírus).

O segundo caso citado de infecção do vírus HIV é uma das formas mais comuns de contaminação do usuário de drogas como a cocaína. Além de utilizarem seringas para usar a droga, ainda tem a questão de prostituição como moeda de troca para conseguir a droga.

Sabe-se que a pessoa com AIDS está propenso a infecções. Isso somado a outras doenças só piora o estado do paciente.

Pessoas com HIV, encarcerados, moradores de rua apresentam maior risco de contrair tuberculose, pois estão sujeitos às más condições de vida e saúde. Esta doença tem cura e é oferecida pelo SUS (Sistema Único de Saúde). O doente precisa tomar diariamente o medicamento pelo prazo de seis meses. E para obter a cura o tratamento tem que ser completo. Quando a medicação é interrompida ou feita da forma errada, o organismo pode gerar resistência, agravando a doença, sendo necessário o aumento do tempo de tratamento. No caso de usuários de droga e moradores de rua, é aconselhável a internação, diminuindo assim sua vulnerabilidade.

Por ser uma doença contagiosa, transmitida pela tosse, fala ou espirro, caso o usuário tenha sido infectado, ao manter contato com outros usuários, a transmissão é previsível.

Assim como no caso da hepatite B, a VHC pode ser transmitida no compartilhamento de seringas infectadas englobando assim os dependentes químicos no grupo de risco.

Conforme já explicado nessa pesquisa, a existência de uma patologia, concomitante a outra, possibilitando uma possível potencialização entre elas, define-se como comorbidade.

Alves *et al* (2004) descrevem que pacientes que possuem comorbidade psiquiátrica, principalmente nos casos psiquiátricos mais intensos, há maior taxa de suicídio, agressão, prisão, recaídas e recorrentes internações, logo, maiores gastos com tratamento.

Para Zaleski *et al* (2005), com relação ao tratamento de casos mais extremos é necessário aguardar a desintoxicação para que o tratamento da comorbidade seja iniciado. Caso o paciente apresente sintomas psicóticos claros, auto ou heteroagressividade ou comportamento suicida, se torna necessária uma imediata intervenção, mesmo na presença de transtorno afetivo correlacionado à dependência química (ZALESKI *et al.*, 2005, p. 145)

Voltando à ocorrência de comorbidade decorrente ao uso da cocaína, foi realizado nos Estados Unidos, um estudo onde verificou-se altos índices dessa ocorrência. Setenta e seis por cento da amostra analisada apresentavam transtorno comórbido. Dentre os mais frequentes, eram os casos de transtorno de humor e de ansiedade (KESSLER *et al* 1994).

O paciente com patologia dual, comumente possui sobre si um pessimismo com relação à sua melhora. Tratar-se é um processo dificultoso, pois as crises de abstinência ocasionam sintomas dos quais é difícil lidar. Ainda mais por que toda ação realizada por

qualquer individuo é antes de ser realizada, um pensamento que se concretiza com a ação. E para uma pessoa que passa por problemas, principalmente mentais, isso é ainda mais difícil.

Seguindo esse raciocínio, para que dependentes da cocaína/crack ao menos consiga minimizar os danos causados pela droga, assim como nos demais entorpecentes que destroem a sociedade vigente, é preciso muito empenho por parte do usuário, atuação contínua da saúde, por meio de internações, medicamentos e acompanhamento psicológico, sempre que possível e aumentando ainda mais a eficácia, estendido à família.

O problema advindo pelo uso de toda e qualquer droga é um problema de saúde pública.

Para combater esse mal, deve haver comprometimento e apoio governamental. Infelizmente, a saúde tem piorado consideravelmente. É tanto roubo, tanta corrupção, que os poucos recursos existentes, estão cada vez mais escassos.



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, realizou-se uma revisão da literatura sobre a dependência química e patologias psiquiátricas que se correlacionam com elas.

Estudos sobre comorbidades em dependentes químicos, sugerem que em casos de patologia dual o diagnóstico precoce, contribui para uma diminuição no índice de recaída e maior sucesso ao tratamento (BISCHOF *et al* 2005).

Por haver sintomas comumente semelhantes e um emaranhado de sinais que algumas vezes mascaram ou se equiparam a outros, a dependência química pode confundir e dificultar uma abordagem direta a outras doenças associadas e a um diagnóstico preciso.

Observou-se que, quando um paciente é internado para combater a abstinência e os efeitos que ela causa, percebe-se que muitas vezes antes mesmo de utilizar a droga o indivíduo já apresentava problemas de saúde, principalmente mentais. E que estes apenas se potencializaram em decorrência dos efeitos da droga ou de sua descontinuidade.

Dependentes químicos com comorbidades, potencialmente os que apresentam transtornos mentais graves, apresentam comportamentos negativos, agressivos, ilegais e nesse sentido maior aversão da sociedade, o que dificulta possível vontade de tratar-se e do tratamento em si, pois além do preconceito e julgamento, os profissionais de saúde que recebem esse tipo de atendimento, muitas vezes possuem pouca experiência e pouca bagagem de informações sobre como proceder em cada situação.

Por isso, voltar-se ao problema, realizar pesquisas e expandir as informações encontradas é um pontapé inicial para que essa realidade seja minimizada.

O problema das drogas é mundial e seria utopia acreditar na sua extinção, porém combatê-lo é totalmente possível.

Para tanto, revisões como esta são importantes e direcionadas para todo e qualquer cidadão que queira entender um pouco mais sobre drogas, e que uma hora ou outra poderão ter que enfrentar em sua casa, sua família, seu trabalho. Mas é direcionada, principalmente, aos profissionais da saúde que atenderão aos pacientes com comorbidades e aos professores, que talvez menos que alguém da área da saúde, mas bem mais que a maioria das profissões, tem sua atuação voltada ao público potencial desse problema.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, H., KESSLER, F., & RATTO, L. R. C. **Comorbidade: usos de álcool e outros transtornos psiquiátricos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26, 51-53, São Paulo, 2004.
- ANDRADE, A.G.; ANTONY J.C.; SILVEIRA C.M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.
- ANDRADE, V.M., SANTOS, F.H., BUENO, O.F.A. **Neuropsicologia Hoje**. São Paulo: Artmed, 2004.
- ARENDRT, M; MUNK-JORGENSEN, P. **Heavy cannabis users seeking treatment - prevalence of psychiatric disorders**. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology; 39(2):97-105. 2004
- BABU, D.K; DÍAZ, A.; SAMIKKANNU, T.; RAO, K.V., SAIVED; Z.M., RODRIGUES; J.W.; NAIR, M.P.. **Upregulation of serotonin transporter by alcohol in human dendritic cells: Possible implication in neuroimmune deregulation**. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33, 1731-1738. 2009.
- BARROS NETO, T. P. **Fobia social: Perfil clínico, comorbidade e diagnóstico**, Revista de Psiquiatria Clínica; 27:309-15. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Ano XII, n. 3. (Semana Epidemiológica), 1999.
- BISCHOF, G., RUMPF, H.-J., MEYER, C., HAPKE, U., & JOHN, U. (2005) **Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependence subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery**. Addiction, 100, 405-13.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos**. 2. ed. ver. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde. 62 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2009.
- CAMARA, Fernando Portela. **O que é patologia Dual?** Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/cpc0611.php>> Acesso em 02 de dez. de 2014.
- CARLINI, et al. **Revisão: perfil de uso da cocaína no Brasil**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 44(6): 287-303. 1995.
- Carlini, E.A; et al. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotropicas no Brasil: estudo envolvendo 107 maiores cidades do país, 2001**. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas; 2002.

Carlini, E.A., et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2007.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: **As drogas e a AIDS**. Disponível em [http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/drogas\\_aids.htm](http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/drogas_aids.htm) Acesso em 20 de janeiro de 2015.

CHAPMAN, James. **How cannabis can trigger schizophrenia**. Disponível em: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-126056/How-cannabis-trigger-schizophrenia.html> Acesso em 05 de dezembro de 2014.

Cornelius, J.R.; et al. **Alcohol and psychiatric comorbidity**. Recent Development in Alcoholism;16:361-74. 2003.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

DUBOIS, M.J. et al. **Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors**. Intensive Care Medicine, 27:1297-1304. 2001.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ELY, E.W. et al. **Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)**. Critical Care Medicine, 29(7):1380-1379. 2001.

FERREIRA FILHO, O.F. **Estimativa da prevalência de tuberculose infecção e doença entre usuários de cocaína, internados em alguns serviços hospitalares da Grande São Paulo**. Tese Apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. 138 f. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

GATTAZ, Wagner. **Esquizofrenia** Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/letras/e/esquizofrenia/> Acesso em 08 de dez. de 2014.

Gunzerath L, Hewitt BG, Li TK, Warren KR. **Alcohol research: past, present, and future**. Annals of New York Academy of Science; 1216: 1–23. 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2005.

KESSLER, R.C. et al. **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey.** Archives of General Psychiatry, 51(1), 8-19. 1994.

KOLLEF, M.H.; LEVY, N.T.; AHRENS, T.S.; SCHAIFF, R.; PRENTICE, D.; SHERMAN, G. **The use of continuous i.v. sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation.** Chest:114(2):541-8. 1998.

LARANJEIRA, R. **Dependência Química.** Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/dependencia-quimica/>> Acesso em 15 de dez. de 2014.

LEITE, M.C.; ANDRADE, A.G. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

LIPOWSKI, Z.J. **Delirium: acute confusional states.** New York: Oxford University Press. 1990.

MACHADO, M. **Maconha aumenta risco de depressão.** Disponível em <<https://infodrogasdotnet.wordpress.com/type/image/>> Acesso em 24 de Novembro de 2014.

MARQUES, A.; RIBEIRO, M. **Álcool: abuso e dependência.** Em: R. Laranjeira (Org.), **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento** (p.29-48). São Paulo: CREMESP, 2003.

NETO, J.G.; TAMELINI, M.G.; FORLENZA, O.V. **Diagnóstico Diferencial das Demências.** Revista de Psiquiatria Clínica. 32(3):119-130. 2005.

PACHECO, A.P. **Comorbidades: Transtornos de ansiedades e dependência química.** XXII Curso de Inverno em Atualização em Dependência Química do Hospital Mãe de Deus. Disponível em: <<http://www.maededeus.com.br/Documentos%5CUDQ%5CComorbidades.pdf>> Acesso em 15 de novembro de 2014.

RATTO, L.; CORDEIRO, D.C. **Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química.** Em: S. Bordin, N. B. Figlie & R. Laranjeira (Orgs.), **Aconselhamento em dependência química.** p.167-186. São Paulo: Roca. 2004.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack.** 2ª Ed. Artmed, 2010.

SILVA, Luiz Caetano da. **O fígado sofre calado.** Rio de Janeiro: Atheneu. 2ª Ed. 2006.

SILVA, I.S.; Sousa, E. **Cirrose Hepática.** 2010. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4274](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4274)> Acesso em 15 de janeiro de 2015.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. **Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 21, 145-151. 1999.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.** 2 ed. London, SAGE Publications. 1998.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2000.

WITTCHEN, H.U., ESSAU, C.A. **Comorbidity and mixed anxiety depressive disorders: Is there epidemiologic evidence?** Journal of Clinical Psychiatry, 54:9-15. 1993.

World Health Organization – WHO. **Global status report on alcohol.** Genebra: WHO, 2004.

YUDOFISKY, S. C.; HALES, R. E. **Neuropsiquiatria e neurociências na prática Clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZALESKI, M.; et al. **Diretrizes da associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas dependência de álcool e outras substâncias.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 28(2):145-148. 2006.