

“ Abuso de Drogas no Idoso ”

Luis André Castro

Ronaldo Laranjeira

UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo

A. Introdução.

Nos dias atuais, as pessoas idosas são um grupo etário que mais cresce na população geral. Portanto, a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre os idosos (entre os quais, os transtornos depressivos, os transtornos demenciais e o abuso de álcool e drogas) será proporcionalmente maior, de acordo com a longevidade da população. Os idosos acima de 75 anos é o grupo etário, que apresentará maior crescimento nos próximos anos. Portanto, é essencial instituir medidas preventivas com vista a evitar-se as seqüelas dos transtornos mentais associados ao envelhecimento.

Nos idosos o abuso de drogas é a terceira principal condição psiquiátrica, além da depressão e demência (1), apesar de ser uma área comumente negligenciada pelas revisões de literatura. Além disso, a maioria dos artigos científicos que abordam esse assunto, concentram-se na faixa etária entre os 55 a 75 anos. Contudo, a prevalência do abuso de álcool e drogas nos idosos é mais baixa do que a dos indivíduos mais jovens. Vários fatores contribuem para esta constatação, entre as quais: 1) a probabilidade de um sujeito jovem, que abusa de álcool e drogas chegar na terceira idade é menor; 2) a probabilidade de alguém começar abusar de álcool e drogas numa idade mais avançada também é menor e as taxas de recuperação entre os idosos, que fazem uso abusivo dessas drogas são maiores, devido aos problemas médicos causados pelas substâncias psicoativas. Nesse capítulo será abordado principalmente os benzodiazepínicos e o tabagismo, em virtude do impacto dessas substâncias na população mais idosa. Além disso, o uso de drogas ilícitas nos idosos é mais raro.

B. Fatores de Risco para o Abuso de Drogas no Idoso.

B.1 – Condições Psiquiátricas.

B.1.1 – Estados Depressivos.

Na população idosa, a prevalência de depressão é de 1 % (TAMAI, 1997). Os sintomas depressivos estão presentes em 15 % dos idosos. Contudo, na presença de uma condição médica a prevalência sobe para 10 %, sendo que os sintomas depressivos podem ocorrer em 40 % dos idosos. A co-existência de estados depressivos e estados ansiosos nos pacientes idosos não é muito diferente da encontrada nos pacientes mais jovens. Por exemplo, 26.3 % dos pacientes deprimidos apresentavam transtorno de ansiedade generalizada; 60 a 91 % dos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada têm transtornos depressivos; 38 % dos pacientes com depressão maior preenchem critérios de diagnóstico do DSM-III-R para algum transtorno ansioso e 25 a 39 % dos pacientes fóbicos também possuem transtornos depressivos.

Esses exemplos ilustrativos demonstram a importância de distinguir-se as queixas clínicas dos pacientes geriátricos, devido às suas repercussões sobre o tratamento. Muitas vezes, os pacientes deprimidos com queixas ansiosas são tratados com ansiolíticos (principalmente, os benzodiazepínicos), evoluindo com remissão parcial do quadro clínico. Nesses casos, o risco dos estados depressivos cronicarem-se é elevada, já que não são prescritos antidepressivos de forma adequada (2).

Num estudo prospectivo (2), 60 % dos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada haviam melhorado significativamente dos sintomas depressivos, após a remissão do transtorno de ansiedade. Alguns estudos, relatam que nos idosos os sintomas ansiosos ocorrem secundariamente à depressão (PARMELEE e

col., BLAZER e col., apud ALASTAIR, 1994). Entretanto, a relação entre esses dois clusters de sintomas permanece complexa e controversa.

B.1.2 – Estados Ansiosos.

A prevalência dos transtornos ansiosos diminui ao longo dos anos, conseqüentemente a prevalência entre os pacientes acima de 65 anos é inferior (5.5 – 10.2 %) em relação aos pacientes mais jovens (7.3 – 9.9 %), sendo que o pico dos transtornos ansiosos encontravam-se na faixa etária dos 25 aos 44 anos de idade (8.3 – 11.3 %). Os idosos institucionalizados possuem as maiores taxas de prevalência (5.0 %), principalmente as mulheres (7.1 %). As taxas de prevalência dos principais estados ansiosos, tais como transtornos fóbicos (3.1 – 4.8 %), transtorno de ansiedade generalizada (0.7 – 7.1 %), transtorno obsessivo-compulsivo (0.8 %), transtorno por estresse pós-traumático (20 – 46 %) e transtorno de pânico (0.1 %) variam amplamente entre os estudos epidemiológicos, dependendo da metodologia empregado e do tipo de estudo adotado (comunitário ou não).

O transtorno de pânico é considerado o transtorno ansioso menos comum, predominando entre as mulheres. Portanto, conclui-se que o transtorno de pânico é raro entre os idosos, além disso 96 % dos casos evoluem cronicamente, iniciando-se em média aos 40 anos. Os estudos epidemiológicos do transtorno por estresse pós-traumático em idosos basearam-se na sua prevalência em sobreviventes de campos de concentração e prisioneiros da segunda guerra mundial, constatando-se, que a gravidade do quadro clínico está intimamente ligado à intensidade do evento traumático.

Nos idosos institucionalizados as taxas de prevalência para os transtornos ansiosos (5.0 %), tais como: transtornos fóbicos (1.0 %), transtorno do pânico (1.0 %) e transtorno obsessivo-compulsivo (3.5 %) foram maiores em relação aos indivíduos, que viviam na comunidade. Excetuando-se o transtorno obsessivo-compulsivo, os demais transtornos ansiosos ocorreram em maior taxa em mulheres (7.1 %). Aliás, a prevalência ao longo da vida dos estados ansiosos nas mulheres é duas vezes maior do que nos homens (2).

A menor prevalência dos transtornos de ansiedade nos idosos, é explicada pelo envolvimento de fatores biológicos tais como: perda neuronal associada ao processo de envelhecimento, principalmente dos neurônios noradrenérgicos no locus ceruleus, ocasionando diminuição da noradrenalina na fenda sináptica, reduzindo-se dessa forma a probabilidade ou sensibilidade desses pacientes desenvolverem estados ansiosos diante de eventos estressantes. A noradrenalina e suas conexões aferentes e eferentes são um dos principais sistemas de neurotransmissores, que modulam o comportamento emocional e as manifestações autonômicas da ansiedade.

B.2 – Condições Médicas.

Os idosos com problemas físicos, principalmente para aqueles de natureza crônica (por ex., cardiopatias; hipertensão arterial; AVC; diabetes; doença de Parkinson; pneumopatias; neoplasias; artrite; nefropatias; doenças gastrintestinais; fratura de fêmur; problemas circulatórios; doenças metabólicas; doenças pulmonares crônicas) apresentam risco aumentado para evoluírem com estados depressivos ou ansiosos (80 % dos casos) e conseqüentemente um declínio funcional importante.

RIED e col. (1998) concluíram, que os idosos com alguma condição médica associada ao uso de benzodiazepínicos possuíam maior prejuízo de suas atividades instrumentais e de vida diária. Nos pacientes idosos institucionalizados ou residentes em clínicas de repouso a prevalências de transtornos psiquiátricos é significativa. Por exemplo, a prevalência de depressão no idoso é alta variando entre 10 a 40 %.

B.3 – Estressores Psicossociais.

Os principais estressores psicossociais associados ao abuso de drogas no idoso são a viuvez; a aposentadoria, a solidão, o isolamento social e doença crônica. Os idosos encontram-se num nível sócio-econômico inferior aos das outras pessoas, em virtude das baixas pensões de aposentadoria, que não refletem ao padrão de vida, que muitos deles desfrutaram no passado. Nessa fase de suas vidas, é comum desenvolverem reações de luto diante de perdas de familiares ou pessoas íntimas com quem conviverem,

durante a sua juventude. Muitos encontram-se separados de seus parentes, vivendo sozinhos ou isolados geograficamente dos mesmos.

B.4 – Alterações Farmacodinâmicas.

Na senilidade, as principais alterações farmacodinâmicas são a diminuição do número e da sensibilidade dos receptores GABA-A e o aumento da sensibilidade à inibição neuronal, refletindo-se sob a forma do aumento da sensibilidade aos efeitos sedativos ansiolíticos e sedativos dos benzodiazepínicos. O aumento da sensibilidade biológica pode levar ao aumento da concentração plasmática da droga.

B.5 – Alterações Farmacocinéticas.

As mudanças farmacocinéticas (ver tabela 1) que ocorrem comumente nos idosos são os baixos níveis de proteína plasmática; a diminuição do fluxosanguíneo hepático (40 – 50 %) e esplênico; a diminuição da motilidade intestinal; o aumento da permeabilidade da barreira hemato-cerebral; a diminuição da massa corporal magra; o aumento do tecido adiposo e a diminuição do clearance renal (35 – 50 %)), que são responsáveis pelo acúmulo de drogas, tornando os idosos mais susceptíveis aos efeitos dessas drogas.

Essas constatações são particularmente importante nos alcoolistas, que fazem uso concomitante de antidepressivos (por ex., amitriptilina), anti-histamínicos, benzodiazepínicos (por ex., diazepam), ansiolíticos (por ex., meprobamato), barbituratos, e hipnóticos. Nesses pacientes, a indução enzimática e a inibição do metabolismo hepático induzida pelo álcool podem levar ao aumento ou diminuição da meia-vida e dos níveis plasmáticos de outros psicotrópicos, e conseqüentemente o acúmulo ou decréscimo dessas drogas mesmo em doses terapêuticas. Por exemplo, nos pacientes gerátricos a redução do metabolismo hepático e da excreção renal dos benzodiazepínicos de meia vida longa (por ex., diazepam; clordiazepóxido; nitrazepam; flurazepam) e de seus metabólitos ativos podem favorecer o acúmulo excessivo desses ansiolíticos.

Tabela 1 – Alterações Farmacocinéticas no Envelhecimento

Absorção:

- Aumento do PH gástrico
- Diminuição da velocidade de esvaziamento gástrico
- Diminuição do fluxo sanguíneo visceral
- Diminuição da superfície de absorção
- Diminuição da motilidade intestinal

Distribuição:

- Diminuição do volume de água corpórea
- Diminuição da massa muscular
- Diminuição do peso corporal
- Aumento do tecido adiposo

Biotransformação:

- Diminuição do volume de tecido metabolicamente ativo
- Diminuição da albumina plasmática

Eliminação:

- Diminuição da massa hepática
- Diminuição da atividade de enzimas microssomais hepáticas
- Diminuição do fluxo sanguíneo hepático
- Diminuição da taxa de filtração glomerular
- Diminuição da secreção tubular
- Diminuição do fluxo sanguíneo renal

C. Benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos são muitas vezes prescritos para tratar depressões crônicas e estados ansiosos. Estudos epidemiológicos relatam, que 20 % dos idosos, principalmente as mulheres, apresentam sintomas ansiosos. Nos pacientes que abusam cronicamente de benzodiazepínicos (em média 16 anos) as queixas clínicas iniciais podem persistir, apesar do tratamento com o ansiolítico. Ao descontinuar-se os benzodiazepínicos, alguns pacientes podem melhorar de seu estado ansioso. Estima-se, que 33 % dos usuários de benzodiazepínicos são idosos (3).

Nos idosos, a prevalência dos transtornos de ansiedade primários é baixa. Entretanto o diagnóstico de um estado ansioso nesses pacientes é difícil, pois o mesmo é mascarado por queixas somáticas, cognitivas e comportamentais, o que torna o diagnóstico diferencial com depressão e condições médicas (por ex., hipoglicemia, hipertireoidismo, delirium, isquemia miocárdica ou cerebral e síndromes de abstinência) extremamente complicado. Nos idosos, a doença geriátrica possui uma apresentação polimórfica. Os estados ansiosos expressam-se clinicamente de forma inespecífica (por ex., insônia; déficit cognitivo; insônia; excitação psicomotora). Portanto, é de suma importância investigar a presença de organicidade subjacente aos quadros psiquiátricos no idoso, com vista a evitar o uso prolongado e desnecessário de um benzodiazepínico.

C.1 – Efeitos Adversos dos BZDs mais frequentes nos idosos.

Os principais efeitos adversos (por ex., sedação; ataxia; visão borrada; quedas; fratura de fêmur; desinibição e piora do comportamento agressivo; pseudodemência; prejuízo da memória a curto e a longo prazo) relacionam-se às suas ações depressoras do SNC, chegando a interferir na consolidação da memória. Entretanto, não deve-se esquecer da polifarmácia, das condições médicas co-existent, das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas comuns nessa faixa etária, que podem complicar de sobremaneira a evolução clínica, principalmente quando emprega-se os benzodiazepínicos de alta potência e meia-vida curta (por ex., lorazepam; triazolam). Esses efeitos colaterais são dose-dependente. As quedas e as fraturas de fêmur estão mais associadas aos benzodiazepínicos de meia-vida longa. Acredita-se que os mecanismos envolvidos nessas quedas são os efeitos depressores sobre o SNC, tais como: diminuição da atenção e vigilância, além do prejuízo da coordenação visuo-motora.

CUTSON e col. (1997), relataram que os benzodiazepínicos podem interferir com os componentes neurofisiológicos, que regulam o equilíbrio e a postura. Nesses pacientes o aumento da latência de ativação muscular e da instabilidade postural, após a ingestão de dose única de 5 mg de diazepam podem contribuir para as quedas nos idosos, através da redução da neurotransmissão mediada pelos reflexos espinhais oligosinápticos. Os pacientes, que são medicados com psicotrópicos, tais como os benzodiazepínicos estão em maior risco para as quedas e fraturas de fêmur (20.6 % versus 6 %). Os benzodiazepínicos de meia-vida curta no idoso possuem os seguintes efeitos adversos: sedação diurna; insônia rebote e efeitos amnésicos.

C.2 – Indicações de uso no idoso.

C.2.1 – Insônia.

Nos pacientes insones deve-se distinguir a insônia associada a mudanças fisiológicas, que ocorrem no envelhecimento senil (por ex., diminuição das fases 3 e 4; diminuição da atividade do sono REM, porém com preservação da duração total do sono) daquelas causadas por condições médicas (por ex., dispnéia paroxística noturna da insuficiência cardíaca congestiva; infecções; síndromes dolorosas; delirium). Os benzodiazepínicos estão indicados nos casos, que evoluem com prejuízo do funcionamento psicossocial.

Na escolha do benzodiazepínico procura-se conciliar o tipo de insônia à sua meia-vida. Por exemplo, os agentes de meia-vida curta (tais como, o triazolam) são melhor indicados para as insônias iniciais, enquanto os agentes de ação intermediária (por ex., temazepam) seriam prescritos especificamente para as insônias intermediárias e terminais. Os anti-histamínicos (por ex., difenidramina; hidroxizina) também podem

ser empregados, quando deseja usá-los por curto prazo. As suas principais desvantagens são a tolerância aos efeitos hipnóticos e risco potencial para delirium anti-colinérgico, quando consumida por longo tempo (3).

B.2.2 – Ansiedade.

Nos estados ansiosos, alguns autores relatam a boa resposta terapêutica com lorazepam, devido às suas múltiplas vias de administração, ausência de metabólitos ativos e meia-vida curta, apesar do prejuízo da memória e ataxia associado a sua elevada lipofilicidade e acúmulo preferencial no SNC. Nos pacientes com DPOC podem-se usar a buspirona e os anti-histamínicos, já que não deprimem a função respiratória, principalmente nos pacientes pneumopatas crônicos.

Os beta-bloqueadores podem estar indicados nos pacientes com sintomas somáticos proeminentes de ansiedade (por ex., taquicardia; palpitações; taquipnéia; diaforese; tremores). Entretanto, as suas contra-indicações, (tais como, DPOC; asma; insuficiência cardíaca congestiva) e os seus potenciais efeitos adversos nos idosos (por ex., hipotensão postural; bloqueio cardíaco). Preconiza-se o uso do propranolol 5 a 10 mg, uma a quatro vezes ao dia nos estados ansiosos, devendo-se ressaltar que a dose terapêutica é individual (3).

C.2.3 – Demência.

Nos pacientes demenciados com alterações comportamentais disruptivas (por ex., agitação psicomotora), o uso de benzodiazepínicos deve ser cauteloso em virtude das alterações neuroquímicas presentes na demência (por ex., alterações no número de neurotransmissores; perda neuronal), que podem aumentar a sensibilidade aos psicotrópicos, incluindo os ansiolíticos.

Em casos específicos, tais como os pacientes com intolerância aos efeitos anti-colinérgicos (por ex., sialoquiose; prejuízo cognitivo, podendo evoluir para delirium; prejuízo da memória; problemas dentários, tais como cáries), sedativos, neurológicos (por ex., diminuição do limiar convulsivo), cardiovasculares (por ex., hipotensão ortostática levando a quedas) e extra-piramidais (por ex., discinesia tardia; distonia; pseudoparkinsonismo), os benzodiazepínicos (por ex., alprazolam; clonazepam) podem ser empregados no controle da agitação psicomotora em demenciados, por tratar-se de uma droga segura e com eficácia similar aos antipsicóticos.

CHRISTENSEN e col. (1998), constataram a eficácia do alprazolam comparável ao haloperidol em baixas doses em pacientes idosos com alterações comportamentais disruptivas associadas com demência, delirium, transtornos amnésicos e outros transtornos mentais orgânicos. A buspirona pode ser usada na agitação psicomotora leve a moderada, com a vantagem de não possuir os efeitos adversos dos benzodiazepínicos e antipsicóticos.

B.3 – Abuso, Dependência e Abstinência.

O abuso de benzodiazepínicos no idoso está intimamente ligado à auto-medicação, com a finalidade de aliviar sintomas depressivos e ansiosos, ou então, na prevenção dos sinais e sintomas de abstinência à outras substâncias psicoativas. Supõem-se que, a dependência pode desenvolver-se dentro de um período de 4 semanas de uso contínuo. A tolerância ocorre somente aos efeitos hipnóticos.

A síndrome de abstinência no paciente geriátrico comumente é confundida com os sintomas rebote e recorrência dos estados ansiosos, principalmente se levarmos em consideração a duração do tratamento, a meia-vida, a dose e a velocidade de descontinuação do benzodiazepínico. É importante ressaltar, que as características clínicas (ver tabela 2) ocorrem ao longo de dias a semanas, após a sua descontinuação ou redução abrupta (3).

Tabela 2 – Síndrome de Abstinência por Benzodiazepínico

Interrupção ou redução do uso pesado e prolongado

Dois ou mais dos seguintes sintomas:

Hiperatividade autonômica:

Sudorese

Taquicardia

Diaforese

Tremor aumentada das mãos

Ansiedade

Alucinações ou ilusões visuais, tácteis e auditivas transitórias

Agitação psicomotora

Náusea ou vômitos

Insônia

Convulsões tônico-clônico generalizaadas

Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional

Excluir condições médicas gerais e outros transtornos mentais

Fonte: DSM-IV (1995)

O delirium é uma complicação comum entre os pacientes idosos, que são internados. Muitas vezes, esses pacientes não relatam, que estão sendo medicados com benzodiazepínicos, pois acreditam tratar-se de uma informação sem muita importância. Esse uso contínuo e crônico passam despercebidos até o momento de serem hospitalizados, ocasião em que são forçados a suspenderem o benzodiazepínico. Além disso, os próprios médicos desconhecem, que vários ansiolíticos podem evoluir com síndrome de abstinência, inclusive com delirium e suas características clínicas (ver tabala 3). Nas admissões hospitalares, é importante investigar o uso de benzodiazepínicos com vista a prevenir a síndrome de abstinência. Durante a formação médica é fundamental, que informações educacionais sejam transmitidas aos médicos, com o objetivo de diagnosticar precocemente qualquer tipo de transtorno por abuso de substâncias psicoativas. Os pacientes, que passam a evoluir com alterações comportamentais (por ex., sintomas psicóticos) e cognitivas devem ser considerados como passíveis de desenvolverem síndrome de abstinência.

Tabela 3 – Delirium induzido por Benzodiazepínico

Perturbações da consciência:

Diminuição da clareza da consciência em relação ao ambiente (“turvação da consciência”)

Diminuição da capacidade de focalizar, manter ou deslocar a atenção

Alterações cognitivas:

Déficit de memória

Alterações da linguagem

Desorientação

Distorções perceptuais

Flutuações das perturbações no decorrer do dia (“flutuações do nível de consciência” ou “síndrome crepuscular”)

Evidências a partir da história clínica, exame físico e achados laboratoriais de que as perturbações da consciência e cognitivas iniciaram-se durante ou logo após uma síndrome de abstinência

Fonte: DSM-IV (1995)

C.4 – Medidas Preventivas.

Na escolha do benzodiazepínico devem ser levados em consideração: a identificação dos sintomas-alvo, já que alguns benzodiazepínicos são mais ansiolíticos e outros possuem maior ação hipnótica; a duração do tratamento; as interações medicamentosas com outras medicações; as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas ao envelhecimento; o esquema posológico, pois as dosagens iniciais devem ser ajustadas lentamente nos pacientes geriátricos (por ex., um terço da dose empregada nos adultos), além disso pode-se fracionar as dosagens duas a três vezes ao dia, independente da meia-vida; o perfil farmacocinético, priorizando-se os benzodiazepínicos sem metabólitos ativos, sendo inativado diretamente pela conjugação hepática e a monitorização dos efeitos adversos.

Ao prescrever-se benzodiazepínicos em pacientes geriátricos é fundamental realizar uma boa história clínica, psiquiátrica (principalmente os antecedentes pessoais para abuso de álcool, benzodiazepínicos e outras substâncias psicoativas) e exame físico com a finalidade de fastar qualquer tipo de etiologia orgânica subjacente ao estado ansioso. Muitas vezes, são empregados em dosagens inadequadas, ou então, os critérios de indicação clínica são poucos claros. A decisão clínica de prescrever um benzodiazepínico deve levar em consideração os riscos/benefícios da medicação. Contudo, na prática clínica comumente observa-se um uso inadequado do ansiolítico, ou então, um excessivo temor em prescrevê-lo.

É fundamental identificar as possíveis interações medicamentosas dos benzodiazepínicos com medicações, principalmente aquelas que deprimem o SNC (por ex., sedativos; hipnóticos; outros ansiolíticos; antidepressivos). Cimetidina e estrógenos podem aumentar os níveis séricos dos benzodiazepínicos, bem como esses últimos podem elevar as concentrações plasmáticas da digoxina. É importante, levar em consideração as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas associadas ao envelhecimento, as comorbidades físicas e o grau de aderência do paciente ao tratamento, com vista a escolher o benzodiazepínico mais adequado para determinado paciente. Preconiza-se a redução gradual da dosagem do benzodiazepínico (25 % da dose a cada semana), com vista a prevenir-se os sintomas rebote, a recorrência dos sintomas ansiosos e a síndrome de abstinência após a descontinuação do tratamento. Nos estados ansiosos crônicos é recomendável o uso criterioso dos benzodiazepínicos, já que o tratamento a longo prazo pode levar à tolerância e dependência física.

As principais medidas terapêuticas consistem na substituição do benzodiazepínico de ação curta (por ex., lorazepam; oxazepam; triazolam) por agentes de ação mais longa (por ex., diazepam). Inicialmente, a dose corresponde entre 50 a 75 % da posologia inicial. Gradativamente, reduz-se a dosagem na proporção de 10 a 20 % por dia até a suspensão completa.

As principais alternativas aos benzodiazepínicos no tratamento das desordens ansiosas crônicas são a buspirona, que mostrou-se eficaz no transtorno de ansiedade generalizada, porém no transtorno de pânico, no transtorno obsessivo-compulsivo e na insônia as respostas terapêuticas são inferiores. Não são necessários ajustes nas dosagens, sendo necessários pelo menos uma semana para atingir os seus efeitos terapêuticos. Não possui tolerância cruzada com benzodiazepínicos, sedação, ataxia, síndrome de abstinência, sintomas rebote e mínima interação medicamentosa.

D. Tabagismo.

A nicotina é uma substância psicoativa com poderosos efeitos reforçadores positivos e negativos, principalmente diante da síndrome de abstinência (ver tabela 4), que geralmente inicia-se 12 horas, após o último cigarro, persistindo por várias semanas. Aproximadamente 15 % dos idosos são tabagistas, sendo a prevalência maior entre os homens. A quantidade de nicotina ingerida é menor em relação aos grupos etários mais jovens. A previsão até o ano 2025, é a de que 3.500.000 novos casos de câncer pulmonar serão diagnosticados, sendo que 80 % desses indivíduos serão provenientes dos países em desenvolvimento. É importante ressaltar, que a interrupção do consumo de nicotina diminui a mortalidade e a morbidade das doenças ligadas ao tabagismo, tais como: cardiopatias isquêmicas, DPOC e neoplasias pulmonares. Contudo, alguns pacientes com graves problemas médicos ligados ao uso de nicotina persistem com o consumo, apesar de suas consequências.

Em um estudo de follow-up de 40 anos de um grupo de médicos ingleses foi mostrado que 50% dos fumantes morreram de alguma causa relacionada ao cigarro. Metade desses fumantes morreram antes de completar 69 anos, o que caracteriza mortalidade precoce, e perderam em média 18 anos de vida. A outra metade morreu após os 69 anos e perdeu em média 8 anos de vida.

As abordagens principais para o tratamento dos pacientes tabagistas consistem em aumentar o desejo para interromper o consumo de nicotina, através de técnicas motivacionais. Esse tipo de intervenção pode ser realizada pelo clínico geral, que atua na rede primária de saúde, através de aconselhamentos breves. Estima-se, que tal procedimento simples possa contribuir com taxas acima de 9 % de ex-tabagistas, que conseguiram manter-se abstinente à longo prazo. Muitas vezes, prescreve-se algum método de reposição de nicotina para garantir uma maior aderência dos pacientes.

Outra forma de tratamento é a reposição de nicotina por meio de gomas de mascar , cujas taxas de sucesso terapêutico variam entre 30 a 40 %., ou então, adesivos, que são colocados sobre a pele. Entretanto, a eficácia de tais procedimentos depende do envolvimento dos pacientes em terapias de grupo. Novos métodos de reposição em estudo são os sprays nasais.

Algumas técnicas comportamentais podem ser empregadas como adjuvantes, principalmente aquelas cujos princípios derivam do condicionamento clássico, que consistem na associação de sensações desagradáveis aos efeitos reforçadores da nicotina, tais como: fumar cigarros em curtos intervalos de tempo (6 a 8 s), ou então, prender dentro das vias aéreas a fumaça do cigarro por algum tempo com vista a produzir-se uma reação desagradável. Entretanto, os resultados dessas abordagens não são conclusivos. Alguns autores preconizam o emprego de técnicas mais suaves, devido ao receio de sobrecarregar-se os pacientes cardiopatas, causando colapsos cardiovasculares. Outros procedimentos compreendem modificações das crenças, que possam reforçar o comportamento adicto. Alguns exemplos dessas técnicas cognitivas são a prevenção de recaída associada à exercícios de relaxamento muscular e auto-monitoramento.

Um dos mais recentes desenvolvimento nas medicações usadas para a cessação do fumar é com o antidepressivo bupropion (Zyban, Wellbutrin), que foi aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA). Através de um estudo duplo cego Hurt e col (1997) mostraram que pacientes recebendo de 100 a 300mg de bupropion pararam de fumar a taxas significativamente maiores do que o grupo placebo. Além disso esses pacientes tiveram menor ganho de peso e menor desconforto com os sintomas de abstinência.

Tabela 4 – Síndrome de Abstinência por Nicotina

Uso diário de nicotina por pelo menos duas semanas

Quatro ou mais dos seguintes sintomas, dentro de 24 horas após a interrupção ou redução abrupta na quantidade de nicotina usada:

- Humor disfórico ou deprimido
- Excitação psicomotora
- Dificuldade de concentração
- Aumento do apetite ou ganho ponderal
- Insônia Irritabilidade, frustração ou raiva
- Ansiedade
- Redução da frequência cardíaca

Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional

Excluir condições médicas gerais e outros transtornos mentais

Fonte: DSM-IV (1995)

E. Medications Over-the-Counter.

Estima-se que 40 % dos pacientes idosos consomem alguma medicação, que não necessita de prescrição para ser adquirida. Sabe-se, que a prevalências de condições médicas crônicas e incapacitantes é elevada entre os pacientes dessa faixa etária. Entretanto, os pacientes com antecedentes pessoais e familiares para abuso de substâncias psicoativas possuem risco elevado para consumi-las de forma mal-adaptativa. Por exemplo, algumas preparações líquidas contendo álcool (por ex., anti-histamínicos; anti-tussígenos) podem ser abusadas por pacientes alcoolistas. Outras medicações podem (por ex., analgésicos; laxativos; anti-histamínicos; anti-colinérgicos; simpaticomiméticos) podem levar a várias complicações clínicas (ver tabela 5). Nesses pacientes é importante o diagnóstico precoce, com vista a permitir a intervenção de medidas preventivas, que consistem de orientações educacionais e suportivas em relação aos riscos nocivos do abuso dessas medicações. Isso é importante, principalmente naqueles pacientes idosos institucionalizados, onde é prática comum a prescrição de várias medicações.

Tabela 5 – Complicações Clínicas

Analgésicos:

Gastrite
Hemorragia intestinal
Nefropatia

Laxativos:

Diarréia crônica
Hipocalemia
Hipocalcemia

Anti-histamínicos/Anti-colinérgicos:

Delirium

Simpaticomiméticos:

Arritmias cardíacas
Hipertensão arterial

E. **Conclusão.**

Primeiramente, é fundamental identificar dentro da comunidade os idosos que abusam de álcool ou drogas, com vista a encaminhá-los aos serviços especializados, apesar da crença bastante difundida entre a população de que para este tipo de paciente não existe tratamento, ou então, são ineficazes. Todos os casos, nos quais suspeita-se de abuso de medicações psicoativas, principalmente os pacientes, que oferecem grande resistência para diminuir a dose, deverão ser submetidos à intervenções terapêuticas, que consistem principalmente na desintoxicação e reabilitação, com vista a reduzir ou interromper o abuso buscando-se outras alternativas de tratamento.

O acesso à esses serviços deve ser facilitado, principalmente para aqueles idosos acima de 80 anos. Deve-se focalizar as causas subjacentes e as consequências do abuso (por ex., médicas, financeiras e sociais). Às vezes, a internação é a única opção terapêutica para os idosos com graves problemas clínicos. É importante, que todos os pacientes geriátricos, que fazem uso de medicamentos com potencial para abuso, entre os quais os benzodiazepínicos, sejam informados e orientados sobre os riscos iatrogênicos em casos de abuso de medicamentos psicoativos. Deve-se ressaltar, que o uso indevido e prolongado de medicamentos controlados, pode causar consequências negativas, o que já caracteriza o abuso de drogas.

E. **Bibliografia.**

01. MORSE, RM. Substance abuse among the elderly. Bulletin of the Menninger Clinic, 52: 259 – 268, 1988.
02. ALASTAIR, J. F. Epidemiology and Comorbidity of Anxiety Disorders in the Elderly. Am. J. Psychiatry,

151 (05): 640 – 649, 1994.

03. ANCILL, R. J. & CARLYLE, W. Benzodiazepine use and dependency in the elderly: striking a balance. n: HALLSTRÖM, C. Benzodiazepine Dependence. London: Oxford University Press, 1993.
04. CROME, P. What about the elderly ? In: GLASS, I. B. The international handbook of addiction behavior. London: Routledge, 1991.
05. MOSS, J. H. & LANCTÔT, K. L. Iatrogenic Benzodiazepine Withdrawal Delirium im Hospitalized Older Patients. J. Am Geriatr. Soc. 43 (08): 1020 – 1022, 1995.
06. ALMEIDA, O. P., DRACTU, L. & LARANJEIRA, R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
07. CUTSON, T. M, GRAY, S. L., HUGHES, M. A., CARSON, S. W. & HANLON, J. T. Effect of a Single Dose of Diazepam on Balance Measures in Older People. J. Am. Geriatr. Soc. 45 (04): 435 – 440, 1997.
08. SAMET, J. H., O`CONNOR, P. G. & STEIN, M. D. Abuso de Álcool e de Outras Drogas. Rio de Janeiro: Interlivros, 1997.
09. CHRISTENSEN, D. B. & BENFIELD, W. R. Alprazolam as an Alternative to Low-Dose Haloperidol in Older, Cognitively Impaired Nursing Facility Patients. J. Am. Geriatr. Soc. 46 (05): 620 – 625, 1998.
10. RIED, L. D., JOHNSON, R. E. & GETTMAN, D. A. Benzodiazepine Exposure and Functional Status in Older People. J. Am. Geriatr. Soc. 46 (01): 71 – 76, 1998.
11. HURT, R. e colaboradores. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. New England Journal of Medicina, 337:1195-1202, 1997.