

# Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica

## *Management of patients with substance use illnesses in psychiatric emergency department*

Ricardo Abrantes do Amaral<sup>1</sup>, André Malbergier<sup>1</sup>, Arthur Guerra de Andrade<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** Transtornos por uso de substâncias são prevalentes em setores de emergência gerais e psiquiátricos, atingindo taxas de 28% das ocorrências em prontos-socorros gerais. Todavia, profissionais dos setores de emergência identificam menos que 50% dos casos de problemas relacionados ao álcool. Este artigo visa fornecer base fundamentada em evidências para o tratamento específico a pacientes que preencham os critérios diagnósticos de transtornos por uso de substâncias e que se apresentam ao pronto-socorro em quadros de intoxicação ou abstinência. **Método:** Uma revisão sobre o tema foi realizada na base de dados Medline, usando-se os descritores “intoxicação aguda”, “abstinência”, “álcool”, “cocaína”, “cannabis”, “opioides”, “inalantes” e “manejo”, tendo o inglês como idioma. **Resultados e Conclusão:** O cuidado de pessoas com transtornos por uso de substâncias deve conter: avaliação completa (médica geral e psiquiátrica), tratamento dos quadros diagnosticados (abstinência, intoxicação e quadros clínicos que caracterizem uma emergência), sensibilização do paciente para realizar tratamento, se for necessário, e elaboração de encaminhamento.

**Descritores:** Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Serviços de emergência psiquiátrica; Intoxicação; Abstinência; Manejo

### Abstract

**Objective:** Substance use disorders are prevalent in emergency departments in medical and psychiatric services, reaching rates of 28% of cases in medical emergency departments. However, professionals in the emergency department identify less than 50% of cases of alcohol-related problems. This article aims to provide evidence-based interventions for the specific treatment to patients who meet diagnostic criteria for substance use disorders and who present to emergency rooms during intoxication or abstinence. **Method:** A literature review was performed on Medline database, using the descriptors “acute intoxication”, “withdrawal”, “alcohol”, “cocaine”, “cannabis”, “opioid”, “inhalant”, “management”, using English as the language. **Results: and Conclusion:** The care of persons with substance use disorders should include: comprehensive assessment (medical and psychiatric), treatment of diagnosed disorders (withdrawal, intoxication and clinical features that characterize an emergency), awareness of the patient to carry out treatment if necessary and referral.

**Descriptors:** Substance-related disorders; Patients; Emergency services, psychiatric; Intoxication; Withdrawal; Management

### Introdução

Transtornos por uso de substâncias (TUS) são prevalentes em setores de emergência (pronto-socorro geral, PSG). Aproximadamente 374 mil pacientes maiores de 12 anos procuraram, por este motivo, setores de emergência nos Estados Unidos da América (EUA), o que representou 8,5% de todos os atendimentos por TUS naquele país, em 2008<sup>1</sup>.

No Brasil, 6% da população (11 milhões de pessoas) apresentam TUS considerados graves<sup>2</sup>. Os dados sobre atendimento a TUS em PSG em nosso país provêm predominantemente de centros universitários. Entre os pacientes atendidos na área de captação da cidade de Ribeirão Preto-SP, entre 1998 e 2004, 28,5% dos

atendimentos efetuados em unidade de emergência psiquiátrica (UEP) e 6,9% das admissões em enfermaria psiquiátrica em hospital geral foram devido a TUS<sup>3</sup>.

O uso de substâncias em si constitui-se em problema prevalente, mas também está relacionado a outros agravos à saúde. Entre as visitas a PSG, o álcool está associado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes de automóvel, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% das quedas fatais<sup>4-6</sup>. Além das causas externas, o álcool também está relacionado a uma variedade de doenças que pode incluir hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC),

### Correspondência

André Malbergier  
Rua Capote Valente, 439/81  
05409-001 São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: amalbergier@uol.com.br

diabetes, doenças do fígado e do estômago e câncer de mama e de esôfago<sup>7</sup>.

O uso de cocaína/crack está relacionado a problemas respiratórios, dor precordial, problemas cardiocirculatórios e hipertermia. O ecstasy (3,4-metilenodioximetanfetamina), além dos problemas cardiovasculares e de hipertermia, também está associado a casos de hiponatremia e rabdomiólise<sup>8</sup>. Muitas das mortes em setores de emergência relacionadas a drogas envolvem o uso de duas ou mais substâncias, muitas vezes simultaneamente (p.ex., são poliusuários)<sup>9</sup>.

Este artigo visa a fornecer base fundamentada em evidências para o tratamento específico e indicado a pacientes que preenchem os critérios de diagnóstico de TUS de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), em condições de urgência e emergência.

### Método

As recomendações apresentadas neste artigo seguem as classificações e diretrizes definidas pela *American Psychiatric Association*<sup>10</sup> e pelo *American College of Emergency Physicians*<sup>11</sup>.

Os dados foram compilados a partir de uma revisão crítica da literatura na base de dados Medline, a partir dos descritores: “intoxicação aguda”, “abstinência”, “álcool”, “cocaína”, “*cannabis*”, “opioides”, “inalantes”, “manejo”. Foram selecionados artigos empíricos e de revisão e escritos em inglês.

### Recomendações gerais

Uma avaliação psiquiátrica abrangente é essencial para orientar o tratamento do paciente com TUS. Esta avaliação deve incluir<sup>10</sup>:

- 1) histórico detalhado do uso de substâncias e dos efeitos da substância no funcionamento cognitivo, psicológico e fisiológico do paciente no presente e no passado do paciente;
- 2) história médica geral e psiquiátrica e exame físico geral;
- 3) história dos tratamentos psiquiátricos e a resposta terapêutica obtidos previamente;
- 4) história familiar e social;
- 5) triagem da substância utilizada através do sangue, da respiração ou urina;
- 6) outros testes laboratoriais para ajudar a confirmar a presença ou ausência de condições que frequentemente co-ocorrem com o uso da substância, como, por exemplo, eletrólitos, hemograma, eletrocardiograma (ECG) etc.;
- 7) com a permissão do paciente, deve-se entrar em contato com pessoa que possa oferecer informações adicionais.

O atendimento emergencial a pacientes agudos ou que necessitem de cuidados intensivos psiquiátricos deve ser feito no nível da atenção primária, em PSG, ou em UEP<sup>12</sup>. O cuidado inicial aos TUS em PSG ou UEP justifica-se pela condição primariamente clínica de quadros de intoxicação e de abstinência. Os resultados dos exames toxicológicos de rotina em pacientes alertas, cooperativos e com sinais vitais normais não afetam o manejo do paciente em PSG. Da mesma forma, a existência de exames toxicológicos não deve adiar a avaliação psiquiátrica ou a transferência destes pacientes para serviços psiquiátricos.

### Intoxicação aguda

A intoxicação caracteriza-se pelo desenvolvimento de síndromes específicas devidas à ingestão recente (ou exposição) à substância. O tratamento da intoxicação aguda visa à retirada ou à recuperação dos efeitos agudos das substâncias.

A desintoxicação em PSG/UEP não visa, primordialmente, aos cuidados dos problemas de ordem psicológica, social ou comportamental decorrentes do uso de substâncias<sup>13</sup>. No entanto, o médico de emergência deve ter ciência de que PSG/UEP é o primeiro local de tratamento para muitos pacientes e de que a desintoxicação é parte do *continuum* de cuidados para TUS<sup>14</sup>. Profissionais nos setores de emergência identificam menos de 50% dos casos de problemas relacionados ao álcool, e, mesmo profissionais treinados podem identificar corretamente não mais que 50% dos pacientes intoxicados pelo álcool<sup>15</sup>.

Intoxicação é a anormalidade do sistema nervoso central (SNC) e outros sistemas, devido ao uso de alguma substância. O prejuízo é a incapacidade para a realização de atividades diárias<sup>16</sup>. De acordo com essas definições, três condições básicas podem ser delineadas para o manejo do paciente:

#### 1. Intoxicação sem doença psiquiátrica, incluída a dependência química.

Abordagem da intoxicação e orientações gerais.

#### 2. Intoxicação com suspeita de diagnóstico de dependência química, sem outra doença psiquiátrica.

Abordagem da intoxicação, avaliação diagnóstica de TUS, sensibilização do paciente e familiares, encaminhamento para tratamento.

#### 3. Intoxicação com comorbidade psiquiátrica e dependência química.

Abordagem da intoxicação, avaliação diagnóstica de TUS e outros transtornos psiquiátricos, sensibilização do paciente e familiares, encaminhamento para tratamento.

As diretrizes para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias da APA<sup>10</sup> indicam o manejo da intoxicação com os seguintes objetivos:

- promover, para pacientes intensamente intoxicados, diminuição da exposição a estímulos externos, confiança, reorientação e teste de realidade em um ambiente seguro e monitorado;
- averiguar quais substâncias foram usadas, a rota de administração, a dose, o tempo desde a última dose e se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo;
- remover as substâncias do corpo (i.e., por lavagem gástrica – se a substância tiver sido ingerida recentemente – ou por aumento da taxa de excreção);
- reverter os efeitos da substância pela administração de antagonistas (p. ex., naloxone para superdosagem de heroína), visando deslocar a substância dos receptores;
- usar abordagens que estabilizem os efeitos físicos da substância objeto da superdosagem (i.e., entubar para diminuir o risco de aspiração e usar medicamentos para manter a pressão sanguínea em níveis satisfatórios).

No processo de liberação do paciente, é preciso certificar-se de que a substância foi eliminada de forma que o paciente possa assumir o seu controle novamente. Havendo dúvida, é necessário verificar a existência de familiares ou cuidadores capazes de compreender as dificuldades e necessidades do paciente, especialmente nos casos de dependência.

A desintoxicação é uma forma de cuidado paliativo (que reduz a intensidade de um transtorno) e, para alguns pacientes, é apenas o primeiro contato com o tratamento e o primeiro passo para a recuperação. A decisão sobre o local mais adequado para a continuidade do tratamento envolve controvérsias; entretanto, existem considerações que podem ser úteis para nortear esta tomada de decisão, conforme descrito na Tabela 1.

### 1. Álcool

A apresentação clínica da intoxicação pelo álcool é bastante variada, dependendo principalmente do nível de álcool no sangue (alcoolemia) e do nível de tolerância previamente desenvolvido pelo paciente. Outros fatores como o estado alimentar, a velocidade da ingestão do álcool e alguns fatores ambientais também podem ter papel relevante.

A partir de alcoolemias entre 20mg% e 80mg% (aproximadamente duas a quatro doses), ocorrem perda da coordenação muscular, alterações do humor e do comportamento e inicia-se o aumento na atividade motora. Em níveis de 80 a 200mg%, surgem alterações neurológicas progressivas, como ataxia e fala pastosa. As funções cognitivas também estão prejudicadas. Até alcoolemias de 150mg%, sugere-se o monitoramento dos sinais vitais do paciente em ambiente seguro e calmo, com atenção à manutenção das vias aéreas livres<sup>10</sup>. Um risco que cresce em importância com a alcoolemia é a aspiração de vômito<sup>17</sup>.

A indicação de soro fisiológico intravenoso (IV) restringe-se à ocorrência de desidratação e a de glicose hipertônica só se justifica se o paciente estiver hipoglicêmico<sup>18</sup>. A prescrição de glicose hipertônica deve ser precedida pela administração de tiamina para controle do risco de precipitação de síndrome de Wernicke em paciente com carência de tiamina. Em alcoolemias entre 200 e 300mg%, a possibilidade de náuseas e vômitos ocorrendo concomitantemente com a sedação aumenta o risco de aspiração do conteúdo gástrico.

Em níveis superiores a 300mg%, hipotermia e comprometimento do nível de consciência são prováveis, exceto em pessoas mais tolerantes. O coma começa a ser visto em níveis de 400 a 600mg%, variando de acordo com a tolerância individual. Embora existam exceções, alcoolemias entre 600 e 800mg% são fatais. Neste ponto, complicações decorrentes de falha respiratória, cardiovascular e de controle da temperatura corporal são observadas. O álcool não é absorvido pelo carvão ativado, portanto, não se justifica sua indicação no tratamento da intoxicação alcoólica.

A taxa de eliminação do álcool do organismo é, geralmente, de 10 a 30mg% por hora. Desta forma, as metas para o tratamento da intoxicação por álcool são dirigidas para preservar a função respiratória e cardiovascular até que os níveis de álcool caiam para uma faixa segura. Pacientes que estão gravemente intoxicados e comatosos, como resultado do uso de álcool, devem ser seguidos da mesma forma como todos os pacientes em coma, com atenção especial dada à monitorização das funções vitais, protegendo a respiração e aspiração de conteúdo gástrico, a hipoglicemia e a deficiência de tiamina. A verificação do uso de outras drogas que possam contribuir para o coma, bem como outras fontes de indução de coma, deve ser feita. Idealmente, a agitação é mais bem administrada com abordagens interpessoais e de enfermagem, em vez de medicação adicional, que pode complicar e atrasar a eliminação do álcool<sup>11</sup>. No entanto, em situações em que a agitação psicomotora é intensa, colocando paciente e membros da equipe em risco, o uso de antipsicóticos de alta potência, em baixas doses, pode ser necessário.

### 2. Cocaína e outros estimulantes

Os efeitos agudos dos estimulantes em geral são bem conhecidos. Entre as respostas fisiológicas a essas substâncias estão o aumento da pressão arterial, das frequências cardíaca e respiratória, da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de alerta elevado e aumento da atividade motora<sup>19</sup>. As substâncias estimulantes são usadas frequentemente em padrão episódico excessivo (*binge*), seguido por períodos de abstinência.

A intoxicação é geralmente autolimitada e demanda apenas monitorização e atendimento de apoio<sup>10</sup>. O mesmo tem sido recomendado para as anfetaminas. Entretanto, hipertensão, taquicardia, convulsões e delírio persecutório podem ocorrer na

**Tabela 1 - Considerações sobre indicação da desintoxicação ambulatorial ou hospitalar**

Considerações	Indicação
Capacidade de dirigir-se diariamente ao serviço	Necessária para a desintoxicação ambulatorial
História prévia de <i>delirium tremens</i> ou convulsões na abstinência	Contraindicação da desintoxicação ambulatorial; recorrência provável; em condições específicas, é possível tentar a desintoxicação ambulatorial
Incapaz de oferecer consentimento	Ambiente seguro/internação
Risco de suicídio/homicídio/sintomas psicóticos	Ambiente seguro/internação
Capaz/motivado a seguir recomendações do tratamento	Ambiente seguro/internação indicado se incapaz de seguir recomendações
Co-ocorrência de condições médicas	Condições médicas instáveis como diabetes, hipertensão ou gestação: risco relativamente grande para a desintoxicação ambulatorial
Existência de cuidador	Não é essencial, mas aconselhável para a desintoxicação ambulatorial

Fonte: Miller e Kipnis, 2006<sup>48</sup>

intoxicação por cocaína e exigir tratamento específico<sup>10</sup>. Alguns casos de extrema agitação psicomotora, hipertermia, agressividade e hostilidade têm sido descritos após uso de cocaína (“*excited delirium*”). Tal quadro, provavelmente causado por um desbalanço dopaminérgico, deve gerar cuidados intensivos em ambiente hospitalar, já que há risco de morte<sup>20</sup>.

Pacientes agitados podem ser tratados com benzodiazepínicos, antipsicóticos ou a associação de ambas as medicações<sup>21</sup>. O uso dessas medicações por via intramuscular (IM) ou IV está indicado nos casos em que o paciente não aceitar a via oral (VO), o que pode ocorrer quando o paciente apresenta agitação psicomotora intensa e heteroagressividade<sup>22</sup>.

A presença de dor precordial pode estar associada a infarto agudo do miocárdio (IAM), justificando a avaliação por eletrocardiograma, hemograma completo, função renal e hepática, eletrólitos e creatinofosfoquinase (CK-MB)<sup>23,24</sup>. O uso de propranolol em pacientes com IAM e intoxicação aguda por cocaína é questionável<sup>25</sup>, assim como o de antagonistas dopaminérgicos<sup>26,27</sup>.

Pacientes com dor precordial, angina instável ou IAM associados ao uso de cocaína devem ser tratados como casos gerais de síndrome coronária aguda (SCA)<sup>28</sup>.

Entre as complicações clínicas, pode ser observada a hipertermia, o aumento rápido e irregular do batimento cardíaco, a hemorragia cerebral, convulsões, insuficiência respiratória, AVC e insuficiência cardíaca<sup>19</sup>. A ação farmacológica e os efeitos psicoestimulantes da cocaína podem ser ampliados pelo uso concomitante do álcool. A associação álcool-cocaína tem um efeito cronotrópico mais potente que o da cocaína isoladamente<sup>29</sup>.

Ao contrário de outras substâncias, o usuário de estimulantes pode desenvolver um processo de sensibilização à substância. Assim, tal como observado em estudos com animais, a exposição repetida pode levar o paciente a apresentar convulsões em padrões de consumo anteriormente considerados inofensivos. Existem relatos sobre o risco de hipertermia associada também ao uso de ecstasy. Esse risco, assim como para a cocaína, não parece estar relacionado à dose da substância, mas sim à hiperatividade muscular, aos efeitos diretos das substâncias sobre os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e adrenérgico, à coingestão de outras substâncias estimulantes e à suscetibilidade individual<sup>30</sup>.

A ingestão em doses elevadas de anfetaminas pode exigir a lavagem gástrica e o carvão ativado, desde que a intoxicação seja recente, considerando-se o tempo de absorção da substância de aproximadamente meia hora<sup>31</sup>.

A presença de hipertensão, convulsões e delírios persecutórios em alguns pacientes usuários de estimulantes pode justificar tratamento específico.

### 3. Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são depressores do SNC, com efeitos de intoxicação aguda semelhantes ao do álcool. O risco de depressão respiratória por intoxicação benzodiazepínica é importante. Entretanto, esse efeito, assim como hipotensão e bradicardia, é mais pronunciado quanto existe intoxicação associada a outras

substâncias. Embora a ingestão excessiva de benzodiazepínicos dificilmente induza ao coma profundo e ao óbito quando feita isoladamente, o paciente pode necessitar de ventilação assistida. O flumazenil, um antagonista específico dos benzodiazepínicos, pode ser empregado nos casos mais graves, com depressão neurológica ou respiratória. A dose inicial de 0,3mg IV pode ser seguida de outras doses, até o limite de 2mg. Caso essa dose não provoque a reversão do quadro em cinco a dez minutos, deve-se considerar que a depressão do SNC pode ter outra causa. O efeito do flumazenil é mais curto que o dos benzodiazepínicos. Desta forma, o efeito do antagonista pode terminar e o paciente ainda estar sob efeito da intoxicação. Em pacientes que utilizam antidepressivos tricíclicos ou outros agentes como aminofilina ou cocaína, que envolvem risco de convulsões, o uso do flumazenil é contraindicado<sup>31</sup>.

### 4. Maconha

A maconha é a droga ilícita mais utilizada em todo o mundo<sup>32</sup>. Entre seus efeitos agudos, podem ser observados sintomas psicóticos e episódios agudos de ansiedade semelhantes aos ataques de pânico. Os efeitos ansiosos podem ser mais comuns tanto em altas doses quanto em usuários principiantes ou quando o uso é feito em ambientes novos ou em condições de estresse. Para uma revisão sobre o tema, sugerimos o artigo de Crippa et al.<sup>33</sup>. A presença de sintomas ansiosos é uma das mais importantes razões para a procura de tratamento por usuários de maconha. O tratamento desses sintomas é primordialmente feito com benzodiazepínicos, preferindo-se a VO.

A intoxicação por maconha pode levar o usuário a comportamentos agressivos, muitas vezes pelo comprometimento da percepção da realidade associada à ansiedade e à ideação paranoide<sup>34-36</sup>. O tratamento dos sintomas psicóticos decorrentes do uso de maconha segue os mesmos princípios básicos do tratamento desses sintomas em usuários de cocaína.

### 5. Opioides

O tratamento da intoxicação aguda por opioides deve basear-se no nível de intoxicação<sup>37</sup>. Em níveis de intoxicação leve a moderada, o tratamento específico normalmente não é necessário<sup>10</sup>.

A superdosagem deve ser considerada diante de sinais de miose e bradicardia acentuadas, depressão respiratória, estupor ou coma. Nessa condição, o paciente deve ser internado em ambiente de emergência e o médico de emergência deve considerar a necessidade de assistência ventilatória. A superdosagem com opioides de meia-vida longa, como a metadona, por outro lado, exige atenção maior. O paciente deve ficar em observação por 24 a 48 horas e a depressão respiratória, que pode ser fatal, deve ser tratada com naloxone. Seu uso pode ser IV ou IM e a dose está diretamente relacionada ao status de dependência da substância e à extensão da depressão respiratória. Em pacientes com depressão do SNC, mas sem depressão respiratória, a dose inicial recomendada é de 0,05-0,4mg IV. Doses menores são usadas em pacientes dependentes de opioides, em função do estabelecimento de síndrome de abstinência grave com doses mais altas<sup>38</sup>. Pacientes com depressão respiratória grave, em condições de dependência

ou não, devem ser medicados com 2,0mg IV. A resposta deve ocorrer em até dois minutos e a dose pode ser repetida a cada três minutos até que a reversão da depressão respiratória ou do SNC seja alcançada. As doses de naloxone podem ser repetidas até o máximo de 10mg IV<sup>39</sup> e, no caso da não reversão da depressão respiratória com esta dose, a hipótese de superdosagem de opioide deve ser reconsiderada.

## 6. Solventes

O mecanismo de ação dos solventes não pode ser bem definido, uma vez que a variedade de substâncias incluídas sob essa denominação é muito variada. Do ponto de vista clínico, entretanto, seus efeitos são depressores sobre o SNC. Os sintomas iniciais de intoxicação envolvem euforia e desinibição. Podem estar associados sintomas como tinnidos, zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Progressivamente, a depressão central pode manifestar-se por confusão mental, desorientação e alucinações. O quadro pode evoluir para redução do estado de alerta, incoordenação motora e piora das alucinações. O risco de convulsões, coma e morte devem ser considerados. A monitorização cardíaca é importante, já que os solventes têm ação direta sobre o miocárdio, podendo provocar arritmia cardíaca. Não há consenso quanto à existência de tolerância e síndrome de abstinência dessas substâncias.

## Abstinência

### 1. Álcool

Os sintomas da síndrome de abstinência do álcool (SAA) geralmente se iniciam dentro de 4 a 12 horas após a interrupção ou a diminuição do uso de álcool. A intensidade da SAA atinge seu pico no segundo dia e termina em quatro a cinco dias. Entre 70% e 90% dos pacientes com SAA apresentam tremores, desconforto gastrointestinal, ansiedade, irritabilidade, elevação da pressão arterial, taquicardia e hiperatividade autonômica. Convulsões, alucinações e *delirium* são sintomas menos frequentes. O aparecimento desses sintomas caracteriza a SAA como grave e o tratamento envolve esforços para reduzir a irritabilidade do SNC e restaurar a homeostase fisiológica<sup>10</sup>. Nessas condições, está indicada a tiamina e a reposição hídrica e o uso de benzodiazepínicos, preferencialmente VO (p. ex. clordiazepóxido 50mg a cada duas a quatro horas; diazepam 10 a 20mg a cada duas a quatro horas; ou lorazepam 1 a 4mg a cada duas a quatro horas) e, em alguns pacientes, anticonvulsivantes, clonidina e antipsicóticos<sup>10</sup>.

O uso crônico de álcool pode estar relacionado a diversas condições clínicas. Entre elas, a encefalopatia de Wernicke, resultado de um estado agudo de carência de tiamina. Apenas uma pequena fração de casos, aproximadamente 15%, é identificada antes da morte<sup>40</sup>. Entretanto, é uma condição que pode ser diagnosticada clinicamente e sua presença deve ser suspeitada diante de evidências de carência nutricional, nistagmo, ataxia e mudanças no status mental<sup>41</sup>. A administração parenteral de tiamina nesses casos está indicada em doses de 50mg IV diluída em 100mL de solução salina com infusão por 30 minutos, três vezes

por dia, durante dois a três dias<sup>42</sup>. Se não for observada resposta positiva, o esquema deve ser mantido por mais dois a três dias e, depois, havendo melhora, a dose deve ser reajustada para 250mg IM ou IV/dia, por mais três a cinco dias. O uso da tiamina deve ser feito antes ou durante a administração de glicose, uma vez que a glicose isoladamente pode precipitar o agravamento do quadro de encefalopatia em pacientes com carência de tiamina. Alguns casos de prurido e de reação anafilática após uso de tiamina foram encontrados em estudos retrospectivos<sup>42</sup>. Com o tratamento inadequado, ou na ausência de tratamento, a síndrome de Wernicke pode evoluir para uma condição de dano cerebral irreversível, a síndrome de Korsakoff.

O uso de betabloqueadores ou clonidina por curto prazo pode auxiliar o tratamento dos sintomas de abstinência, embora seus efeitos possam mascarar a gravidade da SAA<sup>10</sup>. A partir da estabilização do paciente, a medicação é retirada progressivamente, mantendo-se a atenção para a reinstalação dos sintomas de abstinência. Cerca de 3% dos pacientes com SAA grave podem evoluir para o *Delirium tremens* (DT), após 72 horas da última dose. O DT pode durar de dois a dez dias e é caracterizado por alteração do nível de consciência, despersonalização, humor disfórico, oscilando entre apatia e agitação intensa, podendo chegar à agressividade. Entre 10% e 15% dos pacientes com DT apresentam convulsões do tipo grande mal.

O encaminhamento após a alta do PSG/UEP pode ser para internação hospitalar, para os casos de síndrome de abstinência complicada, ou por seguimento ambulatorial, para os casos leves e moderados. O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) é o local indicado para o seguimento dos casos que apresentam TUS em condições de uso nocivo e dependência, seja após a alta do PSG/UEP, ou após a alta hospitalar. É importante assegurar a disponibilidade do serviço para a continuidade do tratamento.

### 2. Cocaína e anfetaminas

Após a cessação do uso de cocaína, é comum o aparecimento de anedonia e fissura. A descrição de um quadro bem definido de abstinência, assim como sua duração ainda não é consenso. Em geral, o quadro é descrito como trifásico. A primeira fase, denominada "crash", tem duração de horas a cinco dias e se caracteriza por fissura intensa no início, irritabilidade e agitação, evoluindo para hipersonolência, depressão, anedonia e exaustão, acompanhados de uma redução na fissura. Abstinência é a segunda fase, que se inicia com a reemergência da fissura e sintomas depressivos e ansiosos, podendo durar até dez semanas. Após este período, há a terceira fase, quando há uma redução gradativa da fissura e tendência a normalização do humor, sono e ansiedade<sup>43</sup>.

Os tratamentos farmacológicos raramente trazem benefícios para o manejo dos sintomas de abstinência à cocaína.

### 3. Benzodiazepínicos

A abstinência por benzodiazepínicos está relacionada à interrupção abrupta do uso. Entre os fatores que contribuem para o estabelecimento da abstinência estão o uso de doses elevadas e

prolongado, embora mesmo pacientes com doses consideradas terapêuticas tenham apresentado sintomas de abstinência<sup>44</sup>. A retirada da medicação deve ser progressiva e planejada. Sintomas como ansiedade, insônia, cefaléia, anorexia, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão postural e fraqueza podem aparecer no período de 1 a 11 dias após a retirada da medicação<sup>31</sup>. O tratamento da abstinência pode ser feito a partir da administração de fenobarbital (30mg), equivalendo a 10mg de diazepam, 30mg de clordiazepóxido, 1mg de lorazepam e 1mg de alprazolam. A partir da estabilização, recomenda-se a redução progressiva e diária de 10% da dose inicial. O uso de dose convertida do benzodiazepínico para o diazepam, com redução progressiva de 10% diariamente também está indicado<sup>31</sup>.

#### 4. Maconha

O interesse no tratamento da dependência de maconha tem crescido em função de resultados em modelos animais e estudos clínicos de evidências de síndrome de abstinência para a substância em usuários pesados e crônicos. Os sintomas mais comuns na abstinência da maconha são irritabilidade, mudança no apetite, perda de peso e desconforto físico. Estudos sobre o tratamento para transtornos por uso de maconha ainda são limitados e nenhum tratamento farmacológico específico pode ser recomendado<sup>10</sup>. É importante ressaltar que o uso de maconha pode precipitar episódios iniciais psicóticos em pacientes com vulnerabilidade<sup>45</sup>.

#### 5. Opioides

O objetivo do tratamento da síndrome de abstinência de opioides é ajudar os pacientes na transição da dependência para o tratamento de longa duração. O uso de escalas padronizadas para avaliar a gravidade dos sintomas de abstinência é útil para o manejo dos casos (Tabela 2). O aparecimento de sinais como midríase, aumento da pressão arterial sistólica em 10mmHg, da frequência cardíaca em 10 batimentos por minuto e um conjunto de sintomas como suor, calafrio, bocejos, dores no corpo, diarreia, rinorreia e lacrimejamento devem ser considerados na decisão pelo tratamento com metadona. É fundamental ressaltar que esse tratamento não deve ser feito sem monitoração continuada do estado clínico e do

uso da medicação. Não há recomendação para a manutenção da substituição pela metadona fora do ambiente hospitalar.

A clonidina, indicação de segunda escolha em casos específicos como abuso prévio de metadona, pode ser utilizada, em doses de 0,1mg a 0,3mg em três doses divididas. Não existe consenso sobre a eficácia clínica da clonidina no tratamento da síndrome de abstinência de opioides. Deve-se ressaltar que esse agonista de receptores alfa-2, ao contrário da metadona, não tem efeito sobre a fissura pelos opioides<sup>37</sup>. Em pacientes sensíveis à clonidina, quedas súbitas e importantes da pressão arterial têm sido observadas. Desta forma, o paciente em uso da clonidina deve ser mantido em controle rigoroso dos sinais vitais. Sua utilização está contraindicada em pacientes com histórico recente de AVC ou doença cardíaca e durante a gestação<sup>37</sup>.

#### Intervenção breve

A procura de setores de emergência por usuários de álcool e drogas pode ser uma oportunidade para a sensibilização do paciente quanto ao uso de substâncias, comportamentos de risco e consequências médicas e psicossociais do uso de substâncias psicoativas<sup>46</sup>. Estratégias de intervenção podem ser oferecidas em sessões individuais de 5 a 15 minutos, com o objetivo de motivar o paciente para o tratamento<sup>47</sup>. Segundo Cunningham et al., ainda são necessárias maiores evidências relacionadas ao tempo de duração, à execução e à intensidade das intervenções<sup>46</sup>.

#### Conclusão

O objetivo principal desta revisão foi apresentar e discutir as evidências atuais sobre boas práticas no manejo da intoxicação e abstinência associadas ao uso de substâncias. A carência de serviços especializados na área de álcool e drogas e a ausência de profissionais especializados nesta área nos PSG podem comprometer a aplicação de práticas adequadas e deve ser objeto de preocupação dos profissionais de saúde pública na organização dos serviços de emergência.

As altas prevalências dos TUS na população e a frequente necessidade das pessoas acometidas por estes transtornos de recorrerem aos serviços de emergência justificam tal prioridade.

**Tabela 2 - Sinais e sintomas da síndrome de abstinência de opioides, de acordo com o tempo de interrupção do uso**

Fase antecipatória (3-4 horas após o uso)	Fase inicial (8-10 horas após o uso)	Fase total (1-3 dias após o uso)	Fase tardia (por até seis meses)
Medo da falta do opioide	Ansiedade	Ansiedade severa	Hipotensão
Comportamento de busca	Inquietação	Tremor	Bradycardia
Ansiedade	Bocejos e espirros	Inquietação	Perda de energia
Fissura	Sudorese	Piloereção	Inapetência
	Lacrimejamento	Vômitos	Insônia
	Rinorreia	Diarreia	Fissura
	Obstrução nasal	Espasmo e dor muscular	
	Náuseas	Aumento da PA	
	Midríase	Taquicardia	
		Febre e calafrios	

Fonte: CREMESP/AMB, 2003.

**Financiamento e conflito de interesses**

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa <sup>1</sup>	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada <sup>2</sup>	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro <sup>3</sup>
Andre Malbergier	IPq-FMUSP	Pfizer SENAD	-	-	-	-	-
Ricardo Abrantes do Amaral	IPq-FMUSP		-	-			
Arthur Guerra Andrade	FMUSP	SENAD	-	-	-	-	-

\* Modesto

\*\* Significativa

\*\*\* Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: IPq-FMUSP = Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; FMUSP = Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; SENAD = Secretaria Nacional de Álcool e Drogas.

Mais informações consultar as Instruções aos Autores.

**Referências**

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434). Rockville, MD: 2009. [cited 2010 jun 28]. Available from: <http://oas.samhsa.gov/nsduh/2k8nsduh/2k8Results.pdf>.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2004 [citado 22 jun 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
- Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):145-51.
- Cherpitel CJ. Alcohol and violence-related injuries: an emergency room study. *Addiction.* 1993;88(1):79-88.
- Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. *Addiction.* 1993;88(7):923-37.
- Lowenstein SR, Weissberg M, Terry D. Alcohol intoxication, injuries, and dangerous behaviors-and the revolving emergency department door. *J Trauma.* 1990;30(10):1252-8.
- D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am.* 2006;24(4):925-67.
- Devlin RJ, Henry JA. Clinical review: major consequences of illicit drug consumption. *Crit Care.* 2008;12(1):202-8.
- Office of Applied Studies. Polydrug Admissions: 2002. The DASIS Report. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005. [cited 2010 apr 28]. Available from: <http://oas.samhsa.gov/2k5/polydrugTX/polydrugTX.htm>
- American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*, 2nd edition. In American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006. [cited 2010 apr 28]. Available from: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/SUD2ePG\\_04-28-06.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SUD2ePG_04-28-06.pdf)
- Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, Shahabuddin S, Allen MH, Currier GW, Jagoda AS. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2006;47(1):79-99.
- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006.[citado 18 abr 2010]. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf).
- McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group. *Jt Comm J Qual Improv.* 2000;26(11):633-43.
- Slade M, Taber D, Clarke MM, Johnson C, Kapoor D, Leikin JB, Naylor JB, Neal DA, Novak J, Steiner D, Temkin T, Teodo P, Tippy A, Tronc V, Yohanna D, Zehr E, Zun L, Illinois Hospital Association Behavioral Health Constituency Section Steering Committee and its Best Practices Task Force. Best practices for the treatment of patients with mental and substance use illnesses in the emergency department. *Dis Mon.* 2007;53(11-12):536-80.
- Sobell MB, Sobell LC, VanderSpeck R. Relationships among clinical judgement, self-report and breath analysis measures of intoxication in alcoholics. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(1):204-6.
- Zun LS, Leikin JB, Stotland NL, Blade L, Marks RC. A tool for the emergency medicine evaluation of psychiatric patients. *Am J Emerg Med.* 1996;14(3):329-33.
- 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.
- Aoki OS. Emergências relacionadas ao álcool. In: Cordeiro DC, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007. p.137-53.
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment for Persons with Co-occurring Disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 42. DHHS Publication (SMA) 05-3922. Rockville, MD; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
- Mash DC, Duque L, Pablo J, Qin Y, Adi N, Hearn WL, Hyma BA, Karch SB, Druid H, Wetli CV Brain biomarkers for identifying excited delirium as a cause of sudden death. *For Sci Int.* 2009;190:e13-e19.
- Zun LS. Evidence-based treatment of psychiatric patient. *J Emerg Med.* 2005;28(3):277-83.
- Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. In: Ribeiro M, Laranjeira R, Dunn J. *Álcool e drogas: emergência e psiquiatria*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.263-82.
- Jorge RCFA. Emergências relacionadas ao uso e abuso de drogas. In: Cordeiro DC, Baldaçara L, editores. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007. p.115-36.
- McCord J, Jneid H, Hollander JE, de Lemos JA, Cercsek B, Hsue P, Gibler WB, Ohman EM, Drew B, Philippides G, Newby LK, American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. A Scientific Statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. *Circulation.* 2008;117(14):1897-907.
- Diehl A. Tratamento farmacológico de intoxicações agudas e síndrome de abstinência de cocaína. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.185-7.
- Jin C, McCance-Katz EF. Substance abuse: cocaine use disorders. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editors. *Psychiatry*. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. p.1010-36.
- Zimmerman JL. Poisonings and overdoses in the intensive care unit: general and specific management issues. *Crit Care Med.* 2003;31(12):2794-801.
- Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, Jones RH, Kereiakes D, Kupersmith J, Levin TN, Pepine CJ, Schaeffer JW, Smith EE 3rd, Stewart DE, Theroux P, Gibbons RJ, Alpert JS, Faxon DP, Fuster V, Gregoratos G, Hiratzka LF, Jacobs AK, Smith SC Jr. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial

- infarction—summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol*. 2002;40(7):1366-74.
29. Foltin RW, Fischman MW. Ethanol and cocaine interactions in humans: cardiovascular consequences. *Pharmacol Biochem Behav*. 1988;31(4):877-83.
  30. Patel MM, Belson MG, Longwater AB, Olson KR, Miller MA. Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy)-related hyperthermia. *J Emerg Med*. 2005;29(4):451-4.
  31. Graff S, Fruchtengarten LV, Haddad J. Intoxicações agudas e seus tratamentos. In: Seibel SD, editor. *Dependência de drogas*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2010. p.763-82.
  32. Murray RM, Morrison PD, Henquet C, Di Forti M. Cannabis, the mind and the society; the hash realities. *Nat Rev Neurosci*. 2007;8(11):885-95.
  33. Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, Bhattacharya S. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacology*. 2009;24(7):515-23.
  34. Melges FT, Tinklenberg JR, Hollister LE, Gillespie HK. Temporal disintegration and depersonalization during marihuana intoxication. *Arch Gen Psychiatry*. 1970;23(3):204-10.
  35. Bowers MB Jr: Acute psychosis induced by psychotomimetic drug abuse, I: clinical findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;27(4):437-40.
  36. Bowers MB Jr: Acute psychosis induced by psychotomimetic drug abuse, II: neurochemical findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;27(4):440-2.
  37. Baltieri DA, Strain EC, Dias JC, Scivoletto S, Malbergier A, Nicastrí S, Jerônimo C Andrade AG. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opiáceos no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):259-69.
  38. Collins ED, Kleber H. Opioids: detoxification. In: Galanter M, Kleber HD editors. *The american psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment*: 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004. p.265-89.
  39. Doyon S. Opioids. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, editors. *Emergency medicine: A comprehensive study guide*, 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004. p.1071-4.
  40. Donnino MW, Vega J, Miller J, Walsh M. Myths and Misconceptions of Wernicke's encephalopathy: what every emergency physician should know. *Ann Emerg Med*. 2007;50(6):715-21.
  41. Caine D, Halliday GM, Kril JJ, Harper CG. Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62(1):51-60.
  42. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2007;6(5):442-55.
  43. Leite MC. Abuso e dependência de cocaína: Conceitos. In: Leite MC, Andrade AG. *Cocaína e crack dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.25-41.
  44. Petursson H, Lader MH. Withdrawal from long-term benzodiazepine treatment. *Br Med J*. 1981;283(6292):643-5.
  45. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry*. 2004;184:110-7.
  46. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, Bernstein E, Blow F, D'Onofrio G. Alcohol, Tobacco, and other drugs. Future directions for screening and intervention in the emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1078-88.
  47. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2002;9(6):627-38.
  48. Miller NS, Kipnis SS. Detoxification and Substance Abuse Treatment. A Treatment Improvement Protocol – TIP 45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. 2006. [cited 2010 apr 28]. Available from: <http://www.samhsa.gov>
  49. Baltieri DA. Opiáceos. In: Laranjeira R, coordenador. *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2a ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira; 2003. p.86.