

# Drogas ilícitas e efeitos na saúde

Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira  
Marcelo Ribeiro, MSc

Atualmente, há uma grande variedade de substâncias psicoativas ilícitas disponíveis. Elas estão presentes em todas as classes farmacológicas (sedativas, estimulantes, alucinógenas) e muitas vezes são utilizadas por populações ou subculturas específicas, como o *ecstasy* pelos *ravers* e os inalantes e o crack pelos meninos de rua, para citar apenas alguns exemplos. Há, ainda, aquelas que atingiram um uso mais disseminado e 'supracultural', como é o caso da maconha e da cocaína. No Brasil, estima-se que um quinto da população geral e um quarto dos estudantes de ensino médio tenham experimentado drogas ilícitas ou controladas ao menos uma vez na vida.

O impacto social do consumo de drogas ilícitas é bem menor do que o observado no uso indevido de álcool e tabaco. Mas se as complicações relacionadas ao consumo de drogas ilícitas são menos frequentes, estão longe de serem incomuns. Pelo contrário, seus usuários representam cerca de 5% do público atendido nas salas de emergência, um quarto das consultas em ambulatórios gerais (incluindo álcool) e metade das vagas em centros de tratamento especializados. Além disso, tanto a incidência de complicações agudas, quanto à busca por tratamento têm aumentado. Por fim, o perfil etário jovem dos usuários, as consequências das complicações agudas (boa parte com risco de morte considerável), a violência do mercado ilegal e os efeitos da marginalidade tornam este um assunto de saúde pública da maior importância.

## Complicações agudas

Qualquer substância de uso recreacional pode trazer complicações agudas em diversos graus, variando desde quadros de ansiedade leve, responsivos ao reassentamento verbal pelo médico até *overdoses* com evolução para o óbito. Isso dependerá da toxicidade da substância e da via de administração escolhida, ou seja, a dose utilizada e a rapidez com que é introduzida no organismo interferem diretamente no risco de complicações relacionadas ao consumo da mesma. Apesar de cada substância demandar condutas específicas para suas complicações, alguns princípios (**quadro 1**) devem ser sempre seguidos, visando a aumentar a sensibilidade e a precisão diagnósticas e estabelecer uma linha geral de abordagem.

**Quadro 1:** Princípios gerais para a abordagem das complicações agudas relacionadas ao consumo de drogas ilícitas.

- \* O uso nocivo de drogas é comum.
- \* O diagnóstico de abuso de drogas deve ser considerado em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.
- \* O diagnóstico de abuso de drogas deve ser considerado em pacientes agitados.
- \* O tratamento é geralmente suportivo e sintomático.
- \* O dano pode ser proveniente tanto da via de administração utilizada, quanto da droga em si.
- \* Drogas e suas preparações de rua não são produtos puros.
- \* Considerar doenças infecciosas associadas.
- \* Antecipar sintomas de abstinência.

**FONTE:** Thompsom JP. Acute effects of drug abuse. *Clinical Med* 2003; 3(2): 123-6.

## Cocaína

A cocaína é um alcalóide estimulante e anestésico local, extraído da planta *Erythroxylon coca*, utilizada principalmente por via intranasal, injetável ou pulmonar (crack). A via escolhida interfere na quantidade e na qualidade dos efeitos provocados pela substância (**quadro 2**). Além disso, cada via expõem os usuários a riscos relacionados ao modo de consumo (**quadro 3**). O uso concomitante de cocaína com depressores do SNC (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos) é freqüente e com o intuito de equilibrar os efeitos estimulantes da droga. Desse modo, a dependência de álcool e benzodiazepínicos devem ser sempre consideradas entre estes indivíduos.

**Quadro 2.** Cocaína, vias de administração e biodisponibilidade

Via de administração	Pureza (%)	Início da ação (s)	Duração (min)	Biodisponibilidade (% absorvida)
Pulmonar	40-85	8-10	5-10	6-32
Injetável	7-100	30-45	10-20	100
Intranasal	20-80	120-180	30-45	20-30

Oral	0,5-1	300-600	45-90	20-30
------	-------	---------	-------	-------

**FONTE:** Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J: *Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*. Maryland, William & Wilkins, 1997.

### Quadro 3. Complicações clínicas relacionadas ao consumo de cocaína.

Tipo de complicação	Complicações possíveis	
	Pouco ou não relacionada à via de administração	Diretamente relacionada à via de administração
Sistema nervoso central	Acidente vascular cerebral (isquêmico ou hemorrágico), convulsões, distúrbios do movimento (acatisia, discinesia, distonia)	Aneurismas micóticos <b>[EV]</b>
Pulmonar	Vasoconstrição arterial pulmonar e brônquica, levando a hemorragia intersticial e alveolar.	Epistaxe, perfuração do septo nasal, ulcerações orofaríngeas <b>[IN]</b> ; lesões térmicas nas vias aéreas superiores, escarro enegrecido ou hemoptóico, broncoespasmo, pneumotórax, pneumomediastino <b>[IP]</b> ; embolia pulmonar <b>[EV]</b> .
Cardíoc-circulatórias	Infarto agudo do miocárdio (IAM), isquemia e arritmias (ventricular e supra), crises hipertensivas, lesões endoteliais com trombose arterial, dissecação da aorta.	Flebites, endocardites infecciosas <b>[EV]</b> .
Gastrintestinais	Isquemia secundária à vasoconstrição arterial intensa e prolongada, com ulceração ou perfuração gastroduodenal.	<i>Bodypackers</i> ou <i>mulas</i> , narcotraficantes que ingerem invólucros de cocaína a fim de transporta-los para outros locais. Risco de ruptura e overdose <b>[vo]</b> .

**NOMENCLATURA:** EV = via endovenosa; IN = via intranasal; IP = via pulmonar; VO = via oral.

**FONTE:** Shanti CM, Lucas CE. Cocaine and critical care challenge. *Crit Care Med* 2003; 31(6): 1851-9.

### Intoxicação aguda e overdose

A intoxicação aguda por cocaína geralmente cursa geralmente com ansiedade, agitação e persecutoriedade, na presença de sintomas autonômicos, tais como tremores, espasmos musculares, sudorese, midríase, taquicardia, aumento da pressão arterial e da temperatura corpórea.

A overdose é a falência de um ou mais órgãos, decorrente do aumento da atividade autonômica do organismo. Ela pode acometer qualquer tipo de usuário (crônicos, eventuais ou

iniciantes). A dose letal é influenciada por diversos fatores como a tolerância, presença de patologias de base (p.e. insuficiência coronariana), grau de pureza da cocaína, além de outros. Os sinais e sintomas mais comuns de overdose são a agitação psicomotora, delirium, taquicardia, hipertensão, arritmia cardíaca, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, convulsões, hipertermia, rabdomiólise e acidose metabólica.

O tratamento começa por uma avaliação clínica completa, com monitoramento das funções vitais e rápida obtenção da glicemia. A dor precordial costuma ser sintoma de IAM em apenas 3% dos casos. O paciente deve ser examinado, avaliado com eletrocardiograma e observado. As funções renal e hepática, um hemograma completo, eletrólitos e glicemia devem ser solicitados. Outros exames como CK-MB e tomografia computadorizada de crânio devem ser pedidos quando há suspeitas clínicas que os justifiquem.

A sedação com benzodiazepínicos (p.e. diazepam) é o tratamento de escolha para os casos de inquietação aguda, com predomínio de ansiedade. Pacientes com sintomas psicóticos ou apresentado quadros de agitação e/ou heteroagressividade importantes devem ser tratados com neurolépticos (p.e. haloperidol 5mg) IM, com repetições de dose se necessário.

### **Craving ou fissura**

O fenômeno mais peculiar detectado no uso crônico de estimulantes é o *craving* ou fissura, um desejo súbito e intenso de utilizar uma substância, em meio a uma sensação de mal-estar e desconforto físico e psíquico. Não há uma abordagem terapêutica que suprima os sintomas de abstinência como um todo. Alguns indivíduos, chegam a procurar serviços de emergência em busca de alívio medicamentoso para tais sintomas. Geralmente, o ambiente hospitalar e uma abordagem empática e reasseguradora do médico podem ser suficientes. Caso contrário, benzodiazepínicos ou neurolépticos em doses baixas podem ser utilizados. O médico responsável deve encaminhar estes pacientes para tratamento ambulatorial ou internação em ambiente protegido.

### **Opiáceos**

Dentre os diversos alcalóides encontrados nas preparações de ópio, estão a morfina e a codeína, denominados **opiáceos naturais**. Por meio de modificações nas moléculas naturais, obtiveram-se **opiáceos semi-sintéticos**, como a heroína. Opiáceos totalmente desenvolvidos em laboratório, como a meperidina (Dolantina®), propoxifeno, metadona e fentanil são denominados **opiáceos sintéticos**. Por sua vez, o organismo é capaz de sintetizar seus próprios opiáceos, endorfinas e encefalinas, denominados **opiáceos endógenos**.

## Intoxicação e overdose

O consumo de opiáceos pode evoluir com sedação excessiva, bradipnéia, miose, hipotensão, taquicardia e alucinações. Entre as complicações mais encontradas estão a broncopneumonia aspirativa, o edema pulmonar não-cardiogênico, e a rabdomiólise. A overdose por opiáceos é caracterizada por inconsciência, miose pronunciada, bradicardia acentuada, depressão respiratória e coma (**quadro 4**). É uma emergência médica e deve receber intervenção imediata.

**Quadro 4:** intoxicação aguda e overdose por opióides

intoxicação aguda	overdose
sedação	inconsciência
bradipnéia	miose pronunciada
hipotensão	bradicardia acentuada
taquicardia	depressão respiratória
miose	convulsões
	coma

**FONTE:** Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J: *Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*. Maryland, William & Wilkins, 1997.

O paciente comatoso deve ser atendido dentro dos protocolos adequados. A ocorrência de miose e sinais de injeção EV nos membros superiores são indicativas de coma induzido por opiáceos. Quando possível, o tipo de opióide, a quantidade utilizada e o padrão de uso do paciente devem ser obtidos com terceiros. Usuários crônicos podem apresentar problemas clínicos associados, capazes de gerar ou complicar quadros comatosos, tais como pneumonias, tuberculose, nefropatias, constipações, distúrbios metabólicos e do equilíbrio ácido-base. Pode haver uso concomitante de outros depressores centrais, tais como álcool e benzodiazepínicos. Usuários de heroína injetável estão susceptíveis a infecções pelo HIV e DST, hepatites, endocardites, celulites, abscessos locais e cerebrais, sepsis, trombozes arteriais e tromboflebitas.

Intoxicações leves exigem medidas suportivas e observação até a recuperação do estado de vigília e/ou de complicações clínicas. Casos de graves de overdose requerem administração imediata de **naloxone**, um antagonista opióide capaz de reverter a analgesia e a sedação induzida por esses. O paciente deve receber 0,4 - 0,8mg de naloxone EV e os sinais de melhora são esperados nos minutos subseqüentes. Opiáceos mais potentes (p.e. fentanil) ou de longa duração (p.e. metadona) talvez requeiram doses maiores de naloxone, ou mesmo

infusão contínua do mesmo. Na falta de resposta à administração de múltiplas doses, outras causas de coma devem ser investigadas. A administração de naloxone pode desencadear síndrome de abstinência em usuários crônicos.

### Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência dos opiáceos inicia-se com sintomas antecipatórios da falta da droga (ansiedade, fissura, comportamento de busca pela substância) e evolui para um quadro de sudorese, bocejos e espirros, rinorréia, lacrimejamento, midríase, piloereção, dores abdominais, náusea, vômitos, taquicardia, ansiedade e inquietação. (**quadro 5**). A duração também varia de acordo com a meia-vida, levando em média de 5 a 10 dias para desaparecer. Sintomas tardios, como hipotensão, bradicardia, insônia, inapetência e fissura, podem permanecer por vários meses.

**Quadro 5:** síndrome de abstinência dos opióides

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

**FONTE:** Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J: *Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*. Maryland, William & Wilkins, 1997.

A síndrome de abstinência é autolimitada e tem baixa letalidade na ausência de problemas clínicos de base associados. Medidas suportivas devem ser instituídas com o objetivo de proporcionar bem-estar ao paciente e prevenir complicações clínicas. Em seguida, pode-se optar pelo tratamento de substituição por metadona ou sintomático com clonidina e benzodiazepínicos. A **metadona** pode ser introduzida em doses de 10mg cada 4 horas até o desaparecimento dos sintomas. Normalmente dose total gira em torno de 40 a 60mg. A dose estabelecida é administrada no dia seguinte dividida em duas tomadas. Pacientes jovens e com pouco tempo de uso devem ser estimulados à abstinência total e a metadona, suspensa.

Usuários seriamente dependentes devem ser mantidos em tratamentos de manutenção de metadona por um tempo mais prolongado ou indeterminado.

A **clonidina**, um agonista  $\alpha_2$ -adrenérgico, é capaz de inibir a atividade noradrenérgica, causando alívio dos sintomas autonômicos. O paciente deve receber inicialmente 0,2mg VO a cada quatro horas, num máximo de 1,2mg/dia. A dose estabelecida deve ser mantida por três dias e depois descontinuada: 0,2mg/dia até a suspensão. A associação com um **benzodiazepínico**, melhora as dores musculares, insônia, inquietação e fissura pelos efeitos euforizantes dos opiáceos, não atingidos pela ação isolada da clonidina.

## Maconha

A cânhamo (*Cannabis sativa*) é uma planta psicoativa encontrada em vários do mundo, inclusive no Brasil. Os brotos femininos da planta secretam uma resina espessa que contém mais de 60 canabinóides, sendo o delta-9-tetrahidrocanabinol ( $\Delta$ -9-THC) o mais potente. A forma mais comum em nosso meio é o a maconha ou "fumo", combinação de brotos, folhas, caules e sementes do cânhamo, fumados em cigarros de fabricação caseira ("baseados"). A concentração de THC nos brotos é variável: 0,5 - 8%. O haxixe é a resina coletada das folhas e brotos, sendo por isso mais concentrado (30%). Atualmente a engenharia genética e o cultivo hidropônico têm produzido maconhas híbridas (p.e. skunk) com maiores teores de THC: 17 a 20%.

Nos últimos tempos, receptores e neurotransmissores canabinóides endógenos foram identificados. Agudamente, o consumo de maconha causa euforia, sensação de relaxamento, ansiedade, hipotensão, taquicardia, incoordenação motora, hiperemia conjuntival, boca seca e apetite exacerbado (larica) (**quadro 6**). Além destes, a ação do THC sobre o sistema canabinóide provoca alterações cognitivas, tais como afrouxamento das associações, confusão, alterações na memória de fixação, prejuízos da atenção, além de outros.

### Quadro 6: efeitos agudos da maconha

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| • hipersensibilidade sonora, visual, tátil e do paladar | • aumento do apetite ("larica") |
| • aumento da sensibilidade interpessoal                 | • xerostomia e aumento da sede  |
| • euforia   | • aumento da libido             |
| • introspecção  | • conjuntivite                  |
| • aumento da auto-estima                                | • midríase                      |
| • sensação de relaxamento                               | • taquicardia branda            |
| • percepção do tempo mais lenta                         | • alteração da pressão arterial |

- afrouxamento das associações
- comprometimento da memória recente
- ilusões/alucinações transitórias
- tosse

**FONTE:** Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J: *Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*. Maryland, William & Wilkins, 1997.

## Intoxicação aguda e complicações psiquiátricas

A toxicidade aguda da maconha é extremamente baixa e não há casos de morte por intoxicação confirmado na literatura. Acidentes secundários aos prejuízos do desempenho psicomotor (ao volante, no manuseio de máquinas) podem acontecer. Sintomas de pânico, medo intenso e disforia, além de reações depressivas e quadros psicóticos agudos, podem acompanhar o uso. Quadros psicóticos agudos têm sido descritos tanto em usuários crônicos, como em principiantes. Os indivíduos acometidos normalmente apresentam predisposição pessoal ou familiar.

Normalmente, a intoxicação aguda pela maconha não leva o usuário à atenção profissional. O reassentimento psicológico e a orientação na realidade por familiares e amigos são suficientes. Os **benzodiazepínicos** (p.e. diazepam 10mg VO, repetindo se necessário) podem ser úteis nos quadros ansiosos agudos. Os neurolépticos (p.e. haloperidol 5mg VO ou IM, em caso de alterações psicomotoras importantes) estão indicados na presença de sintomas psicóticos.

## LSD

A dietilamida do ácido lisérgico (LSD) é uma das substâncias psicoativas mais potentes: doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com 4 a 12 horas de duração. É utilizado preferencialmente pela via oral ou sublingual, na forma de micropontos, em tabletes ou mata-borrões. O **LSD** é estruturalmente semelhante a serotonina, seu provável elo alucinógeno. A tolerância para os efeitos do alucinógenos é rápida e reversível. Isso talvez justifique o uso esporádico e não aditivo da substância.

As complicações mais habituais do consumo do LSD são de natureza psiquiátrica: quadros ansiosos com sintomas de pânico (viagens de horror ou *bad trips*) e/ou quadros psicóticos. Geralmente, abordagens voltadas para a realidade, em ambientes calmos e com poucos estímulos sensoriais costumam ser suficientes para os casos leves. Sintomas de maior intensidade podem ser controlados com benzodiazepínicos (p.e. diazepam 10mg VO, repetindo se necessário ou midazolam 15mg IM, nas agitações) ou neurolépticos, de preferência

haloperidol 5mg IM, nos quadros de agitação e psicose. Comportamentos violentos e heteroagressivos podem requerer contenção mecânica, a fim de assegurar a integridade física do paciente e de terceiros.

## **MDMA (*ecstasy*)**

Os anos oitenta assistiram ao nascimento das drogas sintéticas e à massificação de seu consumo. A anfetamina foi a base para a criação de outras substâncias, denominadas metanfetaminas ou *designer drugs* (drogas modificadas, desenhadas). A 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), o *ecstasy*, tornou-se a mais conhecida de todas, principalmente a partir de sua adoção dentro do ambiente musical das *raves*.

### **Intoxicação aguda**

O *ecstasy* é habitualmente consumido em tabletes ou cápsulas, contendo cerca de 120mg da substância, com duração aproximada dos efeitos de 4 a 6 horas. A intoxicação aguda decorre dos efeitos da substância sobre os sistemas adrenérgico e serotoninérgico e incluem agitação, ansiedade, insônia, xerostomia, midríase e hipertensão.

Apesar de a toxicidade do *ecstasy* ser considerada baixa, os mecanismos fisiopatológicos que a originam são desconhecidos e algumas mortes tem sido relatadas a partir do consumo de doses aparentemente pequenas. As principais complicações são delirium, nistagmo, crises hipertensivas, precordialgias, arritmias cardíacas, hepatites tóxicas, hipertermia, convulsões, rabdomiólise, coma. Sintomas ansiosos e psicóticos agudos podem aparecer, especialmente em indivíduos predispostos. A arritmia cardíaca (ventricular ou supra) é a complicação aguda mais precoce, enquanto a hipertermia aparece mais tardiamente.

O tratamento para intoxicação é sintomático e suportivo. As funções vitais devem receber monitoramento, bem como as funções hepática e renal. Sinais de hipertermia e rabdomiólise devem ser detectados o mais cedo possível. As convulsões podem ser tratadas com aporte de oxigênio e diazepam endovenoso. Quadros refratários, com fenitoína. A curarização pode ser necessária quando a hipertermia ou rabdomiólise complicam o quadro. A reidratação rápida corrige o volume e a facilita a termorregulação pelo suor. A hipertermia deve receber condutas agressivas de resfriamento (banhos, cobertores hipotérmicos) e administração de dantrolene (3mg/kg em 1 hora) para reduzir o calor proveniente da hiperatividade muscular.

## **Encaminhamento pós-intervenção aguda**

Todo o médico, seja este generalista ou de qualquer especialidade, entrará em contato com usuários de drogas ilícitas ao longo sua carreira, principalmente porque os mesmos buscam atendimento mais em decorrência das complicações clínicas do seu consumo, do que pela dependência ou uso nocivo propriamente.

Nessas ocasiões, estudos têm demonstrado que intervenções breves, empáticas e motivadoras aumentam a probabilidade destes pacientes modificarem seu padrão de consumo ou buscarem atendimento especializado. Tais intervenções permitem ao médico, ocupado em sua prática diária dentro dos ambulatórios, hospitais e salas de emergência, a trabalharem com eficácia junto aos usuários de drogas ilícitas e suas famílias.

O médico generalista, assim, ocupa uma posição única para diagnosticar precocemente, tratar, encaminhar e monitorar pacientes com problemas relacionados ao consumo de drogas ilícitas. A atitude suportiva oferecida pelo médico ao paciente durante o tratamento das complicações agudas, deve se estender por meio intervenções breves que utilizem abordagens empáticas e livres de confronto, para motivar o paciente mudar seu padrão de consumo e estilo de vida.