

MedicinaNET é considerado o maior portal de medicina do Brasil.

Exames laboratoriais

Por favor, siga as marcações em amarelo para informações importantes relacionadas ao tempo de desintoxicação de substâncias psicotrópicas do organismo humano.

Infelizmente é muito disseminada a ideia de que demora muitos meses, ou até anos, para desintoxicação de um organismo de substâncias psicotrópicas.

A SAA (Síndrome de Abstinência Aguda), reconhecida pela medicina, dura apenas alguns dias. Ela é responsável por desconfortos físicos importantes e pela compulsão fisiológica. Por isso requer cuidados médicos, psiquiátricos e, por vezes, internação.

Depois dessa etapa entramos na fase da SAD (Síndrome de Abstinência Demorada). O termo foi cunhado por terapeutas para designar desconfortos, na sua maioria, psicológicos e que portanto, requerem tratamento psicológico e não médico.

Os exames laboratoriais para substâncias ilícitas exercem papel limitado na avaliação. A maioria das triagens de drogas usa amostras de urina, devido à facilidade de avaliação e à presença de concentrações de droga relativamente altas encontradas na urina. Entretanto, um resultado somente será positivo, quando o paciente tiver consumido a substância muito recentemente [Tabela 5].⁶² Assim, um indivíduo com problemas graves e recorrentes associados ao uso de substância, mas que tenha feito abstinência nos últimos dias, possivelmente apresentará resultado negativo na triagem toxicológica. Além disso, um exame de urina indica apenas a presença ou ausência de uma substância ou de seus metabólitos, sem revelar a quantidade nem o padrão de uso da droga.

Tabela 5. Resultados positivos e falso-positivos em testes de detecção de drogas na urina^{4,62}

| Droga | Duração dos resultados positivos após o uso | Fontes de resultado falso-positivo |
|-------------------------------|--|--|
| Anfetaminas | 2 a 3 dias | Descongestionantes, efedra, alguns antidepressivos, amantadina (Symmetrel) |
| Benzodiazepínicos | ~ 7 dias; 4 a 6 semanas com o uso crônico de benzodiazepínicos de meia-vida longa (p. ex., diazepam) | Alguns fármacos anti-inflamatórios não hormonais, como a oxaprozina (Daypro) |
| Canabinoides | ~ 5 dias; até 1 mês com o uso intenso | Dronabinol (Marinol), alguns fármacos anti-inflamatórios não hormonais |
| Cocaína | 2 a 3 dias; até 1 semana, com o uso intenso | Anestésicos contendo cocaína |
| Opiáceos | 1 a 3 dias; mais prolongada com meias-vidas mais longas (p. ex., metadona) | Sementes de papoula, quinina |
| Fenciclidina (PCP) /quetamina | 1 a 2 semanas | Dextrometorfano |

Os exames laboratoriais em geral consistem em um procedimento de 2 etapas, em que um teste mais sensível e menos específico é realizado primeiro (p. ex., radioimunoensaio), seguido da confirmação dos resultados positivos por um método significativamente mais oneroso e específico (p. ex., cromatografia líquida de alto desempenho ou espectrometria de massa). Vários alimentos e medicações (vendidas sob prescrição ou não) podem produzir resultados falso-positivos no teste preliminar. Os testes de drogas que usam amostras de saliva, sangue e cabelo tendem a ser mais caros. Estes testes possuem seus próprios pontos fracos e não são usados com tanta frequência quanto os exames de urina.

Tratamento

Diretrizes para intervenção

Não existe uma forma perfeita de compartilhar com o paciente o diagnóstico de um distúrbio por uso de substância, e cada clínico é propenso a ter um estilo próprio, que, na maioria das vezes, é modificado para se adequar a cada paciente. No entanto, é possível propor algumas diretrizes gerais. A informação diagnóstica deve ser compartilhada de um modo empático, enfatizando eventos específicos, achados laboratoriais e aspectos preocupantes expressos pelo paciente ou por um familiar. As afirmativas globais devem ser evitadas. Como estes pacientes nem sempre estão prontos para admitir o diagnóstico logo de início, o clínico deve estar preparado para fazer múltiplas tentativas de convencer o paciente da necessidade da intervenção. Quando um paciente falha em adotar uma ação positiva, faz sentido para o clínico solicitar permissão para rever as evidências diagnósticas com alguém que seja importante em sua vida.

Muitas das diretrizes para intervenção se ajustam à abordagem sistemática de uma técnica denominada entrevista motivacional. A meta desta abordagem é aumentar a probabilidade de o paciente vir a reconhecer um problema, tornar-se motivado a fazer algo a respeito e aderir ao tratamento.⁶³ Os elementos decisivos desta abordagem consistem em ajudar os pacientes a verbalizarem suas preocupações com o uso de substância, otimizar a motivação descrevendo as potenciais consequências do uso continuado, e oferecer o restabelecimento da certeza de que o resultado final pode ser bom, desde que o paciente esteja disposto a trabalhar para isto. A resistência não deve ser

semanas para produzirem efeito, enquanto a síndrome psiquiátrica relacionada ao uso de substância provavelmente já terá sido resolvida após este período; e em terceiro lugar, há poucos dados que sustentam a utilidade dos antidepressores nas síndromes do humor substância-induzidas.⁷¹

A abstinência de depressores e a intoxicação com estimulantes são frequentemente caracterizadas por síndromes de ansiedade graves e temporárias, as quais podem incluir os ataques de pânico, ansiedade generalizada e condições fóbicas. Estas síndromes, ainda, devem ser tratadas com abordagens cognitivas e comportamentais. O papel das medicações nestas síndromes é, na melhor das possibilidades, limitado.

Estados de abstinência

Com algumas drogas, a cessação abrupta após o uso prolongado tende a resultar em sinais e sintomas de rebote que são o oposto dos efeitos agudos da droga.⁴ Isto é similar à síndrome da abstinência observada com muitas medicações prescritas, tais como aspirina, anticoagulantes e betabloqueadores. Para evitar esta síndrome, os pacientes são desmamados destes agentes após o tratamento prolongado com doses altas. As substâncias de abuso para as quais as síndromes de abstinência são mais relevantes são os depressores, estimulantes e opiáceos. Um leve desconforto também pode advir da rápida cessação do uso de algumas drogas de abuso (p. ex., canabinoides),⁷² mas o mais comum é estes pacientes dispensarem o tratamento ativo.

O curso temporal da síndrome da abstinência depende principalmente da meia-vida da droga envolvida. Para as substâncias com meia-vida relativamente curta (p. ex., álcool, oxazepam, anfetaminas, cocaína, heroína), a síndrome costuma surgir em 4 a 8 horas de redução do uso, atinge o pico de intensidade no 2º dia e desaparece na maior parte dos casos no 4º ou 5º dias, embora alguns sintomas se estendam a níveis baixos por semanas a meses, caso o indivíduo permaneça em abstinência. No caso das substâncias com efeitos significativamente mais duradouros (p. ex., diazepam, metadona, oxicodona), é comum os sintomas de abstinência se tornarem evidentes após 2 a 5 dias de abstinência. Os sintomas de abstinência tendem a atingir o pico na 2ª semana e melhorar na 3ª ou 4ª semanas.

As abordagens gerais para tratamento destes estados de abstinência clássicos são bastante semelhantes. Primeiro, os pacientes devem ser passar por uma minuciosa avaliação física. É preciso prestar bastante atenção ao tipo de distúrbio médico mais propenso a estar associado ao uso repetitivo daquela categoria de substância ou via de administração (p. ex., doença infecciosa causada pelo uso de agulhas contaminadas). Isto é importante porque a abstinência tende a ser mais grave quando acompanhada de doença médica. Em segundo lugar, o paciente dependente de substância deve ser orientado quanto ao provável curso temporal e padrão de sintomas que tende a ser observado durante a abstinência. Além disso, o paciente deve receber garantias de que o clínico conhece a síndrome e sabe como tratá-la. Esta orientação e tranquilização do paciente, aliadas a um ambiente suportivo que permita ao paciente se sentir confortável e descansar, constituem a base daquilo que por vezes é referido como modelo social de desintoxicação.

Abstinência de estimulante

Os pacientes que passam pela abstinência de estimulantes (também denominada síndrome da abstinência de estimulante) requerem apenas suporte geral.^{4,73} As dificuldades agudas mais proeminentes incluem sonolência, fome, dificuldade de concentração e oscilações do humor, com sentimentos proeminentes de tristeza e frustração. Várias medicações foram avaliadas em estudos controlados, para uso no tratamento da abstinência de estimulantes. Os fármacos reforçadores da dopamina foram especialmente estudados. Com a possível exceção da amantadina, administrada a um dose de 200 a 300 mg/dia em doses divididas, estes fármacos aparentemente são inúteis.⁷⁴

Abstinência de opiáceos

Uma síndrome de abstinência pode ocorrer após o consumo prolongado de doses altas de opiáceos ilícitos, como heroína ou qualquer narcótico analgésico prescrito. A abstinência de opiáceo é caracterizada pela intensificação da dor em todo o corpo, diarreia, corrimento nasal, tosse e sensação generalizada semelhante a um resfriado. Além da habitual abordagem suportiva de modelo social, os estados de abstinência de opiáceos podem ser tratados com a readministração de qualquer opiáceo (p. ex., metadona a uma dosagem de 20 a 40 mg/dia) em doses altas o bastante para minimizar os sintomas e, então, diminuir a dose necessária. Para os pacientes dependentes de opiáceos de ação mais breve, o desmame deve ser realizado ao longo de cerca de 5 dias. No caso dos pacientes dependentes de substâncias de ação mais prolongada, o desmame deve ser conduzido ao longo de aproximadamente 3 semanas.⁷⁵

Devido às restrições legais à prescrição dos opiáceos para pacientes dependentes, uma abordagem alternativa sem uso de opiáceos frequentemente se faz necessária. Esta

Como podemos observar a SAA (Síndrome de Abstinência Aguda) termina em até 5 dias para a maioria das substâncias.



abordagem enfoca a promoção do alívio sintomático à base de descongestionantes e medicações antidiarreicas, como a loperamida. O alívio de alguns sintomas autonômicos pode ser promovido com o uso de um alfabloqueador, como a clonidina (0,1 mg, 3 a 4 vezes/dia, dependendo da pressão arterial e tomando cuidado para evitar a hipotensão). Para amenizar a insônia, doses hipnóticas de benzodiazepínicos administradas na hora de dormir (p. ex., 15 ou 30 mg de temazepam) e de outros fármacos similares, como zolpidem, zaleplon ou eszopiclone, são por vezes adicionadas a este regime, embora seja necessário ter o cuidado de evitar o uso indevido de hipnóticos por estes pacientes. Todo o coquetel terapêutico é reduzido no decorrer de um período de 4 ou 21 dias, especificamente apropriado para o estado de abstinência.⁷⁶

Alguns clínicos sugeriram a adoção de um regime rápido de desintoxicação para pacientes dependentes de opiáceos, usando um antagonista de opiáceo como a naltrexona (50 a 150 mg) para precipitar a abstinência e, ao mesmo tempo, manter o paciente altamente sedado.⁷⁷ Este regime exige supervisão intensiva em um contexto apropriado, é oneroso e está associado a alguns relatos de morte, além de não ter sido comprovada a melhora dos resultados alcançados pelo paciente.⁷⁸ Portanto, este regime não é recomendado.

Abstinência de depressor

A síndrome da abstinência associada a agentes depressores, como os benzodiazepínicos ou barbitúricos, é semelhante à abstinência do álcool e engloba insônia, ansiedade e elevação da maioria dos sinais vitais. Cerca de 1 a 3% dos pacientes apresentam convulsão do tipo grande mal ou delírio. Esta complicação ocorre com maior frequência em pacientes que fazem uso concomitante de mais de uma substância de abuso, que usam doses altas de depressores ou que apresentam distúrbios médicos. Na maioria dos casos, o tratamento da abstinência de agente depressor (que não o álcool) envolve a readministração da substância específica envolvida na dependência e seu desmame ao longo de um período de 5 dias ou 3 semanas, dependendo da meia-vida da substância.^{4,79}

Reabilitação

Em alguns pacientes, a desintoxicação isolada é suficiente para motivar o indivíduo a se abster de usar novamente uma substância, embora a participação em um programa de autoajuda, como o Cocaine Anonymous ou Narcotics Anonymous (Nota do Revisor Técnico: no Brasil temos, por exemplo, o Narcóticos Anônimos: <http://www.na.org.br>), seja, em muitos casos, valiosa para a manutenção da motivação.⁸⁰ Entretanto, a maioria dos pacientes necessita de esforços de reabilitação mais formais. Os pacientes que entram em programas de reabilitação tipicamente são bem-sucedidos. Isto se aplica especialmente àqueles que têm alto nível de atuação, que podem ser identificados por realizar um grau de instrução maior e ter uma rede social mais suportiva.⁸¹ Como o típico dependente de substância é um indivíduo com emprego e família, o prognóstico para a maioria dos pacientes costuma ser muito bom. A taxa de abstinência de 1 ano após o tratamento para indivíduos que levam uma vida com níveis mais altos de estabilidade é de 60 a 70%. Para indivíduos que vivem com níveis de estabilidade baixos a moderados, as taxas de abstinência são de 40 a 50%.^{82,83} De um modo geral, quanto mais um indivíduo se expõe ao tratamento, maior é a probabilidade de que venha a alcançar um resultado melhor. Sendo assim, a abordagem de internação mais intensiva parece ser superior ao tratamento ambulatorial, enquanto a exposição mais prolongada ao tratamento geralmente é melhor do que a exposição mais breve.

Um elemento central da reabilitação é a terapia cognitivo-comportamental.^{4,84} Os esforços são empreendidos no sentido de maximizar o comprometimento dos pacientes com abstinência, a fim de encorajá-los a verbalizar seus problemas relacionados ao uso de substância, esclarecendo-os quanto aos problemas que terão de enfrentar se continuarem a usar a substância, e oferecendo aos familiares e amigos dos pacientes a oportunidade de adquirir conhecimento e suporte semelhantes.⁴ A reabilitação também oferece esperança aos pacientes, disponibilizando um suporte de 24 horas e modelos de recuperação bem-sucedida via participação em grupos de autoajuda (ver adiante). Quando disponível, os próprios conselheiros que passaram pela experiência de uma recuperação estável de distúrbios por uso de substância podem servir de exemplo. A abordagem cognitivo-comportamental de reabilitação também engloba palestras e discussões em grupo que enfocam o modo como reconstruir a vida de alguém que permanece em abstinência, por meio da otimização dos relacionamentos com familiares e amigos, encontrando um contexto de trabalho onde o uso de substâncias seja desestimulado e desenvolvendo um grupo de pares livres de substância.

Por fim, um elemento importante do tratamento consiste em ajudar o paciente a identificar e aprender a evitar ou lidar com os fatores deflagradores de recidiva.⁸⁵ Estes esforços envolvem grupos que intensificam o conhecimento do paciente acerca dos sinais de necessidade da substância, a evitação de situações em que o paciente costumava usar substância no passado e estabelecendo meios para recusa de drogas oferecidas. Além disso, os pacientes são alertados para a possível ocorrência de deslizos e estimulados a

desenvolverem planos de retomada da abstinência o quanto antes, caso um deslize venha a ocorrer.

Durante o tratamento ativo e também após a terapia, os pacientes podem ser fortemente beneficiados pela participação em um programa de 12 etapas (isto é, Cocaine Anonymous, Narcotics Anonymous ou Alcoholics Anonymous) (Nota do Revisor Técnico: no Brasil há os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos). Estes grupos de leigos costumam ser baseados nos princípios do Alcoholics Anonymous (no Brasil, Alcoólicos Anônimos), que incentivam seus membros a assumirem a responsabilidade pelo próprio uso de substância, utilizarem os recursos disponíveis como parte da recuperação, reconstruírem relacionamentos com pessoas importantes em suas vidas e melhorarem as próprias chances de recuperação entrando em contato com outros indivíduos que tenham problemas semelhantes.^{42,86} Os pacientes que desejam participar de um destes programas devem procurar um grupo local em que provavelmente se sentirão mais confortáveis, com base no nível de instrução dos membros, mistura de sexos ou grau de ênfase dada à religião.⁸⁷

A mesma abordagem geral de reabilitação é apropriada tanto para o contexto de internação como para o contexto ambulatorial e aplica-se a qualquer uso abusivo de substância.⁴ A participação intensa (isto é, como paciente internado ou via participação em grupos ambulatoriais intensivos que se reúnem com frequência) geralmente é oferecida por 2 a 4 semanas, seguidas de uma participação menos intensa por vários meses a um ano ou mais. Para os pacientes que apresentam dificuldades mais extremas para alcançar e manter a abstinência, uma alternativa importante é a residência em locais conhecidos nos Estados Unidos como comunidades terapêuticas, como a Daytop or Phoenix House ⁸⁸ (Nota do Revisor Técnico: no Brasil há instituições do gênero, na maioria das vezes ligadas a igrejas ou ONGs). Neste local, os pacientes vivem em um estabelecimento voltado para a abstinência (muitas vezes, uma casa ampla ou prédio de apartamentos convertido), onde a comunidade de indivíduos dependentes em recuperação constitui a principal rede terapêutica. Ao longo de aproximadamente 1 ano de residência nestes programas, os pacientes desenvolvem níveis aumentados de independência, à medida que transitam para a vida em comunidade em tempo integral.

Uma terapia comportamental de eficácia repetidamente comprovada na redução do uso de drogas é o tratamento de contingência (TC). O TC reforça os exames de droga na urina negativas, empregando um aumento progressivo de recompensas baseadas no número de resultados negativos consecutivos de exames de droga na urina. Diversas recompensas são concedidas, incluindo as recompensas pré-determinadas, como aparelhos de televisão e câmeras, certificados e dinheiro.^{89,90} Mais recentemente, embora seja mais comum uma urina limpa aumentar as chances de ganhar prêmios como certificados ou dinheiro, a entrega de um “aquário” como recompensa também se mostrou efetiva para diminuir o uso de estimulantes.⁹¹ Até o presente, o uso do TC permanece amplamente restrito à área de pesquisa, devido à dificuldade para estabelecer as recompensas no contexto clínico.

Medicações para reabilitação

Além do tratamento geral voltado para a abstinência, as medicações podem ser úteis para a reabilitação da dependência de certas drogas. Isto é especialmente válido para os opiáceos. Os dados referentes aos estimulantes são bem menos significativos. Abordagens biológicas interessantes estão sendo investigadas para a dependência de canabinoides (ver adiante), contudo poucos dados sustentam o uso de medicações para tratamento da dependência de outras substâncias ilícitas. Para qualquer síndrome de dependência, é improvável que as medicações por si só sejam eficientes, e é necessário fornecê-las apenas no contexto de uma abordagem cognitiva-comportamental.⁸⁷

Naltrexona. Antagonista de opiáceo que se liga aos receptores de opiáceos, bloqueando a intoxicação produzida pelos opiáceos.⁷⁷ A naltrexona e outros fármacos similares estão em uso desde a metade da década de 1980, como auxiliares no tratamento da dependência de opiáceos, após a conclusão da desintoxicação. Foi relatado que o uso de 50 a 150 mg/dia aumenta a proporção de pacientes que permanecem em abstinência e melhora o funcionamento psicossocial, sobretudo em pacientes dependentes de opiáceos altamente motivados.^{92,93} A retenção no tratamento tem sido o principal problema associado ao uso de antagonistas de opiáceos no tratamento do abuso de opiáceos. Uma formulação de naltrexona (Vivitrol) de ação prolongada, injetável uma vez/mês, promove comprovadamente uma melhor retenção e taxas de recidiva reduzidas, em comparação à naltrexona oral. Isto levou o Food and Drug Administration (FDA) aprovar a formulação de ação prolongada para tratamento da dependência de opiáceos. O Vivitrol também foi aprovado para uso no tratamento da dependência do álcool.

Substituição de opiáceo. A substituição de um opiáceo oral por uma droga de abuso injetada por via IV pode diminuir a necessidade, melhorar o funcionamento psicossocial e, por meio da ocupação dos receptores de opiáceos, diminuir a intoxicação e o reforço experimentados pelo paciente, caso este apresente recaída e use heroína ou drogas similares. Mudar a terapia dos pacientes por um agente oral que seja fornecido por meio de um programa diminui a exposição a agulhas contaminadas e a incidência de crimes.⁹⁴ A abordagem mais frequentemente usada nos Estados Unidos envolve a metadona, um

O tempo do tratamento é exatamente o mesmo que o deste modelo médico internacional.



precordialgias, arritmias cardíacas, hepatites tóxicas, convulsões, rabdomiólise e coma. Pode ocorrer síndrome serotoninérgica ou síndrome neuroléptica maligna, facilitadas por condições associadas (estados de desidratação, excesso de atividade física e alta temperatura ambiente). As consequências tardias decorrentes do consumo esporádico ou crônico não estão totalmente esclarecidas, mas especula-se que possa haver lesões em vias serotoninérgicas cerebrais e alterações de humor (muitas vezes de difícil tratamento) e cognitivas.

2. **Ketamina (Special K)**

É uma substância derivada da PCP (fenciclidina), usada principalmente como anestésico veterinário, cujo mecanismo de ação não é totalmente compreendido. Os efeitos iniciam-se na primeira hora após o uso, têm duração média de 6 a 8 horas e incluem uma sensação de exteriorização ou dissociação do próprio corpo, euforia, intensificação de cores e sons, distorção do sentido de identidade, analgesia e amnésia. Pode haver náuseas e vômitos, diarreia, dormência, fala arrastada, deterioração do controle motor, hipotermia e depressão respiratória. Em altas doses, pode haver convulsões e morte (1 g da substância pode ser letal). Em casos de *overdose*, pode ser necessária a introdução de medidas de suporte geral em serviços de pronto-socorro. Parece induzir tolerância, mas não produz dependência física.

3. **GHB (Ecstasy líquido)**

É a sigla referente ao gama-hidroxibutirato, cujo mecanismo de ação também não é bem estabelecido. Seus efeitos se iniciam 20 minutos após a ingestão e duram por mais de 24 horas. Há uma sensação de bem-estar, euforia, desinibição e relaxamento e uma prazerosa sensação de desconexão com o corpo. Alguns indivíduos podem ter náuseas, vômitos, cefaleia e incapacidade de se movimentar apesar de estar consciente (indivíduo não responde aos estímulos por cerca de 3 horas). Há um atraso na percepção sensorial e no tempo de reação. Doses elevadas podem causar ataxia, dificuldade de coordenação, letargia, depressão respiratória, coma e morte. O uso concomitante com o álcool pode provocar efeito sinérgico, aumentando o risco de complicações fatais. Pode haver sintomas de abstinência em usuários crônicos da substância, como dificuldade para dormir, aumento da fadiga, agitação, que provavelmente pode ser tratada de maneira similar à abstinência de álcool, apesar de não haver estudos definitivos. Os riscos do uso prolongado ainda não são totalmente conhecidos.

Síndrome de Abstinência

A abstinência, segundo o DSM-IV, é caracterizada como uma síndrome específica (sinais e sintomas característicos) à determinada substância, que surge devido à interrupção ou à redução no consumo da mesma (em geral, após uso prolongado e/ou em altas doses), causando sofrimento e impacto clinicamente significativos em diversas áreas no funcionamento global do indivíduo.

Álcool

O início dos sintomas ocorre até 48 horas após a diminuição ou a interrupção do consumo de álcool e tem duração de 5 a 7 dias. O sintoma mais característico é o tremor, que pode vir acompanhado de hiperatividade autonômica (taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre menor que 38°C), náuseas e/ou vômitos, fraqueza, insônia, ansiedade, irritabilidade, alterações perceptivas (alucinações e ilusões), cefaleias e outros. Pode haver crises convulsivas, caracteristicamente do tipo tônico-clônicas generalizadas, em qualquer momento da síndrome de abstinência (pico em 24 horas após o início). Tais crises ocorrem em cerca de 3% dos casos, geralmente são autolimitadas e não requerem tratamento anticonvulsivante contínuo. O diagnóstico diferencial deve ser feito com TCE, hematoma subdural, infecções, encefalopatia hepática, cetoacidose diabética, hipoglicemia, alterações hidroeletrólíticas, tremor essencial, abstinência de benzodiazepínicos, intoxicação por estimulantes e outras.

O *delirium tremens* é a forma grave da abstinência por álcool, evolução de cerca de 5% dos casos. Geralmente se inicia após 72 horas de abstinência, mas pode ocorrer sem nenhum prenúncio. O aspecto essencial é o rebaixamento do nível de consciência (*delirium*), manifesto por comprometimento da atenção, desorientação têmporo-espacial e alterações de memória. A confusão mental acontece em um contexto de tremores grosseiros e sintomas intensos de hiperatividade autonômica. Frequentemente há alterações sensoperceptivas, como alucinações visuais (classicamente são pequenos insetos ou animais), auditivas ou táteis, ideias delirantes e agitação psicomotora. Pode ocorrer também inversão do ciclo sono-vigília. Trata-se de uma urgência médica, já que a mortalidade associada a este quadro pode chegar a 15%, caso o tratamento adequado não seja instituído precocemente. O tratamento segue as mesmas diretrizes da síndrome de abstinência leve-moderada, entretanto a internação hospitalar é obrigatória e doses maiores de benzodiazepínicos geralmente são necessárias, inclusive por via endovenosa em alguns casos. Via de regra, sugere-se monitoração contínua em UTI para oferecer suporte adequado.

Tabela 2: síndrome de abstinência pelo álcool

| Gravidade | Sinais e sintomas | Tempo médio de abstinência |
|--------------------------|--|----------------------------|
| Leve | Tremores, irritabilidade, ansiedade, insônia, náuseas e/ou vômitos | 6 a 8 horas |
| Moderada | Intensificação dos sintomas acima, hiperatividade autonômica, alterações sensoperceptivas, convulsão | 12 a 24 horas |
| Grave (delirium tremens) | <i>Delirium</i> , agravamento dos sintomas acima (tremores grosseiros, hiperatividade autonômica marcante, distorções perceptivas intensas e níveis flutuantes de atividade psicomotora) | 72 horas |

Apesar de haver remissão espontânea da síndrome de abstinência, recomenda-se o tratamento adequado, visando ao alívio dos sintomas e à prevenção de complicações, como o *delirium tremens*. A droga de escolha para o tratamento da síndrome de abstinência são os benzodiazepínicos, preferencialmente de meia-vida prolongada (diazepam 10 a 20 mg VO repetidos a cada hora até sedação leve; em caso de insuficiência hepática, usar lorazepam 4 a 6 mg VO repetidamente, se necessário). Recomenda-se a retirada gradual da medicação ao longo de 1 semana (cerca de 10 a 20% da dose inicial a cada 2 dias). Deve-se evitar a administração profilática e o uso de doses excessivas, com conseqüente sedação demasiada. Também pode ser utilizado haloperidol (p. ex., 5 mg IM) no caso de agitação psicomotora intensa ou alucinações.

Frequentemente, estes pacientes, alcoolistas crônicos, apresentam deficiências vitamínicas e nutricionais. Recomenda-se sobretudo a administração de tiamina (100 mg IM e depois 300 mg VO por 7 dias), para evitar o surgimento da síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Caso ocorram crises convulsivas no ato do atendimento, deve-se administrar diazepam 10 mg EV e, se não houver melhora, fenitoína 15 mg/kg EV; evitar hidantolização indiscriminada. O paciente que apresentou convulsão deve ser mantido em observação (cerca de 1/3 destes pacientes desenvolvem *delirium tremens*).

Benzodiazepínicos

Os sintomas de abstinência por benzodiazepínicos iniciam-se após interrupção ou diminuição das doses habituais e tanto o início como a duração e a gravidade da síndrome dependem da meia-vida da substância, da quantidade e do tempo médio utilizado. De forma geral, a abstinência tende a ser mais grave para substâncias de meia-vida curta e há ansiedade, disforia, inquietação, dificuldade de concentração e memória, além de insônia e pesadelos. Observam-se também tremores, sudorese, palpitações, hipotensão, letargia, anorexia, sintomas gripais, intolerância a luz, cefaleia e náuseas e/ou vômitos. Pode haver contrações musculares, hiper-reflexia e também convulsões e rebaixamento do nível de consciência. **Pode remitir espontaneamente, mas é possível que ansiedade e alterações de sono permaneçam por até 6 meses.** Recomenda-se a retirada gradual das doses utilizadas, para evitar a abstinência ou o risco de convulsões e podem-se substituir compostos de meia-vida curta e intermediária por de meia-vida longa. Postula-se a redução de 1/4 da dose por semana, sendo que a retirada da metade final da dose inicial pode necessitar de mais tempo. A carbamazepina pode ser útil no alívio dos sintomas de abstinência, nas doses de 400 a 800 mg/dia, mantida por 10 a 14 dias para os benzodiazepínicos de meia vida-curta e de 4 a 8 semanas para os de meia-vida prolongada.

Maconha

Não há uma síndrome de abstinência amplamente aceita para a maconha.

Estimulantes

Os sintomas de abstinência por estimulantes são principalmente psíquicos e incluem disforia, ansiedade, irritabilidade, fadiga, apatia, alterações de sono, aumento do apetite e retardo psicomotor (ocasionalmente há agitação psicomotora). Geralmente esses indivíduos apresentam desejo intenso e poderoso de usar a substância (*craving* ou fissura). **Para usuários de quantias pequenas de cocaína, a síndrome de abstinência geralmente dura menos de 24 horas, mas pode persistir por semanas quando o uso é mais intenso. Os sintomas de abstinência para as anfetaminas são similares** e podem atingir 87% dos usuários, mas há algumas peculiaridades como a ocorrência de hipersonia intensa, pesadelos, sintomas depressivos graves e ocasionalmente sintomas psicóticos. **A duração da síndrome de abstinência geralmente é de até 1 semana, mas o quadro depressivo pode persistir por período prolongado.**

O tratamento da abstinência de estimulantes é basicamente sintomático. Não há medida farmacológica específica conhecida para a supressão dos sintomas de abstinência e fissura, e podem ser usados benzodiazepínicos para alívio da disforia, antidepressivos para síndromes depressivas prolongadas. A bromocriptina (agonista dopaminérgico) pode trazer alívio para alguns sintomas agudos da abstinência por cocaína (dose de 2,5 mg por 5 a 7 dias).

Nicotina

Os sintomas da abstinência iniciam-se poucas horas após o consumo do último cigarro, com pico em 24 a 48 horas e duração de semanas até meses. A sintomatologia inclui desejo intenso de fumar, humor disfórico ou irritado, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação, diminuição do desempenho motor e tensão. Também ocorre sonolência (e dificuldades paradoxais para dormir), diminuição da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, aumento do apetite e ganho de peso. A ocorrência de sintomas de abstinência pode ser decisiva para a recaída.

O manejo da síndrome de abstinência é feito como parte integrante do tratamento da dependência de nicotina. Recomenda-se a utilização de medidas cognitivo-comportamentais, como estratégias motivacionais e de psicoeducação. As estratégias farmacológicas mais usadas são a terapia de reposição de nicotina feita por adesivos (adesivo de nicotina de 14 e 21 mg, dependendo da quantidade de cigarros/dia; em geral, para indivíduos que fumam 1 maço de cigarros por dia, a concentração indicada é de 14 mg por um período de 6 a 8 semanas) e goma de mascar (2 mg por tablete; a dosagem é de cerca de 10 a 15 tabletes/dia, que devem ser trocados periodicamente, após 1 a 2 horas de uso, durante 8 a 12 semanas). Também são utilizados antidepressivos, principalmente a bupropiona (dose média de 300 mg/dia), mas também a nortriptilina (dose média de 75 mg/dia) por cerca de 7 a 12 semanas. A vareniclina (Champix®) é um agonista parcial seletivo dos receptores nicotínicos alfa-4-beta-2, que bloqueia a ação da nicotina, diminuindo a fissura por consumir a substância. É prescrito por 12 semanas, em uma dosagem média de 2 mg diários.

Opioides

A síndrome de abstinência por opioides pode ocorrer pela interrupção do seu consumo ou pela administração de um antagonista (neste caso, os sintomas podem ter início segundos após a administração por via endovenosa, com pico em uma hora). Os sintomas da abstinência começam em geral de 4 a 12 horas depois da última dose e os achados mais frequentes são desejo intenso de usar a substância, humor disfórico, irritabilidade, lacrimejamento, coriza, bocejos, sudorese, insônia, midríase, fraqueza, tremores, náuseas e/ou vômitos, cólicas abdominais, diarreia profusa, calafrios, rubor, câibras, piloereção (pele anserina), desregulação da temperatura, incluindo hipo ou hipertermia, e hipertensão. **A duração da síndrome de abstinência guarda relação com a meia-vida da substância; para usuários de heroína pode durar até 15 dias.**

Há descrição de uma síndrome de abstinência protaída, que pode durar vários meses, caracterizada por "fissura" pelo consumo da substância, hipotensão, bradicardia, insônia, anergia e inapetência.

O tratamento da abstinência de opioides é usualmente realizado em regime hospitalar e, caso ocorra taquicardia, hipertensão arterial, taquipseia, náuseas, vômitos e cólicas abdominais nas primeiras 24 horas, torna-se imprescindível o uso de medidas farmacológicas. Pode-se utilizar terapia de substituição com metadona (10 mg VO repetidos a cada 60 minutos até alívio dos sintomas; sugere-se a repetição da dose caso ainda estejam presentes dois ou mais dos critérios objetivos – **Tabela 3**). A dose de estabilização usualmente é menor do que 50 mg/dia. Após estipulação da dose diária, esta deve ser mantida por 2 dias, dividida em duas tomadas. Retirada gradual em 7 a 10 dias, já que há potencial para dependência desta substância. Diminuem-se 2 a 3 mg/dia até alcançar 30 mg/dia e depois retira-se de 1 a 2 mg/dia.

Tabela 3: Critérios objetivos de abstinência por opioides

| |
|--|
| Aumento da frequência cardíaca em 10 bpm acima do basal ou acima de 90 (se não há história prévia de taquicardia) |
| Aumento da pressão sistólica 10 mmHg acima do basal ou acima de 160 X 95 (se não há história prévia de hipertensão arterial sistêmica) |
| Midríase |
| Piloereção, sudorese, rinorreia ou lacrimejamento |

A prescrição de benzodiazepínicos pode ser ajudar no alívio das dores musculares, das alterações de sono e da inquietação. Também pode-se utilizar clonidina (alfa-2-agonista), associada à metadona (dose de 0,3 mg a 1,2 mg/dia, divididos em 3 tomadas diárias), visando o controle dos sintomas noradrenérgicos, além de outros sintomáticos.

Solventes (Inalantes)

Há controvérsia quanto à existência de síndrome de abstinência para os solventes.

Alucinógenos

Não há uma síndrome de abstinência relatada para esse grupo.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E PSQUIÁTRICAS

Álcool

Transtorno Psicótico Induzido por Álcool

Alucinações (alucinose alcoólica) ou ideias delirantes, frequentemente persecutórias e pouco estruturadas. As alucinações são auditivas ou visuais, habitualmente vívidas, e ocorrem na ausência de rebaixamento do nível de consciência. A alucinose alcoólica em geral se inicia após períodos de variações da média de consumo de álcool, com duração curta, apesar de poder haver cronificação (sintomas presentes por mais de 6 meses). O tratamento é feito com drogas antipsicóticas.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

A encefalopatia de Wernicke é causada pela deficiência de vitaminas do complexo B, particularmente tiamina, um co-fator importante na utilização de glicose. Caracteriza-se pela tríade clássica: confusão mental, ataxia cerebelar e alterações oculares (oftalmoplegia bilateral e nistagmo, principalmente). Pode ocorrer na forma incompleta ou associada a outras manifestações neurológicas. Trata-se de um quadro agudo, que pode ser desencadeado pela administração de glicose, previamente à de tiamina, em indivíduos com deficiência nutricional. O tratamento é feito com a administração de tiamina (100 mg IM ou EV, repetidos até controle das alterações oculares e manutenção com cerca de 300 mg diários por 7 a 14 dias) e complexo B. A hipomagnesemia é uma das causas de não-resposta ao tratamento; assim, pode-se administrar sulfato de magnésio (1 a 2 mL em solução de 50% IM). Com a instituição da terapêutica adequada, há remissão completa dos sintomas, mas, do contrário, há risco de evolução para a forma crônica, conhecida com síndrome de Korsakoff.

A síndrome de Korsakoff é marcada pela alteração proeminente de memória anterógrada e retrógrada, sem rebaixamento do nível de consciência. Pode haver confabulações, preenchendo as lacunas mnésicas, e alterações comportamentais, como apatia, inércia e perda de *insight*. O tratamento é feito com tiamina (300 mg VO diários por 3 a 12 meses), complexo B e eventualmente clonidina (0,3 mg 2 vezes/dia, associada a melhora discreta da memória recente), mas a resposta ao tratamento é satisfatória em apenas 20% dos casos

Demência Persistente Induzida por Álcool

Quadro demencial causado pelo uso crônico e prolongado de álcool, provavelmente com contribuição de outros fatores, como carências nutricionais, traumas e outros comprometimentos neurológicos secundários a alterações sistêmicas. O diagnóstico requer período de abstinência maior que 3 semanas e exclusão de outras causas demenciais. Não há um tratamento específico, mas é importante a abstinência de álcool.

Síndrome Fetal pelo Uso do Álcool

Síndrome do recém-nascido devido ao consumo de álcool durante a gestação. Os achados incluem retardo mental (leve a moderado), baixo peso e diversas malformações faciais, cardíacas e de membros. É importante salientar que não há quantidades seguras para consumo de álcool durante a gestação.

Complicações Psiquiátricas

O álcool pode induzir transtornos de humor, ansiosos, de sono e disfunções sexuais, havendo nestes casos uma correlação temporal entre o uso de álcool e tais manifestações psiquiátricas. O tratamento é indicado de acordo com o tipo de sintomatologia predominante no quadro.

Patologias Clínicas Associadas ao Uso de Álcool

Há complicações clínicas decorrentes do uso de álcool em praticamente todo o organismo, além das anteriormente listadas.

●Neurológicas: degeneração cerebelar, polineuropatia periférica, neuropatia óptica, pelagra, atrofia cerebral.