



Cannabis sativa, gravura de Franz Eugen Köhler, Medizinal-Pflanzen, 1896.

Transtornos por abuso de **Alucinógenos**

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados ao abuso e à dependência de psicoanalépticos alucinógenos.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

As substâncias psicodislépticas com propriedades alucinógenas frequentemente são chamadas de psicoticomiméticas, por imitarem sintomas típicos de psicoses, como as distorções da sensopercepção. Eventualmente são chamadas de drogas psicodélicas (do grego psico = mente, delos = expansão), pois podem borrar os limites entre o sonho e a realidade. Estas substâncias podem ser encontradas na natureza, em plantas, ou são produzidas em laboratórios, de regra clandestinos.

Abusos e intoxicações por alucinógenos naturais são levados a emergências de hospitais ou a outros serviços de saúde, muitas vezes associados a pânico, ansiedade grave ou medo. Estas condições são chamadas popularmente de viagens ruins, muitas vezes, mesmo no Brasil, ditas, em inglês, *bad trip*. Os alucinógenos sintéticos podem causar riscos físicos imediatos e maiores. Por exemplo, o *ecstasy* (psicodisléptico metanfetamínico) pode causar desidratação e levar à morte.

Em geral as experiências com alucinógenos naturais são intensas e não deixam vontade de repeti-las com muita frequência. O uso pesado deve levar à investigação de comorbidades psiquiátricas ou de uso concomitante de outras drogas.

A maconha ou cânhamo (*Cannabis sativa* e *Cannabis indica*) contém vários compostos, entre os quais o tetraidrocanabinol (Δ^9 -THC). O haxixe (*hashish*) é o exsudato resinoso seco, extraído do tricoma, das flores e das inflorescências da planta. Há algumas controvérsias sobre a gravidade dos efeitos do uso por longo prazo (apesar da observação clínica de síndrome amotivacional, dificuldade de aprendizagem, redução de memória e queda temporária nas funções executivas). Há evidências de que a substância pode antecipar e intensificar distúrbios psicológicos em usuários com predisposição a transtornos mentais¹. O uso contínuo, para quem tem sintomas psicóticos, impacta nos sintomas e intensifica a psicose². Os profissionais da saúde têm se confrontados com pacientes pedindo ajuda para efeitos colaterais da maconha como resultado da existência atual de formas transgênicas mais fortes de *Cannabis*, conhecidas como "*skunk*".

No Brasil encontra-se a psilocibina em alguns cogumelos dos gêneros *Psilocybe* e *Panaeolus*. Os efeitos colaterais da psilocibina podem levar a dificuldades de atenção, acidentes e automutilação³.

A *Salvia divinorum* é uma planta rara, entre as 900 espécies de sálvia (ou salva), que contém a salvinorina, usada em tradições xamânicas mexicanas. É vendida como erva importada.

A dimetiltriptamina (DMT) causa dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia, náuseas e vômitos, temporariamente. É usada na forma de

¹ SANTOS, Barbara da Silva; COERTJENS, Marcelo. A neurotoxicidade da *Cannabis sativa* e suas repercussões sobre a morfologia do tecido cerebral. **ABCS Health Sci.** 2014; 39(1):34-42. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Coertjens/publication/261984565_Cannabis_sativa_neurotoxicity_and_impacts_on_the_brain_tissue_morphology/links/00463536104d173fdb000000>.

² KUEPPER, Rebecca et al. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. **BMJ British Medical Journal**, 2011; 342:d738. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d738>>.

³ GAHR, Maximilian et al. Self-mutilation induced by psychotropic substances: A systematic review. **Psychiatry Research**, Volume 200, Issues 2-3, pages 977-983, December 30, 2012 Disponível em: <<http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781%2812%2900339-3/abstract>>.

vinho de Jurema, preparado a partir da planta brasileira *Mimosa hostilis*, cujos efeitos foram descritos por José de Alencar no romance Iracema. O vinho de Jurema é utilizado em rituais religiosos. O ayahuasca, bebida xamânica sacramental, preparado com o *Banisteriopsis caapi* (cipó mariri ou jagube) e a *Psychotria viridis* (chacrona) contém, também a DMT. Há legalização de produção, porte e uso para seitas religiosas segundo a doutrina do Santo Daime. Suas alucinações, em rituais, são chamadas mirações e tem características maleáveis: dependem da sensibilidade e personalidade do indivíduo, do estado emocional no momento, da expectativa que a pessoa tem sobre os efeitos, do ambiente acolhedor e ritualístico e da presença de outras pessoas como guias. Pessoas com predisposição à esquizofrenia ou com psicoses delirantes latentes correm o risco de desencadear a psicose a partir de uma tomada da substância. Este fenômeno é conhecido, popularmente, como “viagem sem volta”.

Grande número de drogas sintetizadas em laboratório tem circulado no comércio, de forma legal e ilegal, nas últimas décadas.

A dietilamida do ácido lisérgico (LSD-25 ou apenas LSD) foi descoberta em 1938, quando o químico Albert Hofmann pesquisava os derivados do ergot a partir do fungo que cresce em grãos de centeio. A intoxicação pode gerar distorção do juízo crítico, aumentando o risco de acidentes e de comportamento perigoso a si e a terceiros.

O *flashback*⁴ é um fenômeno que ocorre, em diferentes intensidades, em mais de 60% dos casos: dias após uma experiência com LSD podem reaparecer, brevemente, sintomas psíquicos da experiência anterior, sem que o usuário tenha tomado novamente a droga. O flashback é geralmente uma vivência psíquica assustadora, pois a pessoa não estava procurando ou esperando ter aqueles sintomas, e assim os mesmos acabam por aparecer em momentos bastante impróprios, sem que ela saiba porque, podendo até pensar que está ficando louca⁵. Mais raramente podem ocorrer distúrbios alucinatorios persistentes, como os descritos na forma de “neve visual”, capazes de ser confundidos com a aura de enxaquecas⁶. Alucinações persistentes e repetidas são relatadas também em psicóticos e pessoas com traços de personalidade tendentes a psicoses, após o uso da droga⁷.

As ditas “*smart drugs*”, como a BZP (1-benzilpiperazina), a mefedrona (4-metilcatinona) e o “*spice*” têm o potencial de ativar psicoses.

A fenilciclidina (fenilcicloexilpiperidina) é um anestésico, conhecido como PCP, pó de anjo, poeira da lua, *hog* e “tranquilizante de cavalos”. É fumada, após pulverização sobre folhas de vegetais. Doses elevadas de fenilciclidina baixam a tensão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória, causando náuseas, vômitos, visão turva, nistagmo, perda do equilíbrio e tonturas. Pode haver

⁴ BAGGOTT, M.J. et al. Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: A web-based questionnaire. **Drug & Alcohol Dependence**, Volume 114, Issue 1, 61 – 67. Disponível em: <<http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716%2810%2900320-0/abstract>>.

⁵ CEBRID. Departamento de Psicobiologia. UNIFESP/EPM. **Perturbadores (alucinógenos) sintéticos**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/perturbadores_.htm>.

⁶ SCHANKIN, C.J. et al. Clinical characterization of “visual snow” (Positive Persistent Visual Disturbance). The **Journal of Headache and Pain** 2013, 14 (Suppl 1):P132. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document_file/41c4affb-bdbd-446d-8a12-4732aa3ee96b/PubMedCentral/41c4affb-bdbd-446d-8a12-4732aa3ee96b.pdf>.

⁷ LEV-RAN, Shaul et al. Clinical Characteristics of Individuals With Schizophrenia and Hallucinogen Persisting Perception Disorder: A Preliminary Investigation. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol. 10, Iss. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15504263.2014.906155#.VF4lcksBEB>>.

convulsões, coma e morte. Há relatos de suicídio e de lesão acidental durante intoxicação. O consumo em longos prazos pode causar degeneração neuronal secundária durante a excitotoxicidade mediada por glutamato, gerando a lesão de Olney⁸. A quetamina é um seu derivado.

A mefedrona (4-metilmecatinona) é conhecida popularmente por “miau-miau” e “sais de banho”. Há casos de morte relatados na literatura, com estas substâncias, cujos efeitos estão na linha dos derivados anfetamínicos, como o *ecstasy*^{9, 10}.

Ecstasy, ou êxtase, é a denominação popular do 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), sintetizado e patenteado por Merck em 1914, inicialmente como moderador de apetite. Além de efeito alucinógeno, provoca efeitos estimulantes como o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, boca seca, náusea, sudorose e euforia. Em longo prazo provoca alterações do humor e do sono¹¹. A intoxicação causa um estado de excitação e altera a homeostase termal do corpo¹², podendo levar a desidratação intensa e rabdomiólise, inclusive com morte^{13, 14, 15}.

Para todas estas drogas sintéticas, o risco psiquiátrico mais importante é o desencadeamento de transtorno mental grave na pessoa com predisposição. Pessoas predispostas à esquizofrenia podem ter, na experiência destas substâncias, o desencadeante da doença. Na intoxicação aguda o indivíduo pode perder a noção de realidade, se expondo a situações de perigo.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F16 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.

.0 - Intoxicação aguda

⁸ As lesões de Olney, também conhecidas como neurotoxicidade do antagonismo aos receptores NMDA, são uma forma potencial de danos cerebrais causado por altas doses de anestésicos dissociativos. Vide: OLNEY, J.; LABRUYERE, J.; PRICE, M. Pathological changes induced in cerebrocortical neurons by phencyclidine and related drugs. **Science**, 244 (4910): 1360–2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2660263?dopt=Abstract>>.

⁹ BURILLO-PUTZE, G., et al. Drogas emergentes (I): las “smart drugs”. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, 2011; 34 (2): 263-274. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n2/revision2.pdf>>.

¹⁰ SEGAL, Helen Dolengevich, et al. Panorama actual en el uso de drogas emergentes. **Health and Addictions Journal**, Vol. 14, núm. 1 (2014). Disponível em: <[http://www.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=213&path\[\]=217](http://www.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=213&path[]=217)>.

¹¹ OGEIL, Rowan P., et al. Male and female ecstasy users: Differences in patterns of use, sleep quality and mental health outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, Volume 132, Issues 1–2, 1 September 2013, Pages 223–230. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871613000392>>.

¹² PARROTT, A.C. MDMA and temperature: A review of the thermal effects of ‘Ecstasy’ in humans. **Drug & Alcohol Dependence**, Volume 121, Issue 1, 1 – 9. Disponível em: <<http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716%2811%2900357-7/abstract>>.

¹³ MILROY, C.M. “Ecstasy” associated deaths: what is a fatal concentration? Analysis of a case series. **Forensic Science, Medicine, and Pathology**, September 2011, Volume 7, Issue 3, pp 248-252. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s12024-010-9220-7>>.

¹⁴ SOO HOO, Guy W. The Agony With Ecstasy Lessons From a Recent Rave. **J Intensive Care Med**, July/August 2013 vol. 28 no. 4 259-261. Disponível em: <<http://jic.sagepub.com/content/28/4/259.full>>.

¹⁵ EEDE, Herve Vanden, et al. Rhabdomyolysis in MDMA Intoxication: A Rapid and Underestimated Killer. “Clean” Ecstasy, a Safe Party Drug? **The Journal of Emergency Medicine**, Volume 42, Issue 6, June 2012, Pages 655–658. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467909003266>>.

- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 – Estado de abstinência
 - .30 Não complicado
 - .31 Com convulsões
- .7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio
 - .70 Flashbacks (revivências)
 - .74 Outro comprometimento cognitivo persistente
 - .75 Transtorno psicótico de início tardio
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios¹⁶ diagnósticos são:

- A. Uso recente de um alucinógeno.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal adaptativas e clinicamente significativas (por ex., ansiedade ou depressão acentuada, ideias de referência, medo de perder o juízo, ideação paranoide, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
- C. Alterações perceptuais ocorrendo em um estado de plena vigília e alerta (por ex., intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestias) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
- D. Dois (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de alucinógenos:
 - (1) dilatação das pupilas
 - (2) taquicardia
 - (3) sudorese
 - (4) palpitações
 - (5) visão turva
 - (6) tremores
 - (7) falta de coordenação.
- E. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Para o código F16.70 (transtorno psicótico residual por alucinógenos, flashbacks), a característica essencial é a recorrência transitória de perturbações da percepção que relembram aquelas experimentadas durante uma ou mais Intoxicações com alucinógenos. O usuário não deve ter sofrido uma intoxicação com alucinógenos recente nem apresentar toxicidade atual com a droga (Critério A). Esta reexperiência dos sintomas perceptuais causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral (por ex., lesões anatômicas e infecções cerebrais ou epilepsias visuais) nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., delirium, demência ou esquizofrenia) ou por alucinações hipnopômicas (Critério C). As perturbações perceptuais podem incluir formas geométricas, imagens no campo

¹⁶ Foram utilizados os critérios do DSM, nestes casos mais especificadores do que os da CID-10. Vide: APA – American Psychiatric Association. **DSM-IV**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

periférico de visão, lampejos coloridos, cores intensificadas, rastros de imagens (imagens que ficam suspensas no trajeto de um objeto em movimento), etc.. Os episódios podem ceder após vários meses, mas muitas pessoas relatam episódios que persistem por 5 anos ou mais. O teste de realidade permanece intacto (isto é, a pessoa reconhece que a percepção é um efeito da droga e não representa a realidade externa). Se o usuário tem uma interpretação delirante envolvendo a etiologia de uma perturbação perceptual, deve-se fazer um diagnóstico diferencial ou pesquisar comorbidades psicótica.

4. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

5. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Nas intoxicações graves o tratamento é em prontos-socorros de hospitais gerais. Como regra, o seguimento é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais.

6. TRATAMENTO

É fundamental avaliar o grau das intoxicações severas, especialmente diante do uso de alucinógenos sintéticos, para montar um esquema de preservação da vida. O tratamento das intoxicações é sintomático. Havendo complicações haverá abordagem clínica específica para cada complicação.

No caso do *ecstasy* o tratamento poderá envolver hidratação endovenosa. Diante de dúvidas, a consulta ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pode ser muito importante. Recomenda-se consultar o protocolo sobre intoxicações e envenenamentos.

As reações adversas com LSD, de ordem psiquiátrica, com insegurança e angústia, podem ser resolvidas, em geral, pelo diálogo tranquilizador, com técnicas meramente de conversa¹⁷. Eventualmente, quando há sentimentos assustadores muito intensos, demorando para passar, a clorpromazina e o haloperidol são eficazes. Não há antídoto específico. Superdosagens podem levar a rabdomiólise, falência renal e hipotensão¹⁸. Nestes casos o paciente precisará ser internado.

Quando o usuário de alucinógenos se agita, no pronto-socorro, é colocado numa sala tranquila para que se descontraia, sob controle frequente da pressão arterial, do ritmo cardíaco e da respiração. Aos intoxicados com feniliclidina geralmente a conversa, no sentido de acalmar, não ajuda, pois a beligerância pode ser

¹⁷ SMITH, David E. et al. From Hofmann to the Haight Ashbury, and into the Future: The Past and Potential of Lysergic Acid Diethylamide. **Journal of Psychoactive Drugs**, Vol. 46, Iss. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02791072.2014.873684#tabModule>>.

¹⁸ BARCELOUX, Donald G. **Medical Toxicology of Drug Abuse: Synthesized Chemicals and Psychoactive Plants**. Hoboken (New Jersey): John Wiley & Sons, 2012. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=OWFiVaDZnkQC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

um efeito da droga. Pelo contrário, pode irritá-los mais¹⁹. Se o ambiente tranquilo não os acalmar, o médico pode administrar diazepam via oral, preferencialmente.

Diante da intoxicação por alucinógenos naturais, em geral as medidas farmacológicas são desnecessárias. O paciente deve ficar em observação até a extinção dos sintomas.

Na emergência, os quadros ansiosos podem ser manejados com administração sintomática de benzodiazepínicos orais. Os quadros psicóticos podem ser aliviados com neurolépticos, entre os quais se destaca a clorpromazina, na dose de 25 a 125 mg, e o haloperidol, na dose de 5 mg.

A toxicidade aguda da maconha é baixa, podendo acontecer acidentes secundários ao prejuízo do desempenho psicomotor. O tratamento da intoxicação aguda é sintomático, podendo ser administrados antipsicóticos (haloperidol 5 mg) na presença de sintomas psicóticos e benzodiazepínicos (diazepam 10 mg) nos quadros ansiosos.

Apesar de não desencadear os sintomas característicos da síndrome de abstinência, o uso crônico da maconha, em altas doses, pode induzir a uma dependência psicológica, além de prejuízo de memória, desinteresse e desmotivação para atividades diárias. Antidepressivos podem ser utilizados para manejo da síndrome amotivacional, caso falhem as abordagens psicossociais após a suspensão do consumo da droga.

Não existem medicamentos adequados para a dependência de alucinógenos. Há relatos, ainda não confirmados, de que a bupropiona possa ter algum efeito no tratamento do abuso continuado de metanfetamina (ecstasy)²⁰.

As equipes de saúde devem considerar intervenções psicossociais, e intervenções motivacionais para os casos leves, visando a reorganização de estilos de vida.

Os casos graves precisarão de um projeto terapêutico singular, a ser montado em CAPS.

A avaliação e a abordagem de comorbidades, como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressões e ansiedades são fundamentais, na montagem de estratégias de tratamento.

Veja-se o protocolo de acolhimento, genérico, para dependências químicas.

¹⁹ MERK. **Manual Merck**: Saúde para a Família. Seção 7. Perturbações mentais. Dependência e Toxicomania. Passo de Arcos: MSD Portugal Ltda., 2009. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=118>>.

²⁰ KARILAL, L., et al. Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. **Br J Clin Pharmacol**. 2010 Jun;69(6):578-92. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03639.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883750/>>.