

ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS EM HOSPITAL GERAL – USUÁRIOS DE CANNABIS SATIVA E COCAÍNA EM QUEIMADOS E UTI PSYCHOLOGICAL INTERVIEWS IN A GENERAL HOSPITAL – USERS OF CANNABIS SATIVA AND COCAINE IN BURN AND ICU

Raquel Juliana Angela de Melo¹, Celeste Imaculada Conceição Gobbi²

RESUMO

Dada a frequência observada de internação de pacientes que sofreram queimaduras e/ou outros traumas com histórico de uso de drogas ilícitas e as particularidades no atendimento dos mesmos – como manejo da dor e implicação com o tratamento - foi elaborado este artigo de protocolo, a partir da atuação de uma aluna de Especialização em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral, no Serviço de Queimados e na Enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Trauma de um hospital terciário, durante o período de março a dezembro de 2021. O objetivo é apresentar os pontos fundamentais a serem considerados na condução das entrevistas psicológicas iniciais com pacientes que sofreram queimaduras e/ou outros traumas e que são usuários de drogas ilícitas, especialmente a Cannabis sativa e a cocaína. Para a condução das entrevistas psicológicas iniciais, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre estas duas drogas e, com estes dados, associados às supervisões semanais, sob orientação da Psicanálise Freudiana, foram destacados alguns pontos considerados fundamentais a serem observados nas entrevistas iniciais: informações básicas sobre o trauma (acidente ou ato falho, participação do sujeito), sobre drogas (sintomas físicos e psíquicos, alterações na cognição, abstinência, tolerância e dependência) e consideração da dor como experiência particular. Esta vivência levou a pensar em intervenções que possam promover a implicação do sujeito com o seu tratamento, de modo a favorecer uma responsabilização sobre suas escolhas, além da reflexão sobre o encaminhamento de um dependente químico para tratamento em CAPS-AD, que tem mais chance de adesão quando há desejo do paciente em se tratar, o que pode ser provocado durante as entrevistas psicológicas iniciais.

Palavras-chave: Entrevistas Psicológicas, Dependência Química, Trauma, Psicanálise, Psicologia Hospitalar

ABSTRACT

According to the observed frequency of hospitalization of patients who have suffered burns and/or other traumas, with a history of illicit drug use, and the particularities in their care such as pain management and involvement with the treatment. This protocol article was made from the performance of a student of Specialization in Hospital Psychology in General Hospital, in the Burn Service and in the Trauma Infirmery and Intensive Care Unit (ICU) of a tertiary hospital, during the period from March to December 2021. The objective is to present the fundamental points to be considered when conducting initial psychological interviews with patients who have suffered burns and/or other traumas and who are users of illicit drugs, especially Cannabis sativa and cocaine. For the conducting initial psychological interviews, a bibliographic research on these two drugs was done and, with this data, associated to weekly supervisions, under the orientation of Freudian Psychoanalysis, some points considered fundamental to be observed in the initial interviews were highlighted: basic information about the trauma (accident or failure, participation of the subject), about drugs (physical and psychological symptoms, cognition alterations, abstinence, tolerance and dependence) and consideration of pain as a particular experience. This experience led to thinking about interventions that can promote the involvement of the subject with his treatment, in order to favor accountability for his choices, in addition to reflection on the referral of a chemical dependent for treatment in CAPS-AD, which has a greater chance of adherence when there is a desire to treat, which can be provoked during the initial psychological interviews.

Keywords: Psychological Interviews, Chemical Dependence, Trauma, Psychoanalysis, Hospital Psychology

¹Psicóloga Aprimoranda do Curso de Psicologia Hospitalar em Hospital Geral da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Psicóloga Supervisora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: celeste.gobbi@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO

Segundo Velho (2020), a palavra trauma, do ponto de vista semântico, vem do grego trauma (plural: traumatos, traumas), cujo significado é ferida. Em medicina, essa terminologia admite vários significados, todos eles ligados a acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma mais ou menos violenta, atingem indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão ou dano. Uma das definições adotadas pela medicina refere-se ao conjunto das perturbações causadas, subitamente, por um agente físico de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos.

Segundo o mesmo autor, “as causas mais comuns de traumas maiores são: acidentes veiculares, atropelamentos, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, quedas de altura, queimaduras, afogamentos e agressão interpessoal.” (Velho, 2020, n.p)

A definição de trauma para a psicanálise, de acordo com Laplanche (1982), é “um acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.” (p. 522)

Ainda conforme Laplanche (1982), em termos econômicos, o traumatismo “caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações.” (p. 522)

Podemos considerar, portanto, que as queimaduras e outros traumas maiores exigem intenso trabalho subjetivo dos sujeitos que os sofrem e cuidados especiais na condução do atendimento psicológico nas internações hospitalares.

No Brasil, as queimaduras constituem um grave problema de saúde pública, na medida em que são uma das causas mais comuns de traumas, que têm, por consequência, um elevado número de pessoas que sofreram queimaduras e precisam de atendimento hospitalar. Albuquerque et. al (2010) discorrem que há uma estimativa que cerca de 1 milhão de acidentes com queimaduras por ano cheguem a ocorrer, sendo que aproximadamente 100 mil pacientes procuram atendimento hospitalar e cerca de 2.500 vão a óbito direta e/ou indiretamente devido às lesões.

Segundo a Cartilha para Tratamento de Emergência das Queimaduras, emitida pelo Ministério da Saúde do Brasil (2012), “as queimaduras são lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta morte celular.” (p. 5).

Desse modo, podem ser classificadas de acordo com a complexidade, extensão e profundidade da lesão em primeiro, segundo ou terceiro grau.

As queimaduras de 1º grau são as mais superficiais, pois atingem apenas a camada exterior da pele (epiderme). Não há a formação de bolhas, mas apresentam vermelhidão, inchaço e dor local suportável. Já as de 2º grau, afetam a epiderme e parte da derme. (Ministério da Saúde, 2012). Há a presença de “bolhas, pele avermelhada, manchada ou com coloração variável, dor, inchaço, desprendimento de camadas da pele e possível estado de choque”. (Ministério da Saúde, 2012, p. 8)

Queimaduras de 2º grau profundas são aquelas que ultrapassam a epiderme e atingem toda a derme. Como há risco de destruição das terminações nervosas da pele, este tipo de queimadura é considerado bem mais grave. As glândulas sudoríparas e os folículos capilares também podem ser destruídos, fazendo com que a pele fique seca e perca seus pelos. A cicatrização demora mais que 3 semanas e costuma deixar cicatrizes. (Ministério da Saúde, 2019, n.p)

Terceiro grau: “atingem a epiderme, a derme e estruturas profundas, podendo chegar aos músculos e ossos ... As feridas não se regeneram e necessitam de algum tipo de cobertura cutânea, usualmente o enxerto cutâneo.” (Ministério da Saúde, 2012, p. 8)

Dada a prevalência de pacientes queimados e envolvidos em acidentes veiculares no Serviço Público onde o artigo foi gerado, cabe aqui destacá-los.

Segundo Massaú e Rosa (2016), o Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), delimita que os acidentes de trânsito são eventos não intencionais, envolvendo ao menos um veículo, motorizado ou não, mas que circula por uma via para trânsito de veículos. “Assim, ciclistas, motociclistas, veículos em geral, de transporte individual, coletivo, ou de carga, bem como eventos envolvendo atropelamento de pedestres em via pública, constituem acidentes de trânsito.” (Massaú & Rosa, 2016, p. 34)

No mundo inteiro, existe uma preocupação crescente relacionada ao uso de drogas e à segurança no trânsito. Dirigir,

depois de ingerir álcool, é um fator de risco bem estudado nos acidentes, lesões e mortes no trânsito e a capacidade para conduzir um veículo prejudicada pelo uso de outras drogas causa uma crescente preocupação em muitos países (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018, p.1).

Essa preocupação é explicada por Leyton, Ponce, Montal e Adura (2012), que participaram do estudo feito pela Associação Brasileira de Medicina de Tráfego – ABRAMET, que destaca que o uso de drogas lícitas como o álcool, ilícitas (Cannabis, cocaína e anfetaminas) e medicinais (ansiolíticos e antidepressivos) contribuem, de forma expressiva, para a o aumento da morbimortalidade dos acidentes de trânsito.

Entre as drogas ilícitas, o uso da Cannabis sativa torna-se um fator de risco para a ocorrência de acidentes de trânsito, por alterar a performance psicomotora e cognitiva do sujeito. “O motorista, sob o uso da substância, apresenta prejuízo da coordenação, da atenção dividida, das funções visuais, do tempo de reação e, conseqüentemente, da capacidade para dirigir com segurança.” (Leyton et. al, 2012 pp. 4-5).

Esses efeitos nocivos se concentram nas duas primeiras horas e diminuem, consideravelmente, de três a quatro horas. “O declínio no desempenho do motorista pode chegar a 35% com concentrações plasmáticas de 5 ng/ml de Tetraidrocanabinol (THC), chegando a atingir 70% a 80% de declínio com níveis mais elevados.” (Leyton et. al, 2012 p. 5).

Ainda de acordo com Leyton et.al (2012), o uso de cocaína também se torna um fator de risco para a ocorrência de acidentes de trânsito. A condução dos veículos em alta velocidade, direção agressiva e desatenta, com execução de manobras perigosas, perda do controle do veículo e colisões se associam ao uso da droga, pois usuários de cocaína apresentam alto risco de cometer infrações de trânsito e de se envolver em acidentes.

Esses prejuízos no desempenho dos motoristas que estão sob o efeito da cocaína podem ocorrer “em razão da perda de concentração e atenção e maior sensibilidade à luz, em função da dilatação pupilar provocada pela substância. Alterações mentais devidas aos efeitos psicoativos, tais como nervosismo, irritabilidade, agressividade, paranoia e alucinações, podem influenciar negativamente o comportamento na condução de veículos.” (Leyton et. al, 2012 pp. 6-7).

Essa associação entre o uso de drogas e o aumento de exposição a comportamentos de risco, também pode ser evidenciada em situações que envolvem queimaduras.

Em uma pesquisa promovida por Ricci et. al (2015), em um hospital de referência regional do Sistema Único de Saúde (SUS), foi traçado o perfil epidemiológico dos pacientes com queimadura em membros superiores, sendo as principais causas de queimadura a associação de fogo a líquido inflamável, seguida de escaldamento (água ou óleo quente) e choque elétrico. Foram selecionados 76 pacientes, cuja média de idade foi de 35 anos, a maioria deles do sexo masculino (68,4%). Concluiu-se que em 40,7% dos casos, o paciente era usuário de pelo menos uma substância química, como álcool, tabaco ou outras drogas.

Esses indicadores são observados no número de pacientes hospitalizados no Serviço Público do Estado de São Paulo em que este estudo foi desenvolvido, pois com frequência são internados, na Enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Trauma e no Serviço de Queimados, pacientes que são usuários de drogas. Grande parte deles usam Cannabis sativa e/ou cocaína. Infelizmente, não tivemos acesso aos registros estatísticos desta realidade observada.

Muitas vezes, nas unidades de atendimento médico emergencial, como o Pronto-Socorro e Trauma (Enfermaria e UTI), o psicólogo hospitalar tem apenas a possibilidade de realizar uma entrevista psicológica, que pode trazer informações sobre o uso de drogas destes pacientes, o que é fundamental para o tratamento dos mesmos. A condução destas entrevistas é sempre complexa e muito delicada, pois o tema é de difícil abordagem (nem sempre o paciente informa à equipe que usa drogas) e deve-se tomar todos os cuidados para que o sigilo do paciente não seja quebrado.

Diante disso, o objetivo deste artigo é apresentar os pontos fundamentais a serem considerados na condução das entrevistas psicológicas iniciais com pacientes que sofreram queimaduras e/ou outros traumas e que são usuários de drogas ilícitas, especialmente a Cannabis sativa e a cocaína, de modo a contribuir com a prática dos psicólogos hospitalares.

MÉTODO

Artigo de protocolo a partir da atuação de uma aluna de Especialização em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral, em um hospital público do setor terciário, durante o período de março a dezembro de 2021, no Serviço de Queimados e na Enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Trauma.

A partir dos atendimentos psicológicos realizados, foi observado um grande número de pacientes que sofreram queimaduras e/ou outros traumas e que eram usuários de drogas (especialmente Cannabis sativa e Cocaína). A aluna realizou pesquisas bibliográficas sobre drogas - sintomas, transtornos psicológicos associados ao uso, controle álgico e correlação com traumas. A partir destes dados, associados às supervisões semanais, sob orientação da Psicanálise Freudiana, ela destacou alguns pontos considerados fundamentais a serem observados nas entrevistas iniciais com estes pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que haja adequada investigação e identificação da substância em uso desde a admissão do paciente e, caso ele não traga esta informação para a equipe, primeiro é necessário saber como as drogas atuam no Sistema Nervoso Central (SNC). Assim, mesmo diante do silêncio do paciente, é possível identificar os sintomas físicos e psicológicos e auxiliar as intervenções da equipe multiprofissional.

Segundo Pechansky et al (2011), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a droga como uma substância que altera o funcionamento do organismo, e que não é produzida por ele, sendo capaz de produzir um efeito biológico no organismo.

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas drogas psicotrópicas ou psicotrópicos. Desse modo, drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando nossa maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir. (OMS, citado por Pechansky et al, 2011, p.41).

O Livroto Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas (2019), elaborado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), que funciona no

Departamento de Psicobiologia da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), traz a classificação das drogas em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC, de acordo com a atividade que exercem em nosso cérebro.

Dentre as estimulantes está a cocaína, e dentre as perturbadoras da Atividade do SNC estão o THC da maconha e os anticolinérgicos.

A maconha é o nome dado no Brasil a uma planta chamada cientificamente de *Cannabis sativa* que contém, na sua essência, diversos canabinoides registrados, mas somente alguns compostos são psicoativos, sendo de destacar o Δ 9-tetrahidrocanabinol (Δ 9-THC), principal canabinóide exógeno psicoativo, e o canabidiol (CBD), descrito como tendo propriedades antipsicóticas e ansiolíticas. (Cabral et.al, 2020)

De acordo com a CEBRID (2019), a quantidade de THC presente na maconha é que determina a potência da droga, pois pode produzir mais ou menos efeitos psicoativos. Essa quantidade de THC pode variar de acordo com “solo, clima, estação do ano, época de colheita, tempo decorrido entre a colheita e o uso.” (p.45)

Carey et al (2015) explicam que “o uso crônico de maconha tem sido associado ... a uma série de deficiências cognitivas, como diminuição de atenção, memória e atividades responsáveis pelo planejamento e execução de tarefas”, levando a uma deterioração desses domínios cognitivos, e prejudicando a percepção da realidade e de tomada de decisões.

Segundo Araújo, Lotufo e Costa (2019), com frequência os usuários da droga “relatam irritabilidade, humor e dificuldades de sono, diminuição do apetite, ansiedade, inquietação e/ou várias formas de desconforto físico que atingem o pico na primeira semana após a interrupção e duram até duas semanas.” (p. 47)

Ainda de acordo com a CEBRID (2019), os efeitos que a *Cannabis* produz também sofrerão mudanças de acordo com o tempo de uso da substância, podendo ser agudos (decorrentes de minutos a horas após o uso) e crônicos (sintomas que aparecem após uso contínuo de semanas, meses ou anos). Alguns dos efeitos físicos são os olhos avermelhados e taquicardia. Já os efeitos psíquicos agudos variam de acordo com a sensibilidade do usuário, podendo proporcionar desde uma sensação de calma e relaxamento até a sensação de angústia e medo de perder o controle mental.

Esses efeitos agudos são facilmente observados durante ou logo após o uso da droga, que o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSM-V) classifica como intoxicação por Cannabis, quando há alterações comportamentais ou psicológicas significativas, como: “prejuízo na coordenação motora, euforia, ansiedade, sensação de lentidão do tempo, julgamento prejudicado, retraimento social . . . Conjuntivas hiperemiadas, apetite aumentado, boca seca, taquicardia.” (DSM-V, 2014, p. 516)

Uso periódico e intoxicação por Cannabis podem afetar de forma negativa o funcionamento comportamental e cognitivo e, dessa forma, interferir no desempenho no trabalho ou na escola ou colocar o indivíduo em maior risco físico ao desempenhar atividades que possam comprometer sua integridade física (p. ex., conduzir veículos, praticar determinados esportes; desempenhar atividades que requerem destreza manual, incluindo a operação de máquinas). (DSM V, 2014, p. 511)

Esse quadro de Intoxicação com Substância varia muito entre os indivíduos, pois depende de vários fatores: duração e dose da substância, período decorrido desde o último uso, substância envolvida, tolerância da pessoa à substância, contexto no qual é consumida e expectativas da pessoa quanto aos seus efeitos. (CID-10, 2008)

Indivíduos com transtorno por uso de Cannabis sativa podem usá-la ao longo de um período ou um dia inteiro e passar muitas horas por dia sob a influência da droga. “Alguns deles não reconhecem que passam uma quantidade excessiva de tempo sob efeito da substância. Outros podem usá-la com menor frequência, mas seu consumo causa problemas recorrentes relacionados à sua vida social e em seus relacionamentos.” (DSM V, 2014, p. 511).

Entretanto, há um padrão problemático de uso, que leva a um sofrimento ou comprometimento significativos, que pode ser manifestado por pelo menos dois critérios que ocorrem durante um período de 12 meses. Alguns deles são os esforços malsucedidos em controlar o uso da Cannabis, muito tempo gasto para obtenção, utilização ou recuperação de seus efeitos, fissura ou necessidade de usar a droga, uso recorrente mesmo em situações que envolvem perigo para a integridade física do usuário, tolerância, abstinência, uso continuado mesmo havendo consequências negativas em sua saúde, relacionamento e/ ou atividades que exerce. (DSM V, 2014).

A interrupção abrupta do uso da Cannabis também traz riscos, que em conformidade com o DSM-V (2014), “resulta no início de uma síndrome de abstinência da substância. Sintomas comuns de abstinência incluem irritabilidade, raiva ou agressividade, ansiedade, humor deprimido, inquietação, dificuldade em dormir e diminuição do apetite ou diminuição de peso” (p. 511)

Além da intoxicação, abstinência e transtorno por uso da Cannabis descritos acima, o uso da droga, bem como do álcool, cocaína e anfetaminas, está frequentemente associado à psicose (Rounsaville, 2007; Thirhalli & Benegal, 2006; APA, 2013, citado por Medeiros, Ribeiro & Trajano, 2021, p. 3). Tal associação “depende de fatores específicos, como a idade de exposição à Cannabis - apresentando chances maiores de apresentar psicoses indivíduos que consumiram Cannabis em idades mais tenras . . . fatores genéticos e outros fatores ainda desconhecidos.” (Souza et al., 2016, citado por Cabral et al, 2020, p. 123).

Para Freud, a psicose é considerada um “desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo . . . onde há perda da realidade” ao passo que o ego, a serviço do id (da vida instintual), se afasta de um fragmento da realidade (Netto, 2010, p. 202). Freud rejeitou a organogênese da psiquiatria, e se propôs a esclarecer os mecanismos psíquicos que levam à psicose, demonstrando o fundamento sexual de toda psicose a partir de sua teoria da libido, que englobam as três grandes formas modernas de loucura: a- esquizofrenia, a paranoia e a psicose maníaco-depressiva.

Na esquizofrenia, os sintomas descritos como fundamentais são a “incoerência do pensamento, da afetividade e da ação, o ensimesmamento (ou autismo), e uma atividade delirante.” (Netto, 2010, p. 202). Já a paranoia indica um “entendimento equivocado, caracterizado por um delírio sistematizado, predominância da interpretação e inexistência de deterioração intelectual. Incluem os delírios de perseguição, de grandeza e de ciúme e a erotomania. Na Psiquiatria tem a nomenclatura de transtorno delirante”. (Netto, 2010, p. 203). Por fim, a psicose maníaco depressiva é descrita como caracterizada por perturbações de humor e alternância entre estados de agitação maníaca e estados melancólicos (tristeza e depressão). (Netto, 2010)

Cabe destacar que transtorno psicótico e sintomas psicóticos não são sinônimos.

“Sintomas psicóticos englobam pensamento e fala desorganizados, alucinações, delírios e outras alterações na percepção. Já um transtorno psicótico, como a esquizofrenia, caracteriza-se por sintomas psicóticos persistentes e déficits funcionais na maior parte das esferas da vida.” (Sewell et al., 2010, citado por Cabral et al, 2020, p. 130)

Para a Psiquiatria, “os transtornos psicóticos primários compreendem doenças em que os sintomas psicóticos não surgem em decorrência de uma condição clínica base, como Transtornos de Humor ou Transtorno Esquizoafetivo. Dentre os Transtornos Psicóticos Primários, destaca-se a Esquizofrenia”. (Tampi, Young, Hoq, Resnik, & Tampi, 2019 citado por Medeiros et al, 2021, p. 2)

Já as desordens psicóticas secundárias incluem a psicose como “sintoma de outros distúrbios, incluindo desordens neurocognitivas, delírio, uso de substâncias ilícitas, ou outros medicamentos e desordens neurológicas”. (Tampi et al., 2019, citado por Medeiros et al, 2021, p. 2)

No Transtorno Psicótico Induzido por Substância, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de um medicamento, uma droga de abuso, ou exposição à toxina. (CID-10, 2008).

No DSM V (2014), os sintomas psicóticos que ocorrem no Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, “são entendidos como consequência fisiológica de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina, cessando após a remoção do agente”. (DSM V, 2014, p.114)

O Transtorno psicótico induzido por Cannabis “pode surgir logo após o uso de dose elevada de Cannabis, normalmente envolvendo delírios persecutórios, ansiedade acentuada, labilidade emocional e despersonalização, que costuma ter remissão em um dia, mas em alguns casos pode persistir por alguns dias”. (DSM V, 2014, p.114)

Segundo Hindley (2020), “nas psicoses associadas à Cannabis, os sintomas psiquiátricos positivos são os mais frequentes, mas há também uma considerável ocorrência de sintomas negativos, como embotamento afetivo.” (Hindley et al., 2020, citado por Medeiros et al, 2021, p. 3)

Nos casos associados à cocaína, “há um claro predomínio de sintomas positivos, com

alucinações auditivas, visuais e delírios de conteúdo paranoide como os fenômenos mais frequentes.” (Tang et al., 2014, citado por Medeiros et al, 2021, p. 2)

A cocaína é definida pela CEBRID (2019) como uma “substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca.” (p. 36) Pode chegar ao consumidor sob diferentes formas: o cloridrato de cocaína, que é comumente conhecido como “pó” e “farinha”, que serve para ser aspirado ou dissolvido em água para uso intravenoso, ou sob a forma de base (crack e merla). O crack é fumado em cachimbos e pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecido. Já a merla (mela, mel ou melado) é um produto ainda sem refino e contaminado com as substâncias utilizadas na extração. (CEBRID, 2019)

O crack e a merla alcançam o pulmão logo que são fumados, levando a uma absorção instantânea. Assim, caem rapidamente na circulação sanguínea, chegando ao cérebro. Com isso, surgem os efeitos da cocaína muito mais rápido que por outras vias. “De 10 a 15 segundos, os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto os efeitos após cheirar o “pó” surgem após 10 a 15 minutos, e após a injeção, de 3 a 5 minutos.” (CEBRID, 2019, p. 37). Porém, a duração é diferente. Os efeitos do crack duram cerca de 5 minutos após o uso, fazendo com que o sujeito use a droga com maior frequência, o que leva à dependência mais rapidamente, se comparado a usuários por via nasal e endovenosa. Sob a forma de cloridrato, duram cerca de 20 a 45 minutos. (CEBRID, 2019)

O crack e a merla “provocam também um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite.” (CEBRID, 2019, p. 38) A falta de apetite é um efeito muito característico do usuário de crack e merla e em menos de um mês, ele perde muito peso (8 a 10 kg). “Em um tempo maior de uso, ele perde todas as noções básicas de higiene, ficando com um aspecto deplorável. Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis, como cansaço e intensa depressão.” (CEBRID, 2019, p. 38)

Não há descrição convincente de uma síndrome de abstinência quando a pessoa para de usar a cocaína abruptamente. Pode ocorrer de essa pessoa ficar tomada de grande “fissura”, que é “uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de prazer que a droga provoca”,

(CEBRID, 2019, p. 37) ocasionando em um desejo de usá-la repetidamente. Essa sensação de “prazer” indescritível, que muitos usuários comparam a um orgasmo, é considerada avassaladora no caso do crack e da merla, visto que seus efeitos são muito rápidos e intensos. (CEBRID, 2019)

Na Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 2008), a abstinência é caracterizada como uma alteração no comportamento que ocorre quando o usuário, que tem o histórico de uso prolongado da substância, está com baixa ou nenhuma concentração da droga no organismo. Já a tolerância é definida como a necessidade de quantidades cada vez maiores para atingir o efeito desejado, ou a diminuição do efeito da substância com o uso na mesma quantidade.

A tolerância “pode ser difícil de determinar apenas pela história, e testes de laboratório podem ser úteis (p. ex., níveis elevados da substância no sangue com poucas evidências de intoxicação sugerem boa chance de tolerância).” (Manual Estatístico de Transtornos Diagnósticos V – DSM-V, 2014, p. 484).

Entretanto, cabe frisar que “nem a tolerância e nem a abstinência são critérios necessários ou suficientes para diagnosticar a Dependência da Substância.” (CID-10, 2008, p. 243).

Conhecer os sintomas de abstinência das substâncias psicoativas é crucial para que haja a identificação da droga em uso, que é de suma importância durante a hospitalização. Além dessa identificação, é importante verificar há a Dependência Química, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como o “estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância”, caracterizado pelo uso contínuo e alterações no comportamento.” (Organização Mundial da Saúde, 1969 citado por Silveira, 1996).

O CID-10 (2008) classifica como característica essencial da Dependência de Substância a presença de um agrupamento de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que indicam o uso contínuo da substância. Deve haver um padrão de autoadministração repetida da substância, mesmo após o reconhecimento de problemas significativos relacionados a ela, que geralmente resulta em abstinência, tolerância e

comportamento compulsivo da droga.

Dentre os critérios considerados para diagnosticar o indivíduo como dependente químico, estão o maior consumo da substância ou mais longo do que pretendia, tentativas frustradas de interromper ou diminuir o uso, abandono ou redução de atividades que realizava em função do uso, afastamento de familiares em decorrência disso - quando passa a usá-la em segredo ou para ficar mais tempo com amigos usuários da substância - além de dispender muito tempo obtendo, usando-a ou recuperando-se de seus efeitos. (CID-10, 2008).

Essa identificação da substância psicoativa em uso é de extrema importância também para avaliação e tratamento da dor, que é feito pela equipe multiprofissional, que deve contar com farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, equipe de controle da dor e médicos de diferentes especialidades.

Para o controle da dor em pacientes que sofreram traumas, são usados benzodiazepínicos e os opiáceos, por serem indicados para pessoas que sofrem de dores muito intensas, como no caso dos pacientes com câncer, grandes queimaduras, politraumatizados etc.

Substâncias chamadas de drogas opiáceas ou simplesmente opiáceos são aquelas obtidas do ópio. Podem ser opiáceos naturais, quando não sofrem nenhuma modificação (morfina, codeína) ou opiáceos semi-sintéticos, quando são resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (como é o caso da heroína que é obtida da morfina através de uma pequena modificação química). (CEBRID, n.d, n.p.)

Já os benzodiazepínicos “pertencem a uma variedade de substâncias que têm a capacidade de deprimir o Sistema Nervoso Central, provocando calma ou sedação (sonolência).” (Foscarini, 2010, p. 7)

Anti-inflamatórios, Dipirona e Paracetamol, opioides (Morfina, Fentanil), anticonvulsivantes (Pregabalina e Gabapentina), Cetamina (usada para sedação consciente durante as trocas de curativo em pacientes queimados), benzodiazepínicos (Midazolam e Lorazepam), Lidocaína e agonistas alfa-2 são os medicamentos indicados para o tratamento da dor em queimados. (Castro, Leal & Sakata, 2013)

Nesse processo, considerar a dor como subjetiva torna-se um fator essencial, pois cada pessoa aprende a utilizar o termo “dor” através de suas experiências, que são únicas.

Tal consideração é, portanto, fundamental no atendimento de qualquer paciente que sofreu um trauma físico intenso.

Essa necessidade de considerar a dor como subjetiva é reforçada com a conceituação de dor por Freud (1926/1992) que, em uma de suas obras, descreve a dor corporal como sendo um investimento narcísico elevado na localização corporal dolorosa: “um investimento que aumenta ininterruptamente agindo sobre o ego, esvaziando-o.” (p. 275).

Já Loduca, Portnoi e Moura (2008) delinham a dor como “resultante da interação dinâmica entre eventos sensitivos, emocionais, cognitivos, comportamentais e socioculturais.” (p. 181). Em outros termos, isso significa que o componente físico da dor pode ser modificado através da influência de fatores biopsicossociais.

Esses fatores biopsicossociais são estudados por Williams (2013), que apresenta alguns deles: os emocionais, os cognitivos e os sociais. Nos fatores emocionais, pode haver a presença de sintomas depressivos e ansiosos. Em fatores sociais, a vulnerabilidade social e econômica, e por último, os fatores cognitivos: a capacidade de compreensão e autocuidado.

Entretanto, a eficácia dos sedativos e anestésicos pode estar comprometida se o traumatizado é usuário de droga. É o que sugere um estudo realizado por Twardowski MA, Link MM e Twardowski NM (2012), pesquisadores do Colorado (Estados Unidos), a partir da análise de registros médicos de 250 pacientes submetidos a endoscopias – 25 deles com consumo regular da Cannabis. Aqueles que disseram consumir Cannabis, eram significativamente menos sensíveis às drogas anestésicas e aos sedativos utilizados nos procedimentos endoscópicos, quando comparados a não usuários da substância. Essa tolerância resultou na necessidade de aumento da medicação: uma média de 14% mais de Fentanil - um anestésico do opiáceo e apaziguador de dor sintético, 20% mais de Midazolam - um agente anestésico e 220% mais de Propofol - um anestésico e sedativo. (Twardowski et. al, 2019, citado por Cara, 2019)

Mas esse pequeno estudo (apenas 25 consumidores de Cannabis foram examinados no total), é aparentemente o primeiro a tentar quantificar a dimensão disso. O que está menos certo é como exatamente a Cannabis pode estar causando esse aumento da tolerância aos

sedativos.

A Cannabis e as drogas à base dela interagem principalmente com uma rede única de receptores no sistema nervoso, chamada sistema endocanabinóide. Este sistema desempenha um papel em todos os tipos de funções corporais, desde a nossa sensação de fome até a percepção da dor. Mas outras drogas, incluindo opioides e benzodiazepínicos, também interagem com esses receptores. (Twardowski et. al, 2019, citado por Cara, 2019, n.p.). Considerando que os traumas físicos podem resultar em traumas psicológicos, cabe observar a participação do sujeito, ou seja, como ele se responsabiliza pelos seus atos, nos chamados acidentes e/ou nas queimaduras.

O ato do sujeito é uma variável nas configurações de real em situações de acidente. A escuta psicanalítica ofertada durante as entrevistas psicológicas iniciais pode fazer produzir um saber no sujeito, no que se refere ao lugar que ocupou na cena traumática:

O ato (...) surge na obra de Freud como ato sintomático ou ato falho e encontramos várias formalizações de Freud indicando que os atos não são inocentes, não são meros movimentos, eles possuem uma significação, distanciando-se da palavra ação em função de sua carga significativa. E, como a psicanálise trabalha com a escuta, o ato será localizado tanto no aspecto clínico como teórico, associado à noção de inconsciente e linguagem. (Costa, 2020 p. 100).

Os atos podem expor um conteúdo no qual o sujeito, inconscientemente, busca uma consistência significativa à própria vida em atuações, como colocando o próprio corpo e, conseqüentemente, a própria vida em risco. “Isso pode ser observado em atuações do indivíduo em que decididamente ele flerta com a morte, expondo-se ao risco de perder a vida.” (Le Breton, 2009, p. 56).

Este flerte com a morte foi observado nas histórias relatadas por vários pacientes que desconsideravam sua participação nos traumas que sofreram, não se responsabilizando.

Nas entrevistas psicológicas iniciais dos pacientes que sofreram traumas e eram usuários de Cannabis sativa e ou cocaína, foram observados alguns sintomas diretamente relacionados ao uso destas drogas: alteração da memória, prejuízo do cálculo de risco (que resultou no trauma sofrido), alteração de juízo da realidade, prejuízo nas relações familiares, sociais e profissionais, prejuízo do raciocínio na tomada de decisões, alteração

na percepção de realidade, inquietude, irritabilidade, dificuldade para dormir e aumento de tolerância aos sedativos, entre outros, confirmando os achados de Carey, Lotufo e Araújo. Também foi observado que o manejo da dor é mais difícil com os pacientes que usam drogas.

Nasio (2008) teoriza sobre a dor física em uma perspectiva psicanalítica, tomando como exemplo uma queimadura grave no braço para explicar como a dor é sentida e internalizada pelo paciente que sofreu um trauma. Para Nasio, a dor psíquica é uma expressão reativa da perda do objeto amado e perdido, que na dor física é internalizado pela superestimação reativa da parte ferida do corpo.

Raja Et. Al (2020, p. 23, citado por DeSantana et al., 2020, p.197), a dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial, ou ainda descrita em termos que evocam essa lesão”. Essa definição deixa transparecer essas diversas incertezas quanto ao papel do fator psíquico. Relendo a definição, medimos a ambiguidade do termo “dor”. “Mais do que uma sensação, ela é emoção, e até uma emoção que pode nascer sem lesão tissular responsável: “uma experiência descrita em termos que evocam essa lesão.” (Nasio, 2008, p. 6)

Esta observação é importante na condução do tratamento de qualquer paciente que sofreu traumas, especialmente dependentes químicos que minimizam seu sofrimento psíquico (sua dor) com o consumo de drogas.

A particularidade da dor só pode ser conhecida numa situação transferencial que permita isto. Para que haja transferência e a associação livre, é importante que seja estabelecida confiança no analista, no sentido de confiar a ele um lugar de suposto saber inconsciente. Ou seja, o que ele não sabe sobre si mesmo, é preciso deduzir que quem sabe é o Outro, que no caso é o analista.

Freud (1930/1996) teoriza que “todo sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado” (p. 85).

É quase impossível vivermos a vida como ela se

apresenta, em função das diversas dificuldades, decepções e exigências que a cultura impõe. Nessa direção, ele aponta sete saídas possíveis ao mal-estar, soluções inventadas pelos sujeitos para se proteger da dor de existir inerente ao mal-estar estrutural da civilização. Inclui o amor, a religião, a atividade científica, a arte, o delírio, a sublimação e os narcóticos como formas de amenizar o mal-estar e buscar a felicidade. (Freud, 1930/1996, citado por Mendonça, 2011, p. 256)

Freud define essas saídas como medidas paliativas para suportar as dificuldades da vida e as agrega em três categorias: “os derivativos – distrações poderosas que fazem o sofrimento parecer pequeno; as satisfações substitutivas – que reduzem o sofrimento; e as substâncias tóxicas – que tornam os sujeitos insensíveis ao mal-estar.” (Freud, 1930/1996, citado por Mendonça, 2011, p. 256) Essas técnicas são usadas pelo homem “para afastar o sofrimento se relacionam com o destino da libido e com o investimento passional.” (Freud, 1930/1996, citado por Mendonça, 2011, p. 256)

O que se omite nessa construção “é o fato de que o usuário crônico de alguma substância não está destituído de uma noção de dever. O que há entre o usuário e a droga é só dever, sobra pouco espaço para qualquer coisa mais”. (Alencar, 2016, p. 142)

As substâncias tóxicas trazem a sensação de plenitude ao sujeito, quando está sob o efeito delas. Isso acontece porque essas substâncias agem diretamente sobre a química do corpo humano, tornando os homens insensíveis à própria desgraça. (Freud, 1930/1996, citado por Ribeiro, 2010).

Para o campo da psicanálise, “o recurso às drogas é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal-estar que é inerente tanto ao processo de formação das sociedades e culturas, como também à própria constituição psíquica do ser humano”. (Freud, 1930/1996, citado por Ribeiro, 2010, p.334).

Para Freud, (1930/1996) “há uma nova relação entre humanidade e civilização, em que o imperativo de gozo faz com que os sujeitos recorram à droga como um amortecedor de preocupações” (p. 86), a fim de temperar os efeitos do supereu. Freud assinala ali que a civilização é uma fonte de desconforto do sujeito em sua existência.

Sem dúvida, a doença e a internação hospitalar causam mal-estar e sofrimento a qualquer um. Diante disso, a fim de que haja um melhor manejo da dor (que se manifesta

tanto física como psiquicamente) e maior implicação com o tratamento do paciente traumatizado e dependente químico, foram destacados alguns pontos fundamentais na condução das entrevistas psicológicas iniciais com esses pacientes.

No hospital são realizadas entrevistas semidirigidas e para isso, o psicólogo deve estar disposto a esclarecer ao paciente eventuais dúvidas sobre o atendimento psicológico (um paciente associou o atendimento psicológico à piora de seu quadro clínico, imaginando que morreria e, por isso, chamaram o profissional). Entretanto, antes da realização das entrevistas psicológicas iniciais com pacientes que sofreram queimaduras e/ou outros traumas, é importante compreender como é o tratamento desses, além de fazer a leitura do prontuário do paciente e interconsulta com a equipe médica, a fim de saber sobre o prognóstico do paciente - se haverá sequelas ou perda de alguma função, tempo aproximado de recuperação, se precisará de reabilitação – e estrutura familiar, visto que a equipe médica faz contato diário com os familiares para atualização do boletim médico.

A partir disso, é imprescindível compreender como o sujeito lida com a hospitalização. Nesse sentido, é crucial também, durante as entrevistas psicológicas iniciais, questionar como foi o trauma, atentando-se para a participação do sujeito no que lhe aconteceu, observando se em seu relato há sinais de ato falho e considerando que usuários de drogas ilícitas tendem a se colocar em situações de risco.

O psicólogo deve analisar as informações obtidas nas entrevistas psicológicas iniciais, observando também o autocuidado e comportamento do sujeito durante a internação – se apresenta poliqueixa, dificuldade para solicitar ajuda, irritabilidade e respostas lacônicas nas entrevistas iniciais. Deve-se atentar se ele colabora com a equipe e sua implicação com o tratamento que, no caso de pacientes com queimaduras, por exemplo, pode ser observado pelos cuidados com a pele (aplica os cremes prescritos?) e nos pacientes que perderam função motora, se fazem os exercícios propostos pelos fisioterapeutas.

No atendimento ao usuário de drogas, é importante considerar que o recurso às drogas é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal-estar inerente à constituição psíquica, atuando como amortecedor de preocupações. Por estar internado, em constante contato com sua doença e suas angústias, e sem acesso a esse recurso que se

apresenta como forma de proteção da dor, que é a droga, é essencial questionar como lida com o sofrimento durante a internação e realizar intervenções que favoreçam que fale sobre isso.

Além disto, há de se observar como o paciente relata que suporta a dor: se reclama de dor intensa mesmo quando medicado e se há aumento constante de anestésicos. Como descrito, esse é um indicativo do uso de drogas ilícitas.

A partir dessas informações, é importante fazer interconsulta com a equipe multiprofissional para informar-se de suas impressões sobre o paciente: se comenta que ele sente muita dor, se pensa que é dependente químico, se há sintomas de abstinência, o estado que chegou para internação e implicação com o tratamento. Muitas vezes, o paciente não informa à equipe sobre o uso de drogas, mesmo quando perguntado, e essas informações podem facilitar a introdução desse tema nas entrevistas psicológicas iniciais.

Partindo desse contexto, é necessário que o psicólogo compreenda e considere como a Cannabis sativa e a cocaína atuam no SNC. É fundamental que o profissional faça uma avaliação de como o paciente usa a droga (frequência, como usa e em quais circunstâncias e como se sente após o uso). A partir dessas informações, é possível determinar se há tolerância, dependência e risco de abstinência durante a internação.

É relevante esclarecer ao paciente que a equipe precisa de tal informação para melhor manejo da dor e prescrição de medicação que amenize os efeitos da abstinência (caso haja), mas que ele não será julgado no hospital, sua família não será comunicada e nem serão feitos encaminhamentos à Polícia, o que costuma ser temido pelos envolvidos em delitos. Deve haver cuidado para que não haja a quebra do sigilo.

Diante disso, avaliar se o paciente apresenta sintomas psicóticos também é essencial, que deve considerar: o tempo de internação, droga consumida, tempo de abstinência, se já teve episódios parecidos, e realizar interconsulta com a Psiquiatria. Em casos mais graves, a família precisa ser entrevistada.

A partir das considerações descritas acima, foram elaboradas duas tabelas para auxiliar nos atendimentos a esses pacientes. A primeira tabela (TABELA A) destaca os sintomas físicos, psíquicos e alterações na cognição quando se está sob o efeito da droga, e

os sintomas de abstinência, tolerância e dependência química, que podem ser identificados durante a internação. A segunda tabela (TABELA B) destaca os pontos fundamentais a serem observados nas entrevistas psicológicas iniciais com estes pacientes.

Cabe ressaltar que é importante considerar as entrevistas psicológicas iniciais como um tempo de trabalho prévio ao tratamento analítico, onde o psicólogo deve realizar uma escuta cuidadosa, a fim de favorecer que o sujeito fale sobre si e sobre seus sintomas, experiência que diminui o mal estar e pode favorecer o encaminhamento do paciente para tratamento em Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS –AD) para tratamento da Dependência Química, o que depende do seu desejo e pode implicar, também, em maior comprometimento com o tratamento pós alta.

Tabela A

Substância	Sintomas físicos	Sintomas psíquicos	Alterações na cognição	Abstinência	Tolerância	Dependência
Cannabis sativa	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Olhos avermelhados • Boca seca 	<ul style="list-style-type: none"> • Calma • Relaxamento • Angústia • Medo de perder o controle mental • Retraimento social • Sensação de lentidão • Euforia 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da atenção • Prejuízo na memória • Prejuízo na percepção da realidade • Prejuízo do raciocínio na tomada de decisões • Prejuízo da coordenação motora • Prejuízo no julgamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade • Raiva • Agressividade • Ansiedade • Inquietação e/ ou outras formas de desconforto físico • Dificuldade para dormir • Diminuição do apetite ou de peso • Humor deprimido 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade do uso de quantidades maiores para atingir o efeito desejado ou uso da mesma quantidade com diminuição do efeito • Testes de laboratório 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerância • Abstinência • Intoxicação • Tentativas frustradas de cessar o uso • Abandono ou redução de atividades que realizava • Tempo gasto com a droga • Uso contínuo, mesmo após reconhecer problemas decorrentes do uso da droga
Cocaína (cloridrato)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatação pupilar • Perda da sensação de cansaço • Maior sensibilidade à luz • Falta de apetite 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervosismo • Irritabilidade • Agressividade • Alucinações • Paranoia • Excitação • Insônia • Hiperatividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da atenção • Perda da concentração 	<ul style="list-style-type: none"> • Fissura 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesma definição de tolerância descrita acima 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesma definição descrita acima
Cocaína (crack e merla)	Mesmos sintomas descritos acima, acrescidos da <ul style="list-style-type: none"> • perda da noção de higiene 	Mesmos sintomas descritos acima, acrescidos da <ul style="list-style-type: none"> • falta de apetite 		<ul style="list-style-type: none"> • Fissura • Cansaço • Intensa depressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesma definição de tolerância descrita acima 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesma definição descrita acima

Tabela B

Informações sobre a queimadura e/ou outros traumas	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar interconsulta com a equipe multidisciplinar e/ou pesquisas sobre queimaduras/ou outros traumas • Questionar sobre o prognóstico do paciente à equipe médica
Como lida com a hospitalização?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar as informações obtidas nas entrevistas psicológicas iniciais • Observar autocuidado durante a internação e implicação com o tratamento
Como o paciente suporta a dor?	<ul style="list-style-type: none"> • Refere dor intensa, mesmo com medicação? • O paciente solicita maior quantidade de analgésicos do que o esperado?
Observações da equipe (considerar sempre as interconsultas)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas físicos e psíquicos, dor, relação familiar/trabalho, tratamento • A equipe considera que o paciente pode ser dependente químico?
Apresenta sintomas que fazem pensar em uso de drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar as informações do ANEXO A
Há o uso de drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre manejo de dor ao paciente • Atentar para respeito ao sigilo, considerando os temores do paciente (tema a ser trabalhado antes de ser informado à equipe)
Qual substância usa e efeitos	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar as informações do ANEXO A (sobre Cannabis sativa e Cocaína) ou pesquisar sobre outras drogas que forem usadas
Avaliar como usa a droga	<ul style="list-style-type: none"> • Quando usa (qual sofrimento a droga ameniza)? • Como se sente após o uso? Como e onde usa? • Há risco de abstinência? Há dependência ou tolerância?
Avaliar se apresenta sintomas psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Anteriores ao uso de drogas (pensar em Psicose) • Secundários ao uso de drogas • Há intoxicação?
Interconsulta com a Psiquiatria	<ul style="list-style-type: none"> • Dever ser realizada após ter os dados acima (em casos mais graves, a família precisa ser entrevistada)

CONCLUSÃO

A exposição de usuários da Cannabis sativa e cocaína a comportamentos de risco quando estão sob o efeito da droga pode se justificar pelo prejuízo da percepção da realidade.

As queimaduras e/ ou outros traumas constituem um grave problema de saúde pública que, quando associados à dependência química, trazem algumas particularidades e agravos quanto ao manejo da dor e implicação do sujeito com seu tratamento. Isso pôde ser comprovado durante a atuação da psicóloga aprimoranda no Serviço de Queimados e na Enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Trauma de um hospital terciário, durante o período de março a dezembro de 2021, que recebeu muitos pacientes com histórico do uso de drogas.

A partir disso, foram apresentados os pontos fundamentais a serem observados e considerados na condução das entrevistas psicológicas iniciais com pacientes que sofreram queimaduras e/ ou outros traumas e que são usuários de drogas ilícitas, especialmente a Cannabis sativa e a cocaína, de modo a contribuir com a prática dos psicólogos hospitalares, ao facilitar suas intervenções com as equipes multidisciplinares e/ou interdisciplinares que conduzem o tratamento dos sujeitos que sofreram traumas. Assim, o psicólogo pode orientar sobre o manejo com pacientes usuários/dependentes.

A vivência da aprimoranda levou a pensar em intervenções que possam promover a implicação do sujeito com o seu tratamento, de modo a favorecer uma responsabilização sobre suas escolhas, além da reflexão sobre o encaminhamento de um dependente químico para tratamento em CAPS-AD, que tem mais chance de adesão quando há desejo do paciente em se tratar, o que pode ser provocado durante as entrevistas psicológicas iniciais.

É importante, inicialmente, saber os efeitos físicos e psíquicos que a droga produz, além das alterações na cognição, sintomas de abstinência e definição de dependência química. A partir disso, deve considerar as informações obtidas nas entrevistas com os pacientes e observações da equipe, que favorecem a introdução do tema com o paciente. Informações sobre como se dá a dependência química, que é uma experiência particular de cada paciente internado, faz com que, no atendimento psicológico, se observe qual o

sofrimento que a droga ameniza.

Ao considerar as reflexões aqui expostas, o psicólogo terá informações que o ajudarão a atender outros pacientes que são dependentes químicos, especialmente os que sofrem traumas. Essas considerações podem ser utilizadas, também, nas entrevistas psicológicas iniciais com internados em outras clínicas, que apresentam outras demandas.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M. L. L., Silva, G. P. F., Diniz, D. M. S. M., Figueiredo, A. M. F., Câmara T. M. S. & Bastos, V. P. D. (2010). Análise de pacientes queimados com sequelas motoras em um hospital de referência na cidade de Fortaleza-CE. *Revista Brasileira de Queimaduras*.
- Alencar, R. (2016). A fome da alma: psicanálise, drogas e pulsão na modernidade. (p. 142). São Paulo – SP: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Araújo, A. J., Lotufo, J. P. B. e Costa, C. (2019). A tragédia da maconha: causas, consequência e prevenção. (p. 47) Brasília: Conselho Federal de Medicina, Comissão para Controle de Drogas Lícitas e Ilícitas.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2012). Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2019). Queimaduras. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil – Coordenação Estadual de Queimaduras.
- Cabral, G. A. L., Curi, T. R. L., Abbas, N. A. B., Lacerda, J. S., Pereira, A. C., e Romualdo, G. S. (2020). A relação entre o uso da cannabis e o despertar de psicoses. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23(1), 120-139. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i1.704>
- Cara, Ed. (2019, 15 de abril). Consumo de maconha leva a resistência a sedativos, sugere estudo. Uol. Recuperado de <https://gizmodo.uol.com.br/maconha-resistencia-sedativos>
- Carey, S. E., Nestor, L., Jones, J., Garavan, H., Hester, R. (2015) Impaired learning from errors in cannabis users: dorsal anterior cingulate cortex and hippocampus hypoactivity. (pp. 175-182). *Drug Alcohol Dependence*.
- Castro, R. J. A., Leal, P. C. e Sakata, R. K. (2013) Tratamento da dor em queimados. (pp. 155-157). São Paulo: Revista Brasileira de Anestesiologia.
- CEBRID (2019). Livro Informativo sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina
- CEBRID (n.d). Ópio, opiáceos/opioides, morfina. São Paulo: Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina
- Costa, D. S. S. (2020). O que aconteceu? Indagações sobre o real nos acidentes de trabalho.

(Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais). (p. 100). Recuperado de www.repositorio.ufmg.br

DeSantana, J. M., Perissinoti, D. M. N., Junior, J. O., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M e Fonseca, P. R. B. (2020). Definição de dor revisada após 4 décadas. (pp. 197-198). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>

Foscarini, P. T. (2010). Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência. (Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de www.lume.ufrgs.br

Freud, Sigmund (1926/1992). Inibição, sintoma e angústia (p. 275). Amorrotour.

Freud, S. (1930/1996). O mal-estar na civilização. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas Rio de Janeiro: Imago. (p. 86)

Laplanche, J. Vocabulário de Psicanálise (1982). (p. 522) Brasil: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.

Le Breton, D. (2009). Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver. (p. 56) Campinas: Autores Associados.

Leyton V, Ponce J.C., Montal J.H.C, Adura F.E. (2012) Efeito do Uso de Drogas (cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos e alucinógenos) sobre o Comportamento e a Cognição de Motoristas. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego.

Loduca, A. R., Portnoi, A. G; Moura, R.J. (2008). Avaliação psicológica do indivíduo com dor crônica. (p. 181). São Paulo: Rocca.

Massaú, G. C., e Rosa, R. G. (2016). Acidentes de trânsito e direito à saúde: prevenção de vidas e economia pública. Revista De Direito Sanitário, 17(2), 30-47. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p30-47>

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2014): DSM-V / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.

Medeiros, D. N., Ribeiro, J. F. S. e Trajano, L. A. S. N. (2021). Psicose induzida por drogas recreativas: uma revisão de literatura. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12459>

Mendonça, J. R. S. (2011). A droga como um recurso ao mal-estar na civilização. (p. 256) Belo Horizonte – MG: Psicologia em Revista, v. 17.

Nasio, J. D. (2008). A dor física. (p. 26). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Netto, G. A. F. (2010). Doze lições sobre Freud & Lacan. Campinas - SP: Ponte Editoras.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008). Classificação Internacional de Doenças, décima versão – CID-10. Organização Mundial da Saúde.

Organização Pan-Americana de Saúde (2018). O uso de substâncias psicoativas afeta o funcionamento do cérebro e prejudica a direção. (p.1)

Pechansky, Duarte et. al (2011). Factors associated with alcohol and drug use among traffic

crash victims in southern Brazil. (p.41) Volume 43, Issue.

Ribeiro, C. T. (2010). Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. (pp. 333-346). *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online].

Ricci F. P. F. M., Gonçalves, Zampar A.C., Gomes A.D., Guirro E.C.O., et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com queimadura em membros superiores atendidos em uma Unidade de Queimados terciária. (2015) *Rev Bras Queimaduras*.

Silveira, D. X. (1996) Dependências: de que estamos falando, afinal? In: S. F., Dartiu X., Gorgulho, M. Dependência: uma compreensão e assistência às toxicomanias. (pp. 1-13). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Twardowski M. A., Link M. M.e Twardowski N. M. (2019) Effects of Cannabis Use on Sedation Requirements for Endoscopic Procedures. Epub ahead of print. PMID: 30985870.

Williams D. A. (2013). The importance of psychological assessment in chronic pain. *Current opinion in urology*, (pp. 554–559). <https://doi.org/10.1097/MOU.0b013e3283652af1>.

Velho, A. (2020, 26 de fevereiro). O que é trauma? [Blog]. Recuperado de <https://cets.com.br/blog/o-que-e-trauma>