

USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Abordagem, diagnóstico e tratamento

2ª EDIÇÃO

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
(Diretrizes elaboradas em conjunto com a Associação Médica Brasileira)
Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo SP — Cep 01301-910
Tel: (11) 3017 9300 www.cremesp.org.br

COORDENADORES INSTITUCIONAIS

Cremsp: Reinaldo Ayer de Oliveira

AMB: Moacyr Roberto Cuce Nobre e Wanderley Marques Bernardo

COORDENADOR CIENTÍFICO

Ronaldo Laranjeira

DIRETORA DE COMUNICAÇÃO

Maria Luiza de Andrade Machado

Adaptação Editorial: Ivoethe Duarte

Colaboradores: Dinaura Paulino Franco, Ricardo Balego e Marcela Bezelga

Capa: Moema Cavalcanti

Foto da capa: White Packet / Getty Image

Editoreção eletrônica: Sollo Comunicação

Fotolito: OESP

Impressão: Cia. Lithográfica Ypiranga

Tiragem: 30.000 exemplares

Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

120 p.

Vários colaboradores

ISBN 85-89656-01-2

1. Droga 2. Usuário de droga 3. Dependente Químico 4. Diretrizes 5. Substância psicoativa I. Laranjeira, Ronaldo (coord) II. Oliveira, Reinaldo Ayer de (coord) III. Nobre, Moacyr Roberto Cuce (coord) IV. Bernardo, Wanderley Marques (coord) V. Título VI. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo VII. Associação Médica Brasileira.

NLM WM270

APRESENTAÇÕES

O Cremesp e a AMB uniram esforços e firmaram, em 2001, convênio que possibilitou a elaboração de diretrizes para o diagnóstico e o tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

A publicação destas normas baseadas em evidências científicas constitui importante instrumento para auxiliar os médicos de todas as especialidades, incluindo aqueles que realizam o primeiro atendimento a dependentes químicos.

Trata-se também de uma relevante contribuição da comunidade médica no enfrentamento de um problema de saúde coletiva que afeta toda a sociedade.

Estas recomendações passarão a integrar a segunda edição do Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, que reúne diretrizes das diversas Sociedades de Especialidades.

A iniciativa junta-se a outras ações do Cremesp, que mantém a Rede Estadual de Apoio a Médicos Dependentes Químicos, juntamente com a Unifesp e pretende lançar campanha de prevenção e esclarecimento sobre o uso de drogas dirigida à população.

A aplicação deste guia certamente terá repercussão positiva na qualidade da assistência prestada pelos setores público e privado de saúde, contribuirá para a humanização do atendimento e a inclusão social dos pacientes que enfrentam o problema da dependência química.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Presidente do Cremesp

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Com o objetivo de auxiliar na decisão médica e, conseqüentemente, otimizar o cuidado aos pacientes usuários de substâncias psicoativas, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, junto à Associação Brasileira de Psiquiatria, elaboraram Diretrizes Médicas baseadas em evidências científicas.

Vale lembrar que esse trabalho faz parte das 100 diretrizes de condutas médicas geradas entre 2001 e 2002 pelo Projeto Diretrizes, como resultado da parceria entre a Associação Médica Brasileira, através de suas Sociedades de Especialidade, o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde.

Nesse processo procurou-se, de maneira ética e com rigorosa metodologia científica, construir as bases de sustentação das recomendações de conduta médica, utilizando-se os meios da ciência atual, de forma crítica e desprovida de interesse se não aquele que resulte na melhoria do binômio médico-paciente e da qualidade dos serviços prestados à população.

Eleuses Vieira de Paiva
Presidente da AMB

SUMÁRIO

Parte 1

Introdução 06

Metodologia 08

Parte 2

Abordagem geral do usuário 11

Álcool 29

Nicotina 49

Anfetamina 63

Benzodiazepínicos 71

Opiáceos 81

Cocaína 93

Maconha 107

Solventes 115

INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas com potencial de abuso são alvo da preocupação da sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas nas últimas duas décadas, tornando-se cada vez mais precoce entre adolescentes e mesmo crianças. Paralelamente, a comunidade identifica problemas correlatos — como o crescimento da criminalidade e de acidentes automotivos, comportamentos anti-sociais, abandono da escola etc. A perplexidade por parte significativa da população que estigmatiza o problema aliada à falta de políticas públicas de longo prazo para solucioná-lo estão em confronto com a crescente demanda por serviços de tratamento. A comunidade científica tem feito sua parte, seja produzindo pesquisas que identificam a gravidade do problema ou apontando soluções racionais. As entidades médicas também vêm estimulando esses trabalhos e propondo alternativas de cuidados médicos que promovam a inclusão social dos pacientes no sistema de assistência à saúde. Em uma ação mais concreta, o Cremesp e a AMB estabeleceram uma parceria visando ao tratamento do abuso ou dependência de substâncias químicas, que reuniu informações para padronizar condutas dirigidas a pacientes sob essa condição.

O desenvolvimento de diretrizes para essas doenças sempre esteve pautado no objetivo de auxiliar o médico e o paciente na tomada de decisões mais adequadas ao tratamento. Mas a atuação e a abordagem do médico trazem impactos significativos sobre o tratamento, principalmente em relação àquelas doenças com importantes repercussões nos serviços de saúde.

A ampla colaboração individual e institucional foi imprescindível para cumprir os objetivos propostos e chegar a este resultado. Para a primeira apresentação de cada tema relevante à elaboração do projeto, foram convidados especialistas de várias instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (Abead), Associação Paulista de Medicina (APM), Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de São Paulo (Conen), Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo (Imesc), Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea-USP),

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad-Unifesp), Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad-Unifesp), Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid-Unifesp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM-Unicamp), Universidade de Santo Amaro (Unisa), Faculdade de Medicina do ABC, Faculdade de Medicina de Botucatu (FM-Unesp) e Hospital Israelita Albert Einstein.

Após cada apresentação, o Grupo Assessor analisava os dados, sugerindo, quando necessário, novas referências bibliográficas. A compilação dos textos e as sugestões de modificações ficaram a cargo do relator Marcelo Ribeiro Araújo. Todas as discussões foram acompanhadas por Moacyr Roberto Cuce Nobre, Wanderley Marques Bernardo, ambos representantes da AMB, e Reinaldo Ayer de Oliveira, representante do Cremesp. Por fim, todo o texto foi submetido à aprovação do Grupo Assessor.

As diretrizes orientam para uma abordagem objetiva e afirmativa, com indicações ou mesmo contra-indicações de tratamento e, na ausência de informações científicas para as recomendações, deixam claro essa lacuna do conhecimento. A elaboração desses procedimentos buscou a melhor evidência científica disponível, optando, sempre que possível, por revisões sistemáticas da literatura. Esperamos que constituam os primeiros passos para a consolidação e a atualização contínua de condutas dirigidas à dependência química.

Ronaldo Laranjeira
Coordenador Científico

METODOLOGIA

Diversas orientações para elaboração de diretrizes são encontradas na internet, mostrando pequena variação metodológica na dependência do país de origem¹⁻⁶. A metodologia selecionada no presente projeto buscou a padronização de texto objetivo e afirmativo sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos, recomendando ou contra-indicando condutas, ou ainda apontando a inexistência de informações científicas que permitam a recomendação ou a contra-indicação. As referências bibliográficas são citadas numericamente por ordem de entrada no texto, seguidas do grau de recomendação A, B, C ou D. A classificação do grau de recomendação, que corresponde à força de evidência científica do trabalho, foi fundamentada nos centros de medicina-baseada-em evidências do “National Health Service” da Grã-Bretanha⁷ e do Ministério da Saúde de Portugal⁸. Todos os graus de recomendação, incluindo-se o “D”, são baseados em evidências científicas. As diferenças entre o A, B, C e D deve-se exclusivamente à forma empregada na geração da evidência.

A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica é resumida a seguir:

- A Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência
- B Estudos experimentais e observacionais de menor consistência
- C Relatos ou séries de casos
- D Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas

A utilização do grau de recomendação associado à citação bibliográfica no texto têm como objetivos principais: conferir transparência à procedência das informações, estimular a busca de evidência científica de maior força, introduzir uma forma didática e simples de auxiliar a avaliação crítica do leitor, que arca com a responsabilidade da decisão frente ao paciente que orienta.

A relação entre qualidade de estudo e grau de recomendação e, portanto, a sua influência na decisão médica, é insuficiente se utilizada de maneira absoluta e isolada, sendo esta de caráter informativo e sugestivo, cabendo ao profissional que ministra o cuidado ao paciente julgar a forma, o momento e a pertinência da utilização da diretriz.

As principais características e limitações da forma de classificação escolhida são:

- Diferencia-se de outras formas de classificação que incorporam outros conceitos além da força de evidência, como a desenvolvida pela Força Tarefa Canadense para Cuidados Preventivos em Saúde⁹.
- Não é possível diferenciar estudos com diferente qualidade metodológica e força de evidência científica distinta dentro de uma mesma classificação. Por exemplo, uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados submetidos à meta-análise não se distingue de um ensaio clínico aleatorizado com pequeno número de pacientes estudados, uma vez que os dois são igualmente classificados como A.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

- O grupo C diferencia-se do D no intuito de destacar as publicações de relatos e séries de casos de um lado e a opinião e consenso de especialistas do outro. Mesmo que os relatos apresentem limitações importantes em termos de desenho de pesquisa, podem ser avaliados criticamente pelo leitor em função de sua observação sistematizada, diferentemente da opinião do especialista que reflete uma experiência resultante de uma observação restrita pelas características dos pacientes que a ele são encaminhados.
- As diretrizes internacionais (*guidelines*) e os capítulos de livro foram também classificados como D, para agrupar informações que se originam no caráter opinativo. A preferência em citar uma outra diretriz ou um capítulo de livro pode ter classificado como D uma informação que originalmente apresenta grau de recomendação A, B ou C, privando o leitor de uma análise crítica mais adequada.
- As raras informações provenientes de experimentos com animais foram classificadas como C. Apesar da eventual excelência do desenho, os resultados não podem ser inteiramente extrapolados para o homem, embora apresentem força de evidência maior do que a opinativa.
- Quando pertinente, os graus de recomendação foram individualizados por grupo de evidência, junto às referências bibliográficas, por exemplo “^{1, 3}(A) ^{2, 4}(B) ⁵(C)”, sobretudo quando havia heterogeneidade na força da evidência dos trabalhos citados. No entanto, quando as evidências científicas eram homogêneas o grau de recomendação utilizado foi o de maior força, assim “¹⁻⁵ (A)”.

REFERÊNCIAS

1. Agency for Research and Health Quality (ARHQ) - <http://www.ahrq.gov>
2. Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase - <http://www.cma.ca/cpgs>
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://www.rcpe.ac.uk/sign.html>
4. National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/index.asp>
5. NHS Centre for Reviews and Dissemination - <http://www.york.ac.uk>
6. New Zealand Guidelines Group. <http://www.nzgg.org.nz>
7. Levels of Evidence and Grades of Recommendations - Oxford Centre for Evidence-Based Medicine - http://cebml2.ox.ac.uk/docs/old_levels.html (visitado em outubro de 2000)
8. Manual de Instruções para Elaboração, Distribuição e Implementação Prática das Normas de Orientação Clínica - Ministério da Saúde de Portugal. - <http://www.iqs.pt/noc's.htm> (visitado em março de 2001).
9. Canadian Task Force on Preventive Health Care. History & Methods. Methodology: Grades of Recommendation - <http://www.ctfphc.org/> (visitada em outubro de 2000)

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

AUTORES E GRUPO ACESSOR

ALVES, Hamer Nastasy Palhares

Psiquiatra da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas e da Unidade de Dependência de Drogas da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

BALTIERI, Danilo Antonio

Psiquiatra do Grupo de Estudos de Álcool e Drogas e do Núcleo de Estudos em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica da Universidade de São Paulo – USP; coordenador do Ambulatório de Transtornos da Sexualidade e professor da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC.

BELTRÃO, Marco Antonio

Psiquiatra forense, perito do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo e vice-presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo.

BERNARDO, Wanderley Marques

Professor doutor do Departamento de Cirurgia Torácica da Universidade de São Paulo-USP e assessor científico do Projeto Diretrizes AMB/CFM.

CASTRO, Luis André P.G.

Psiquiatra da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

KARNIOL, Isac Germano

Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Santo Amaro – Unisa e da Universidade de Campinas – Unicamp.

KERR-CORREA, Florence

Professora Titular de Psiquiatria do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Universidade Estadual Paulista - Unesp/Botucatu.

LARANJEIRA, Ronaldo

Presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e coordenador da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli

Psiquiatra da Unidade de Dependência de Drogas e da Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; secretária da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas e membro do Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo – Conen.

NICASTRI, Sérgio

Psiquiatra do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas da Universidade de São Paulo- USP e coordenador do Programa Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce

Professor doutor da Disciplina de Reumatologia e diretor da Unidade de Epidemiologia Clínica do Instituto do Coração da Universidade de São Paulo – USP; assessor científico do Projeto Diretrizes – AMB/CFM.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer

Doutor do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Universidade Estadual Paulista - Unesp/ Botucatu e Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp.

RIBEIRO, Marcelo

Psiquiatra e diretor Clínico da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp.

ROMANO, Marcos

Psiquiatra da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e professor da Disciplina de Psiquiatria da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Puccamp.

SEIBEL, Sérgio Dario

Professor doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; psiquiatra do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas da Universidade de São Paulo – USP.

SILVA, Cláudio Jerônimo

Psiquiatra da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Abordagem Geral

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 28 de Agosto de 2002

Autoria: Marques ACPR, Ribeiro M

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Baltieri DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições mais encontradas na população referentes ao abuso e dependência de substâncias químicas foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista, nas recomendações de entidades internacionais, com reconhecido saber na área, e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação do grupo assessor. A diretriz foi finalizada após a discussão em grupo, com acréscimo e subtração de conteúdo e referências científicas da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar aos serviços especializados o usuário de substâncias químicas com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência.

PROCEDIMENTOS:

- Diagnóstico de uso nocivo e dependência;
- Diagnóstico do nível de gravidade;
- Abordagem dos estágios de prontidão para mudança;
- Avaliação clínica inicial;
- Avaliação do risco para uso de álcool e drogas;
- Intervenção psicossocial.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas está presente em todos os países do mundo. Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentou álcool alguma vez na vida^{1,2}(D) e cerca de um quarto é fumante³(D). O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial⁴(D). A maconha é a mais consumida (144 milhões de pessoas), seguida pelas anfetaminas (29 milhões), cocaína (14 milhões) e os opiáceos (13,5 milhões, sendo 9 milhões usuários de heroína)⁴(D).

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. O tabaco foi o maior fator responsável pelas mortes nos Estados Unidos, em 1990, contribuindo substancialmente para as mortes relacionadas a neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, baixo peso ao nascimento e queimaduras⁵(B). O aumento do consumo de álcool está diretamente relacionado a ocorrência de cirrose hepática, transtornos mentais, síndrome alcoólica fetal, neoplasias e doenças cardiovasculares⁶(D). Cerca de 3% dos indivíduos que procuram atendimento de emergência com queixa de *angina pectoris*, no Canadá, relataram consumo prévio de cocaína⁷(B).

Os médicos têm facilidade para identificar e abordar tais complicações⁸(D), no entanto, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas são pouco diagnosticadas⁹(D). Tais categorias nosológicas são pouco abordadas durante a formação médica. O resultado é um conhecimento deficiente sobre um assunto que repercute cotidianamente em todas as especialidades médicas¹⁰(D).

Entretanto, as inovações diagnósticas introduzidas nas últimas décadas, as investigações acerca da história natural da doença, bem como as novas técnicas terapêuticas (especialmente as intervenções breves) tornaram a dependência de substâncias psicoativas um assunto menos complexo e passível de ser conduzido por um espectro maior de profissionais. Desse modo, todos os profissionais da saúde tornaram-se fundamentais para o tratamento dos indivíduos portadores de tal condição.

O objetivo desta publicação: atualizar os profissionais da área médica acerca das inovações conceituais da dependência química e as novas abordagens baseadas em evidências para estes indivíduos. Há justificativas claras para a existência deste manual: boa parte dos dependentes químicos entram em contato com o sistema de saúde devido a complicações decorrentes do seu consumo. Desse modo, o médico generalista é o seu primeiro contato com a rede de atendimento. Torna-se, desse modo, fundamental para o estabelecimento do diagnóstico precoce e para a motivação destes indivíduos a buscar ajuda especializada. Eis a importância do médico de todas as especialidades para a qualidade de vida destes indivíduos¹¹(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

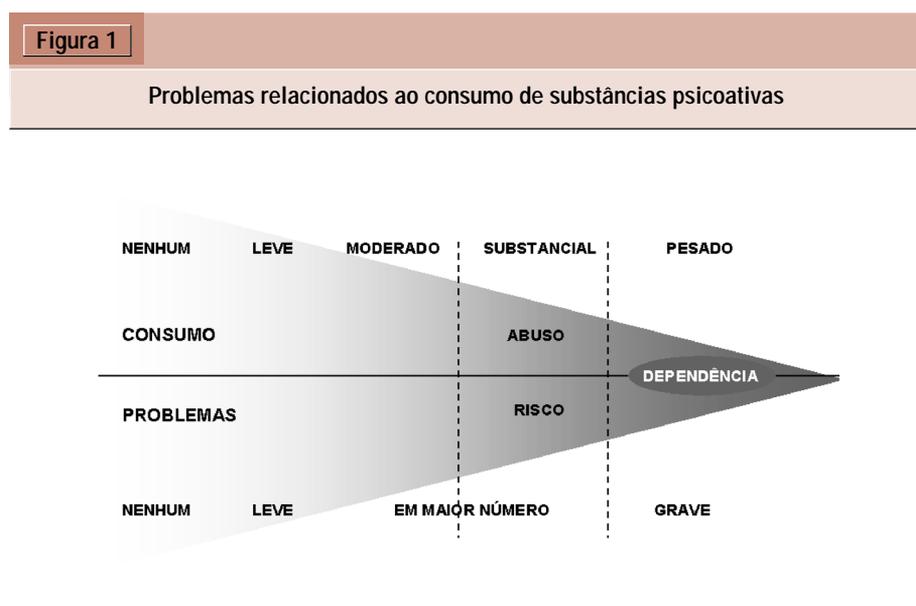
CONCEITOS BÁSICOS

Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo¹²(D). Tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir o efeito desejado¹²(D). As substâncias com potencial de abuso discutidas neste conjunto de diretrizes são agrupadas em oito classes: álcool, nicotina, cocaína, anfetaminas e êxtase, inalantes, opióides, ansiolíticos benzodiazepínicos e maconha.

O conceito atual de dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas. Isso lhe conferiu objetividade¹³(D). O novo conceito, além de trazer critérios diagnósticos claros, apontou para a existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a idéia dicotômica anterior (dependente e não-dependente)¹³(D). Desse modo, a dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas em cada indivíduo. Veja algumas das principais idéias:

HÁ DIFERENTES PADRÕES DE CONSUMO E RISCOS RELACIONADOS

O novo conceito dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeitou a idéia da existência apenas do dependente e do não-dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua¹³(D). (Figura 1).



Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo¹⁴(D) (Figura 2). Desse modo, o consumo de álcool em baixas doses, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados, faz deste um *consumo de baixo risco*. Há indivíduos que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isso pode levar a problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (heteroagressividade). Diz-se que tais indivíduos fazem um *uso nocivo* do álcool. Por fim, quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, fala-se em *dependência*.



HÁ CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA

Critérios diagnósticos de uso nocivo ou abuso

A OMS¹⁵(D) define *uso nocivo* como “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, podendo ser esse de natureza física ou mental (Quadro 1). A presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo, como demência alcoólica, exclui esse diagnóstico.

Critérios diagnósticos da dependência

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica. A avaliação inicial começa pela identificação dos sinais e sintomas que caracterizam tal situação (Quadro 2)¹³(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 1

Crítérios do CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância
O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.
Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura ou por ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.
O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

Quadro 2

Crítérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas	
Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizou esses critérios para elaborar suas diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas^{15(D)}, apresentadas no (Quadro 3).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 3

Critérios do CID-10 para dependência de substâncias
Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:
(a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
(c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Todo critério diagnóstico possui níveis de gravidade

Os critérios diagnósticos de dependência possuem níveis de gravidade distintos para cada caso. Após identificar a presença destes critérios no padrão de consumo de um indivíduo, o segundo passo é determinar sua gravidade. Esta análise é fundamental para individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico¹³(D). Alguns critérios de gravidade devem ser investigados:

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

As complicações clínicas proporcionam um critério objetivo da gravidade da dependência. Abordá-las de modo preciso e precoce é importante por vários motivos. Muitas delas, quando detectadas no início, são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose hepática no dependente de álcool¹³(D). Alguns pacientes recusam-se a admitir a relação entre seu consumo de drogas e as complicações relacionadas, mas aceitam permanecer em tratamento devido à existência desses problemas clínicos. A presença de complicações pode estimular o paciente a buscar a abstinência¹⁶(D). As complicações clínicas relacionadas ao consumo de substâncias serão apresentadas nos capítulos específicos de cada substância.

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Comorbidade é a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais ou com outras condições clínicas gerais¹⁷(D). A presença de comorbidades entre

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

os usuários de álcool e outras drogas tem sido demonstrada pela literatura médica¹⁸(C). Investigar a presença de comorbidades entre os usuários de álcool e drogas é importante sob vários aspectos, entre eles a busca de tratamento: indivíduos com comorbidades têm uma tendência maior a procurar por tratamento médico¹⁹(D). Por fim, a melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido²⁰(D).

SUPORTE SOCIAL

O suporte social é fundamental para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas²¹(B). Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada. O serviço social é o mais indicado para auxiliar o médico nessa tarefa²²(D).

Todo o dependente passa por estágios de motivação

A dependência não é uma condição imutável, marcada por problema de personalidade, do qual o indivíduo estará para sempre refém²³(D). Desse modo, todo o dependente pode ser motivado para a mudança. Motivação é um estado de prontidão para a mudança, flutuante ao longo do tempo e passível de ser influenciado por outrem²⁴(D).

Durante o período da vigência do consumo, o dependente de substâncias psicoativas pode passar por estágios motivacionais²⁴(D). Para cada estágio há uma abordagem especial. Desse modo, determinar as expectativas em relação ao tratamento e o estágio motivacional fazem parte da avaliação inicial e são importantes para o planejamento terapêutico do paciente. Os estágios motivacionais são apresentados a seguir (Tabela 1).

AVALIAÇÃO INICIAL

Uma boa avaliação é essencial para a continuidade do tratamento. Não apenas pode ser decisiva para o engajamento do paciente, como pode desencadear o processo de mudança muito antes da sua conclusão. Qualquer avaliação inicial tem como objetivo coletar dados do indivíduo para o planejamento do seu cuidado (Quadro 4). Além das queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo, a avaliação inicial investiga também sua condição social e econômica. Dessa forma, fornece informações para a melhor adequação dos programas. O preenchimento de um *protocolo de identificação geral do usuário no serviço* é sempre bem-vindo. Ele objetiva e auxilia o raciocínio clínico e corrobora a avaliação médica¹⁴(D).

A entrevista inicial deve ser diretiva, mas sem deixar de ser acolhedora, empática, clara, simples, breve e flexível. O foco deve estar centrado no

Usuários de Substâncias Psicoativas Abordagem, diagnóstico e tratamento

Tabela 1

Estágios de Prontidão para Mudança			
	Estágio do paciente	Postura do profissional	Frequência e seguimento
Pré-contemplação	Sem idéia sobre o problema e sem planos	Flexibilizar sobre a evidência de dependência	Visitas periódicas para avaliação
Contemplação	Percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança.	Triagem e avaliação + , Deve ser sensibilizado objetivamente.	Agendar outras visitas, no máximo a cada três meses e sugerir uma entrevista familiar
Determinação	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças.	Ofereça soluções e retire barreiras. Negocie um plano de abordagem.	Consultas frequentes a cada duas semanas no máximo e seguimento.
Ação	Pronto para começar a mudança.	Prover o suporte; definir a assistência; convidar a família; considerar a farmacoterapia e outros recursos.	Semanal por meses.
Manutenção	Incorporação da mudança na rotina de vida.	Reforçar o sucesso; encaminhar para grupos de auto-ajuda; reavaliar a farmacoterapia; aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco; avaliação bioquímica.	Inicialmente mensal e antecipar se necessário.
Recaída	Volta para a contemplação ou pré-contemplação	Otimismo, reforço para retomar e continuar o tratamento, solicitar a participação da família.	Inicialmente mais freqüente e voltar para a fase anterior.

Quadro 4

Objetivos da avaliação inicial ²⁵ (D)
• Tratamento de qualquer emergência ou problema agudo.
• Elaboração de um diagnóstico precoce acerca do consumo de drogas.
• Identificação de complicações clínicas, sociais ou psíquicas.
• Investigação de comorbidades psiquiátricas.
• Motivação do indivíduo para a mudança.
• Estabelecimento de um vínculo empático com o paciente.
• Determinar o nível de atenção especializada de que o paciente necessitará.

indivíduo e no uso de substâncias. Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e melhoram o planejamento do tratamento²⁴(D). *Deve-se evitar confrontos* e só estimular *mudanças compatíveis* com o estado motivacional do paciente, utilizando o bom senso.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

A avaliação inicial começa por uma anamnese clínica geral. Em seguida, uma anamnese mais específica, mesmo que breve, deve investigar o consumo de álcool e drogas (Quadro 5).

Alguns sinais e sintomas, se investigados, podem indicar a presença de complicações do consumo (Quadro 6). Auxiliam, assim, na determinação da gravidade do consumo²⁶(D).

Após a anamnese geral e específica, processa-se o exame físico. Deve-se observar alguns sinais mais comuns do uso de álcool e drogas²⁶(D) (Quadro 7).

Quadro 5

Questões essenciais para a investigação do consumo de álcool e drogas ²²(D)

- O último episódio de consumo (tempo de abstinência)
- A quantidade de substância consumida
- A via de administração escolhida
- O ambiente do consumo (festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho...)
- A frequência do consumo nos últimos meses.

Quadro 6

Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas

- Faltas frequentes no trabalho e na escola
- História de trauma e acidente frequentes
- Depressão
- Ansiedade
- Hipertensão arterial
- Sintomas gastrointestinais
- Disfunção sexual
- Distúrbio do sono

Quadro 7

Sinais físicos sugestivos do uso de álcool e drogas

- Tremor leve
- Odor de álcool
- Aumento do fígado
- Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína)
- Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha)
- Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
- Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
- "Síndrome da higiene bucal" (mascarando o odor de álcool)
- Odor de maconha nas roupas

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Uma investigação ampla do indivíduo que busca atendimento em serviço de saúde pode ser exemplificada pelo formulário (Quadro 8), que investiga o uso de algumas substâncias de forma contextualizada²⁷(D).

Não há análises bioquímicas específicas, patognomônicas para o uso de álcool e drogas. No entanto, a dosagem das enzimas hepáticas pode contribuir com o diagnóstico dos transtornos relacionados ao consumo de álcool ou de estimulantes.

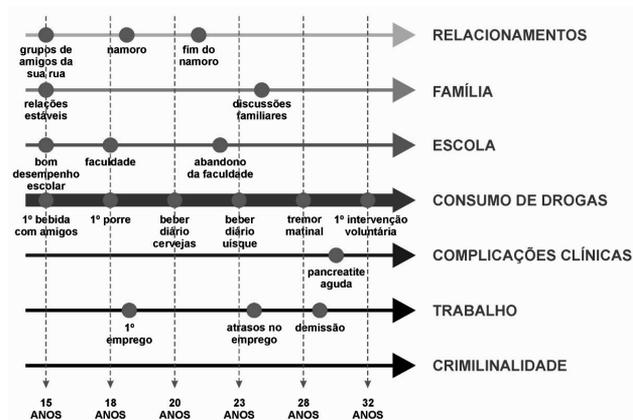
Em resumo, o diagnóstico de dependência consiste na obtenção de três perfis básicos: 1) o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; 2) a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida; e 3) a motivação para a mudança. A partir da Figura 3 é possível exemplificar um pouco essa investigação. O padrão de consumo de álcool do indivíduo é a questão central. A partir desta, pode-se notar, progressivamente, uma redução do controle sobre o consumo, invadindo várias áreas de sua vida, como perda do controle; um aumento progressivo do consumo, ou tolerância; o surgimento

Quadro 8

Formulário de avaliação do risco para uso de álcool e drogas	
Data:	Tabaco
Nome :	Você fuma? (Sim, Não) Quantos cigarros por dia ? ____
Idade:	Dieta
Por que você está aqui hoje? O que está errado com você ?	Você cuida de sua dieta para: Colesterol? (Sim, Não) Sal? (Sim, Não) Calorias totais /dia ou gorduras? (Sim, Não)
Outros problemas: Desde seus 18 anos (Sim, Não) Teve fratura ? Teve um acidente no trânsito? Teve traumatismo na cabeça? Teve problemas decorrentes de brigas ? Teve problemas após beber álcool?	Uso de Álcool
Exercícios físicos Você se exercita regularmente? (Sim, Não)	Você tem observado algum problema com seu consumo de bebida alcoólica? (Sim, Não) Alguém de sua família tem problemas com a bebida ? (Sim, Não) Você já sentiu que deveria diminuir a bebida? (Sim, Não) As pessoas que convivem com você se incomodam com sua bebida? (Sim, Não)
Estresse Você se sente estressado? (Constantemente, freqüentemente, eventualmente ou infreqüentemente)	Você já se sentiu mal por ter bebido? (Sim, Não) Você tem bebido logo pela manhã para poder iniciar seu dia ou para melhorar da ressaca? (Sim, Não)
Com quem vive? (Só, com o cônjuge, outros parentes, amigos)	Quantas doses você consome em um dia típico de beber? _____ (1 dose = 1 lata de cerveja = 1 copo de vinho = 1 medidor de destilado) Quantos dias por semana você bebe ? _____

Usuários de Substâncias Psicoativas Abordagem, diagnóstico e tratamento

Figura 3

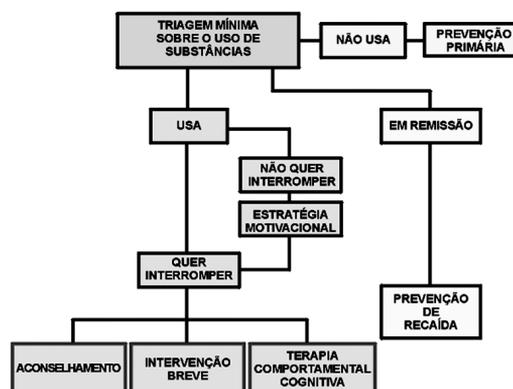


de sintomas de abstinência e um padrão diário de consumo, com a finalidade de evitá-los, alívio ou evitação. Avaliando outras áreas de sua vida, nota-se uma piora progressiva na qualidade e na quantidade de relacionamentos, estreitamento, e o beber invadindo cada vez mais áreas que o paciente valorizava anteriormente, como desempenho escolar, amigos, namoro, emprego. A internação voluntária parece indicar que o paciente tem alguma motivação para o tratamento. A importância de se obter esses três critérios está relacionada ao planejamento da abordagem terapêutica. Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes médicas compatíveis com o grau de problema²⁶(D).

Assim, a avaliação inicial deve incluir¹⁴(D)²⁸(D) (Figura 4) (Quadro 9):

Figura 4

Algoritmo para a avaliação inicial



Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 9

Resumo das Etapas de Triagem, Diagnóstico e Intervenção Psicossocial

Etapa 1

Perguntar sobre o uso de substâncias:

- a. consumo;
- b. aplicar escalas ou questionários para triagem.

Etapa 2

Avaliar os problemas relacionados com o uso:

- a. problemas clínicos;
- b. problemas comportamentais;
- c. dependência.

Etapa 3

Aconselhe uma estratégia adequada:

- a. Se existe suspeita de dependência:
 - 1) Aconselhe a abstinência;
 - 2) Encaminhe para o especialista.
- b. Se o uso é nocivo ou de risco:
 - 1) Aconselhe a cessar o uso;
 - 2) Proponha a moderação.

Etapa 4

Monitorização dos progressos do paciente.

- Uma triagem breve e efetiva;
- Uma descrição detalhada do problema;
- A avaliação da motivação;
- O diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidades;
- O plano de tratamento;
- Avaliação de processo e resultados.

ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS

A CONSELHAMENTO

O aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo de qualquer substância deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese^{29(B)}^{30(A)}. Um aconselhamento rápido feito por um generalista é capaz de induzir uma porcentagem de pacientes a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas^{31(B)} (Quadro 10). Sua técnica é simples e de fácil aplicação (Quadro 11).

INTERVENÇÃO BREVE

A intervenção breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, mas não mais complexa. Possui um formato também claro e simples e pode ser utilizada por qualquer profissional^{32(D)}. Qualquer intervenção, mesmo que breve, é melhor que nenhuma^{33(A)}. Ela está indicada inclusive para pacientes gravemente comprometidos^{34(D)}. Quando tais intervenções são estruturadas em uma a quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos para a dependência de álcool^{27(D)}.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 10

Etapas do Aconselhamento	
Aconselhamento	
Mínimo: 3 minutos	
Breve: 3 a 10 minutos	
Intensivo: maior que 10 minutos	
Fases de:	
1. Avaliação (identificação)	
2. Aconselhamento (estratégia motivacional mínima)	
3. Assistência	
4. Acompanhamento	

Quadro 11

Aconselhamento	
Aconselhar não é dizer o que deve ser feito. A mudança é do indivíduo. Aconselhar consiste em:	
Chamar à reflexão	“Qual a sua opinião sobre o seu consumo atual de drogas?”
Dar responsabilidade	“O que você pretende fazer com relação ao seu consumo?”
Opinar com honestidade	“Na minha opinião seu uso de álcool está absolutamente fora de controle.”
Dar opções de escolha	“Vamos discutir as alternativas que você tem para não chegar embriagado em seu emprego.”
Demonstrar interesse	“Conte mais sobre sua semana, como foram suas tentativas para se manter abstinente.”
Facilitar o acesso	“Vamos tentar encontrar um horário que se adapte bem a nós dois.”
Evitar o confronto	“Ao invés de encontrarmos culpados, podemos juntos buscar soluções para o seu problema.”

Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma intervenções breves²⁴(D). Motivar o paciente melhora suas chances de procurar e aderir ao tratamento especializado²⁴(D).

As intervenções breves utilizam técnicas comportamentais para alcançar a abstinência ou a moderação do consumo. Começam pelo estabelecimento de uma meta. Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de beber problemático³³(A).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Em função da heterogeneidade e gravidade dos pacientes e seus problemas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões³⁵(D). O espectro de problemas também determinam que se aplique intervenções mais especializadas para pacientes com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de auto-ajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos³⁶(D).

RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES

Todo médico deve investigar o uso de álcool e drogas em seus pacientes, com atenção especial aos adolescentes.

Os pacientes que apresentam uso problemático de álcool e drogas devem receber orientação básica sobre os conceitos de abuso, dependência, abstinência, *fissura* e tratamento.

Intervenções comportamentais breves, com uso de técnicas motivacionais, podem ser eficazes. Técnicas de confronto devem ser evitadas.

A combinação de psicoterapia e farmacoterapia é mais efetiva. De acordo com a gravidade da síndrome de abstinência, a farmacoterapia deve ser administrada.

A família do paciente deve receber orientações e participar do tratamento.

Caso o médico generalista não se sinta apto a intervir, ele deve motivar o paciente a procurar ajuda especializada, realizando o encaminhamento. A seguir, deve estabelecer um sistema de referência e contra-referência para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Drinking in the United States: main finds from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). Bethesda: NIH, 1998. Available from: URL: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/Nlaesdrm.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol. Geneva: WHO, 1999. Available from: URL: http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm
3. World Health Organization (WHO) – Tobacco Free Initiative. Tobacco control country profiles [online]. Geneva: WHO, 2000. Available from: URL: <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?sid=57#European>

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

4. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). World drug report 2000. New York: Oxford Press, 2000. Available from: URL: http://www.undcp.org/adhoc_world_drug_report_2000/report.html
5. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270:2207-12.
6. World Health Organization (WHO). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO, 2000. Available from: URL: http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/guidemontr_alcoholconsum.pdf
7. Feldman JA, Fish SS, Beshansky JR, Griffith JL, Woolard RH, Selker HP. Acute cardiac ischemia in patients with cocaine-associated complaints: results of a multicenter trial. *Ann Emerg Med* 2000; 36:469-76.
8. Lubin B, Brady K, Woodward L, Thomas EA. Graduate professional training in alcoholism and substance abuse: 1984. *Prof Psychol Res Pr*. 1986; 17:151-154.
9. Donovan DM. Assessment Strategies and Measures in Addictive Behaviors. In Case Identification, assesment and tretment planing; 1998.
10. Sobell LC, Sobell MB & Nirrenberg TD (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with na emphasis on clinical application. *Clinical Psychology Review*, 8, 19-54.
11. Clark WD. Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. *Am J Med* 1981; 71:275-86.
12. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: ARTMED; 1994.
13. Edwards G. A síndrome de dependência do álcool. In: Edwards G. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: Artmed, 1999.
14. Institute of Medicine IOM. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.
16. Stall R, Biernacki P. Spontaneous remission from the problematic use of substances: na inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco, and food/obesity literatures. *Int J Addict* 1986; 21:1-23.
17. Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD, CloningerCR. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1990, p.13.
18. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1023-31.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

19. Grant BF. The influence of comorbid major depression and substance abuse disorders on alcohol and drug treatment: results of a national survey. In: NIDA Research Monograph Series. Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders [online]. 1997; Number 172, p. 4-15. Available from: URL: <http://165.112.78.61/pdf/monographs/monograph172/download172.html>
20. Weiss RD, Najavits LM. Overview of treatment modalities for dual diagnosis patients – pharmacotherapy, psychotherapy, and 12-step program. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ. Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid – medical and psychiatric disorders. New York: Marcel Dekker; 1998.
21. Rush BR. The use of family medical practices by patients with drinking problems. CMAJ 1989; 140:35-8.
22. Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services of Northern Ireland. Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management [online]. Norwich: Department of Health; 1999. Available from: URL: <http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/dmfull.pdf>
23. Vaillant GE. A história natural do alcoolismo revisitada. Porto Alegre: Artmed; 1999, p. 69-70.
24. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991.
25. Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services of Northern Ireland. Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management [online]. Norwich: Department of Health; 1999. Available from: URL: <http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/dmfull.pdf>
26. Schulz JE, Parran TJ. Principles of Identification and Intervention. American Society of Addiction Medicine; 1998, p. 249-261.
27. Grahan AW, Fleming MS. Brief interventions. In: Graham A, Schultz T (editors). Principles of addiction medicine. American Society of Addiction Medicine (ASAM); 1998. Section 8, chapter 3, p. 615-30.
28. Allen JP, Columbus M, Fertig JB. Assessment in alcoholism treatment: an overview. In: Allen JP, Columbus M, editors. Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. Treatment handbook Series, Number 4. Bethesda: MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995. p. 1-9
29. Chick J, Lloyd C, Crombie, E. Counseling problem drinkers in medical wards: A controlled study. Br Med J (Clin Res Ed) 1985; 290:965-7.
30. Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. Brit J Addict 1992; 87:1498-1508.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

31. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2:231-5.
32. Bien TH, Miller WR & Tongan IS. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88:315-36.
33. Babor T, Grant M (1992) Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
34. Sanchez-Craig, M, Wilkinson AD. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: practical and methodological issues. In: Loberg T, Miller WR, Nathan PE, Marlatt A, editors. *Addictive behaviour prevention and early intervention*. Amsterdam: Suvets e Zellinger; 1989. p. 233-52.
35. Sanchez-Craig M. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. *Br J Addiction* 1990; 85:169-77.
36. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of therapy individual and group self control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behav* 1980, 5:13-24.

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 21 de Agosto de 2002

Autoria: Marques ACPR, Ribeiro M

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves, Baltieri DA,
Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP,
Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastrí S, Nobre
MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista, nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência do Álcool” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver ou que já apresenta abuso ou dependência do álcool.

PROCEDIMENTOS:

- Avaliação do padrão de consumo;
- Rastreamento do risco associado ao uso;
- Diagnóstico da intoxicação aguda;
- Diagnóstico da síndrome de abstinência;
- Escolha do local de atendimento;
- Tratamento medicamentoso.

INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados ao consumo do álcool só podem ser comparados àqueles causados pelo consumo do tabaco e pela prática de sexo sem proteção¹(D). As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico²(B). Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes³(D). Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades. Eles devem ser investigados por todos os profissionais de saúde, em todos os pacientes. O diagnóstico precoce melhora o prognóstico entre esses indivíduos⁴(D). Aqueles que possuem um padrão nocivo de consumo devem ser motivados para a abstinência ou a adoção de padrões mais razoáveis de consumo. Para aqueles que possuem diagnóstico de dependência de álcool, o encaminhamento para um serviço de tratamento especializado deve ser recomendado.

A dependência de álcool acomete de 10% a 12% da população mundial¹(D) e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país, segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas⁵(B). É por isso, ao lado da dependência de tabaco, a forma de dependência que recebe maior atenção dos pesquisadores⁶(B). Muitas características, tais como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil podem influenciar o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência ao álcool⁷(A). A incidência de alcoolismo é maior entre os homens do que entre as mulheres⁸(D). O mesmo se repete entre os mais jovens, especialmente na faixa etária dos 18 aos 29 anos, declinando com a idade⁹(C).

Os dados citados acima estão em consonância com pesquisas conduzidas no Brasil: o álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas¹⁰(D). De acordo com a última pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) entre estudantes do 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras, as bebidas alcoólicas são consumidas por mais de 65% dos entrevistados, estando bem à frente do tabaco. Dentre esses, 50% iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade¹¹(B).

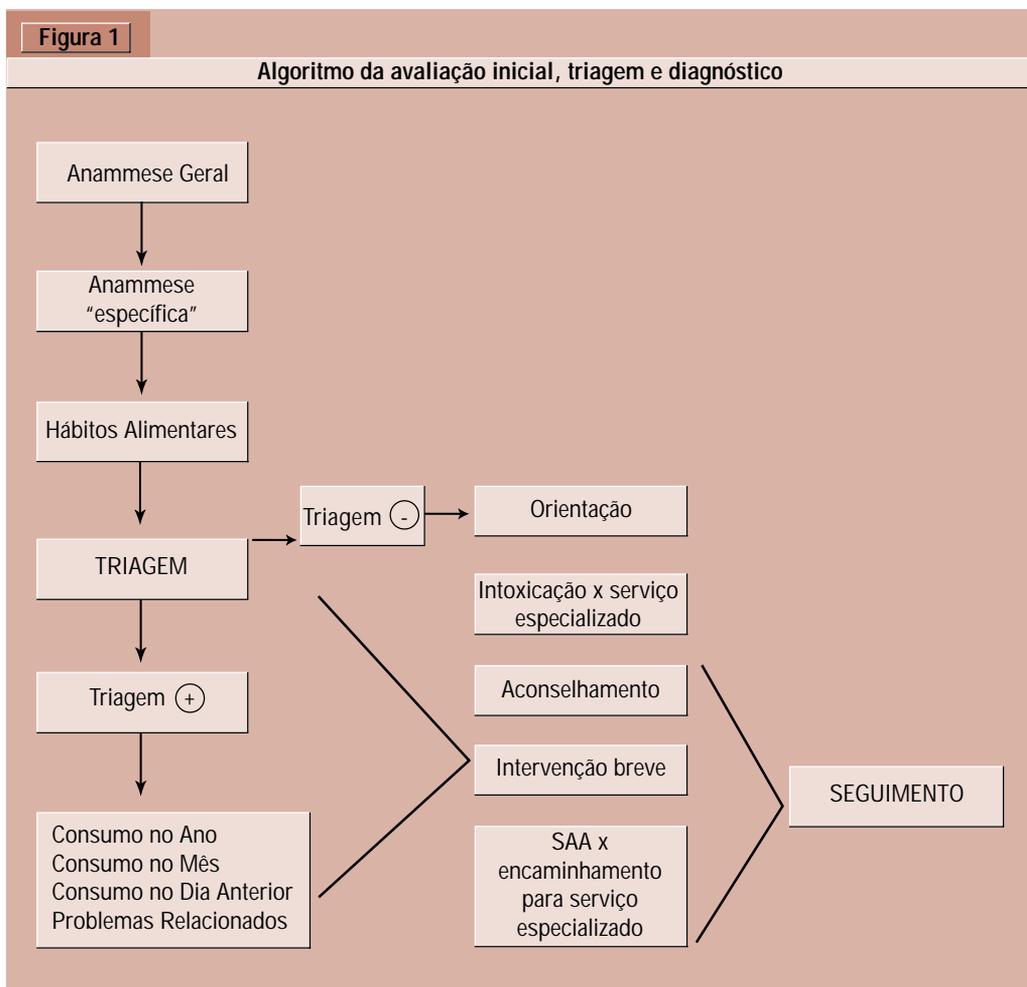
AVALIAÇÃO INICIAL, TRIAGEM E DIAGNÓSTICO

Há algumas considerações acerca do consumo de álcool que merecem atenção da prática clínica diária (Quadro 1). Para que sejam

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

contempladas, faz-se necessária a implementação de procedimentos de *avaliações e triagem por profissionais de saúde* dirigidas ao uso, abuso e dependência álcool.



Quadro 1

Considerações importantes acerca do consumo de álcool.
• Não existe consumo de álcool isento de riscos ¹² (D).
• O uso nocivo e a dependência de álcool são pouco diagnosticados ¹³ (D).
• A ênfase prática clínica geral diária está dirigida apenas às complicações clínicas do consumo ¹⁴ (D).
• A demora em fazer o diagnóstico piora o prognóstico ¹⁵ (D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

PADRÃO DE CONSUMO

O *padrão de consumo* de álcool é um aspecto relevante na avaliação inicial de qualquer paciente. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permite a observação de rituais de uso e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças. O Quadro 2 possibilita essa investigação.

Quadro 2

Equivalência das bebidas alcólicas



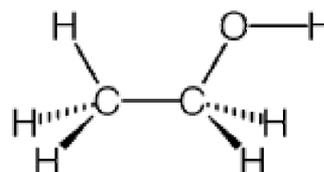
350 ml



80-140ml



40-50ml



Concentração sanguínea equivalente à dose de álcool ingerida de acordo com o peso corporal^(*)

Dose da bebida alcóolica

	60 kg	70 kg	80 kg
1 lata de cerveja 1 copo de vinho tinto 1 dose de uísque	0,27 g	0,22 g	0,19 g
2 latas de cerveja 2 copos de vinho 2 doses de uísque	0,54 g	0,44 g	0,38 g
3 latas de cerveja 3 copos de vinho 3 doses de uísque	0,81 g ^(**)	0,66 g ^(**)	0,57 g

(*) Concentração sanguínea de álcool *meia hora* após a ingestão da bebida alcóolica.

(**) Dosagem já superior ao limite permitido por lei (0,57 g de álcool por litro de sangue)

Fonte: Formigoni et al (1992). A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. Adaptado do Manual de triagem e avaliação inicial do Addiction Research Foundation, Toronto, Canadá.

O consumo de álcool é medido por unidades. Uma unidade equivale a 10 gramas de álcool. Para obter as unidades-equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar a quantidade da mesma por sua concentração alcóolica. Assim, chega-se à quantidade absoluta de álcool da bebida. Em seguida, é feita a conversão: uma unidade para cada 10g de álcool da bebida (Tabela 1).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Tabela 1

Unidades de álcool em cada dose de bebida				
Bebida	Volume	Concentração	Quantidade de álcool (volume x concentração)	Unidade (Quantidade: 10)
Vinho tinto	90ml	12%	11g	1,1u
Cerveja	350 ml	5%	17g	1,7u
Destilado	50ml	40%	20g	2,0u

Evidências a partir de registros populacionais e revisões sistemáticas de estudos de coorte e caso-controle mostram que qualquer dose de bebida alcoólica, por menor que ela seja, aumenta o risco de morte entre adolescentes e adultos jovens, numa relação dose dependente, ou seja, com o aumento da dose de bebida consumida, a mortalidade por todas as causas também aumenta entre os 16 e 34 anos de idade, tanto nas mulheres, como nos homens. Nas mulheres e homens mais velhos o consumo de doses menores está associado com menor mortalidade quando comparado com as pessoas da mesma idade que não bebem, ou bebem em maior quantidade. Os benefícios de sobrevivência associados ao álcool devem-se à redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares¹⁶(A). Os valores foram calculados tomando-se como base as informações coletadas na Inglaterra e País de Gales, no ano de 1997; em países como o Brasil, onde a mortalidade por doença cardiovascular é menor do que no Reino Unido, é provável que as doses de baixo risco sejam ainda menores.

TRIAGEM OU RASTREAMENTO

Em serviços de atenção primária à saúde, recomenda-se a aplicação de questionários de triagem para determinar a presença de uso nocivo ou de risco. O *CAGE* (Quadro 3) é um dos mais indicados. Este instrumento é de fácil aplicação¹⁵(D). Ele não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco, para os quais se deve propor uma intervenção. O *CAGE* possui boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas¹⁷(D). Acrescentando-se perguntas simples como: 1) você já teve problemas relacionados ao uso de álcool? e 2) você bebeu nas últimas 24 horas?, há um aumento da sensibilidade deste questionário para 92%¹⁸(B).

A partir desta avaliação inicial, critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID 10)¹⁹(D) podem ser aplicados para o diagnóstico diferencial entre abuso e dependência de álcool. A dosagem das enzimas hepáticas GGT, TGO e TGP, o volume corpuscular médio (VCM) e a transferrina (CDT)

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 3

Cut down/ Annoyed/ Guilty/ Eye-opener Questionnaire (CAGE)		
O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas.	0- NÃO	1- SIM
1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

foram propostos como possíveis *marcadores biológicos* da dependência de álcool. Todas estas etapas da avaliação fazem parte da fase mais importante do tratamento: o *diagnóstico multidimensional*. Dele dependerá o planejamento do tratamento e a intervenção subsequente²⁰(B).

INTOXICAÇÃO AGUDA

Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma²¹(D). A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia²²(D) (Quadro 4). O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação²¹(D).

A partir de 150 mg% de alcoolemia deve-se intervir²²(D). A maioria dos casos não requer tratamento farmacológico. De acordo com os sintomas e sinais, deve-se conduzir medidas gerais de suporte à vida (Quadro 4).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ALCÓOL

CONCEITO

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos pela CID-10¹⁹(D) e pelo DSM-IV²³(D) como *síndrome de abstinência do álcool* (SAA).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 4

Níveis plasmáticos de álcool (mg%), sintomatologia relacionada e condutas		
Alcoolemia mg%	Quadro clínico	Conduta
30	euforia e excitação alterações leves da atenção	Ambiente calmo Monitoramento dos sinais vitais
50	incoordenação motora discreta alteração do humor personalidade e comportamento	Ambiente calmo Monitoramento dos sinais vitais
100	incoordenação motora pronunciada com ataxia diminuição da concentração piora dos reflexos sensitivos piora do humor	Monitoramento dos sinais vitais Cuidados intensivos à manutenção das vias aéreas livres Observar risco de aspiração do vômito
200	piora da ataxia náuseas e vômitos	Internação Cuidados à manutenção das vias aéreas livres Observar risco de aspiração Administração intramuscular de tiamina.
300	disartria amnésia hipotermia anestesia (estágio I)	Internação Cuidados gerais para a manutenção da vida Administração intramuscular de tiamina
400	coma morte (bloqueio respiratório central)	Emergência médica Cuidados intensivos para a manutenção da vida Seguir diretriz apropriada para a abordagem do coma

BASES NEUROBIOLÓGICAS

A síndrome resulta de um processo neuroadaptativo do sistema nervoso central²⁴(D). Há dois tipos de adaptação²⁵(D). Frente à presença constante da substância, elas se estabelecem em busca de um novo equilíbrio (Figura 2). A adaptação de prejuízo é a diminuição do efeito da droga sobre a célula. A adaptação de oposição é a instituição de uma força no interior da célula, antagônica ao efeito da droga. A síndrome de abstinência aparece quando da remoção do álcool (Figura 3).

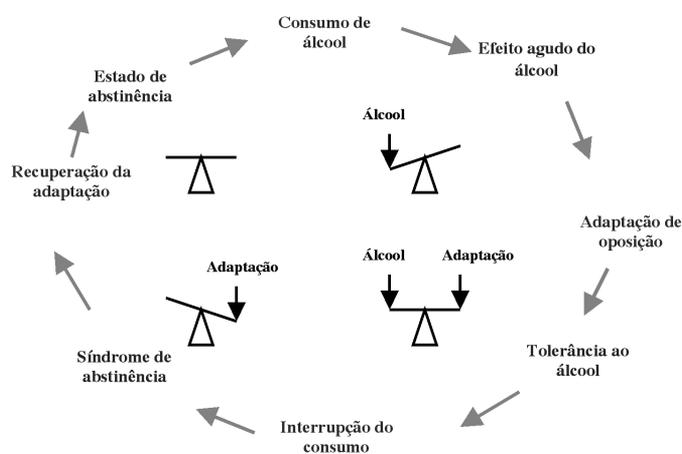
QUADRO CLÍNICO

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve a moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Ela se dá cerca de 24 e 36 horas após a última dose. Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos²⁷(B). Por volta de 5% dos dependentes apresentarão

Usuários de Substâncias Psicoativas Abordagem, diagnóstico e tratamento

Figura 2

Hipótese de Himmelsbach de neuroadaptação à presença de substâncias psicoativas



Fonte: Littleton JM (1998)²⁶ (D).

Figura 3

As bases neurobiológicas e a sintomatologia da SAA



uma síndrome de abstinência grave²⁸(B). A SAA é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias²⁹(D) (Figura 4). Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico³⁰(D). A mortalidade gira em torno de 1%²⁸(B).

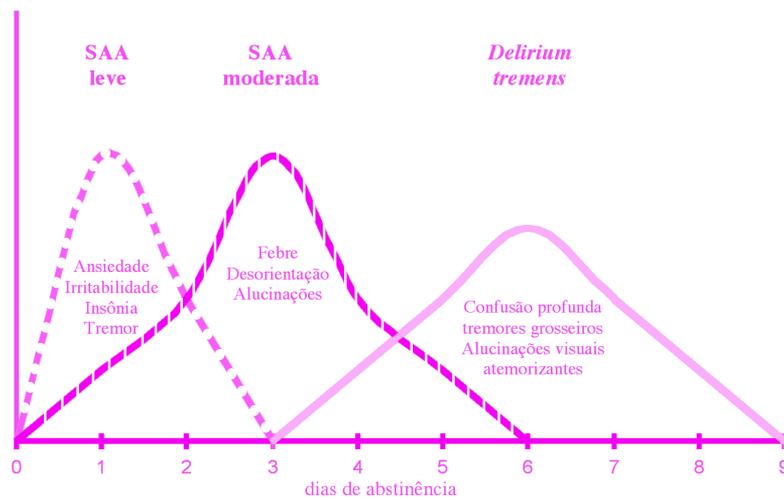
Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

A relação entre a interrupção do uso de bebida alcoólica e o aparecimento dos sintomas de tremores, alucinações e *delirium tremens* estão demonstrados na Figura 5.

Figura 4

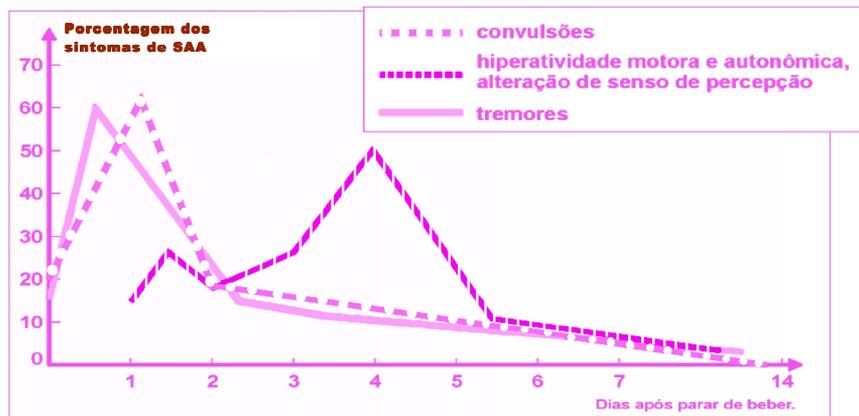
Gravidade e duração dos sinais e sintomas da SAA



Fonte: Freeland et al. (1993)²⁹(D)

Figura 5

Relação entre a interrupção do uso de bebida alcoólica e o aparecimento da Síndrome de Abstinência



Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

O sintoma de abstinência mais comum é o tremor³¹(D), acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Ele tem intensidade variável e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (< 38°C).

Os critérios diagnósticos para síndrome de abstinência do álcool, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (CID-10)¹⁹(D), encontram-se listados no Quadro 5.

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA SAA

Conforme exposto anteriormente, a síndrome de abstinência do álcool possui diferentes níveis de gravidade, que podem variar desde um quadro eminentemente psíquico (insônia, irritabilidade, piora das funções cognitivas) até outros, marcadamente autonômicos, com *delirium* e crises convulsivas.

A SAA pode ser avaliada segundo alguns preditores de gravidade: história pregressa de SAA grave; altos níveis de álcool no sangue sem sinais e sintomas de intoxicação; alcoolemia alta (300mg/dl); uso concomitante de sedativos; comorbidades e idade avançada³²(B).

Quadro 5

Critérios diagnósticos para síndrome de abstinência do álcool (SAA) - OMS
Estado de abstinência (F10.3)
A. Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, usualmente prolongado e/ou em altas doses.
B. Três dos sinais devem estar presentes:
(1) tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;
(2) sudorese;
(3) náusea, ânsia de vômitos ou vômitos;
(4) taquicardia ou hipertensão;
(5) agitação psicomotora;
(6) cefaléia;
(7) insônia;
(8) mal-estar ou fraqueza;
(9) alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias,
(10) convulsões tipo grande mal.
Se o delirium está presente, o diagnóstico deve ser estado de abstinência alcoólica com delirium (delirium tremens) (F10.4). Sem e com convulsões (F10.40 e 41).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 6

Clinical Withdrawal Assessment Revised – CIWA-Ar																									
Nome:	Data:																								
Pulso ou FC:	PA: Hora:																								
<p>1. Você sente um mal-estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Não</td></tr> <tr><td>1</td><td>Náusea leve e sem vômito</td></tr> <tr><td>4</td><td>Náusea recorrente com ânsia de vômito</td></tr> <tr><td>7</td><td>Náusea constante, ânsia de vômito e vômito</td></tr> </table>	0	Não	1	Náusea leve e sem vômito	4	Náusea recorrente com ânsia de vômito	7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito	<p>7. Você se sente nervoso (a)? (observação)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Não</td></tr> <tr><td>1</td><td>Muito leve</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>7</td><td>Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?</td></tr> </table>	0	Não	1	Muito leve	4	Leve	7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?								
0	Não																								
1	Náusea leve e sem vômito																								
4	Náusea recorrente com ânsia de vômito																								
7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito																								
0	Não																								
1	Muito leve																								
4	Leve																								
7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?																								
<p>2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Não</td></tr> <tr><td>1</td><td>Não visível, mas sente</td></tr> <tr><td>4</td><td>Moderado, com os braços estendidos</td></tr> <tr><td>7</td><td>Severo, mesmo com os braços estendidos</td></tr> </table>	0	Não	1	Não visível, mas sente	4	Moderado, com os braços estendidos	7	Severo, mesmo com os braços estendidos	<p>8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Não</td></tr> <tr><td>1</td><td>Muito leve</td></tr> <tr><td>2</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Moderado / grave</td></tr> <tr><td>5</td><td>Grave</td></tr> <tr><td>6</td><td>Muito grave</td></tr> <tr><td>7</td><td>Extremamente grave</td></tr> </table>	0	Não	1	Muito leve	2	Leve	3	Moderado	4	Moderado / grave	5	Grave	6	Muito grave	7	Extremamente grave
0	Não																								
1	Não visível, mas sente																								
4	Moderado, com os braços estendidos																								
7	Severo, mesmo com os braços estendidos																								
0	Não																								
1	Muito leve																								
2	Leve																								
3	Moderado																								
4	Moderado / grave																								
5	Grave																								
6	Muito grave																								
7	Extremamente grave																								
<p>3. Sudorese:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Não</td></tr> <tr><td>4</td><td>Facial</td></tr> <tr><td>7</td><td>Profusa</td></tr> </table>	0	Não	4	Facial	7	Profusa	<p>9. Agitação: (observação)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Normal</td></tr> <tr><td>1</td><td>Um pouco mais que a atividade normal</td></tr> <tr><td>4</td><td>Moderadamente</td></tr> <tr><td>7</td><td>Constante</td></tr> </table>	0	Normal	1	Um pouco mais que a atividade normal	4	Moderadamente	7	Constante										
0	Não																								
4	Facial																								
7	Profusa																								
0	Normal																								
1	Um pouco mais que a atividade normal																								
4	Moderadamente																								
7	Constante																								
<p>4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?</p>	<p>10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Orientado</td></tr> <tr><td>1</td><td>Incerto sobre a data, não responde seguramente</td></tr> <tr><td>2</td><td>Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias</td></tr> <tr><td>3</td><td>Desorientado com a data, com mais de 2 dias</td></tr> <tr><td>4</td><td>Desorientado com o lugar e pessoa</td></tr> </table>	0	Orientado	1	Incerto sobre a data, não responde seguramente	2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	3	Desorientado com a data, com mais de 2 dias	4	Desorientado com o lugar e pessoa														
0	Orientado																								
1	Incerto sobre a data, não responde seguramente																								
2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias																								
3	Desorientado com a data, com mais de 2 dias																								
4	Desorientado com o lugar e pessoa																								
<p>5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?</p>																									
<p>6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>Não</td></tr> <tr><td>1</td><td>Muito leve</td></tr> <tr><td>2</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Alucinações moderadas</td></tr> <tr><td>5</td><td>Alucinações graves</td></tr> <tr><td>6</td><td>Extremamente graves</td></tr> <tr><td>7</td><td>Continua</td></tr> </table>	0	Não	1	Muito leve	2	Leve	3	Moderado	4	Alucinações moderadas	5	Alucinações graves	6	Extremamente graves	7	Continua									
0	Não																								
1	Muito leve																								
2	Leve																								
3	Moderado																								
4	Alucinações moderadas																								
5	Alucinações graves																								
6	Extremamente graves																								
7	Continua																								
<p>Escore total</p>																									
<p>Critérios Diagnósticos: 0 – 9 SAA leve; 10 – 18 SAA moderada; > 18 SAA grave</p>																									

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quando o indivíduo apresenta a SAA é aconselhável aplicar a *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar). Trata-se de uma escala com 10 itens, cujo escore final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento da intervenção imediata. A aplicação da escala requer de 2 a 5 minutos (Quadro 6).

SAA Nível I

Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose. Instala-se em 90% dos pacientes e cursa com agitação, ansiedade, tremores finos de extremidades, alteração do sono, da senso-percepção, do humor, do relacionamento interpessoal, do apetite, sudorese em surtos, aumento da frequência cardíaca, pulso e temperatura. Alucinações são raras (Quadro 7).

SAA Nível II

É a SAA grave. Cerca de 5% dos pacientes evoluem do estágio I para o II. Isso se dá cerca de 48 horas da última dose. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e desorientação temporo-espacial (Quadro 8).

Quadro 7		Conjunto de Sintomas e sinais da SAA nível I	
Nível I – Leve/Moderada			
Ambulatório	BIO	Leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese facial discreta, relata episódios de cefaléia, náusea sem vômitos, sensibilidade visual; sem alteração da sensibilidade tátil e auditiva.	
	PSICO	O contato com o profissional de saúde está preservado; encontra-se orientado no tempo e espaço; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; não relata qualquer episódio de violência dirigido a si ou a outrem.	
	SOCIAL	Refere-se estar morando com familiares ou amigos, com os quais se relaciona regular ou moderadamente; atividade produtiva moderada, mesmo que atualmente esteja desempregado; a rede social ativa.	
	COMORBIDOS	Sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.	
Regular			
Domiciliar			

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 8

Conjunto de Sintomas e sinais da SAA nível II		
Nível II – Grave		
<pre> graph TD A[] --> B[Hospital] B --> C[Dia] B --> D[Integral] </pre>	BIO	Agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profunda; com cefaléia, náuseas com vômitos, hipersensibilidade visual; quadro epileptiformes recentes ou descritos a partir da história pregressa.
	PSICO	O contato com o profissional de saúde está alterado; encontra-se desorientado no tempo e espaço; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta uma ansiedade intensa; com episódio de violência contra si ou outrem; apresenta-se delirante, com pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável; observam-se alucinações táteis e/ou auditivas.
	SOCIAL	Refere-se estar morando só ou com familiares ou amigos, mas esse relacionamento está ruim; tem estado desempregado ou impossibilitado de exercer atividade produtiva; a rede social é inexistente ou apenas se restringe ao ritual de uso da substância.
	COMORBIDOS	Com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.

Em um estágio ainda mais grave, cerca 3% dos pacientes do estágio II chegam ao *Delirium Tremens* (DM), após 72 horas da última dose. O DM piora ao entardecer (*sundowning*). Há riscos com seqüelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal³³(A). Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternado da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes.

TRATAMENTO

Além do diagnóstico de cada caso, é necessária a checagem sobre a disponibilidade dos serviços de saúde em cada local. O ambulatório, além de menos custoso, não interrompe a vida do indivíduo, favorecendo sua permanência no trabalho e na vida familiar. A abordagem hospitalar destina-se àqueles com SAA nível II, por tratar-se de um ambiente protegido e mais seguro para manejar complicações. Neste

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

local a recuperação pode ser mais rápida, em função do controle e dos recursos disponíveis.

O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar pode determinar a escolha do local mais adequado: com escore igual ou maior que 20, o paciente deve ser encaminhado para uma unidade hospitalar (emergência) para internação. Escores menores permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial, dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local.

Manejo clínico e medicamentoso da SAA

O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes também está condicionado à gravidade da SAA. Pacientes com SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial. As consultas devem ser frequentes. O paciente e sua família devem ser orientados sobre a doença e a necessidade de buscarem uma sala de emergência caso haja agravamento clínico (Quadro 9).

Quadro 9	
Tratamento da SAA nível I	
Ambulatório e internação domiciliar	
1ª SEMANA	Cuidados gerais <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento adequado sobre SAA para o paciente e familiares. • Retornos frequentes ou visitas da equipe no domicílio por 3 a 4 semanas. • Contra-indicar a condução de veículos durante o uso de benzodiazepínicos. • Dieta leve ou restrita e hidratação adequada. • Repouso relativo em ambiente calmo desprovido de estimulação audio-visual. • Supervisão de familiar. • Encaminhamento para emergência se observar alteração da orientação temporo-espacial e/ou do nível de consciência.
	Farmacoterapia <p>Tiamina/dia: 300 mg intramuscular; Sedativos: depende do caso; Diazepam: de 20 a 40 mg dia/oral ou Clordiazepóxido: de 100 a 200 mg/dia/oral ou Lorazepam (hepatopatia associada): de 4 a 8 mg/dia/oral</p>
2ª E 3ª SEMANAS	Cuidados gerais <p>Redução gradual dos cuidados gerais.</p>
	Farmacoterapia <p>Tiamina: 300 mg/dia/oral; Sedativos redução gradual.</p>

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

O tratamento da SAA nível II é obrigatoriamente hospitalar. Isso deve-se ao estado confusional do paciente; à presença freqüente de complicações clínicas associadas; à necessidade de exames laboratoriais de controle e de manejo da dose dos medicamentos (Quadro 10).

Internação hospitalar

Por fim, alguns cuidados tornam-se necessários a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA (Quadro 11).

Quadro 10	
Tratamento da SAA nível II	
Internação hospitalar	
1ª SEMANA	Cuidados gerais <ul style="list-style-type: none">• Repouso absoluto.• Redução do estímulo audio-visual.• Monitorização da glicemia, eletrólitos e hidratação.• Dieta leve ou jejum.• Monitorização da evolução sintomatológica pela CIWA-Ar.
	Farmacoterapia Tiamina/dia: 300 mg intramuscular
	Farmacoterapia Tiamina/dia: 300 mg intramuscular Aumentar a dose em caso de confusão mental, ataxia, nistágmo (síndrome de Wernicke).
	Sedativos: Diazepam: 10-20 mg oral de /hora em hora ou Clordiazepóxido: 50 a 100 mg oral/hora em hora ou Lorazepam: 2-4 mg oral/hora em hora Se necessário, administrar diazepam endovenoso, 10 mg em quatro minutos com retaguarda para o manejo de parada respiratória.
2ª E 3ª SEMANAS	Cuidados gerais Redução gradual dos cuidados gerais.
	Farmacoterapia Tiamina: 300 mg/dia/oral; Sedativos redução gradual.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 11

Cuidados com a SAA

O que não fazer

Hidratar indiscriminadamente.
Administrar glicose.
Administrar Clorpromazina ou Fenil-hidantoína.
Aplicar Diazepam endovenoso, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória.

Manejo das complicações

CONVULSÕES

Diazepam: de 10 a 30 mg/dia oral ou 10 mg/ev na crise.

DELIRIUM TREMENS

Diazepam: 60 mg/dia oral ou

Lorazepam 12 mg/dia oral.

Associar, se necessário, haloperidol: 5 mg/dia oral ou

Clonidina: 0,1 a 0,2 mg/dia oral.

ALUCINOSE ALCOÓLICA

Haloperidol: 5 mg/dia

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol. Geneva: WHO, 1999. Available from: URL: http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm
2. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ (1994) Alcohol consumption and associated problems in a birth cohort of 15 year olds. N Zealand Med J 1994; 107:167-70.
3. Cherpitel C. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. Addiction 1993; 88:923-37.
4. Clark WD. Alcoholism: Blocks to diagnosis and treatment. Am Journal Med 1981; 71:271-86.
5. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. SENAD, 2002. Available from <http://obid.led.ufsc.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ= 1&Id EC= 212&Id Conteudo= 747>
6. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990; 264:2511-8.
7. Vaillant GE. A long term follow-up of male alcohol abuse. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:243-9.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

8. Fillmore KM. Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function age: a longitudinal and cohort analysis. *Br J Addict* 1987; 82:801-81.
9. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Locke BZ. The incidence of specific DIS/DSM III mental disorders: data from the the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiat Scand* 1989; 79: 163-78.
10. Pinsky I, Laranjeira R. O fenômeno do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo: revisão da literatura. *Rev. ABP-APAL* 1998; 20:160-5.
11. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
12. Romelsjo A. Alcohol consumption and unintentional injury, suicide violence, work performance and intergeneration effects. In: Holder HD, Edwards G, editors. *Alcohol and public policy: evidence and issues*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 114-42.
13. Donovan DM. *Assessment Strategies and Measures in Addictive Behaviors*. In Case Identification, assesment and treatment planing; 1998.
14. Lubin B, Brady K, Woodward L, Thomas EA (1986). Graduate professional training in alcoholism and substance abuse: 1984. *Professional Psychology: research and Practice*, 17, 151-4.
15. Institute of Medicine IOM. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
16. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ* 2002; 325:191.
17. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American J Psychiatry* 1974; 127:1121-3.
18. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *JAMA* 1988; 259:51-4.
19. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: ARTMED; 1993. p. 69-82.
20. Anton RF, Moak DH. Carbohydrate-deficient transferrin and γ -glutamyltransferase as markers of heavy alcohol consumption: gender differences. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18:747-54.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

21. Victor M. The effects of alcohol on the nervous system. In: Mendelson JH, Mello NK, editors. The medical diagnosis and treatment of alcoholism. New York: McGraw-Hill; 1992. p. 201-62.
22. Herrington RE. Alcohol abuse and dependence: Treatment and rehabilitation. In: Herrington RE, Jacobson G, Benzer D, editors. Alcohol and Drug Abuse Handbook. St. Louis: Warren H. Green; 1987. p. 180-219.
23. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: ARTMED; 1994.
24. Liskow BI, Goodwin DW. Pharmacological treatment of alcohol intoxication withdrawal and dependence: a critical review. *J Stud Alcohol* 1987; 48:356-70.
25. Littleton JM. Tolerance and physical dependence on alcohol at the level of synaptic membranes – a review. *J R Soc Med* 1983; 76:593-601.
26. Littleton JM. Neurochemical mechanisms Underlying Alcohol Withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22:13-24.
27. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. *J Clin Psychopharmacol* 1981; 1:382-7.
28. Saitz R, Friedman LS, Mayo-Smith MF. Alcohol withdrawal: a nationwide survey of patient treatment practices. *J Gen Int Med* 1995; 10:479-87.
29. Freedland ES, McMichen DB. Alcohol-related seizures, Part II: Clinical presentation and management. *J Emerg Med* 1993; 11:605-18.
30. Ellenhorn MJ. The Alcohols. In: Hall JB, Schmidt GA, Wood LHD, editors. Principles of critical care. New York: McGraw-Hill; 1992. p. 2080-93.
31. Miller NS. Principles of Addiction Medicine. Maryland: American Society of Addiction Medicine; 1994.
32. Kraemer KL, Mayo-Smith MF, Calkins DR. Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal. *Arch Intern Med* 1997; 27; 157:2234-41.
33. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997; 278:144-51.

3

Nicotina

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 21 de Agosto de 2002

Autoria: Marques ACPR, Ribeiro M

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Baltieri DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastrí S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência da Nicotina” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência da nicotina.

PROCEDIMENTOS:

- Avaliação rápida do uso do tabaco;
- Diagnóstico de abstinência de nicotina;
- Avaliação da gravidade da dependência;
- Intervenção mínima para o dependente;
- Estratégia motivacional dos prós e contras;
- Abordagem do craving ou fissura;
- Farmacoterapia.

INTRODUÇÃO

O consumo do tabaco é um dos maiores problemas de saúde pública, de proporções internacionais. A planta, de origem americana, chegou à Europa no século XVI. Seu consumo já esteve associado a comportamentos sociais que iam do *glamour* à rebeldia. O combate ao fumo e seus malefícios ganhou fôlego apenas nos últimos vinte anos. Além da abordagem preventiva, novas técnicas terapêuticas e farmacoterápicas efetivas foram desenvolvidas, tornando o tratamento desta dependência bastante promissor e digno de atualização.

O consumo diário de cigarros atinge 20,3% da população paulista, o correspondente a 3.019.000 pessoas¹(B). O cigarro e outras formas de uso do tabaco são capazes de provocar dependência, decorrente da ação da nicotina. Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência de nicotina são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas como a heroína e a cocaína²(D).

A idade média de início de consumo está entre 13 e 14 anos, mas a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade³(A), o uso das demais drogas entre os adolescentes declina com a idade. Isso, no entanto, acontece com o tabaco⁴(D). Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por mais de seis semanas irão continuar fumando por mais 30 anos e que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar criam dependência decorrente do uso problemático⁵(D).

Embora o primeiro uso do cigarro seja tipicamente marcado por efeitos desagradáveis como: dor de cabeça, tonturas, nervosismo, insônia, tosse e náusea, estes efeitos diminuem rapidamente⁶(D). Isso possibilita novas tentativas até que se desenvolva tolerância à droga, estabelecendo um padrão típico de consumo diário. Num período que pode ser de apenas alguns meses, alguns fumantes já começam a apresentar os primeiros sintomas de uma síndrome de abstinência⁷(D). Os sintomas e a magnitude da síndrome de abstinência podem persistir por meses e, dependendo de sua gravidade, são pouco tolerados⁸(D).

A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante⁹(D). Entre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte: doenças cardiovasculares (43%); câncer (36%); doenças respiratórias (20%) e outras (1%)¹⁰(D).

Com a queima de um cigarro há liberação de nicotina. A substância é a responsável pela dependência do tabaco. Trata-se de uma amina terciária volátil, capaz de estimular, deprimir ou perturbar o sistema nervoso central e todo o organismo, dependendo da dose e da frequência com que é utilizada¹¹(D). O mesmo processo produz monóxido de carbono, dezenas de outros produtos tóxicos, responsáveis pela alteração da oxigenação dos tecidos.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

As ações da nicotina no sistema nervoso central são mediadas por receptores nicotínicos, a maioria destes receptores iônicos, distribuídos por todo o cérebro e coluna vertebral. Os periféricos estão em gânglios autonômicos, na supra-renal, nos nervos sensitivos e na musculatura esquelética¹²(D).

Existem também outros aspectos relacionados ao uso do tabaco na adolescência, como: o uso do tabaco por pais, colegas mais velhos e influência da mídia, considerados fatores preditores de consumo¹³(D).

DIAGNÓSTICO

O consumo de tabaco geralmente começa na adolescência. Quanto mais precoce o início, maiores serão a gravidade da dependência e os problemas a ela associados¹⁴(B). Assim, todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde devem ser questionados quanto ao hábito de fumar¹⁵(B) (Quadro 1). Os que fumam devem ser aconselhados a interromper o uso de tabaco¹⁶(D). Caso não seja possível aconselhar adequadamente, é melhor encaminhar o fumante para um serviço especializado¹⁷(D).

Quadro 1

Perguntas essenciais para uma avaliação rápida do uso do tabaco
• Presença do uso de tabaco (nunca, eventual, freqüente)
• Quantidade de cigarros fumada por unidade de tempo
• Tentativas anteriores para interromper o hábito (número de vezes, tempo de abstinência).

Recomenda-se a utilização da CID-10 para o diagnóstico da síndrome de dependência de nicotina¹⁸(D). Os critérios do mesmo manual podem ser utilizados para o diagnóstico da síndrome de abstinência da nicotina (Quadro 2).

O “Questionário de Tolerância de Fagerström” pode ser aplicado para a avaliação da gravidade da dependência à nicotina¹⁹(D) (Quadro 3). Os pacientes mais graves deverão receber mais recursos para auxiliar o tratamento, principalmente em relação à síndrome de abstinência²⁰(C).

TRATAMENTO

A escolha do melhor tratamento depende de uma boa avaliação inicial. Tanto os fatores extrínsecos do modelo disponível, das condições socioeconômicas, quanto os intrínsecos, da motivação do paciente e do diagnóstico, devem ser levados em consideração²¹(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 2

Diretrizes diagnósticas do CID 10 para estado de abstinência de nicotina F15.3	
Um conjunto de sintomas, de agrupamentos e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa de nicotina, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou de altas doses daquela substância. O início e curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados ao tipo de substância e a dose que vinha sendo utilizada imediatamente antes da abstinência.	
Perturbações psicológicas: Humor disfórico ou deprimido insônia Irritabilidade, frustração ou raiva ansiedade, Inquietação, dificuldade para concentrar-se	Perturbações físicas: Freqüência cardíaca diminuída Aumento do apetite ou ganho de peso

Quadro 3

Questionário de Tolerância de Fagerström	
Fumante?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
1- Quanto tempo, depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?	
0 Após 60 minutos 1 31-60 minutos	2 6-30 minutos 3 Nos primeiros 5 minutos
2- Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?	
0 Não	1 Sim
3- Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	
0 Qualquer um	1 O primeiro da manhã
4- Quantos cigarros você fuma por dia?	
0 10 ou menos 1 11 a 20	2 21 a 30 3 31 ou mais
5- Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
0 Não	1 Sim
6- Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	
0 Não	1 Sim
Pontuação	
1 Leve	0 a 4
2 Médio	5 a 7
3 Alto	8 a 10

Técnicas de abordagem

O tratamento pode ser definido a partir do consumo de cigarros e dos problemas associados, levando-se em consideração a disponibilidade de intervir de

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

cada local²²(D). Os métodos de tratamento de primeira linha são a terapia de reposição de nicotina e a terapia comportamental breve em grupo²³(A). Os grupos de auto-ajuda e outros medicamentos são considerados de segunda linha e podem ser coadjuvantes efetivos. A associação de mais de um recurso melhora a efetividade do tratamento²⁴(D).

Nos serviços de atendimento primário, um aconselhamento mínimo²⁵(A) (Quadro 4) pode ser aplicado com dois objetivos: orientar aqueles que desejem parar de fumar ou motivar aqueles que não quiserem largar o cigarro. As sessões de aconselhamento podem ser mínimas (3 minutos); de baixa intensidade (de 3 a 10 minutos) e intensivas (de 10 a 30 minutos)²⁶(D).

Caso o fumante não esteja interessado em interromper o uso, estratégias motivacionais devem ser implementadas. A estratégia de “Prós e Contras” é um dos exemplos (Quadro 5).

Quadro 4

Intervenção mínima para o dependente de nicotina

Ideal para ser realizada pelo médico generalista, em qualquer local de atendimento.

- Perguntar sobre o consumo diário de tabaco e problemas associados a este consumo.
- Investigando o desejo do paciente de interromper o consumo.
- Aconselhar a cessação do uso.
- Oferecer assistência durante o processo.
- Efetuar o seguimento.

Quadro 5

Estratégia motivacional dos prós e contras

Recompensas ou vantagens

- Melhora a saúde
- Paladar e olfato estarão mais aguçados
- Fará economia
- A casa, as roupas, o carro e o seu hálito terão melhor odor
- Você poderá se despreocupar sobre parar de fumar
- Você será um bom exemplo para as crianças
- Seus filhos terão mais saúde
- Você não mais se preocupará em expor os outros ao tabaco
- Você se sentirá melhor fisicamente
- Sua performance nas atividades físicas melhorará
- Você reduzirá o envelhecimento de sua pele, diminuindo as rugas

Riscos ou desvantagens

- Agudos: dificuldade respiratória, asma, impotência, infertilidade, alterações no feto.
- Crônicos: acidentes vasculares hemorrágicos e infarto, câncer de laringe, boca, faringe, esôfago, pâncreas, baço.
- Bronquite crônica e enfisema.
- Ambientais: aumento de câncer nos cônjuges, taxas altas de filhos que fumarão, que nascerão com baixo peso, asma, doenças do ouvido médio e respiratórias.

Abordagem do *craving* ou fissura

Em todos os tratamentos, a abstinência é a meta mais importante e a mais difícil de ser mantida²⁷(A). A maioria dos fumantes em tratamento recai em poucos dias²⁸(A). A abordagem de um dos sintomas mais proeminentes da síndrome de abstinência, o *craving* ou “fissura”, deve ser cuidadosamente considerada, já que este é o maior obstáculo para parar de fumar²⁹(D) (Quadro 6).

FARMACOTERAPIA

Terapia de substituição da nicotina

Como já foi descrito, o único tratamento farmacológico considerado de primeira linha licenciado na Inglaterra é a *Terapia de Substituição da Nicotina*. Ela tem como objetivo aliviar os sintomas da síndrome de abstinência da substância³¹(D).

Qualquer profissional de saúde treinado pode aplicar a terapia de reposição ou substituição com nicotina para os pacientes que consomem mais de 10 cigarros/dia³²(D). Ela é considerada um método seguro no tratamento da dependência de nicotina, o mais popular e o menos dispendioso³³(D). Quando comparada com placebo, é a mais efetiva, diminuindo a taxa de recaídas³⁴(A). Este tratamento pode ser aplicado por meio de quatro formas de apresentação³⁵(B). No Brasil estão disponíveis apenas o *adesivo de nicotina* e a *goma de mascar*.

O adesivo de nicotina é mais indicado por ter menos efeitos colaterais. A dose inicial preconizada é de 15mg de nicotina por dia³⁶(A). Para fumantes pesados, 25 cigarros ou mais por dia, a dose inicial pode ser maior³⁷(A). No Brasil estão disponíveis adesivos com 7, 14, 21 mg de nicotina ativa. Os adesivos devem ser trocados diariamente. A utilização é feita por um prazo médio de 8 semanas³⁸(A). A redução da dose é progressiva e pode durar até 1 ano³⁹(D).

A goma de mascar encontrada no Brasil contém 2 mg de nicotina ativa por unidade. A média de consumo é de 10 gomas por dia, podendo chegar até 20. Pode produzir irritação da língua e da cavidade oral. Tais efeitos colaterais, no entanto, são menos prejudiciais, se comparados ao custo decorrente do consumo diário de um maço de cigarros⁴⁰(B).

Apesar da terapia de substituição da nicotina ser considerada muito mais segura do que fumar, há algumas contra-indicações a sua aplicação que precisam ser observadas⁴¹(D). Este método não deve ser indicado para grávidas, para menores de 18 anos e para aqueles pacientes portadores de doenças cardiovasculares instáveis como infarto do miocárdio recente, angina instável ou determinadas arritmias⁴²(A).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 6

Como ajudar o paciente a lidar com a fissura³⁰(D)

- **Explique ao paciente o que é a fissura.**

Trata-se de uma situação comum. A fissura se manifesta na forma de um mal-estar súbito (disforia), com sintomas ansiosos e por vezes uma idéia fixa de que aquilo só passará após o consumo. Não significa que há algo errado com ele, tampouco que ele quer voltar a usar. A fissura é resultado de neuroadaptações sofridas pelo sistema nervoso.

- **A fissura é autolimitada.**

É importante que o paciente saiba disso. Na verdade, qualquer episódio se resolve em menos de uma hora, caso a pessoa permaneça abstinente. Conseguir atravessar um episódio, fortalece a pessoa para o segundo.

- **Há vários tipos de fissura.**

Para muitos a fissura é puramente somática (“sinto algo em meu estômago”, “meu coração dispara”). Para outros, é cognitiva (“não consigo tirar a idéia de usar da cabeça”). Há, ainda, aqueles que a sentem de modo mais afetivo (“sinto um tédio enorme”).

- **Muitas pessoas não percebem ou negam a presença da fissura.**

Isso as faz agir de modo impulsivo muitas vezes. Identificar que a fissura está na base de muitas atitudes impensadas, ajuda o paciente a estabelecer o controle sobre si e seu consumo.

- **A fissura é desencadeada por gatilhos. Evite-os.**

Gatilhos são situações, locais, lembranças que desencadeiam fissura. Procure mapear as principais situações de risco com o paciente e oriente-o a evitá-los.

- **Maneiras de lidar com a fissura.**

1. Distração. Prepare uma lista do que pode ser feito nessa hora (atividade física, arrumação do quarto...).
2. Conversar com alguém sobre ela. Eleja pessoas de fácil acesso e confiança para ligar.
3. “Entrar” na fissura. Vivenciar as fases da fissura (pico, súbito e descendente).
4. Lembrar as conseqüências negativas do consumo, que levaram o paciente a buscar a abstinência.
5. Conversar consigo. Fazer uma contraposição aos pensamentos que o estimulam ao consumo nessa hora.

A terapia de substituição da nicotina deve ser acompanhada de aconselhamento. Não há necessidade de que este seja intensivo. O método tem produzido resultados positivos quando aplicado em adultos sem outras comorbidades⁴³(B).

Farmacoterapia para redução da fissura

A bupropiona é o tratamento de primeira linha nos Estados Unidos (Quadro 7). Ela está indicada para adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Para fumantes com depressão a indicação ainda é mais precisa. Comparada com placebo, apresentou um período de abstinência duas vezes maior e o ganho do peso menor⁴⁴(A).

Quadro 7

Bupropiona
A bupropiona é um antidepressivo. Ela atua como bloqueadora da recaptção dopamina e noradrenalina. O aumento dos níveis de dopamina parece estar diretamente relacionado à diminuição da "fissura" ou <i>craving</i> ⁴⁵ (D).

Inicia-se a bupropiona duas semanas antes da cessação. A dose inicial é de 150 mg por dia até o terceiro dia, passando em seguida para 300 mg. O tratamento pode ter duração de 7 a 12 semanas. A associação entre a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona tem resultado em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente⁴⁶(A). A bupropiona possui algumas contra-indicações⁴⁷(A) (Quadro 8) absolutas, que devem ser sempre e cuidadosamente investigadas.

Quadro 8

Contra-indicações ao uso da bupropiona
<ul style="list-style-type: none">• Condições que impliquem em risco de crises convulsivas Episódios anteriores Traumatismo crânioencefálico Retirada recente de álcool• Transtorno bulímico ou anorexia nervosa• Uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase (IMAO)• Uso concomitante de compostos contendo bupropiona

A clonidina e a nortriptilina são consideradas intervenções de segunda linha. Elas estão indicadas para aqueles que se tornaram inelegíveis ou não se beneficiaram do tratamento com bupropiona⁴⁸(D)⁴⁹(A). O Quadro 9 resume a abordagem ao fumante.

A associação entre psicoterapia e de farmacoterapia tem se mostrado a intervenção mais efetiva⁵⁰(B). A terapia comportamental e a reposição de nicotina aparecem como a associação mais indicada⁵¹(D). Materiais didáticos de auto-ajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais ajudam a melhorar a efetividade do tratamento⁵²(A). A utilização de tratamentos alternativos como acupuntura e hipnose tem sido estudada, mas os resultados têm se mostrado pouco efetivos⁵³(A).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 9

Farmacoterapia para o tratamento da dependência de nicotina

Farmacoterapia de 1ª linha

Terapia de Reposição de Nicotina

Adesivo de Nicotina:

Duração do tratamento: 6 a 8 semanas

Apresentação: Adesivos com 14 e 21 mg.

Dosagem: Fumante de < 20 cigarros/dia = 14-21 mg/dia.

Fumante de 20-40 cigarros/dia = 21-35 mg/dia.

Fumante de > 40 cigarros/dia = 42-44 mg/dia.

Contra-indicações: Menores de idade, grávidas e idosos com doenças cardiovasculares ativas

Goma de mascar:

Duração do tratamento: 8 a 12 semanas.

Apresentação: Tabletes com 2 mg cada.

Dosagem: 10 a 15 tabletes/dia (dosagem inicial)

Contra-indicações: Menores de idade, grávidas e idosos com doenças cardiovasculares ativas.

Bupropiona:

Duração do tratamento: 7 a 12 semanas

Apresentação: Comprimidos 150mg

Dosagem: Dose inicial de 150 mg ao dia por 3 dias.

A partir do quarto dia: 150 mg pela manhã e 150 mg oito horas após a primeira dose.

Contra-indicações: Antecedente de crises epiléticas, bulimia, anorexia nervosa, uso de IMAO.

Farmacoterapia de 2ª linha

Indicada para aqueles que não se beneficiaram da terapia de reposição ou da bupropiona.

Clonidina:

Duração do tratamento: 2 a 6 semanas

Dosagem: 0,1-0,4 mg/dia (dose inicial), com ajustes ao longo do tratamento.

Nortriptilina:

Duração do tratamento: 7 a 12 semanas

Dosagem: 75 mg/dia (dose inicial), com ajustes ao longo do tratamento.

Se todas estas ações falharem, o paciente deve ser encaminhado a um especialista. Para estes pode estar indicada uma abordagem mais intensiva, com intervenções mais estruturadas e associadas a outras medicações⁵⁴(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

REFERÊNCIAS

1. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo, AS, Carlini EA. I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP); 1999.
2. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Rockville: Public Health Service, Office on Smoking and Health; 1988.
3. Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett LS. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine* 1999; 29:327-33.
4. Barton J. Young teenagers and smoking in 1997. A report of the key findings from the Teenage Smoking Attitudes Survey carried out in England in 1997. London: Office for National Statistics; 1998.
5. McNeill AD. The development of dependence on smoking in children. *Brit J Addict* 1991; 86:589-92.
6. Perkins KA. Metabolic effects of cigarette smoking. *J Appl Physiol* 1992; 72:401-9.
7. Hughes JR, Gust S W, Skoog K, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco withdrawal. A replication and extension. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:52-9.
8. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Brit J Addict* 1991; 86:1119-27.
9. Cigarette smoking and health. American Thoracic Society. *Am J Resp Crit Care Med* 1996; 153:861-5.
10. Centers for Disease Control and Prevention Cigarette smoking and health among adults. United States, 1993. *MMWR* 1994; 43:925-30.
11. Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *J Consul Clin Psychol* 1993; 61:743-50.
12. Sargent PB. The diversity of neuronal nicotinic acetylcholine receptors. *Annu Rev Neurosc* 1993; 16:403-43.
13. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Rockville: US Department Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

14. Lando HA, Thai DT, Murray DM, Robinson LA, Jeffery RW, Sherwood NE, Hennrikus DJ. Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Prev Med* 1999; 29:590-8.
15. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatzianandreu EJ, Newcomb PA, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263:2760-5.
16. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD; 2000.
17. Foulds J. Strategies for smoking cessation. *Br Med Bull* 1996; 52:157-73.
18. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines; 1992.
19. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12:159-82.
20. Moolchan ET, Radzius A, Epstein DH, Uhl G, Gorelick DA, Cadet JL, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and the Diagnostic Interview Schedule: do they diagnose the same smokers? *Addict Behav* 2002; 27:101-13.
21. Haxby DG. Treatment of nicotine dependence. *American Health System Pharm* 1995; 52:265-81
22. Jarvik ME, Henningfield JE. Pharmacological adjuncts for for the treatment of tobacco dependence. In: *Nicotine addiction: Principles and Management*. Edited by Orleans CT, Slade J. New York: Oxford University Press; 1993, pp 245-61.
23. Foulds J, Stapleton J, Hayward M, Russell MA, Feyerabend C, Fleming T, et al. Transdermal nicotine patches with low-intensity support to aid smoking cessation in outpatients in a general hospital. *Archives Fam Med* 1993; 2:417-23.
24. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax*. 53:S1-S19.
25. Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 1999.
26. Hurt RD. Treat tobacco dependence and “bend the trend”. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77:367.
27. Cinciripini PM, Lapitsky L, Seay S, Wallfisch A, Kitchinsk K, Van Vunakis H. The effects on smoking schedules on cessation outcome: can we improve on common methods of gradual and abrupt nicotine withdrawal. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:388-99.
28. Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259:2883-9.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

29. Tiffany ST, Drobes DJ. The development and initial validation of a questionnaire of smoking urges. *Brit J Addict*; 1991; 86:1467-76
30. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Coping with craving. In: *Therapy manuals for drug addiction* [online]. Available from: URL: <http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html>.
31. Benowitz NL. Nicotine replacement therapy. What has been accomplished-can we do better? *Drugs* 1993; 45:157-70.
32. Hughes JR. Risk-benefits of nicotine preparations in smoking cessation. *Drug Saf* 1993; 8:49-56.
33. Benowitz NL. Toxicity of Nicotine: implications with regard to nicotine replacement therapy. In: Pomerleau OF, Pomerleau CS, Fagerstrom KO, Henningfield JE. *Nicotine replacement: a critical evaluation*. New York: Alan R. Liss; 1988. p. 187-217.
34. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343:139-42.
35. Fagerström KO. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993; 111:271-7.
36. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JAMA* 1992; 268:2687-94.
37. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lawson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274:1353-62.
38. Stapleton JA, Russell MA, Feyrabend C, Wiseman S, Gustavsson G, Sawe U, et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 1995; 90:31-42.
39. Henningfield JE. Do nicotine replacement medications work? A unique standard for nicotine. *Addiction* 1994; 89:434-6.
40. Hurt RD, Offord KP, Lauger GG, Marusic Z, Fagerstrom K, Enright PL, et al. Cessation of long-term nicotine gum use - a prospective, randomized trial. *Addiction* 1995; 90:407-13.
41. Benowitz NL. *Nicotine safety and toxicity*. New York: Oxford University Press; 1998.
42. Cupples ME, McNight A. Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. *BMJ* 1994; 309:993-6.
43. Alterman AI, Gariti P, Cook TG, Cnaan A. Nicodermal patch adherence and its correlates. *Drug Alcohol Depend* 1999; 53:159-65.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

44. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale JC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-202.
45. Goldstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:66-72.
46. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685-91.
47. Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M, Elash CA, Gwaltney CJ, Paty JA, et al. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. *Psychopharmacology* 2000; 148:33-40.
48. Humfleet G, Hall S, Reus V, Sees K, Mufloz R, Triffleman E. The efficacy of nortriptyline as an adjunct to psychological treatment for smokers with and without depressive histories, in *Problems of Drug Dependence*, In: Adler M, editor. NIDA Research Monograph, Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1996.
49. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 4:CD000031.
50. Cinciripini PM, Cinciripini LG, Wallfisch A, Haque W, Van Vunakis H. Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: effects on cessation outcome, affect, and coping. *J Consult Clinical Psychol* 1996; 64:314-23.
51. Hughes JR. Combining behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation: an update. In: Onken LS, Blaine JD, Boren JJ. *Integrating Behavior Therapy with Medication in the Treatment of Drug Dependence (NIDA Research Monograph 150)*. Rockville: National Institute on Drug Abuse; 1995. p. 92-109.
52. Reid RD, Pipe A, Dafoe WA. Is telephone counselling a useful addition to physician advice and nicotine replacement therapy in helping patients to stop smoking? A randomized controlled trial. *CMAJ* 1999; 160:1577-81.
53. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Ver* 2000; 2:CD001008.
54. Pine D, Sullivan S, Conn SA, David C. Promoting tobacco cessation in primary care practice. *Prim Care* 1999; 26:591-610.

4

Anfetamina

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 21 de Agosto de 2002

Autoria: Ribeiro M, Marques ACPR

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Baltieri DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre "Abuso e Dependência das Anfetaminas" foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.

C: Relatos ou séries de casos.

D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral ou primário a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência das anfetaminas.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecimento dos tipos de usuários;
- Diagnóstico:
 - Quadros agudos;
 - Síndrome de abstinência.
- Tratamento das:
 - Complicações crônicas;
 - Dependência.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

INTRODUÇÃO

As anfetaminas foram sintetizadas na década de 30. O propósito era o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, então denominado hiperatividade ou disfunção cerebral mínima. Atualmente, existem indicações para o tratamento da transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, da narcolepsia e da obesidade com restrições¹(D). Nos últimos 20 anos, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não-médicos (Quadro 1). A mais conhecida e utilizada no Brasil é a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), o *ecstasy*, uma metanfetamina inicialmente identificada com os *clubbers* e suas festas, conhecidas por *raves*.

Anfetaminas de uso médico e não-médico	
Anfetaminas de uso médico nome do princípio ativo	Anfetaminas de uso não-médico nome do princípio ativo (nome corrente)
d-anfetamina metanfetamina HCl fenfluramina metilfenidato pemolide fenproporex mazindol dietilpropiona anfeparamona	3,4-metilenedioxi-metanfetamina - MDMA (ecstasy) 4-metilaminorex (ice) derivado metanafetaminico (crystal)

Fonte: Ellenhorn et al (1997) ²(D)

O consumo no Brasil é pouco conhecido. Um estudo com adultos de uma cidade brasileira mostrou uma prevalência de 1,3%, sendo que 80% destes usuários possuía prescrição médica para consumir esta substância³(B). Entre estudantes, o uso das anfetaminas é eminentemente feminino, provavelmente com o intuito de perder peso⁴(D). Desse modo, nota-se a existência de diferentes tipos de usuários, cujo consumo de anfetamina tem propósitos diversos⁵(D) (Quadro 2):

As anfetaminas são estimulantes do SNC, capazes de gerar quadros de euforia, provocar a vigília, atuar como anorexígenos e aumentar a atividade autonômica dos indivíduos⁶(D) (Quadro 3). Algumas são capazes de atuar no sistema serotoninérgico, aumentando a liberação do neurotransmissor na sinapse ou atuando como agonista direto. Essa propriedade parece ser a responsável pelos efeitos alucinógenos de algumas anfetaminas: o *ecstasy* (MDMA) e similares têm grande afinidade pelos receptores serotoninérgicos 5HT e 5HT₂⁷(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 2

Tipos de usuários de anfetamina	
Usuários instrumentais	Consomem anfetamina com objetivos específicos, tais como: melhorar o desempenho no trabalho e emagrecimento.
Usuários recreacionais	Consomem anfetamina em busca de seus efeitos estimulantes.
Usuários crônicos	Consomem anfetamina com a finalidade de evitar o desconforto dos sintomas de abstinência.

Fonte: OMS (1997) ⁵(D)

Quadro 3

Sinais e sintomas do consumo de anfetaminas
<ul style="list-style-type: none">• Redução do sono e do apetite• Aceleração do curso do pensamento• Pressão de fala (verborragia)• Diminuição da fadiga• Euforia• Irritabilidade• Midríase• Taquicardia• Elevação da pressão arterial.

COMPLICAÇÕES AGUDAS

Quadros ansiosos agudos, com sintomas de inquietação, podem aparecer na intoxicação aguda ou overdose. Irritabilidade, tremor, ansiedade, labilidade do humor, cefaléia, calafrios, vômitos, sudorese e verborragia podem acompanhar este estado, que necessitará de farmacoterapia⁸(D). Ansiolíticos benzodiazepínicos podem ser prescritos em doses usuais⁹(D).

O uso endovenoso (pouco freqüente no Brasil) produz um quadro de intenso prazer (*rush* ou *flash*), sensação de poder, hiperexcitabilidade, euforia e aumento da libido. Comportamentos agressivos podem aparecer. A tolerância e fissura pelo *flash* levam a um padrão de uso compulsivo por um longo período, seguido de exaustão e períodos prolongados de descanso. Sintomas paranóides podem surgir durante a intoxicação⁶(D). Há problemas relacionados ao uso injetável, como: infecções, endocardites e abscessos.

Cristais de metanfetaminas, como o ice ou o crystal (desconhecidas no Brasil), são fumadas em cachimbos de vidro, podendo também serem injetadas ou inaladas. O efeito é prolongado (2 a 24 horas) e os sintomas euforizantes e estimulantes são intensos. Sintomas psicóticos podem aparecer. Há ocorrência de bruxismo, tiques e anorexia²(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

O *ecstasy* (MDMA) é habitualmente consumido em tabletes ou cápsulas, contendo cerca de 120mg da substância⁷(D). Produz um quadro de euforia e bem-estar, sensação de intimidade e proximidade com os outros. Outros efeitos são a anorexia, taquicardia, tensão maxilar, bruxismo e sudorese. A duração dos efeitos é 4 a 6 horas e o desenvolvimento de tolerância rápida impede o uso compulsivo e aditivo⁷(D). Crises hipertensivas, precordialgias, arritmias cardíacas, hepatites tóxicas, hipertemia, convulsões, rabdomiólise e morte já foram relatadas. Sintomas ansiosos e psicóticos agudos e crônicos (em indivíduos predispostos) podem aparecer²(D).

As principais complicações ameaçadoras à vida na overdose por anfetaminas são a hipertemia, hipertensão, convulsões, colapso cardiovascular e traumas. Edemas pulmonares cardiogênico são possíveis²(D).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

A síndrome de abstinência chega a atingir cerca de 87% dos usuários de anfetamina⁹(C). Sintomas depressivos e exaustão podem suceder períodos prolongados de uso ou abuso (Quadro 4). Sintomas mais pronunciados de abstinência foram observados em usuários de metanfetaminas pela via inalatória (*ice e crystal*)²(D).

Quadro 4

Sinais e sintomas de abstinência das anfetaminas

- Fissura intensa
- Ansiedade
- Agitação
- Pesadelos
- Redução da energia
- Lentificação
- Humor depressivo

TRATAMENTO

O tratamento medicamentoso para a remissão dos sintomas de abstinência das anfetaminas não tem mostrado promissor¹⁰(A). Antidepressivos e agonistas dopaminérgicos foram investigados sem sucesso¹¹(A). As condutas medicamentosas seguem critérios adotados pela clínica individual, quando os pacientes são tratados suportivamente, mantendo as condições vitais adequadas. Benzodiazepínicos de ação curta podem ser utilizados¹²(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Pessoas que desejam melhorar seu desempenho social utilizam anfetaminas cronicamente em baixas doses (20-40mg/dia) e de modo socialmente imperceptível. Tais indivíduos expõem-se a esforços e atividades desnecessárias, resultando em fadiga excessiva. Sua crítica sobre a relação entre a fadiga e ao uso prolongado de anfetaminas é prejudicada. A tentativa de abandonar ou diminuir o uso resulta em depressão e letargia²(D). O uso crônico torna-o distante da realidade, irritado, paranóide e impulsivo, descuidado com a aparência e seus compromissos. Pode haver suicídio decorrente da impulsividade do uso ou da depressão nos períodos de exaustão⁸(D).

Sintomas psicóticos com sintomas de primeira ordem podem ocorrer em qualquer modo de uso. Normalmente, os acometidos são usuários crônicos, que utilizam anfetaminas em grande quantidade¹³(C). As principais características são a presença de delírios persecutórios e auto-referentes, além de alucinações auditivas e visuais¹⁴(C). O tratamento pode ser feito com neurolépticos ou benzodiazepínicos¹²(D).

Quanto às complicações clínicas, o uso crônico leva a estados de desnutrição e a complicações como infarto agudo do miocárdio, cegueira cortical transitória, cardiopatias irreversíveis, vasoespasmos sistêmicos e edema agudo de pulmão²(D).

DEPENDÊNCIA

As anfetaminas são capazes de causar dependência, porém boa parte dos indivíduos não procura auxílio especializado. Além disso, não há abordagens específicas e baseadas em evidências para esses pacientes¹¹(A), no entanto, considerar o consumo de anfetamina entre indivíduos que apresentam quadros sugestivos de complicação da substância (em busca do diagnóstico precoce), bem como motivá-los para buscar tratamento especializado, melhora o prognóstico destes¹⁵(D).

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Parecer técnico-científico do Grupo Assessor de Estudos sobre Medicamentos Anorexígenos. D.º 21/07/2002. Disponível por URL: <http://www.abeso.org.br/informes/informe2.htm>

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

2. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Amphetamines and designer drugs. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, editors. *Ellenhorn's medical toxicology - diagnosis and treatment of human poisoning*. Maryland: William & Wilkins; 1997. p. 340-55.
3. de Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Mari JJ. Use of amphetamine-like appetite suppressants: a cross-sectional survey in Southern Brazil. *Subst Use Misuse*. 1998; 33:1711-9.
4. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
5. World Health Organization. *Amphetamine-type stimulants*. Geneve: OMS; 1997.
6. Gold MS, Herkov M. Cocaine, crack and other type stimulants. In: Graham AW, Schultz TK, editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM; 1998.
7. Laranjeira R, Dunn J, Rassi R, Fernandes M. "Êxtase" (3,4 metilenodioximetanfetamina-MDMA): uma droga velha e um problema novo. *Rev APB-APAL* 1996; 18:77-81.
8. Wilkins JN, Conner BT, Gorelick DA. Management of stimulant, phencyclidine, hallucinogen, marijuana and multiple drug intoxication and withdrawal. In: Graham AW, Schultz TK, editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM; 1998.
9. Cantwell B, McBride AJ. Self detoxification by amphetamine dependent patients: a pilot study. *Drug Alcohol Depend* 1998; 49:157-63.
10. World Health Organization (WHO). Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders. Geneve: WHO; 2001. p. 9.
11. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Kittirattanapaiboon P. Treatment for amphetamine withdrawal. *Dtaabase Syst Rev* 2000; 4:CD003021.
12. Gawin FH, Ellinwood EH Jr. Cocaine and other stimulants. Actions, abuse and treatment. *N Engl J Med* 1988; 318:1173-82.
13. Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among anfetamine users in Sidney, Australia. *Addiction* 1996; 91:81-7.
14. Yui K, Ykemoto S, Goto K. Factors for susceptibility to episode recurrence in spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 965:292-304.
15. Bruce M. Managing amphetamine dependence. *Adv Psychiatry Treat* 2000; 6:33-40.

5

Benzodiazepínicos

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 21 de Agosto de 2002

Autoria: Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR

Grupo Assessor: Laranjeira R.- coordenador. Alves HNP, Baltieri DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz de "Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos" foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência de benzodiazepínico.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecimento das características farmacológicas;
- Cuidados clínicos com o uso do medicamento;
- Diagnóstico da síndrome de abstinência;
- Tratamento da dependência.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 70, como uma opção segura e de baixa toxicidade. A empolgação inicial deu lugar à preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começaram a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias¹(D). Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades²(C).

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos³(B). Atualmente, um em cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais⁴(D). Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso, no entanto 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos⁵(D).

A mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral, porém não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados com pacientes com similar grau de morbidade⁶(C).

Há algumas características farmacológicas que influenciam a escolha do tipo de benzodiazepínico a ser prescrito pelo médico:

LIPOSSOLUBILIDADE

Os benzodiazepínicos são altamente lipossolúveis, o que lhes permite uma absorção completa e penetração rápida no SNC, após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os benzodiazepínicos; o midazolam e o lorazepam também possuem boa hidrossolubilidade e são agentes seguros para a administração intramuscular. Já o diazepam e o clordiazepóxido são altamente lipossolúveis e, por isso, têm distribuição errática quando administrados por essa via. Desse modo, a utilização da via intramuscular deve ser evitada para esses⁷(D).

METABOLIZAÇÃO E MEIA-VIDA

As vias de metabolização e a meia-vida são aspectos importantes, tanto para escolha terapêutica de um benzodiazepínico quanto para o manejo de intercorrências como intoxicações e síndrome de abstinência.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Os benzodiazepínicos têm metabolização hepática⁸(D). O clordiazepóxido é ostensivamente metabolizado. Já o lorazepam e o oxazepam são conjugados diretamente, demandando pouco trabalho hepático, portanto estão indicados para os idosos e hepatopatas⁷(D).

Os benzodiazepínicos são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, curta, intermediária e longa. Apesar dessa divisão, sabe-se hoje que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação. A Tabela 1 apresenta a dose-equivalência dos principais benzodiazepínicos, bem como os principais parâmetros terapêuticos dessa classe⁸(D).

Tabela 1

Parâmetros terapêuticos dos benzodiazepínicos				
BZD (meia-vida)	Meia-vida (h)	ligação proteica (%)	dose terapêutica (mg)	dose equivalência. (diazepam 10mg)
Muito curta				
Midazolam	1,5 - 2,5			15mg
Curta				
Alprazolam	6 - 20		0,75 - 4	1mg
Bromazepam	12	70	1,5 - 18	6mg
Lorazepam	9 - 22	85	2 - 6	2mg
Intermediária				
Clordiazepóxido	10-29	93	15 - 100	25mg
Clonazepam	19-42		1 - 3	2mg
Diazepam	14-61	98	4 - 40	10mg
Nitrazepam	16 - 48		5 - 10	10mg

Fonte: Hollister & Csernansky (1990) ⁸(D)

Os benzodiazepínicos possuem cinco propriedades farmacológicas. São sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes⁸(D). Apesar de presentes em qualquer tipo de BDZ, algumas propriedades são mais notórias em um do que em outro. O midazolam é um BDZ com propriedades eminentemente sedativa-hipnóticas. Já o alprazolam é mais ansiolítico e menos sedativo.

EFEITOS COLATERAIS

Apesar de geralmente bem tolerados, os BDZs podem apresentar efeitos colaterais (Quadro 1), principalmente nos primeiros dias⁹(D). Desse modo, os

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 1

Efeitos colaterais dos benzodiazepínicos
• Sonolência excessiva diurna (“ressaca”);
• Piora da coordenação motora fina;
• Piora da memória (amnésia anterógrada);
• Tontura, zumbidos;
• Quedas e fraturas;
• Reação paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais ⁹ (D);
• “Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida ¹⁰ (D);
• Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito;
• Risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos ¹⁰ (D).

pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas.

PRECAUÇÕES, CUSTOS E RISCOS COM O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Ao escolher um tratamento com benzodiazepínicos, deve-se pensar também nas complicações potenciais, tais como: efeitos colaterais, risco de dependência e custos sociais¹¹(D) (Quadro 2).

Quadro 2

Custos socioeconômicos do uso prolongado de BDZs (12 meses ou mais)
• Risco aumentado de acidentes: no tráfego, em casa, no trabalho;
• Risco aumentado de overdose em combinação com outras drogas;
• Risco aumentado de tentativas de suicídio, especialmente em depressão;
• Risco de atitudes anti-sociais;
• Contribuição para problemas na interação interpessoal;
• Redução da capacidade de trabalho, desemprego;
• Custo com internações, consultas, exames diagnósticos.

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS (SAB)

Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência (provavelmente ainda mais em clínicas especializadas)¹²(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose¹³(D) (Quadro 3).

Quadro 3

Sinais e sintomas da síndrome de abstinência por BDZ ¹¹ (D)		
Sinais menores		Sinais maiores
Físicos <ul style="list-style-type: none">• Tremores• Sudorese• Palpitações• Letargia• Náuseas• Vômitos• Anorexia• Sintomas gripais• Cefaléia• Dores musculares	Psíquicos <ul style="list-style-type: none">• Insônia• Irritabilidade• Dificuldade de concentração• Inquietação• Agitação• Pesadelos• Disforia• Prejuízo da memória• Despersonalização/ desrealização	<ul style="list-style-type: none">• Convulsões• Alucinações• Delirium

Abstinência refere-se à emergência de novos* sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos. Ela deve ser diferenciada dos *sintomas de rebote*, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais para os quais os benzodiazepínicos foram prescritos, numa intensidade significativamente maior. Ocorrem dentro de poucos dias após a retirada dos benzodiazepínicos e permanecem por vários dias¹⁴(D).

Numa pequena minoria pode ocorrer o que se chama de *síndrome de abstinência protraída* ou *pós-abstinência*. Os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, podendo durar alguns meses. A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas¹⁰(D).

TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Não se justifica o uso de benzodiazepínicos por longos períodos, exceto em situações especiais¹⁵(D). Apesar do desconforto inicial, devido à presença da síndrome de abstinência, pacientes que conseguem ficar livres de benzodiazepínicos por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida¹⁶(B).

Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

típico de dependência química – com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado - não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência¹⁷(D).

A RETIRADA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação¹⁸(D), sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente exequível e de baixo custo.

Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo. Este gira em torno de 6 a 8 semanas¹⁹(D). Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subseqüentes de redução.

SUBSTITUIÇÃO POR BENZODIAZEPÍNICOS DE MEIA-VIDA LONGA

Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam ou clonazepam¹⁹(D). Comparado a outros benzodiazepínicos e barbituratos, o diazepam mostrou ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração – o desmetildiazepam – o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos²⁰(D).

MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não-farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a SAB e manter-se sem os benzodiazepínicos.

O melhor local para tratamento é o ambulatorial, pois leva o maior engajamento do paciente e possibilita que, tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas, possam ocorrer ao mesmo tempo.

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassseguramento, promoção de medidas não-farmacológicas para lidar com a ansiedade.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

MANUTENÇÃO SEM BENZODIAZEPÍNICOS

Nesta fase, o paciente deve receber reassuramento da capacidade de lidar com estresse sem os benzodiazepínicos, bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes. Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo²¹(D).

REFERÊNCIAS

1. Griffiths RR, Ator NA. Benzodiazepine self-administration in animals and humans: a comprehensive literature review. *NIDA Res Monogr* 1980; (33): 22-36.
2. Holden JD, Hughes IM, Tree A. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. *Fam Pract* 1994;11:358-62.
3. Hallfors DD, Saxe L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *Am J Public Health* 1993; 83:1300-4.
4. Hirschfeld R. M. A. General Introduction. In *Benzodiazepines – Report of the W. P. A. Presidential Educational Task Force*; Edited by Y. Pelicier –1993.
5. Mental Health Foundation (MHF). *Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence*. Washington: MHF; 1992.
6. Piesiur-Strehlow B, Strhlow U, Poser W. Mortality of patients dependent on benzodiazepines. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73:330-5.
7. Gorenstein C, Pompéia S. Farmacocinética e Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp; 1999.
8. Hollister LE, Csernansky. Benzodiazepines. In: Hollister LE, Csernansky, editors. *Clinical Pharmacology of Psychoterapeutic Drugs*. New York, Churchill Livinstone, 1990.
9. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part I. Benzodizepines – side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician* 2000; 61:2121-8.
10. Podhorna J. The experimental pharmacotherapy of benzodiapine withdrawal. *Curr Pham Des* 2002; 8:23-43.
11. Juergens SM, Cowley D. The Pharmacology of Sedatives-Hypnotics in In: Graham AW, Schultz TK. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM 1998; 2:117-130.
12. Bateson AN. Basic pharmacologic mechanisms involved in benzodiazepine tolerance and withdrawal. *Curr Pharm Des* 2002; 8:5-21.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

13. Miller NS. Liability and efficacy from long-term use of benzodiazepines: documentation and interpretation. *Psychiatric Ann* 1995; 3:166-73.
14. Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 393:95-101.
15. Westra HÁ, Stewart, SH. As-need use of benzodiazepine in managing clinical anxiety: incidence and implications. *Curr Pharm Des* 2002; 8:59-74.
16. Rickels K, Schweizer E, Case WG, Greenblatt DJ. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:899-907.
17. Tyrer P. Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquilizers. *Pharmac Ther* 1988; 36:173-88.
18. Rickels K, DeMartinis N, Rynn M, Mandos L. Pharmacologic strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19: 12S-6S.
19. DuPont RL. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy. *West J Med* 1990; 152:600-3.
20. Perry PJ, Alexander B. Sedative/hypnotic dependence: patient stabilization, tolerance testing and withdrawal. *Drug Intell Clin Pharm* 1986; 20:532-7.
21. Ashton H. The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction* 1994; 89:1535-41.

6

Opiáceos

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 2 de Outubro de 2002

Autoria: Baltieri, DA

Grupo Assessor: Laranjeira R – coordenador. Alves HNP, Ribeiro M, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Marques ACPR, Nicastrí S, Nobre, MRC, Oliveira RA, Romano M, Ribeiro M, Seibel, SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista, nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência dos Opiáceos” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência dos opiáceos.

PROCEDIMENTOS:

- Utilização no tratamento da dor
- Reconhecimento da intoxicação aguda e overdose
- Reconhecimento da síndrome de abstinência
- Diagnóstico das complicações clínicas
- Abordagem da dependência de opiáceos
- Tratamento da intoxicação aguda
- Tratamento da síndrome de dependência
 - desintoxicação
 - manutenção

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

INTRODUÇÃO

O uso de opiáceos é descrito desde tempos pré-históricos, sendo encontradas referências em documentos egípcios, gregos e persas há mais de 6.000 anos¹(D). O termo *opióide* é aplicado a qualquer substância, seja endógena ou sintética, que apresenta, em graus variados, propriedades similares às da morfina. O termo *opiáceo* é, frequentemente, utilizado para se referir aos opiáceos sintéticos²(D).

Estima-se que, nos Estados Unidos, uma em cada 400 pessoas abusam de opiáceos. A prevalência de dependência de heroína, um opiáceo semi-sintético, é menor do que 1%, no entanto o impacto total na mortalidade e morbidade parece significativo, considerando-se acompanhamento realizado por programa de redução de dano que utiliza a metadona³(B).

Os opiáceos são classificados (Quadro 1) em naturais, semi-sintéticos e sintéticos.

Quadro 1

Classificação geral dos opiáceos	
Naturais	Ópio, morfina, codeína, tebaína
Semi-sintéticos	Heroína, oxycodona, hidroxycodona, oximorfona, hidroximorfona
Sintéticos	Metadona, meperidina, petidina, fentanyl, L-alfa-acetyl metadol ou Levometadil (LAAM)
Agonistas-Antagonistas	Buprenorfina, nalbufina, pentazocina
Antagonistas puros	Naltrexona, naloxona

Os opiáceos atuam no sistema nervoso central e em órgãos periféricos, como o intestino. Há, pelo menos, cinco tipos de receptores específicos para os opiáceos (Quadro 2), localizados principalmente em regiões sensorial, límbica, hipotalâmica, de amígdala e região cinzenta periaquedutal⁴(D).

Quadro 2

Receptores opiáceos	
Mu (μ)	O subtipo 1 é responsável pelos sintomas de analgesia, euforia e depressão respiratória; o subtipo 2 medeia efeitos gastrointestinais, como obstipação;
Kappa (κ)	Medeia analgesia, sedação, miose, disforia e sintomas psicotomínicos, como despersonalização e desrealização;
Delta (σ)	Medeia analgesia e pode estar associado à mudanças do humor;
Epsilon (ϵ)	Pode estar associado à sedação;
Sigma (δ)	Associado à mudanças do humor e, talvez, alucinações.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Tem sido postulado que muitos receptores de opiáceos estejam localizados em região pós-sináptica. Desta forma, o opiáceo modula a liberação de neurotransmissores, tais como acetilcolina, serotonina, norepinefrina e outros peptídeos como a substância P⁵. O Locus Coeruleus, um agrupamento celular localizado na região dorso-lateral do tegmento pontino de mamíferos, responsável pela maior parte da produção de norepinefrina do sistema nervoso central, apresenta-se estimulado na síndrome de abstinência a opiáceos, o que provoca os típicos sintomas de estimulação simpática⁵(D).

As propriedades farmacocinéticas variam entre os diversos tipos de opiáceos (Quadro 3). Muitos deles são bem absorvidos por via subcutânea e intramuscular, bem como pelo trato gastrointestinal. Todavia, em virtude do efeito de primeira passagem pelo fígado, alguns opiáceos administrados por via oral tornam-se menos potentes⁶(D).

UTILIZAÇÃO NO TRATAMENTO DA DOR

Os opiáceos constituem drogas de escolha na clínica médica, quando se deseja a analgesia, sem ação antipirética, devendo ser utilizados com precaução em pacientes com comprometimento hepático. Entretanto, seu uso deve ser controlado e bem indicado, em virtude das várias complicações clínicas e psiquiátricas advindas da sua utilização⁷(D). Além

Quadro 3

Opiáceos: aspectos da farmacocinética e vias de administração		
Droga	Via de administração	Aspectos Farmacocinéticos
Morfina	Oral (incluindo a forma de liberação lenta), intravenosa, intramuscular, intratecal	Meia-vida de 3-4 horas Convertida em metabólito ativo (morfina-6-glicuronídeo)
Heroína	Intravenosa, intramuscular, fumada, oral	Meia-vida menor do que uma hora Metabolizada parcialmente à morfina
Metadona	Oral, intravenosa, intramuscular	Meia-vida maior do que 24h Nenhum metabólito ativo
Petidina	Oral, intramuscular	Meia-vida de 2-4 horas Metabólito ativo (norpetidina)
Buprenorfina	Sublingual, intratecal, subcutânea	Meia-vida de 12 horas Início lento de ação Inativada por via oral devido ao efeito de primeira passagem
Fentanil	Intravenosa, epidural, emplastro transdérmico	Meia-vida de 1-2 horas
Codeína	Oral	Atua como pró-droga. Metabolizada à morfina e outros opiáceos ativos

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

disso, há hoje indicações mais eficazes para o tratamento da dor, que não envolvem *per se*, a utilização de fármacos. Os melhores resultados no tratamento de quadros dolorosos crônicos são obtidos por equipes médicas multidisciplinares (reumatologista, anestesista, ortopedista, psiquiatra, clínico, neurocirurgião), associadas às equipes multiprofissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social)⁸(D).

COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

INTOXICAÇÃO AGUDA E OVERDOSE

O primeiro e um dos mais dramáticos quadros clínicos decorrentes do uso inadequado de opiáceos é a intoxicação, a qual pode ser acidental ou intencional. A presença da tríade, representada pela miose, depressão respiratória e coma, sugere superdosagem de opiáceos (Quadro 4). Outros sintomas físicos que podem surgir são edema pulmonar, hipóxia, hipotonia e morte. Constitui quadro de emergência médica, devendo ser abordado em salas de emergência clínica⁹(D).

Intoxicação aguda e overdose por opiáceos	
Intoxicação aguda	Overdose
Sedação	Inconsciência
Humor normal tendendo ao eufórico	Miose pronunciada
Miose	Bradycardia acentuada
	Depressão respiratória
	Convulsões
	Coma

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

Um quadro importante observado nos dependentes de opiáceos é a síndrome de abstinência, cujos sintomas físicos e psíquicos são muito marcantes (Quadro 5). Naturalmente, a intensidade desses sinais e sintomas dependerá da droga específica, da dose utilizada e da velocidade em que é eliminada do organismo⁹(D).

Outras complicações psiquiátricas provocadas pelo consumo de opiáceos são descritas, como síndromes depressivas, ansiosas e psicóticas, bem como alterações da personalidade¹⁰(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 5

Síndrome de abstinência dos opiáceos			
antecipatória (3-4 horas após o uso)	inicial (8-10 horas após o uso)	total (1-3 dias após o uso)	tardia (por até 6 meses)
medo da falta do opióide comportamento de busca ansiedade fissura	ansiedade inquietação bocejos e espirros sudorese lacrimejamento rinorréia obstrução nasal náuseas midríase	ansiedade severa tremor inquietação piloereção vômitos diarréia espasmo e dor muscular aumento da PA taquicardia febre e calafrios	hipotensão bradicardia perda de energia inapetência insônia fissura

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Várias complicações e sinais físicos advindos do consumo de opiáceos podem ocorrer, especialmente com a administração intravenosa^{11(D)} (Quadro 6).

Quadro 6

Complicações relacionadas ao consumo de opiáceos	
PELE E ANEXOS Marcas de picadas de agulha Edemas em mãos Abscessos e úlceras	SISTEMA NERVOSO CENTRAL Crises convulsivas Delirium ou estado confusional agudo Mielite transversa aguda Lesões de nervos periféricos Meningite bacteriana
SISTEMA CARDIOVASCULAR Miocardites Arritmias cardíacas Endocardites Arterites Tromboflebitis Angeite necrotizante Perturbações da pressão arterial	SISTEMA GASTRO-INTESTINAL Hepatites Cirrose hepática Pancreatites
SISTEMA RESPIRATÓRIO Micro-infartos pulmonares Fibrose pulmonar crônica Granulomas de corpo estranho Edema pulmonar Pneumonia bacteriana Pneumonia aspirativa Pneumonias relacionadas ao HIV Tuberculose	SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO & REPRODUTOR Enfermidades do sistema reprodutor Irregularidades menstruais Síndrome genitourinário-nefrótica
	SISTEMA HEMATOPOIÉTICO Aplasia de medula
	SISTEMA ÓSTEO-MUSCULAR Artrite esquelético-séptica Osteomielite Rabdomiólise Miopatias fibrosas

ABORDAGEM DA DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS

Ao contrário de outras dependências químicas, o tratamento farmacológico da dependência de opiáceos parece ter papel essencial, sendo que outras formas de abordagem mostram efetividade questionável¹²(D). No tratamento da dependência de opiáceos, deve-se levar em conta a baixa eficácia do tratamento psicoterapêutico, os importantes sintomas da síndrome de abstinência, o estilo de vida caótico de boa parte dos pacientes, a busca intensa de modelos farmacológicos eficazes e a fase de desintoxicação que parece ser mais complexa do que nas outras farmacodependências, embora a psicoterapia apresente melhores resultados que o aconselhamento ao final de seis meses¹³(A).

TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO POR OPIÁCEOS

O tratamento das intoxicações agudas deve ser feito em unidades de emergência médica, a fim de proporcionar suporte ventilatório adequado, correção da hipotensão e tratamento do edema pulmonar. O edema pulmonar está relacionado ao vazamento dos capilares pulmonares, e não por sobrecarga de fluidos. Desta forma, diuréticos são contra-indicados¹⁴(D).

O coma e a depressão respiratória são achados comuns nestes casos. O uso da naloxona é proposto para todos os casos em que há suspeita de superdosagem de opiáceos. Um esquema sugerido é: administrar 0,8 mg EV de naloxona, esperando que o paciente acorde. Caso não haja resposta em 15 minutos, pode-se administrar 1,6 mg EV de naloxona. Se, mesmo assim, não houver resposta, dá-se 3,2 mg EV e aguarda-se mais 15 minutos. Caso não haja nenhuma resposta, como midríase, agitação, melhora do nível da consciência, melhora do padrão respiratório, tem-se que rever imediatamente o diagnóstico de intoxicação por opiáceos¹⁴(D).

TRATAMENTO DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA A OPIÁCEOS

Existe um rápido desenvolvimento de tolerância aos opiáceos, assim como dependência física. Síndromes de abstinência leves ou moderadas podem ocorrer após uso regular por poucos dias. De uma forma geral, há duas maneiras de se fazer o tratamento da Síndrome de Dependência de Opiáceos: desintoxicação – que pode ser curta (até 30 dias de tratamento farmacológico) ou longa (de 30 a 60 dias de tratamento farmacológico); e manutenção – cujo tempo de tratamento farmacológico varia de 6 meses a 24 meses¹⁵(D).

Desintoxicação

Nesta fase, podem ser utilizados os próprios fármacos abusados com retirada progressiva, drogas que produzem tolerância cruzada com o fármaco abusado, medicações que melhoram os sintomas de retirada ou drogas que

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

afetam os mecanismos que produzem os sintomas de abstinência. As medicações que podem ser utilizadas nesta fase, desde que os sintomas de abstinência apareçam e justifiquem o uso, são: metadona, buprenorfina, clonidina¹²(D).

A metadona continua sendo a droga mais administrada nos casos de síndrome de abstinência a opiáceos. Constitui em uma mistura racêmica agonista do receptor mu (μ), apresentando um pico de concentração plasmática de 4 horas e uma taxa de ligação protéica de 90%¹⁶(D). Os tratamentos com metadona constituem o modelo de tratamento da dependência de opiáceos mais avaliado e estudado. As justificativas para o uso da metadona são: possibilidade da administração oral, a meia-vida longa, menor possibilidade de variações na concentração plasmática o que representa prevenção de sintomas de abstinência, maior aderência dos pacientes inseridos nos programas de manutenção com metadona, redução significativa do consumo de opiáceos não prescritos e de atividades delitivas, diminuição dos episódios de “overdose”, redução dos comportamentos de risco para doenças infecto-contagiosas¹⁷(A).

No Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREa-IPq-HCFMUSP), o tratamento da Síndrome de Abstinência a Opiáceos consiste em uma desintoxicação a curto-prazo, em regime de internação hospitalar, a partir do uso de metadona. Focalizam-se os quatro seguintes critérios, baseando-se nos sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência:

- Midríase;
- Aumento da pressão arterial sistólica em 10 mmHg;
- Aumento da frequência cardíaca em 10 batimentos por minuto;
- O conjunto dos sintomas: suores, calafrios, bocejos, dores pelo corpo, diarreia, rinorréia, lacrimejamento.

O paciente é observado durante o primeiro dia de internação a cada quatro horas e, tendo dois ou mais critérios, dar-se-á metadona na dose de 10 mg. A dose total de metadona nas primeiras 24 horas de observação, que dificilmente ultrapassa os 50 mg, é chamada de dose de estabilização. No segundo dia, esta dose total é dividida em duas tomadas e, nos dias seguintes, deve-se realizar uma redução de 5 mg/dia até a retirada completa. A partir desse momento, administra-se clonidina, na dose de 0,3 a 1,2 mg/dia, com a finalidade de evitar ou amenizar os sintomas noradrenérgicos advindos da síndrome de abstinência¹⁸(D). A equivalência de doses entre os opiáceos utilizados pelo paciente e a metadona administrada deve ser observada¹⁹(D).

Sabe-se que na Alemanha, a codeína é o opiáceo mais utilizado no tratamento da síndrome de dependência a opiáceos²⁰(B). A clonidina, um α_2

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 7

Equivalência de dose entre opiáceos (metadona 1mg)	
Heroína;	1-2 mg
Morfina;	3-4 mg
Codeína;	30 mg
Meperidina;	20 mg
Dilaudid;	0,5 mg
Paregórico;	7-8 ml
Laudanum	3 ml

agonista, é eficaz na redução da sudorese, piloereção, formigamentos, náuseas e vômitos, dores musculares. Entretanto, não tem qualquer ação na redução da fissura ou “craving” pelo opiáceo. Os resultados no tratamento da Síndrome de Abstinência com clonidina são controversos na literatura. A eficácia varia de 0% a 30% em tratamento em regime de ambulatorio e de 80% a 90% em regime de internação²¹(A).

A buprenorfina, um agonista parcial de receptores opiáceos do tipo μ , vem apresentando resultados promissores no tratamento da Síndrome de Abstinência a Opiáceos²²(A). A buprenorfina é mais potente do que a meperidina, com administração sublingual, com meia-vida longa e não é utilizada de forma abusiva. A dose recomendada é de 8 a 16 mg/dia²²(A). Nos Estados Unidos, a buprenorfina não é recomendada no tratamento na fase de desintoxicação rápida²³(D). Na França, a buprenorfina tem sido associada a algumas mortes seja por superdosagem ou por associação com outros depressores do sistema nervoso central²⁴(B).

A idéia central do tratamento de desintoxicação rápida ou longa é manter o paciente, no menor tempo possível, sem uso de qualquer medicação. Entretanto, em função das características de muitos pacientes dependentes de opiáceos, o estilo caótico das suas vidas, a intensidade e o incômodo dos sintomas da Síndrome de Abstinência, tem limitado o sucesso deste tipo de abordagem. Isso leva alguns autores a verificar que todo regime de tratamento deve ser individualizado, o que limita a possibilidade de formação de protocolos fixos para a abordagem terapêutica e que pacientes sem uso de medicação durante o tratamento apresentam elevadas taxas de recaída¹²(D).

Manutenção

O tratamento de manutenção de pacientes dependentes de opiáceos consiste em uma forma de abordagem das mais utilizadas e estudadas, que se caracteriza por um período de uso de medicações maior do que 180 dias²³(D). A metadona, por ser a mais estudada e utilizada, será discutida a seguir. Outros fármacos utilizados são a buprenorfina, a

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

clonidina, o levometadil, e outros opiáceos (codeína, tramadol). Após pelo menos 10 dias de abstinência de qualquer opiáceo, o naltrexone pode ser introduzido¹²(D). É essencial ressaltar que em todo período de tratamento, os pacientes deverão estar inseridos em outra abordagem terapêutica, como grupos de mútua ajuda, psicoterapias ou suporte psicossocial¹³(A).

O tratamento de manutenção com metadona deve ser realizado de modo criterioso (Quadro 8) a exemplo de vários serviços nos Estados Unidos e Europa¹⁵(D).

Quadro 8

Critérios para a terapia de substituição por metadona

O paciente deve ter, pelo menos, 18 anos de idade; se for menor, o responsável legal deve autorizar e acompanhar o tratamento.

O paciente deve ter história de mais de um ano de dependência de opiáceos.

Testes de urina devem comprovar o uso de opiáceos.

Presença de marcas de agulhas, se droga injetável.

Presença de sintomas de retirada. Este critério não precisa ser preenchido em três ocasiões: mulheres grávidas, dependentes confinados em instituições penais e pacientes que, sabidamente, participaram desta forma de tratamento em outra ocasião.

Apesar de ser uma forma de tratamento ainda controversa, pois a metadona também é um opiáceo, esta abordagem constitui um dos principais modelos de tratamento farmacológico utilizado e estudado²⁵(B). Mulheres grávidas não devem passar pelo tratamento de desintoxicação de opiáceos antes da 14^a semana de gestação, em virtude do risco de indução de aborto, ou após a 32^a semana de gestação, em virtude do risco de parto prematuro²⁶(D).

O naltrexone, antagonista opióide específico, pode ser utilizado em pacientes dependentes de opióide, desde que os mesmos estejam, pelo menos, abstinentes de qualquer opióide por 10 dias¹⁹(D). Acredita-se que o uso de naltrexone possa reduzir o reforço positivo relacionado ao consumo de opióides, já que os receptores estarão bloqueados²³(D). Estudos têm mostrado baixa aderência ao tratamento com naltrexone, exceto em pacientes apenados¹²(B).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

REFERÊNCIAS

1. Gold MS. Opiate addiction and the Locus Coeruleus. *Psychiat Clin North America* 1993; 16:61-73.
2. Millhorn HT. Chemical dependence diagnosis, treatment, and prevention – opioids. New York: Springer-Verlag; 1990.
3. Langendam MW, Van Brussel GHA, Coutinho RA, Ameijden EJC. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health* 2001; 91:774-80.
4. Francis RJ, Franklin JE. Transtorno por uso de álcool y otras sustancias psicoativas. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de Psiquiatria*. Barcelona: Ancora; 1995. P. 373-434.
5. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan; 2000. P.485-505.
6. Simon EJ. Opiates: neurobiology. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore:Willians & Wilkins; 1997. P. 148-57.
7. Pittman AM. Cuidados Gerais em Medicina Interna. In: Woodley M, Whelan A. *Manual de Terapêutica Clínica*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. P. 1-34.
8. Meirelles ES. Lombalgias. *Rev Bras Med* 2000; 57:1089-102.
9. Martin PR, Hubbard JR. Substance-related Disorders. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. *Diagnosis & Treatment in Psychiatry*. New York: McGraw Hill; 2000. P. 233-259.
10. Lejoyeux M, Mourad I, Ades J. Troubles psychiatriques induits par les conduites de dépendance autres que l'alcool. *L'Encephale* 2000; 26:21-7.
11. Kleber HD. Opioids: detoxification. In: Galanter M, Kleber HD. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington: American Psychiatry Press; 1994. P. 191-208.
12. Cornish JW, McNicholas LF, O'Brien CP. Treatment of Substance-Related Disorders. In: Schatzberg AF; Nemeroff CB. *Essentials of Clinical Psychopharmacology*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001. p. 519-38.
13. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1302-8.
14. Lahmeyer HW, Channon RA, Schlemmer JR. Abuso de Substâncias Psicoativas. In: Flaherty JÁ, Davis JM, Janicack PG. *Psiquiatria – Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. P. 298-317.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

15. Senay EC. Opiáceos. In: Galanter M, Kleber HD. Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias. Barcelona: Masson; 1997. P. 209-22.
16. Fishbain DA, Rosomoff HL, Cutler R. Opiate detoxification protocols. A clinical manual. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5:997-1001.
17. Iruin A, Aizpurua I, Ruiz de Apodaka J, Zapirain E, Aizpuru A. Revisión de la evidencia científica sobre las alternativas a la metadona en el tratamiento psicofarmacológico de la dependencia a opiáceos. *Rev Esp Salud Publica* 2001; 75:207-219.
18. Baltieri DA. Opiáceos: Aspectos Gerais. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência Química – Novos Modelos de Tratamento. São Paulo: Roca; 2001. P. 109-16.
19. Kleber HD. Opioids: detoxification. In: Galanter M, Kleber HD. Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington: American Psychiatry Press; 1994. P. 191-208.
20. Krausz M, Verthein U, Degkwitz P, Haasen C, Raschke P. Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine – results of a follow-up study. *Addiction* 1998; 93:1161-7.
21. Ghodse H, Myles J, Smith SE. Clonidine is not a useful adjunct to methadone gradual detoxification in opioid addiction. *Brit J Psychiatry* 1994; 165:370-4.
22. Schottenfeld RS, Pakes J, O´Conner P, Chewarski M, Oliveto A, Kosten TR. Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. *Biol Psychiatry* 2000; 47:1072-79.
23. Sadock BJ, Sadock VA. Agonistas de receptores de opiáceos: metadona, levometadil e buprenorfina. In: Sadock BJ, Sadock VA. Manual de Farmacologia Psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. P. 202-8
24. Kintz P. Deaths involving buprenorphine: a compendium of French cases. *Forensic Sci Int* 2001; 121:65-9.
25. San L, Cami J, Peri JM, Mata R, Porta M. Success and failure at inpatient heroin detoxification. *Brit J Addiction* 1989; 84:81-7.
26. Finnegan LP. Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *J Psychoactive Drugs* 1991; 23:191-201.

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 16 de Setembro de 2002

Autoria: Ribeiro M, Romano M, Marques ACPR

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Baltieri DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastrí S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência da Cocaína” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência da cocaína.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecimento das formas de uso;
- Reconhecimento da intoxicação aguda;
- Abordagem das complicações crônicas:
 - Cardiovasculares;
 - Sistema nervoso central;
 - Gravidez;
 - Psiquiátricas;
- Orientação terapêutica.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

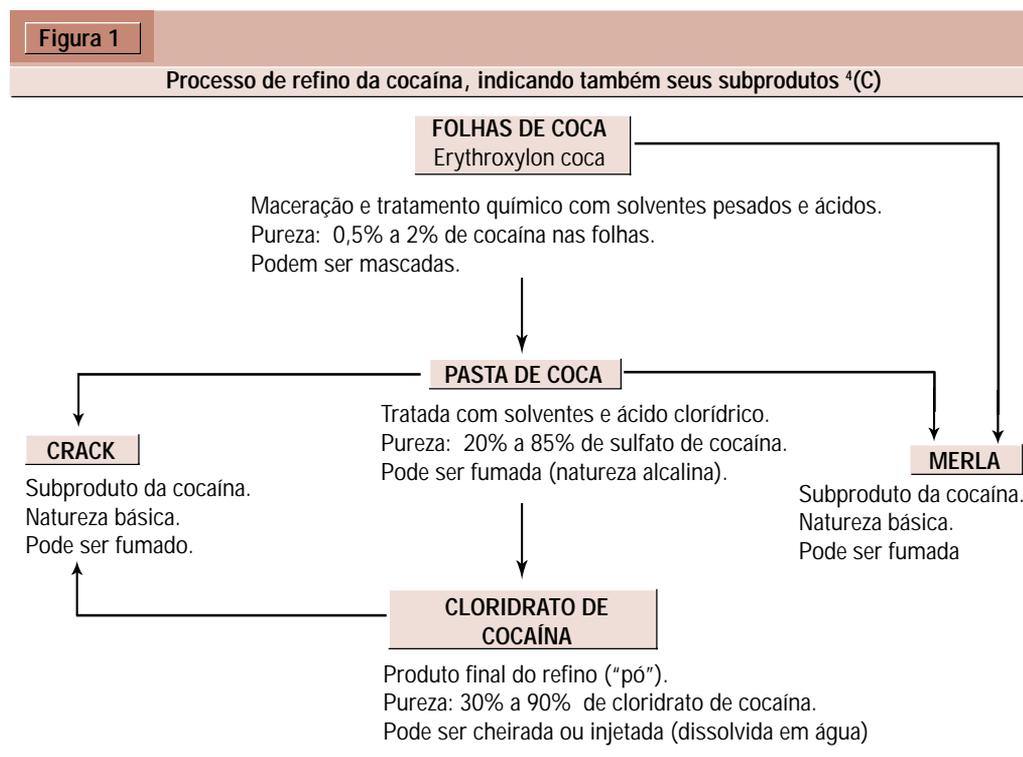
INTRODUÇÃO

A cocaína ressurgiu em nosso cotidiano nos últimos 20 anos^{1(D)}. Desde lá, novos padrões de consumo e apresentações da substância foram introduzidos^{2(C)}. O consumo da cocaína atinge hoje todos os estratos sociais^{3(C)}.

A cocaína e o *crack* são consumidos por 0,3% da população mundial^{4(C)}. A maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). No Brasil, cerca de 2% dos estudantes brasileiros já usou cocaína pelo menos uma vez na vida e 0,2% o *crack*^{5(C)}. Entre as maiores cidades do Estado de São Paulo, o uso na vida de cocaína atinge 2,1% da população, constituindo-se na terceira substância ilícita mais utilizada, atrás dos solventes (2,7%) e da maconha (6,6%). O consumo de *crack* ao longo da vida foi de 0,4%^{6(C)}.

Nas salas de emergência, a cocaína é responsável por 30% a 40% das admissões relacionadas a drogas ilícitas^{7(D)}, 10% entre todos os tipos de drogas^{8(C)} e 0,5% das admissões totais^{9(C)}. A população de usuários é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos^{10(C)}.

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos^{11(D)}. Genericamente, a obtenção da cocaína passa por duas etapas e origina diversos subprodutos^{4(C)} (Figura 1).



Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada *pasta base de cocaína*^{11(D)}. O refino da pasta origina a *cocaína em pó* (cloridrato de cocaína), apresentação mais conhecida em nosso meio. O *crack* e a *merla* são a cocaína em sua forma de base livre^{12(D)}. Ambas apareceram em nosso meio a partir de meados dos anos 80 e permanecem até os dias de hoje.

O consumo da substância pode dar por qualquer via administração, com rápida e eficaz absorção pelas mucosas oral e nasal e pela via pulmonar^{13(D)} (Quadro 1). A euforia desencadeada reforça e motiva, na maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo, porém quanto mais rápido o início da ação, quanto maior a sua intensidade e quanto menor a sua duração, maior será a chance de o indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência. Esses fenômenos são todos influenciados pela via de administração escolhida^{14(B)} (Quadro 1). Desse modo, a via de administração é um importante fator de risco para o uso nocivo e para dependência.

Quadro 1

Início, intensidade e duração dos efeitos do consumo da cocaína e a via de administração					
Administração		Início da ação (segundos)	Duração do efeito (minutos)	Pico plasmático (ng/ml)	Biodisponibilidade (% absorvida)
Via	Apresentação				
Oral	Folhas de coca mascadas	300-600	45-90	150	20
Intranasal	Cocaína refinada ("pó")	120-180	30-45	150	20-30
Endovenosa	Cocaína refinada diluída em água	30-45	10-20	300-400	100
Inalatória	Pasta de coca crack	8-10	5-10	300-800	60-70

Fonte: Gold MS. Cocaine. New York: Plenum Medical Book Company; 1993 ^{13(D)}

MANIFESTAÇÕES AGUDAS

A cocaína possui múltiplas ações periféricas e centrais: é um potente anestésico local com propriedades vasoconstrictoras e também um estimulante do SNC^{14(B)}. Os efeitos agudos produzem um quadro de euforia, com sintomas físicos de natureza autonômica^{13(D)} (Quadro 2).

As complicações relacionadas ao consumo de cocaína capazes de levar o indivíduo à atenção médica são habitualmente agudas^{16(C)}. A via de adminis-

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 2

Principais sintomas decorrentes do consumo de cocaína	
Sintomas psíquicos	Sintomas físicos
<ul style="list-style-type: none">• Aumento do estado de vigília• Euforia• Sensação de bem-estar• Autoconfiança elevada• Aceleração do pensamento	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da frequência cardíaca• Aumento da temperatura corpórea• Aumento da frequência respiratória• Sudorese• Tremor leve de extremidades• Espasmos musculares (especialmente língua e mandíbula)• Tiques• Midríase

Fonte: Gold MS. Cocaine. New York: Plenum Medical Book Company; 1993 ¹⁵(D).

tração escolhida pode ocasionar complicações específicas (Quadro 3). Frente a essas complicações, é importante que o clínico inclua o consumo de cocaína entre os diagnósticos a serem descartados, além do padrão de uso nocivo de várias substâncias (em especial o álcool) realizado por esses indivíduos¹⁴(B). As complicações psiquiátricas são as que mais levam os usuários de cocaína à atenção médica. Quadros agudos de pânico, os transtornos depressivos e os psicóticos agudos são os mais relatados. O prognóstico dos indivíduos portadores de comorbidades é mais comprometido¹⁷(C) e aumenta a chance da procura de atendimento médico por estes¹⁸(C).

INTOXICAÇÃO AGUDA

Não há um consenso sobre qual é a dose de cocaína necessária para desencadear problemas sérios à saúde, ou mesmo à vida do usuário. Acredita-se que o consumo ao redor de 2-4mg/kg traga uma redução discreta do fluxo coronariano e um aumento da mesma magnitude na frequência cardíaca e na pressão arterial¹⁹(B). Doses acima desse padrão tornam-se mais perigosas. Além da toxicidade inerente à substância, a presença concomitante de patologias nos órgãos mais afetados pela ação simpatomimética da cocaína torna seus portadores ainda mais susceptíveis à complicações (coronariopatias, hipertensão arterial sistêmica, aneurismas, epilepsias e DPOCs)²⁰(C).

OVERDOSE

Dentre as complicações agudas relacionadas ao consumo de cocaína, a *overdose* é a mais conhecida. Pode ser definida como a falência de um ou mais órgãos decorrentes do uso agudo da substância (Figura 2). Seu mecanismo de ação está relacionado ao excesso de estimulação central e simpática ²¹(D). A *overdose* de cocaína é uma emergência médica e por isso requer atenção imediata. Os tratamentos das principais complicações relacionadas à *overdose* possuem suas

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 3

Complicações relacionadas ao consumo de cocaína e a via de administração escolhida

Aparelho Cardiovascular

Qualquer via de administração
Hipertensão
Arritmias cardíacas
Isquemia do miocárdio
Infarto agudo do miocárdio (IAM)
Cardiomiopatias
Dissecção ou ruptura de aorta

Via endovenosa

Endocardite bacteriana

Aparelho Respiratório

Via intranasal

Broncopneumonias

Via inalatória

Broncopneumonias
Hemorragia pulmonar
Edema pulmonar
Pneumomediastino
Pneumotórax
Asma
Bronquite
Bronquiolite obliterante
Depósito de resíduos
Corpo estranho
Lesões térmicas

Via endovenosa

Embolia pulmonar

Sistema Nervoso Central

Qualquer via de administração
Cefaléias
Convulsões
Acidente vascular cerebral
Hemorragia intracraniana
Hemorragia subaracnóidea

Via endovenosa

Aneurismas micóticos

Aparelho Digestivo

Qualquer via de administração
Isquemia mesentérica

Via inalatória

Esofagite

Aparelho Excretor & Distúrbios Metabólicos

Qualquer via de administração

Insuficiência renal aguda secundária à rhabdmiólise
Hipertermia
Hipoglicemia
Acidose láctica
Hipocalemia
Hipercalemia

Olhos, Ouvidos, Nariz e Garganta

Via intranasal

Necrose de septo nasal
Rinite
Sinusite
Laringite

Via inalatória

Lesões térmicas

Doenças Infecciosas

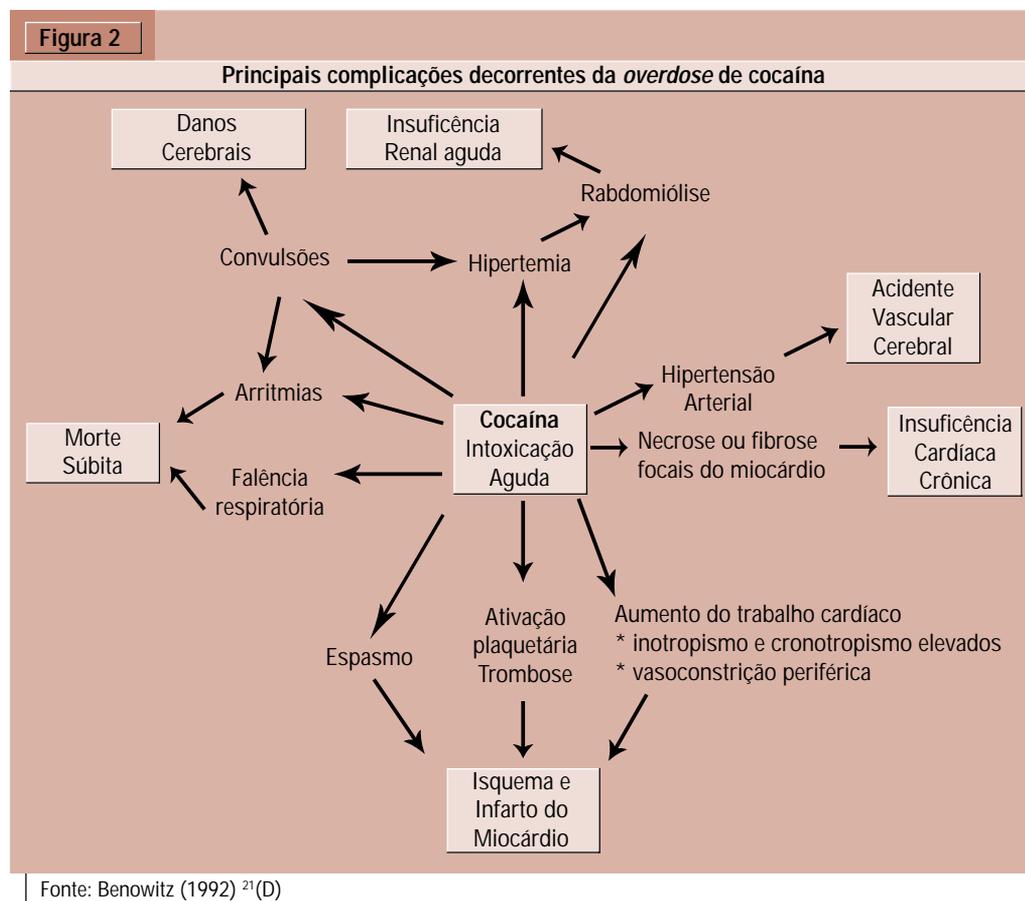
Via endovenosa e via inalatória^(*)

AIDS
Hepatite B e C

(*) Apesar do consumo de *crack* não apresentar risco de infecção para o usuário, este acaba exposto às DSTs/AIDS devido ao maior envolvimento com a troca de sexo para a obtenção de *crack*.

Fonte: Ellenhorn et al (1997) ¹⁶(C)

próprias diretrizes e não serão objetos do presente trabalho. As complicações relacionadas ao aparelho cardiovascular e ao sistema nervoso central receberão alguns comentários, devido à maior incidência de ambas e do valor que representam para o manejo clínico.



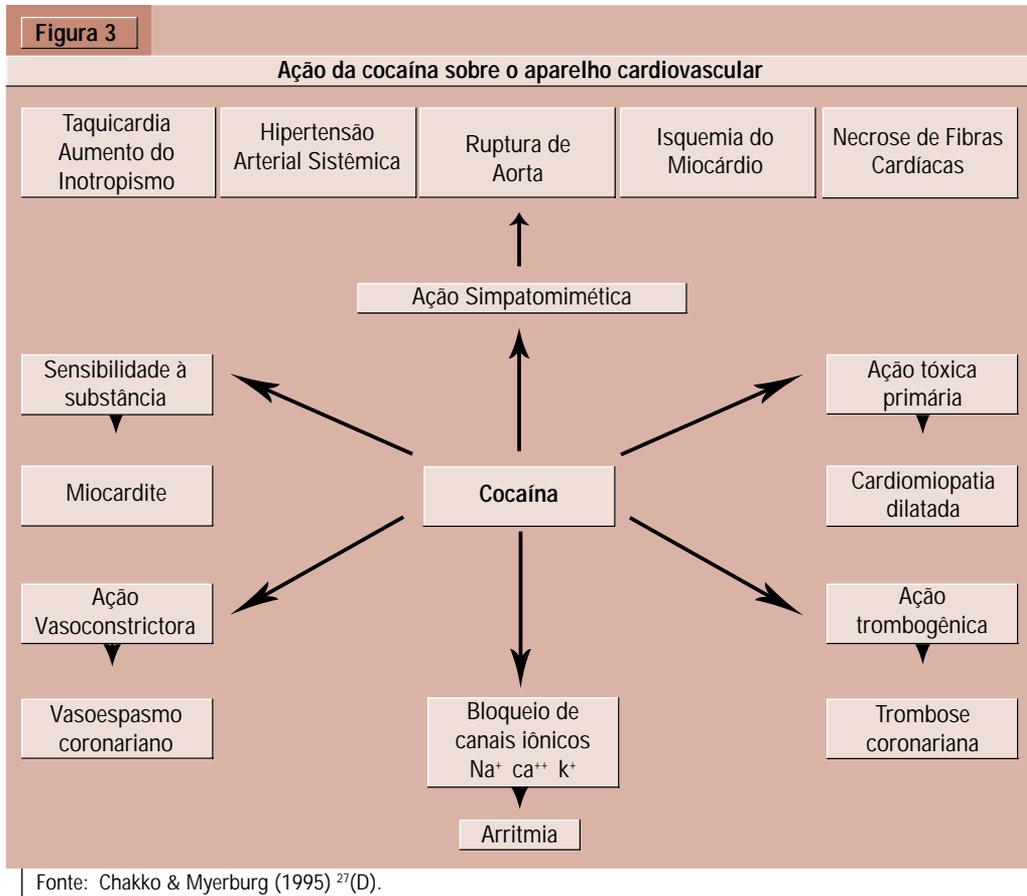
SISTEMA CARDIOVASCULAR

As complicações cardiovasculares decorrentes do uso de cocaína (Figura 3) são as mais freqüentes entre as complicações não-psiquiátricas²²(C). A *angina pectoris* é a queixa mais recorrente²³(C). Não há particularidades clínicas entre a angina induzida pelo consumo de cocaína e anginas ocasionadas por outras situações²⁴(C). A angina secundária ao consumo de cocaína atinge cerca de 10% dos casos de angina admitidos para tratamento²⁵(C). Desse modo, investigar o consumo de cocaína entre esses indivíduos é extremamente importante²⁶(C).

Os casos de *infarto agudo do miocárdio*, no entanto, são pouco prevalentes entre esses indivíduos²⁸(C). Estima-se que tal diagnóstico se confirme em menos de 10% dos usuários de cocaína que procuram salas de emergência com queixa de *angina pectoris*²⁹(C). Os acometidos têm geralmente tabagismo associado, são coronariopatas e utilizaram cocaína nas últimas horas²⁰(C).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento



A investigação laboratorial³⁰(C) e eletrocardiográfica³¹(C) da angina *pectoris* induzida pela cocaína produz habitualmente resultados que podem confundir o diagnóstico. Desse modo, a baixa incidência de infarto entre esses indivíduos, associada à alta incidência de resultados falso-positivos têm ocasionado o aparecimento de diversos protocolos de tratamento, sem que haja um amplo consenso sobre o tema. Ficam apenas contraindicados os *beta-bloqueadores*²⁵(C), por reduzirem o fluxo sanguíneo e aumentarem a resistência coronariana.

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Cerca de um terço dos *acidentes vasculares cerebrais* em adultos jovens está associado ao consumo de drogas. Entre os indivíduos de 20 a 30 anos esse índice chega a 90%³²(C). A cocaína é a substância ilícita mais associada a problemas cerebrovasculares³³(B). Desse modo, é fundamental descartar consumo de drogas entre esses indivíduos.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

As *convulsões* atingem uma pequena parte dos usuários de cocaína que procuram as salas de emergência, apesar de ser a complicação neurológica mais comum³⁴(C). A tomografia e o eletroencefalograma são habitualmente normais³⁵(C). Episódios isolados são considerados benignos e não requerem farmacoterapia de manutenção³⁶(D).

GRAVIDEZ

O consumo de cocaína durante a gravidez está associado a complicações tais como: baixo peso ao nascer, abortos espontâneos e déficits cognitivos ao recém-nascido³⁷(D). Não há evidência de uma síndrome teratogênica³⁸(B). Apesar de não haver números confiáveis sobre o uso de cocaína entre grávidas, há evidências que elas têm tendência a não relatar seu consumo de drogas, em especial álcool, tabaco e cocaína³⁹(B). Isso torna ainda mais importante uma investigação sobre o assunto por parte do obstetra de modo empático, direto e detalhado.

COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS AGUDAS

As complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários de cocaína²³(C). Elas podem decorrer tanto de episódios de intoxicação aguda³⁴(C) quanto da síndrome de abstinência da substância⁴⁰(C). Além de ser responsável pelo aparecimento de uma série de transtornos psiquiátricos agudos e crônicos⁴¹(C) (Quadro 4).

Quadro 4

Principais sinais e sintomas psiquiátricos agudos entre usuários de cocaína⁴¹(C)

- Disforia (irritação)
- Ansiedade
- Agitação
- Heteroagressividade
- Sintomas paranóides
- Alucinações

Mesmo quando os sintomas psíquicos sobressaem, há sempre a possibilidade de estarem relacionados a alterações clínicas (Quadro 3), tais como hipoglicemia e distúrbios metabólicos⁴²(C), quadros confusionais desencadeados por infecções. Desse modo, uma avaliação clínica inicial completa é sempre desejável e prioritária.

Para boa parte das admissões nas salas de emergência, o diagnóstico psiquiátrico é sindrômico ou sintomático. Há vários fatores que justificam tal procedimento. Em primeiro, abordagem premente está voltada para a complicação psiquiátrica que trouxe o indivíduo à atenção médica. Em segundo, a questão

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

temporal: há escassez de tempo⁴³(D) e a necessidade de uma história mais elaborada, raramente ocorre nesse ambiente⁴⁴(D). Por último, o quadro apresentado é muitas vezes mascarado ou potencializado pela presença do consumo de drogas ou pela síndrome de abstinência dessas⁴⁵(C). Desse modo, medicar os sintomas que nos apresentam, dar suporte clínico e tranquilizar o paciente com abordagens voltadas para a realidade, que demonstrem segurança profissional, são as melhores condutas⁴⁶(D).

Sintomatologia de natureza ansiosa

Quadros de inquietação de natureza ansiosa respondem bem à administração de benzodiazepínicos por via oral (Quadro 5). Um comprimido de diazepam 10mg ou clordiazepóxido 25mg pode ser eficaz. Casos de extrema agitação podem requerer a administração de benzodiazepínicos mais sedativos pela via intramuscular (midazolam 15mg)⁴⁷(D).

Quadro 5

Tratamento da intoxicação por estimulantes ⁴⁸ (D)		
Problemas clínicos	Leve	Grave
Ansiedade, agitação	Asseguramento de cuidados, ambiente calmo e sem estímulos sensoriais	Diazepam ou outro BDZ
Ilusões, psicose convulsões	Neuroléptico em último caso Diazepam 5-10mg EV	Haloperidol

Sintomatologia de natureza psicótica

A presença de sintomas psicóticos (delírios paranóides, alucinações) pode desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da ação da cocaína). Agitações extremas, decorrentes destes sintomas, podem necessitar de sedação (Quadro 5). Os benzodiazepínicos intramusculares (midazolam 15mg) são os mais indicados. O haloperidol 5mg pode ser utilizado nessas ocasiões. Neurolépticos fenotiazínicos, tais como a clorpromazina e a levomepromazina, devem ser evitados, pela redução significativa que provocam no limiar de convulsão⁴⁸(D).

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

A dependência é a principal complicação crônica relacionada ao consumo de cocaína. Até o momento, nenhum medicamento mostrou-se eficaz para proporcionar alívio aos sintomas de abstinência, tampouco para atuar sobre o comportamento de busca da substância⁴⁹(A). As condutas a esse respeito têm sido tomadas a partir da prática clínica, sem, no entanto, haver evidências científicas comprobatórias.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

REFERÊNCIAS

1. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Rev ABP-APAL* 1993; 15:121-7.
2. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine - profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Subst Use Misuse* 1999; 34:1527-48.
3. Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 79-85.
4. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. Available from: URL: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.
5. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
6. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A. Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) ~ Universidade Federal de São Paulo; 2000.
7. Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med* 2001; 345:351-8.
8. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Brusint Olivares B, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda 1997 (estudio de 1.140 casos del área sur de la Comunidad de Madrid). *Rev Clin Española* 1999; 7:18-24.
9. Leikin JB, Morris RW, Warren M, Erickson T. Trends in a decade of drug abuse presentation to an inner city ED. *Am J Emergency Med* 2001; 19: 37-9.
10. Colliver JD, Kopstein AN. Trends in cocaine abuse reflected in emergency room episodes reported by DANW. *Public Health Rep* 1991; 106:59-67.
11. Negrete JC. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p.40-9. [Ciba Foundation Symposium 166]
12. Wallace BC. *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*. New York: Brunner/Mazel; 1991.
13. Gold MS. *Cocaine*. New York: Plenum Medical Book Company; 1993.
14. Hatsukami DK, Fischman MW. *Crack cocaine and cocaine hydrochloride*. Are the differences myth or reality? *JAMA* 1996; 276:1580-7.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

15. Wise RA. Multiple mechanisms of the reinforcing action of cocaine. In: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine: pharmacology, effects, and treatment abuse. Rockville: Department of Health and Human Services; 1984. [Research Monograph Series nº 50].
16. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 356-86.
17. Safer D. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1983; 40:620-5.
18. Mirin, S. M. & Weiss, R. D. (1991) Substance abuse and mental illness. In: Frances RJ, Miller SI, editors. *Clinical Textbook of Addictive disorders*. New York: Guilford Press; 271-298.
19. Lange RA, Cigarroa RG, Yancy CW Jr, Willard JE, Popma JJ, Sills MN. Cocaine-induced coronary artery vasoconstriction. *N Engl J Med* 1989; 321:1557-62.
20. Baumann BM, Perrone J, Horning SE, Shofer FS, Hollander JE. Cardiac and hemodynamic assessment of patients with cocaine-associated chest pain syndromes. *Clin Toxicol* 2000; 38:283-90.
21. Benowitz NL. How toxic is cocaine? In: Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p. 125-42.
22. Derlet RW, Albertson TE. Emergency department presentation of cocaine intoxication. *Ann Emerg Med*. 1989; 18:182-6.
23. Brody SL, Slovis CM, Wrenn KD. Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. *Am J Med* 1990; 88:325-31.
24. Hollander JE, Hoffman RS, Gennis P, Faiweather P, Disano MJ, Schumb DA, et al. Prospective multicenter evaluation of cocaine-associated chest pain. *Acad Emerg Med* 1994; 1:330-9.
25. Feldman JA, Fish SS, Beshanky JR, Griffith JL, Woolard RH, Selker HP. Acute cardiac ischemia in patients with cocaine-associated complaints: results of a multicenter trial. *Ann Emerg Med* 2000; 36:469-76.
26. Hollander JE, Brooks DE, Valentine SM. Assessment of cocaine use in patients chest pain syndromes. *Arch Gen Med* 1998; 158:62-6.
27. Chakko S, Myerburg RJ. Cardiac complications of cocaine abuse. *Clin Cardiol* 1995; 18:67-72.
28. Tokarski GF, Paganussi P, Urbanski R, Carden D, Foreback C, Tomlanovich MC. An evaluation of cocaine induced chest pain. *Ann Emerg Med* 1990; 19:1088-92.
29. Hollander JE, Hoffman RS, Gennis P, Faiweather P, Feldman JA, Fish SS, et al. Cocaine associated chest pain: one-year follow-up. *Acad Emerg Med* 1995; 2:179-84.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

30. Hollander JE, Levitt MA, Young GP, Briglia E, Wetli CV, Gawad Y. Effect of recent cocaine use on the specificity of cardiac markers for diagnosis of acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1998; 135:245-52.
31. Chakko S, Sepulveda S, Kessler KM, Sotomayor MC, Mash DC, Prineas RJ, et al. Frequency and type of electrocardiographic abnormalities in cocaine abusers (electrocardiogram in cocaine abuse). *Am J Cardiology* 1994; 74:710-3.
32. Sloan MA, Kittner JK, Rigamonti D, Price TR. Occurrence of stroke associated with use/abuse of drugs. *Neurology* 1991; 41:1358-64.
33. Kaku DA, Lowenstein DH. Emergence of recreational drug abuse as a major risk factor for stroke in young adults. *Ann Intern Med* 1990; 113:821-7.
34. Lowenstein DH, Massa SM, Rowbotham MC, Collins SD, McKinney HE, Simon RP. Acute neurologic and psychiatric complications associated with cocaine abuse. *Am J Med* 1987; 84:1-6.
35. Dhuna A, Pascual-Leone A, Langendorf F, Anderson DC. Epileptogenic properties of cocaine in humans. *Neurotoxicology* 1991; 12:621-6.
36. Rowbotham MC. Neurologic aspects of cocaine abuse. *West J Med* 1988; 149:442-8.
37. Rosenak D, Diamont YZ, Haffe H, Hornstein E. Cocaine: maternal use during pregnancy and its effect on the mother, the fetus and the infant. *Obstet Gynecol Surv* 1990; 45:348-59.
38. Singer LT, Arendt R, Minnes S, Farkas K, Salvador A, Kirchner HL, et al. Cognitive and motor outcomes of cocaine exposed infants. *JAMA* 2002; 287:1952-60.
39. Ostrea EM Jr, Knapp DK, Tamnenbaum L, Ostrea AR, Romero A, Salari V, et al. Estimates of illicit drug use during pregnancy by maternal interview, hair analysis and meconium analysis. *J Pediatr* 2001; 188:344-8.
40. Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:107-13.
41. Wetli CV, Fishbain DA. Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users. *J Forensic Sci* 1985; 30:873-80.
42. Stevens DC, Campbell jp, Carter JE, Watson WA. Acid-base abnormalities associated with cocaine toxicity in emergency department patients. *Clin Toxicol Clin Toxicol* 1994; 32:31-9.
43. Wood KA, Khuri R. Temporal aspects of emergency room psychiatric evaluations. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176:161-6.
44. Haskell RM, Frankel HL, Rotondo MF. Agitation. *AACN Clin Issues* 1997; 8:335-50.
45. Szuster RR, Schanbacher BL, McCann SC, McConnell A. Underdiagnosis of psychoactive-substance-induced organic mental disorders in emergency psychiatry. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1990; 16:319-27.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

46. Dackis CA, Gold MS. Pharmacological approaches to cocaine addiction. *J Subst Abuse Treat* 1985; 2:139-45.
47. Chang G, Kosten TR. Emergency management of acute intoxication. In J. Lowinson H, Ruiz P, Milman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 2nd Edition; Baltimore: Williams & Wilkins, 437-45.
48. Weiss RD, Greenfield SF, Mirin SM. Intoxication and withdrawal syndromes. In: Hyman SE, editor. *Manual of psychiatric emergencies*. Boston: Litle, Brow & Co.; 1994. p. 217-27.
49. Lima MS, Soares BG, Reisser AA, Farrell M. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*. 2002; 97:931-49.

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 13 de Setembro de 2002

Autoria: Ribeiro M, Marques ACPR

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Baltieri DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastrí S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência da Maconha” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral ou primário a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência da maconha.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecimento do consumo;
- Diagnóstico da:
 - Intoxicação aguda;
 - Quadros psiquiátricos;
 - Complicações crônicas.

INTRODUÇÃO

A *Cannabis sativa* é um arbusto da família das *Moraceae*, conhecido pelo nome de “cânhamo” da Índia, que cresce livremente nas regiões tropicais e temperadas. Os seus efeitos medicinais e euforizantes são conhecidos há mais de 4 mil anos. Na China existem registros históricos das suas ações medicinais desde o século III a.C¹(D). No início do século passado, passou a ser considerada um “problema social”, sendo banida legalmente na década de 30. O seu uso médico declinou lentamente, pois pesquisadores não conseguiram isolar os seus princípios ativos em função da rápida deterioração da planta. Alguns países começaram a relacionar o abuso da maconha à degeneração psíquica, ao crime e à marginalização do indivíduo. Nas décadas de 60 e 70, o seu consumo voltou a crescer significativamente, chegando ao ápice no biênio 1978/1979.

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente²(D). Nos EUA, 40% da população adulta já experimentaram maconha uma vez pelo menos³(D). O uso da maconha geralmente é intermitente e limitado: os jovens param por volta dos seus 20 anos e poucos entram num consumo diário por anos seguidos⁴(D). A dependência de maconha está entre as dependências de drogas ilícitas mais comuns; 1 em 10 daqueles que usaram maconha na vida se tornam dependentes em algum momento do seu período de 4 a 5 anos de consumo pesado. Este risco é mais comparável ao de dependência de álcool (15%) do que de outras drogas (tabaco é de 32% e opióides é de 23%)⁵(D).

No Brasil, um levantamento realizado em 1997 com estudantes do ensino fundamental e do ensino médio em 10 capitais brasileiras mostra que a maconha é a droga ilícita mais utilizada. Comparando levantamentos anteriores (1987, 1989, 1993 e 1997), a maconha foi a droga que mais teve seu ‘uso na vida’ aumentado, passando de 2,8% em 87 para 7,6% em 1997. Também o uso freqüente e o pesado aumentaram estatisticamente ao longo dos quatro levantamentos. O uso freqüente (seis vezes ou mais no mês) passou de 0,4% em 1987 para 1,7% em 1997⁶(C).

Em levantamento domiciliar feito na cidade de São Paulo em 1999, com uma população acima de 12 anos, a maconha foi a droga que teve maior uso na vida (6,6%), seguida de longe pelos solventes (2,7%) e pela cocaína (2,1%)⁷(C).

A *Cannabis sativa* contém aproximadamente 400 substâncias químicas, entre as quais destacam-se pelo menos 60 alcalóides conhecidos como canabinóides. Eles são os responsáveis pelos seus efeitos psíquicos e classificados em dois grupos: os canabinóides psicoativos (por ex., Delta-8-THC, Delta-9-THC e o seu metabólico ativo, conhecido como 11-hidróxi-Delta-9-THC) e os não-psycoativos (por ex., canabidiol e canabinol). O Delta-9-THC é o mais abundante e potente destes compostos⁸(D).

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Sabe-se hoje que existem receptores canabinóides, específicos para o Delta-9-THC no tecido cerebral de ratos, bem como um suposto neurotransmissor para os receptores endógenos, denominando-o anandamida⁹(D).

As taxas de absorção orais são mais elevadas (90% a 95%) e lentas (30 a 45 minutos) em relação à absorção pulmonar (50%). Os efeitos farmacológicos pela absorção pulmonar podem demorar entre 5 a 10 minutos para iniciarem¹⁰(D). Devido à sua lipossolubilidade, os canabinóides acumulam-se principalmente nos órgãos onde os níveis de gordura são mais elevados (cérebro, testículos e tecido adiposo)¹¹(D). Alguns pacientes podem exibir os sintomas e sinais de intoxicação por até 12 a 24 h, devido à liberação lenta dos canabinóides a partir do tecido adiposo¹²(D).

Complicações agudas

Um cigarro de maconha ou baseado típico contém cerca de 0,3 – 1g de maconha. A concentração de Delta-9-THC, nas diferentes apresentações da *Cannabis* (maconha, haxixe, skunk), varia de 1% a 15%, ou seja, de 2,5 a 150mg de THC¹²(D). Estima-se que a concentração mínima preconizada para a produção dos efeitos euforizantes seja de 1% ou 1 cigarro de 2 a 5 mg. Os efeitos da intoxicação aparecem após alguns minutos do uso¹¹(D) (Quadro 2).

Déficits motores (por ex., prejuízo da capacidade para dirigir automóveis) e cognitivos (por ex., perda de memória de curto prazo, com dificuldade para lembrar de eventos, que ocorreram imediatamente após o uso de canábis) costumam acompanhar a intoxicação¹³(D) (Quadro 3).

Sintomas psiquiátricos

O consumo de maconha pode desencadear quadros temporários de natureza ansiosa, tais como reações de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. Ambos habitualmente respondem bem a abordagens de reassentimento e normalmente não há necessidade de medicação¹⁴(D).

A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além de constituir um importante fator desencadeador da doença em indivíduos predispostos. Desse modo, pacientes esquizofrênicos usuários de maconha e seus familiares devem ser orientados acerca dos riscos envolvidos. O mesmo se aplica aos indivíduos com fatores de risco e antecedentes familiares para a doença¹⁵(A).

Complicações crônicas

Ainda há pouco consenso a respeito das complicações crônicas do consumo de maconha. As investigações acerca da existência de seqüelas ao funcionamento cognitivo e de dependência da maconha, como as descritas abaixo, têm merecido a atenção dos pesquisadores nos últimos anos.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Quadro 2

Sinais e sintomas decorrentes do consumo da maconha

Efeitos euforizantes

- aumento do desejo sexual
- sensação de lentificação do tempo
- aumento da autoconfiança e grandiosidade
- risos imotivados
- loquacidade
- hilaridade
- aumento da sociabilidade
- sensação de relaxamento
- aumento da percepção das cores, sons, texturas e paladar
- aumento da capacidade de introspecção

Efeitos Físicos

- taquicardia
- hiperemia conjuntival
- boca seca
- hipotermia
- tontura
- retardo psicomotor
- redução da capacidade para execução de atividades motoras complexas
- incoordenação motora
- redução da acuidade auditiva
- aumento da acuidade visual
- broncodilatação
- hipotensão ortostática
- aumento do apetite
- xerostomia
- tosse
- midríase

Efeitos Psíquicos

- despersonalização
- desrealização
- depressão
- alucinações e ilusões
- sonolência
- ansiedade
- irritabilidade
- prejuízos à concentração
- prejuízo da memória de curto prazo
- letargia
- excitação psicomotora
- ataques de pânico
- auto-referência e paranóia
- prejuízo do julgamento

Quadro 3

Déficits motores e cognitivos observados durante a intoxicação aguda de maconha

- Redução da capacidade para solucionar problemas e classificar corretamente as informações (por ex., sintetizar da parte para o todo);
- Habilidades psicoespaciais (por ex., problemas para diferenciar tempo e espaço);
- Piora da compreensão diante de estímulos sensoriais apresentados;
- Redução da capacidade para realizar atividades complexas (por ex., dirigir automóveis);
- Prejuízo da representação mental do ambiente;
- Redução das atividades da vida diária;
- Redução da capacidade de transferir material da memória imediata para a memória de longo prazo;
- Piora das tarefas de memória de códigos;
- "Ressaca" matinal;
- Redução da formação de conceitos;
- Piora da estimativa de tempo;
- Piora da capacidade de concentração.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Funcionamento cognitivo

Há evidência de que o uso prolongado de maconha é capaz de causar prejuízos cognitivos relacionados a organização e integração de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de processos de atenção e memória¹⁶(D). Tais prejuízos podem aparecer após poucos anos de consumo. Processos de aprendizagem podem apresentar déficits após períodos mais breves de tempo¹⁷(B).

Prejuízos da atenção podem ser detectados a partir de fenômenos tais como aumento da vulnerabilidade à distração, afrouxamento das associações, intrusão de erros em testes de memória, inabilidade em rejeitar informações irrelevantes e piora da atenção seletiva. Tais prejuízos parecem estar relacionados à duração, mas não à frequência do consumo de maconha¹⁷(B), porém um estudo recente comparando usuários pesados de maconha com ex-usuários pesados e com usuários recreacionais, constatou que os déficits cognitivos, apesar de detectáveis após sete dias de consumo pesado, são reversíveis e relacionados ao consumo recente de maconha e não estão relacionados ao uso cumulativo ao longo da vida¹⁸(B).

Dependência

A dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo, nos mesmos padrões das outras substâncias. Muitos estudos comprovam que os critérios atuais de dependência aplicam-se muito bem à dependência da maconha bem como de outras drogas¹⁹(C). Devido à dificuldade de quantificar a quantidade de maconha que atinge a corrente sanguínea, não há doses formais definidas de THC que produza a dependência. O risco de dependência aumenta conforme a extensão do consumo¹⁷(B). Apesar disso, alguns usuários diários não tornam-se dependentes ou desejam parar o consumo. A maioria dos usuários não torna-se dependente e uma minoria desenvolve uma síndrome de uso compulsivo semelhante à dependência de outras drogas²⁰(B).

Para complementar a formalização da dependência da maconha, a síndrome de abstinência desta droga, apesar de reconhecida como fato pelo CID-10²¹(D), só havia sido descrita em laboratório. Não é possível ainda determinar a natureza dos sintomas da abstinência²²(D) (Quadro 4).

Quadro 4

Sintomas de abstinência da maconha
<ul style="list-style-type: none">• Fissura• Irritabilidade• Nervosismo• Inquietação• Sintomas depressivos• Insônia• Redução do apetite• Cefaléia

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Apesar da existência de muitos efeitos nocivos da maconha permanecerem inconclusivos, a recomendação é que os profissionais de saúde devam informar seus pacientes usuários de maconha sobre os já comprovados efeitos nocivos (risco de acidente, danos respiratórios para usuários crônicos, risco de desenvolver dependência para usuários diários e déficit cognitivo para os usuários crônicos). Os efeitos nocivos inconclusivos também devem ser transmitidos. Intervenções mínimas, de natureza motivacional ou cognitiva, têm se mostrado de grande valia para esses indivíduos²³(B). Casos de dependência estabelecida devem ser encaminhados para atenção profissional especializada.

REFERÊNCIAS

1. Talbott J, Hales TI, Yudofsky S. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. Available from: URL: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf .
3. Gold MS. Marijuana. NY: Plenum medical book company, 1989.p.227
4. Bachman JG. Smoking, drinking and drug use in young adulthood. Malwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1997.
5. Anthony JC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhabitants: basic findings from the National comorbidity Study. Clin Exp Psychopharmacol 1994; 2:244-268.
6. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
7. Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. São Paulo: FAPESP; 1999.
8. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
9. Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. Science 1992; 258:1946-9.
10. Kalant H. Medicinal use of cannabis: history and current status. Pain Res Manag 2001; 6:80-91.
11. Jones RT. Human effects: an overview. In: Petersen RC, editor. Marijuana research findings. Rockville: DHHS-NIDA; 1980. p. 54-80.
12. Adams IB, Martin BR. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. Addiction 1996; 91:1585-614.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

13. Solowij N. Acute effects of cannabis on cognitive functioning. In: Solowij N, editor. Cannabis and cognitive functioning. Cambridge: Cambridge University Press; 1998. p.29-39.
14. Schuckit M. Canabinóis. In: Schuckit M. Abuso de álcool e drogas – uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. P. 176-91.
15. van Os J, Bak M, Hanssen N, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and Psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002; 156:319-27.
16. Wört RC, Raulin ML. The chronic cerebral effects of cannabis use.II. psychological findings and conclusions. *Int J Addict* 1986; 21:629-42.
17. Pope HG Jr, Yurgelun-Todd D. The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *JAMA* 1996; 275:521-7.
18. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Toss D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:909-15.
19. Rounsaville BJ, Bryant K, Barbor T, Kranzler H, Kadden R. Cross-system agreement for substance use disorders. DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. *Addiction* 1993; 88:337-48.
20. Rosenberg MF, Anthony JC. Early clinical manifestations of cannabis dependence in a community sample. *Drug Alcohol Dep* 2001; 64:123-31.
21. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTMED; 1993. P. 69-82.
22. Smith NT. A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction* 2002; 97:621-32.
23. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:898-908.

9

Solventes

Abuso e dependência

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 16 de Setembro de 2002

Autoria: Ribeiro M, Marques ACPR

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Araújo MR, Baltieri DA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Marques ACPR, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

Este trabalho também compõe o Projeto Diretrizes

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência dos Solventes” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral, ou primário, a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência dos solventes.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecimento das substâncias encontradas nos solventes;
- Abordagem dos quadros agudos;
- Abordagem das complicações crônicas.

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

INTRODUÇÃO

Com exceção do éter e do clorofórmio, já utilizados como anestésicos gerais, os solventes não possuem qualquer finalidade clínica. Eles são compostos de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos, facilmente voláteis, presentes numa série de produtos, tais como aerossóis, vernizes, tintas, propelentes, colas, esmaltes e removedores¹(D) (Quadro 1).

A inalação voluntária dessas substâncias ocorre em várias partes do mundo. No Brasil, os solventes estão entre as drogas mais usadas por estudantes de escolas públicas²(C) e entre adolescentes de baixa renda³(C). Trabalhadores da indústria podem apresentar problemas agudos e crônicos decorrentes da exposição à ação de solventes⁴(C). Diversos usuários crônicos apresentam quadros neurológicos graves⁵(D).

Quadro 1

Substâncias químicas comumente encontradas nos solventes ³ (C)	
Produto	Substâncias químicas
Adesivos e colas	
<ul style="list-style-type: none">• cola de avião• cimento de borracha• cimento de PVC	<ul style="list-style-type: none">• tolueno, etilacetato• tolueno, acetona, metiletilquetona• tricloroetileno
Aerossóis	
<ul style="list-style-type: none">• sprays de tinta, cabelo, desodorantes	<ul style="list-style-type: none">• butano, propano, fluorocarbonos, tolueno, hidrocarbonetos
Anestésicos	
<ul style="list-style-type: none">• gasosos• líquidos• locais	<ul style="list-style-type: none">• óxido nitroso• halotano• cloridrato de etila
Produtos de limpeza	
<ul style="list-style-type: none">• fluidos para limpeza a seco, removedores de manchas, detergentes	<ul style="list-style-type: none">• tetracloroetileno, tricloroetano, cloridrato de metila
Solventes	
<ul style="list-style-type: none">• removedores• gases combustíveis• gás de isqueiros	<ul style="list-style-type: none">• acetona, tolueno, cloridrato de metila, metanol• butano• butano, isopropano

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

Após a inalação, os solventes alcançam os alvéolos e capilares pulmonares e são distribuídos pelas membranas lipídicas do organismo. O pico plasmático é atingido entre 15 a 30 minutos¹(D). O metabolismo é variável: nitratos e hidrocarbonetos aromáticos são metabolizados pelo sistema hepático microsomal. Alguns solventes possuem metabólitos ativos mais potentes que a substância inicial. A eliminação pode ser renal ou pulmonar.

O mecanismo de ação dos solventes é pouco entendido, tendo em vista a variedade de classes químicas envolvidas e a freqüente associação entre solventes e poliabuso. Clinicamente funcionam como depressores centrais ⁵(D). Seus efeitos intensos e efêmeros estimulam o uso continuado (*rush*), principalmente em usuários crônicos, população com propensão significativa ao uso nocivo e continuado. Há controvérsias quanto à existência de tolerância e síndrome de abstinência para essa classe⁵(D).

COMPLICAÇÕES AGUDAS

Doses iniciais trazem ao usuário uma sensação de euforia e desinibição, associada a tinidos e zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Com o prosseguimento do uso, surgem manifestações congruentes com a depressão do SNC: confusão mental, desorientação e possíveis alucinações visuais e auditivas. A terceira etapa acentua a depressão central, com redução do estado de alerta, incoordenação motora e piora das alucinações. A intoxicação pode atingir níveis ainda mais profundos de depressão, com estado de inconsciência, convulsões, coma e morte⁵(D). Os solventes são depressores cardíacos (ação miocárdica direta) e respiratórios. Arritmias decorrentes do uso agudo já foram relatadas⁶(D). Traumas relacionados à incoordenação e distraibilidade decorrentes da intoxicação são maiores nessa população⁵ (D).

Intoxicações graves, com depressão respiratória, coma, arritmias cardíacas e convulsões são emergências médicas e devem receber tratamento imediato segundo procedimentos de rotina. Intoxicações menos graves devem receber intervenções suportivas como manutenção dos sinais vitais, controle da agitação até controle do quadro⁵(D).

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Atrofias corticais e cerebelares são possíveis em usuários crônicos, produzindo sintomas de empobrecimento cognitivo, sintomas relacionados aos nervos cranianos e ataxia⁶(D). A N-hexano (benzina) tem metabolismo hepático, com produção de metabólitos ativos causadores de toxicidade para os nervos periféricos, levando a neuropatias⁶(D). Pode haver

Usuários de Substâncias Psicoativas

Abordagem, diagnóstico e tratamento

ainda insuficiência renal crônica, hepatites tóxicas, náuseas, vômitos, dores abdominais difusas, diarreia, pneumonites químicas, tosse e broncoespasmos⁶(D). A abstinência é o melhor a ser feito nestes casos. O tratamento de cada uma das complicações deve ser prescrito de acordo com diretrizes específicas.

REFERÊNCIAS

1. Pandina R, Hendren R. Other drugs of abuse: inhalants, designer drugs and steroids. In: McCrady BS, Epstein EE, editors. Addictions – a comprehensive guidebook. New York: Oxford University Press; 1999.p. 171-86.
2. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. UNIFESP-EPM – Departamento de Psicobiologia. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).
3. Carlini-Cotrim B, Carlini EA. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na Grande São Paulo. Parte II: meninos de rua e menores internados. Rev ABP-APAL 1987; 8(2): 69-77.
4. Neubert D, Bochert G, Gericke C, Hanke B, Beckmann G, Toluene Field Study Group. Multicenter field trial on possible health effects of toluene. I. Toluene body burdens in workers of the rotogravure industry. Toxicology 2001; 168:139-57.
5. Dinwiddie SH. The Pharmacology of Inhalants. In: Graham AW, Schultz TK, editors. Principles of addiction medicine. Chevy Chase: ASAM; 1998.
6. Health hazards of nitrite inhalants: technical review meeting. March 31, 1987, Rockville, MD. NIDA Res Monogr 1988; 83:1-105.

