



## O Manejo do Paciente Portador de Dependência Química: Uma Perspectiva Psiquiátrica Sobre o Abuso de Substâncias

*(Management of Patients with Chemical Dependence: A Psychiatric Perspective)*

Jaqueline Giselle Farias Fernandes<sup>1</sup>, Thiago Reinaux Monteiro Alves<sup>2</sup>,  
 Leonardo Cortes de Aguiar Franco<sup>3</sup>, Marcos Antônio de Aguiar Franco Júnior<sup>4</sup>,  
 Fábio Augusto de Campos Bonicontro<sup>5</sup>, Ana Carolina Fernandes Dall'Stella de Abreu Schmidt<sup>6</sup>,  
 Victor Colombini dos Santos<sup>7</sup>, Rodolfo Genesio Izac<sup>8</sup>, Leticia Aranega Dalari<sup>9</sup>,  
 Letícia Siqueira Cavalcante<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Médica pelo Cesmac, Brazil

<sup>2</sup> Médico pela FPS, Brazil

<sup>3</sup> Médico pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Brazil

<sup>4</sup> Médico pela Unitpac Porto Nacional -Tocantins, Brazil

<sup>5</sup> Especialização em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico Porto Seguro, Brazil

<sup>6</sup> Especialização em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico Porto Seguro, Brazil

<sup>7</sup> Especialização em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico Porto Seguro, Brazil

<sup>8</sup> Especialização em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico Porto Seguro, Brazil

<sup>9</sup> Médica pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas/ SP, Brazil

<sup>10</sup> Medicina pela , UNINASSAU ( universidade Maurício de Nassau, RECIFE-PE), Brazil

### Article Info

Received: 30 June 2024

Revised: 3 July 2024

Accepted: 3 July 2024

Published: 3 July 2024

### Corresponding author:

Jaqueline Giselle Farias Fernandes.

Médica pelo Cesmac, Brazil.

[Jaque.fernandes@hotmail.com](mailto:Jaque.fernandes@hotmail.com)

### Palavras-chave:

Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Transtornos Relacionados ao Uso de Opióides; Saúde Mental; Terapêutica.

### Keywords:

Substance-Related Disorders; Opioid Use Disorders; Mental health; Therapy.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



### RESUMO (POR)

**OBJETIVO:** Descrever as principais estratégias para abordar lacunas na identificação, tratamento e treinamento sobre saúde mental, transtorno do uso de substâncias (TUS) e transtorno do uso de opioides (TUO).: trata-se de uma revisão narrativa, a partir de artigos recentes e de publicações de instituições que abordam a temática da saúde mental e da dependência química reconhecidas internacionalmente. **RESULTADOS:** A prevalência de uso concomitante de substâncias e transtornos psiquiátricos/de saúde mental tem sido elevada e continua crescente, compondo problemas complexos que implicam em desafios de tratamento multifacetados, incluindo condições médicas, deficiências, falta de moradia, abandono de medicamentos e altas taxas de recaída. O tratamento de TUS's e TUO's são questões individualmente complexas. A combinação dos dois transtornos requer uma abordagem de diagnóstico e tratamento dedicada e multifacetada. **CONCLUSÃO:** Como a prevalência de TUO's, TUS's e COD's continua a aumentar, enfermeiros e profissionais de saúde devem estar preparados para diagnosticar, tratar e/ou encaminhar os usuários para garantir o cuidado adequado e a recuperação a longo prazo dos indivíduos acometidos.

### ABSTRACT (ENG)

**OBJECTIVE:** To describe key strategies to address gaps in mental health identification, treatment, and training, substance use disorder (SUD), and opioid use disorder (SUD). **METHOD:** this is a narrative review, based on recent articles and publications from internationally recognized institutions that address the topic of mental health and chemical dependency. **RESULTS:** The prevalence of concomitant substance use and psychiatric/mental health disorders has been high and continues to increase, compounding complex problems that imply multifaceted treatment challenges, including medical conditions, disabilities, homelessness, medication noncompliance, and high rates of relapse. The treatment of TUS's and TUO's are individually complex issues. The combination of the two disorders requires a dedicated, multifaceted diagnostic and treatment approach. **CONCLUSION:** As the prevalence of SUD's, TUS's and COD's continues to increase, nurses and healthcare professionals must

## INTRODUÇÃO / INTRODUCTION

Atualmente, tem se vários tipos de dependência, a qual pode ser física: também referida como fisiológica, cursa com o desenvolvimento de alterações neuroquímicas ou fisiológicas após o consumo recorrente ou prolongado. A psicológica, antigamente denominada como “hábito”, é caracterizada pela fissura e busca pela substância, mesmo na ausência de alterações neurocerebrais. Busca-se a gratificação imediata e evitar sintomas psíquicos que ocorrem na ausência da substância. A codependência: refere-se às pessoas que facilitam o uso da substância, os hábitos e as ações do dependente químico.

As drogas dividem-se em 3 categorias, conforme atuação predominante no sistema nervoso central (SNC): depressoras: deprimem e reduzem sua atividade; estimulantes: aumentam sua atividade; e perturbadoras: distorcem sua atividade.

A redução de danos trata-se de um grupo de práticas e políticas públicas em que o objetivo é amenizar os danos causados pelas drogas e pela dependência química, sejam eles danos médicos, econômicos ou sociais. A amenização de danos é voltada tanto para o próprio usuário quanto para sua comunidade. Nesse modelo, que o paciente mantém a autonomia, isto é, pode continuar usando drogas, pode tentar reduzir o uso ou pode tentar abandoná-las, tendo o direito de decidir o que considera o melhor para si. Situações em que a redução de danos são: distribuição gratuita de seringas estéreis ou preservativos em regiões onde há um alto consumo de drogas, disponibilização de locais seguros para que os usuários possam consumir a substância, receber cuidados médicos e assistenciais, reduzindo a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis, além de diminuir a taxa de gravidez indesejada.

O DSM-5-TR não distingue os conceitos de “abuso” e “dependência”, independentemente da substância utilizada, referindo-se genericamente a ambos como “transtorno por uso de substância”, estratificando a gravidade do quadro em leve, moderada ou grave.

Destarte, a CID-11 identifica 3 padrões: episódio de uso nocivo, padrão de uso nocivo (uso abusivo episódico por 12 meses) e dependência (uso diário por 3 meses ou uso recorrente com prejuízos persistentes por 12 meses). As drogas causam dependência por agirem como reforçadoras no centro de recompensa, situado no sistema límbico, especialmente no núcleo accumbens, através da liberação de dopamina.

O seguinte artigo objetivou descrever acerca do manejo do paciente portador de transtornos por abuso de substâncias.

## METODOLOGIA / METHODOLOGY

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, adequado para debater sobre o manejo do paciente portador de distúrbios por abuso de substâncias, visando o melhor prognóstico do paciente. É composto por uma análise abrangente da literatura, a qual o método baseou-se por ser uma análise bibliográfica a respeito do abuso de substâncias e suas respectivas repercussões, associado aos famosos efeitos dos fármacos, foram recuperados artigos indexados nas bases de

dados do PubMed, Lilacs, SciELO, Latindex e demais literaturas pertinentes a temática, durante o mês de junho de 2024, tendo como período de referência os últimos 15 anos.

Foram utilizados os termos de indexação ou descritores: transtorno por abuso de substâncias, percepção, depressão do sistema nervoso, agitação psicomotora, isolados ou de forma combinada. O critério eleito para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona aos aspectos vinculados às repercussões clínicas do transtorno por abuso de substâncias, a qual os fármacos mais utilizados possuem em interferir na regularidade orgânica. Os artigos excluídos não continham o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações restauradas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses. Após terem sido recuperadas as informações-alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, foi realizada a leitura completa dos 20 textos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, delimitando aqueles cujas amostras são conceituais, aspectos fisiopatológicos do transtorno por abuso de substâncias cujas amostras são dos efeitos colaterais de cada classificação os acometimentos clínicos. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia utilizada, resultados obtidos e discussão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO / RESULTS & DISCUSSION

A busca dos artigos que compuseram este estudo identificou 77 referências a respeito do transtorno por uso de substâncias nas bases de dados referidas, das quais 12 publicações foram incluídas na revisão. Entre os estudos selecionados, 28 artigos são de abordagem teórica, 1 apresenta desenho transversal, dois artigos tratam de um estudo de caso. Observou-se a prevalência de publicações na língua inglesa, representando 84% do total, quando comparada às línguas espanhola (9,6) e portuguesa (6,4%).

O alcoolismo é um dos maiores problemas de saúde pública no país e no mundo. Segundo estimativas nacionais, de 12 a 65 anos, o álcool é a droga lícita mais consumida, sendo utilizado por 66% dos brasileiros durante a vida. Cerca de 1,5% da amostra foi considerada dependente, o que equivale a cerca de 2,3 milhões de pessoas, em uma proporção estimada em 3 homens para 1 mulher.

Cerca de 10% do álcool é absorvido no estômago e 90%, no intestino delgado. Após sua absorção, o etanol é capaz de gerar amplos efeitos citotóxicos, pois atravessa a barreira hematoencefálica, a barreira placentária e as membranas celulares, com seu pico sérico atingido entre 30 e 90 minutos após o consumo. Aproximadamente 90% do álcool é metabolizado através de oxidação hepática, pelo mecanismo enzimático de álcool desidrogenase (ADH), que o transforma em acetaldeído, que, por sua vez, é transformado em ácido

acético pela enzima aldeído desidrogenase (ALDH). Os 10% restantes são excretados inalterados pelos rins e pulmões. Em etilistas crônicos, a isoenzima 2E1, do citocromo P-450, metaboliza pequena quantidade de álcool.

No SNC, liga-se a receptores de ácido gama-aminobutírico (GABA), promovendo sedação, e bloqueia receptores glutamatérgicos NMDA, piorando a depressão central.

## INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA

A intoxicação alcoólica, geralmente, apresenta um curso benigno e autolimitado, durando algumas horas e resolvendo-se por completo sem deixar quaisquer consequências físicas severas.

Critérios da intoxicação por álcool, adaptados do DSM-5-TR

A Ingestão recente de álcool.

B Alterações comportamentais ou psicológicas.

C Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:

1 Fala arrastada.

2 Incoordenação.

3 Instabilidade na marcha.

4 Nistagmo.

5 Comprometimento da atenção ou da memória.

6 Estupor ou coma.

D Os sintomas apresentados pelo paciente não são explicados por outras causas.

O manejo clínico consiste em manter o indivíduo em ambiente calmo, posicioná-lo em decúbito lateral, para que não haja broncoaspiração decorrentes de vômitos, administrar 300 mg de tiamina via parenteral.

É fundamental destacar que a administração de tiamina deve ocorrer, preferencialmente, antes da reposição de glicose ou hidroelectrolítica, que deverá ser realizada apenas se houver necessidade.

Caso o paciente apresente-se com agitação psicomotora intensa, agressividade ou sintomas psicóticos, o uso cauteloso do antipsicótico típico haloperidol pode ser empregado, pela via intramuscular, para controle dos sintomas. Drogas como benzodiazepínicos, prometazina e antipsicóticos devem ser evitadas, devido ao risco de rebaixamento do nível de consciência e depressão respiratória. Os antipsicóticos podem provocar convulsões e arritmias cardíacas.

## ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) pode se iniciar entre 6 e 48 horas depois do último consumo de álcool ou mesmo de sua redução brusca. Sua duração varia entre 2 a 7 dias. Seus principais sintomas são tremores de extremidades, geralmente as primeiras manifestações, e outros indícios de hiperatividade autonômica, como náuseas, hipertermia, sudorese, taquipneia,

taquicardia e hipertensão, além de ansiedade, irritabilidade, insônia e agitação psicomotora.

Critérios da abstinência de álcool, adaptados do DSM-5-TR

A Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.

B Dois (ou mais) dos seguintes sintomas:

1 Hiperatividade autonômica (sudorese ou frequência cardíaca maior que 100bpm).

2 Tremor aumentado nas mãos.

3 Insônia.

4 Náusea ou vômitos.

5 Nistagmo.

6 Alucinações ou ilusões visuais, tátiles ou auditivas transitórias.

7 Agitação psicomotora.

8 Ansiedade.

9 Convulsões tônico-clônicas generalizadas.

Etilistas crônicos, indivíduos desnutridos ou pós-bariátricos, podem desenvolver um quadro de encefalopatia conhecido como síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), caracterizado por amnésia anterógrada, confabulações (criação de falsas memórias), alucinações, oftalmoparesia, ataxia e confusão mental (tríade clássica). A causa é a deficiência de tiamina (B1). Sua profilaxia e tratamento consistem na reposição de vitamina B1, que é cofator de enzimas importantes no metabolismo energético, além de contribuir com a transmissão sináptica.

## DELIRIUM TREMENS (DT)

Em 10% dos pacientes com SAA, após 1 a 4 dias de curso, agravam-se os sintomas, especialmente os tremores, com a caracterização do delirium tremens, em que ocorre alteração do nível de consciência, sintomas psicóticos, como delírios, alucinações, alucinoses (tipo zoopsias) e comportamento desorganizado, além de episódios convulsivos em uma parcela dos doentes. O DT dura em média 1 a 2 semanas, mas pode se prolongar por até 2 (dois) meses, e tem mortalidade estimada entre 5% e 20%, acometendo especialmente àqueles com fatores de risco, como idosos, pacientes com doenças crônicas ou com histórico prévio de SAA.

O tratamento farmacológico da SAA e suas complicações é baseado no uso de benzodiazepínicos, conforme a necessidade clínica. Em casos leves e moderados, o diazepam poderá ser utilizado, entre 20 e 60 mg ao dia, ou o lorazepam, entre 4 e 8 mg ao dia, sendo retirado lentamente após uma semana ou de acordo com a estabilidade clínica do paciente. Carbamazepina é uma droga de segunda linha, e pode ser útil em casos leves a moderados. Nos casos graves, incluindo-se o DT, em que os pacientes encontram-se hospitalizados, doses maiores de benzodiazepínicos poderão ser utilizadas, de acordo com a intensidade dos sintomas. Raramente, nos casos graves e refratários, pode haver associação de benzodiazepíncio com fenobarbital ou propofol.

## INTOXICAÇÃO POR ANSOLÍTICOS, HIPNÓTICOS E SEDATIVOS

A clínica da intoxicação por essas substâncias é similar à intoxicação por etanol, pois o mecanismo tóxico é semelhante. O DSM-5-TR sugere, para a avaliação do diagnóstico diferencial, que a presença de odor etílico é indicativo de intoxicação por álcool.

O manejo da intoxicação aguda por essas substâncias varia conforme a gravidade do quadro:

- Intoxicação leve a moderada: suporte à vida, monitorar e observar.
- Intoxicação grave: suporte à vida. Se houver depressão respiratória ou coma, administra-se o antídoto flumazenil (ineficaz se intoxicação por barbitúricos).

## ABSTINÊNCIA DE SEDATIVOS, HIPNÓTICOS OU ANSOLÍTICOS

A síndrome de abstinência surge quando se interrompe subitamente o uso recorrente ou prolongado, e cursa com sintomas opostos aos observados na intoxicação por esses fármacos ou por etanol. Drogas com meia-vida curta causam sintomas entre 12 a 48 horas, aquelas com efeitos prolongados podem provocar a síndrome após 48 a 96 horas.

Critérios da abstinência de ansiolíticos hipnóticos e sedativos, adaptados do DSM-5-TR

A Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado

B Dois (ou mais) dos seguintes sintomas:

- 1 Hiperatividade autonômica.
- 2 Tremor aumentado nas mãos.
- 3 Insônia.
- 4 Náusea ou vômitos.
- 5 Alucinações ou ilusões visuais, tátteis ou auditivas transitórias.
- 6 Agitação psicomotora.
- 7 Ansiedade.
- 8 Convulsões tônico-clônicas generalizadas.

Meia-vida em horas: ALPRAZOLAM 6–20, BROMAZEPAM 6–12, CLOBAZAM 18–40, CLONAZEPAM 19–42, CLORDIAZEPÓXIDO 10–29, DIAZEPAM 14–61, FENOBARBITAL 75-120, MIDAZOLAM 1–3, LORAZEPAM 9–22, ZOLPIDEM 2-4.

A duração da síndrome varia de poucos dias até várias semanas. O tratamento medicamentoso segue as mesmas condutas da abstinência alcoólica: uso de benzodiazepínicos de meia-vida longa ou, eventualmente, fenobarbital. Carbamazepina é uma droga de segunda linha.

## ABSTINÊNCIA E DEPENDÊNCIA DE OPIOIDES

A síndrome de abstinência inicia-se em horas ou poucos dias após o último consumo. A duração pode variar de 10 a 15 dias, mas, em casos graves ou inadequadamente tratados, pode estender-se por vários meses.

Critérios da abstinência de opioides, adaptados do DSM-5-TR

A Presença de qualquer um dos seguintes:

1 Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opioides.

2 Administração de um antagonista após um período de uso de opioides.

B Três (ou mais) dos seguintes sintomas:

1 Humor disfórico.

2 Náusea ou vômito.

3 Dores musculares.

4 Lacrimejamento ou rinorreia.

5 Midríase, piloereção ou sudorese.

6 Diarreia.

7 Bocejos.

8 Febre.

9 Insônia.

## PSICOESTIMULANTES

As drogas psicoestimulantes têm ação simpatomimética, e exercem seus efeitos ao promoverem o aumento do tônus de monoaminas como a dopamina, serotonina e a noradrenalina, que ativam o circuito de recompensa cerebral no sistema límbico, causando sensação de prazer e bem-estar, podendo levar à dependência física e psicológica. Os principais representantes são as anfetaminas e a cocaína. As anfetaminas são bem absorvidas quando ingeridas pela via oral, com seu início de ação em até 60 minutos após o consumo. Quando usadas pela via endovenosa, seus efeitos iniciam-se em poucos segundos; podem ser aspiradas pelo nariz ou fumadas, com os seus efeitos durando entre 4 e 18 horas.

Os principais sintomas clínicos são: agitação psicomotora, taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese excessiva, hiperreflexia, midríase, cefaleia, náuseas e vômitos.

Critérios da intoxicação por estimulantes, adaptados do DSM-5

A Uso recente de uma substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.

B Alterações comportamentais ou psicológicas.

C Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:

1 Taquicardia ou bradicardia.

2 Dilatação pupilar.

3 Pressão arterial elevada ou diminuída.

4 Transpiração ou calafrios.

5 Náusea ou vômito.

6 Evidências de perda de peso.

7 Agitação ou retardo psicomotor.

8 Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas.

9 Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma.

Em casos graves, podem ocorrer arritmias cardíacas, dor torácica, infarto agudo do miocárdio (IAM), rebaixamento do nível de consciência, sintomas psicóticos, delirium, convulsões, rabdomiólise (por excitação motora), insuficiência renal aguda, acidente vascular encefálico.

O manejo envolve uso de benzodiazepínicos, que produzem sedação e reduzem a excitação do paciente, promovendo a redução da pressão arterial, melhora a taquicardia, prevenindo episódios convulsivos e a rabdomiólise.

Para os pacientes que apresentam agitação psicomotora, agressividade ou sintomas psicóticos, a medicação de primeira escolha é um benzodiazepínico. Haloperidol, um antipsicótico típico, pode ser utilizado nos pacientes que não responderam ao benzodiazepínico. Ressaltando que antipsicóticos podem precipitar episódios convulsivos.

O manejo dos sintomas agudos da síndrome de abstinência de estimulantes é baseado principalmente em medidas ambientais, como repouso, alimentação e hidratação adequadas, manter o paciente perto de seu núcleo familiar para ser acolhido, monitorado e incentivado e identificar e tratar possíveis comorbidades.

Em caso de sintomas graves, o uso de benzodiazepínicos pode ser considerado. O uso off-label de antidepressivos,

As fases da Evolução da Fissura do Crack

“CRASH” Ansiedade, tristeza, desconfiança, paranoia, fissura intensa. Início cerca de 30 minutos após o último uso, perdurando até quatro dias.

Síndrome Disfórica Tardia Alterações do sono, irritabilidade, fissura. Início após o fim do “crash”, podendo durar até um mês.

Fase de Extinção Alterações do humor melhoram, fissura diminui. Duração de meses ou anos. Os estabilizadores do humor e antipsicóticos é frequentemente empregado na tentativa de reduzir a impulsividade e a fissura.

A adesão à psicoterapia individual ou a participação em grupos de ajuda mútua, como o Narcóticos Anônimos (NA), são fundamentais para incentivar a busca pela abstinência e, principalmente, a manutenção da motivação do paciente e o engajamento com o tratamento ao longo dos meses.

## CONCLUSÃO / CONCLUSION

Como a prevalência de TUO's, TUS's e COD's continua a aumentar, enfermeiros e profissionais de saúde devem estar preparados para diagnosticar, tratar e/ou encaminhar os

usuários para garantir o cuidado adequado e a recuperação a longo prazo dos indivíduos acometidos.

## REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. National Institute of Drug Abuse (NIDA) (US). Why is there comorbidity between substance use disorders and mental illnesses? [Internet]. 2020 [cited 2021 June 13]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/why-there-comorbidity-between-substance-use-disorders-mental-illnesses>
2. Wakeman SE. Facing Addiction. Psychiatr Ann. 2019;49(2):47-54. doi: <https://doi.org/10.3928/00485713-20190108-01>
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (US). Treatment Episode Data Set (TEDS): 2017. Admissions to and discharges from publicly funded substance use treatment. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2019
4. Kelly PJ, Baker AL, Deane FP, Callister R, Collins CE, Oldmeadow C, et al. Study protocol: A stepped wedge cluster randomised controlled trial of a healthy lifestyle intervention for people attending residential substance abuse treatment. BMC Public Health. 2015;465(2015). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1729-y>
5. DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblauch DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. Psychol Addict Behav. 2017;31(8):862-87. doi: <https://doi.org/10.1037/adb0000318>