27/02/2021

Emergências Associadas ao Álcool e Drogas de Abuso

Dra. Janine Veiga e Dr. Marcus Soriano

- Dra. Janine Veiga
  - Professora da Pós-Graduação em Psiquiatria da PUC-RJ
  - Médica Psiquiatra da CJJ

- Dr. Marcus Soriano
  - Professor da Pós-Graduação em Psiquiatria da PUC-RJ
  - Médico Psiquiatra da CJJ
  - Ex-Diretor da Psiquiatria do Hospital Central do Exército

Pontos Principais

As substâncias psicoativas são responsáveis por metade dos atendimentos em serviços de emergência psiquiátrica.

Álcool e cocaína são substâncias psicoativas mais comuns em emergências.

Pontos Principais

As substâncias psicoativas podem agir deprimindo, estimulando ou perturbando o sistema nervoso central.

Quadros clínicos devem ser devidamente diferenciados de sintomas de intoxicação ou de abstinência.

Classificação das SPAs quanto sua ação no SNC

DEPRESSORAS:

Álcool

Benzodiazepínicos

Barbitúricos

Inalantes

Opiáceos

Classificação das SPAs quanto sua ação no SNC

Estimulantes:

Cocaína

Anfetaminas

Metanfetaminas

Nicotina

Cafeína

Classificação das SPAs quanto sua ação no SNC

Perturbadoras:

Maconha

Drogas alucinógenas

Medicamentos

Anticolinérgicos

Critérios do DSM5 para Transtornos por uso de substâncias

A - Um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses.

1- Álcool é freqüentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

2- Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso do álcool.

3- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.

4- Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.

Critérios do DSM5 para Transtornos por uso de substâncias

5- Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.

6- Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.

7- Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso do álcool.

8- Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.

9- O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.

Critérios do DSM5 para Transtornos por uso de substâncias

10- Tolerância , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado

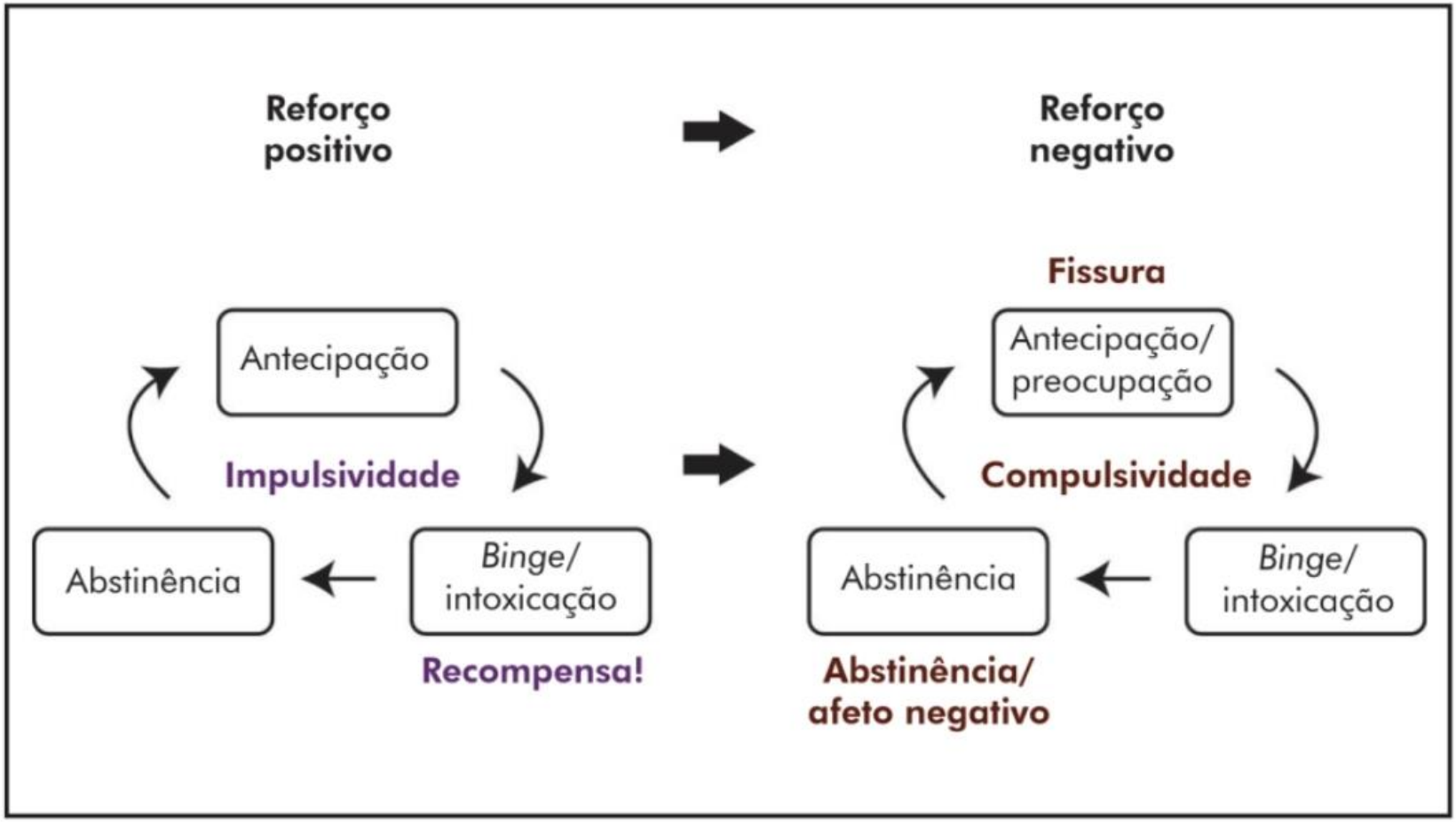
b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool

11- Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

a. Síndrome de abstinência característica de álcool (consultar os critérios a e b do conjunto de critérios para abstinência de álcool)

b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

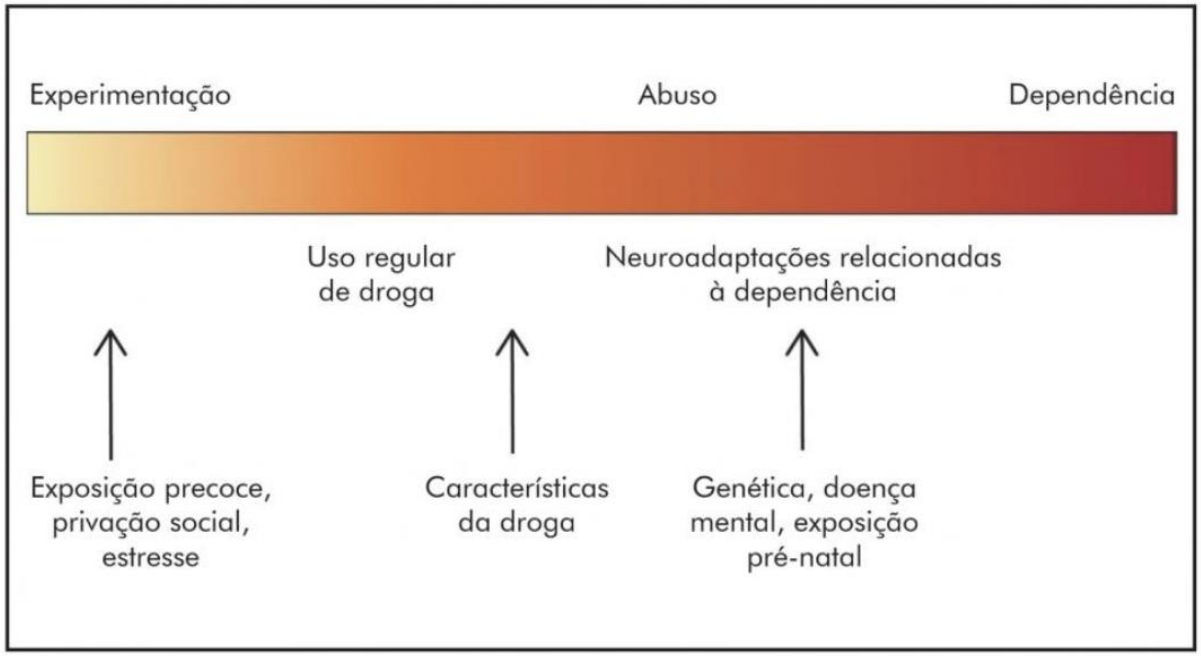
Ciclo da Dependência



Fatores de Risco para Dependência

O risco da dependência está relacionado vários fatores, como:

- Ambiente
- Características da droga
- Genética



Risco para Dependência

Motivos apresentados para o uso:

- Sensação prazerosa ou euforia
- Acalmar a ansiedade
- Acalmar a angústia
- Acalmar o estresse
- Acalmar a depressão
- Melhorar o desempenho
- Curiosidade
- Pressão dos colegas

Considerações clínicas

- Indivíduos com transtorno por uso de substâncias, têm risco aumentado de suicídio, comportamento agressivo e comorbidades psiquiátricas.

- Quando o transtorno psiquiátrico e o uso de substâncias ocorrem simultaneamente,é necessário tratar as 2 condições, e não pressupor que o sucesso no tratamento do transtorno psiquiátrico resolverá o problema do uso de substância, por isso é necessário tratamento integrado do uso de substância e do transtorno psiquiátrico.

- No entanto, dependendo da gravidade dos transtornos isolados, os pacientes podem ter melhores resultados se o tratamento for seqüencial, ao invés de simultâneo

Prejuízos

Drogas levam a problemas:

- Psicológicos
- Interpessoais
- Sociais
- Ocupacionais
- Legais
- Prejuízo físico, ou seja, dano a órgãos e sistemas
- Quanto à via de administração da substância, podemos ter riscos associados, como doenças infecto contagiosas pelo uso e/ou pelo compartilhamento de cachimbos, que podem lesar a mucosa.

Prejuízos

Prejuízos físicos do álcool

- Desnutrição
- Anorexia Alcoólica
- Esteatose hepática
- Hepatite Alcoólica
- Cirrose hepática
- Gastrite
- Pancreatite crônica
- Problemas cardíacos
- Enfraquecimento do sistema imunológico
- Impotência sexual
- Aumento do risco de câncer
- Pelagra
- Blecaute alcoólico
  (Transtorno amnésico alcoólico)
- Demência Alcoólica

Dopamina

A dopamina é um neurotransmissor com papel importante na regulação da recompensa, e é o principal neurotransmissor liberado pelo uso da droga, até em maior quantidade e intensidade do que quando liberado por “recompensadores naturais”, como: comida, atividade sexual, estímulos ambientais agradáveis.

Dopamina

Ao contrário da elevação natural, a ativação causada pelas SPAs pode acabar produzindo alteração do sistema de recompensa associada a um círculo vicioso de preocupação com a obtenção da droga, fissura, dependência, e abstinência.

Mesmo que o uso seja interrompido, persistem as memórias ligadas a ele, que podem desencadear as “fissuras”, que levam a um novo consumo e ao restabelecimento rápido do padrão adaptativo anterior.

O SN vai se adaptando a uma determinada quantidade dessas substâncias e para se obter o efeito esperado o usuário aumenta a dose consumida.

Etapas envolvidas no uso de substâncias

EXPERIMENTAL

RECREATIVA

USO FREQUENTE

USO NOCIVO/ABUSO

DEPENDÊNCIA

Avaliação do paciente com quadro emergencial de Transtornos pelo uso de substâncias

- História detalhada do uso da substância e seus efeitos
- História médica geral, psiquiátrica e exame físico
- História dos tratamentos psiquiátricos, se houver, e resultados obtidos
- História familiar e social
- Triagem da substância usada, através de exames de sangue e urina

Conceitos relevantes na Emergência psiquiátrica

1 **- Intoxicação aguda:**

quando há administração da droga com perturbações:

- No nível de consciência
- Na cognição
- Na percepção
- No julgamento
- No afeto
- No comportamento

Esses distúrbios tendem a resolver-se com o tempo, com recuperação completa, dependendo**,** da droga, dose utilizada, da tolerância individual, e da presença de problemas de saúde que interfiram na metabolização da droga.

2 - Abstinência:

é a síndrome devida à cessação ou redução do uso pesado ou prolongado de determinada droga, causando sofrimento no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas importantes da vida.

Manejo na Intoxicação Aguda

Objetivo

Retirar ou de recuperar os efeitos agudos provocados pela droga.

- Promovendo diminuição da exposição do paciente, à estímulos externos
- Averiguando as substâncias usadas
- Via de administração
- Dose
- Tempo da última dose
- Observando se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo
- Removendo as substâncias do corpo
- Revertendo os efeitos da substância pela administração de antagonistas
- Abordagens que estabilizem os efeitos físicos da substância usada

Álcool

A intoxicação pelo álcool varia dependendo do nível de álcool no sangue e do nível de tolerância do paciente.

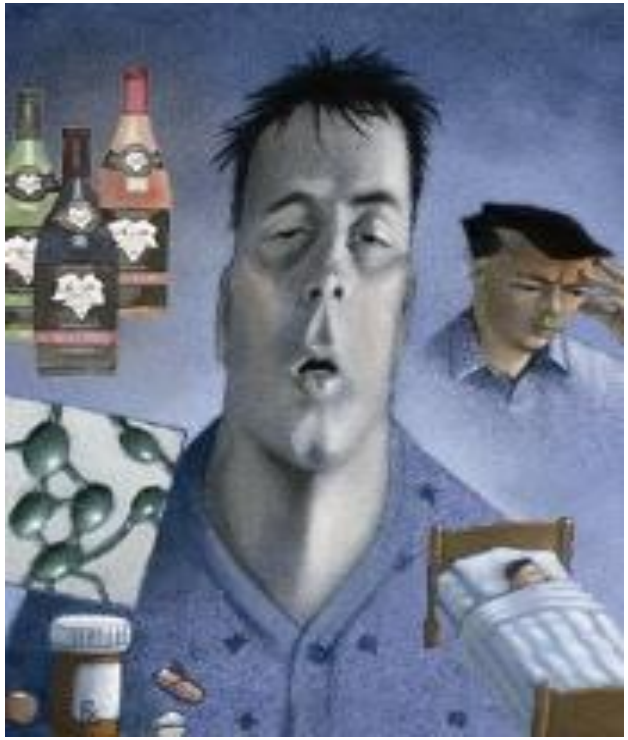
Outros fatores que também têm papel relevante são:

- Estado alimentar
- Velocidade da ingestão do álcool
- Dose consumida
- Patologias clínicas associadas

Álcool

Sintomas mais comuns na intoxicação pelo álcool:

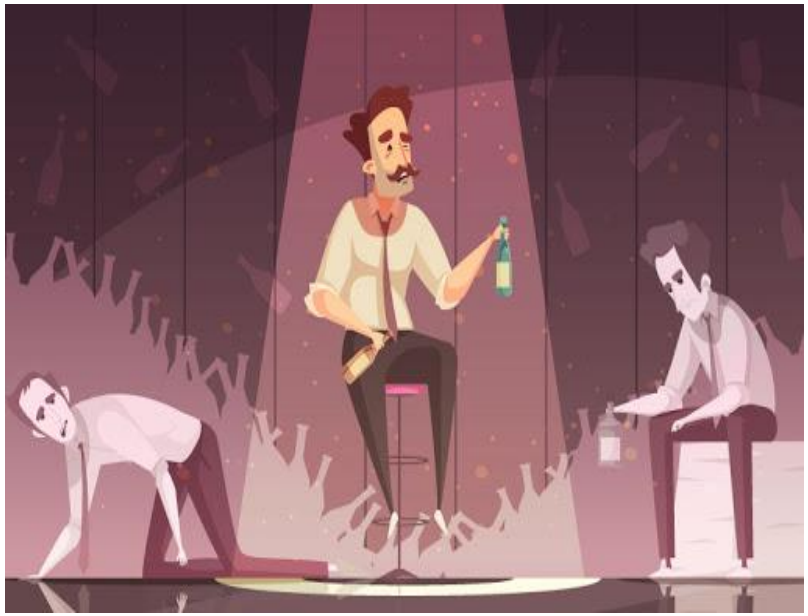
- Hálito etílico
- Marcha ébria
- Conjuntivas hiperemiadas
- Miose
- Ataxia
- Disartria



Álcool

Alterações psíquicas e comportamentais mais comuns:

- Perda de crítica
- Labilidade de humor
- Irritabilidade
- Impulsividade
- Agitação ou lentificação psicomotora
- Sedação



Álcool

Chamamos atenção na apresentação de náuseas e vômitos concomitantes com sedação, porque aumentam o risco de aspiração do conteúdo gástrico.

A alcoolemia pode ser fatal quando temos complicações:

- Respiratórias
- Cardiovasculares
- No controle da temperatura corporal

Nestes casos é necessária a monitoração do paciente para controle de suas funções vitais.

Álcool

A agitação deve ser manejada com abordagem verbal, no lugar de medicação adicional, que pode atrasar a eliminação do álcool.

No entanto, se a agitação colocar em risco o paciente e/ou a equipe, o uso de antipsicóticos de alta potência e em baixas doses se faz necessário.

Se houver desidratação, há indicação de HV.

Se houver hipoglicemia, administrar glicose hipertônica.

Critérios do DSM5 para abstinência de álcool

A - Cessação ou redução do uso pesado e prolongado de álcool

B - Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas à alguns dias após a cessação ou redução do uso de álcool descrita no critério **A**:

- Hiperatividade autonômica
- Tremor aumentado nas mãos
- Insônia
- Náusea ou vômito
- Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
- Agitação psicomotora
- Ansiedade
- Convulsões tônico-clônicas generalizadas

Critérios do DSM5 para abstinência de álcool

C - Os sinais e sintomas do critério **B** causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D - Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo por intoxicação ou abstinência de outra substância.

Manejo na abstinência (Álcool)

Os sintomas de abstinência do álcool geralmente tem início em 4 à 12 horas após a interrupção ou diminuição do uso do álcool.

A intensidade atinge seu pico no 2º dia e termina em 4 à 5 dias

Sintomas mais freqüentes:

- Desconforto gastrointestinal
- Sudorese
- Náuseas e vômitos
- Hipertensão/taquicardia
- Tremores de extremidades

Alterações psicopatológicas:

- Ansiedade
- Irritabilidade
- Insônia
- Inquietação

Manejo na abstinência (Álcool)

Para pacientes com SAA de leve à moderada, o tratamento pode ser ambulatorial, focando no alívio dos sintomas e prevenção de complicações, como:

- Cuidados de apoio
- Reposição de nutrientes
- Reposição hídrica
- Reposição de minerais
- Benzodiazepínicos

Síndrome Wernicke-Korsakoff

O uso crônico de álcool pode levar à encefalopatia de Wernicke, resultado de um estado agudo de deficiência de tiamina, diagnosticada clinicamente com a presença de carência nutricional, nistagno, ataxia e confusão mental.

80 à 90% desses pacientes desenvolvem a síndrome de Korsakoff, caracterizada por perdas das memórias anterógrada e retrógada o paciente também perde a noção do tempo e se torna apático.

Delirium Tremens

❖ A síndrome de abstinência do álcool também pode evoluir para o Delirium Tremens, em geral no período de 72h após a interrupção do uso de álcool. Ele pode durar de 2 à 10 dias.

❖ Ele é observado em casos de abstinência alcoólica grave, complicada por exaustão, desnutrição e desidratação.

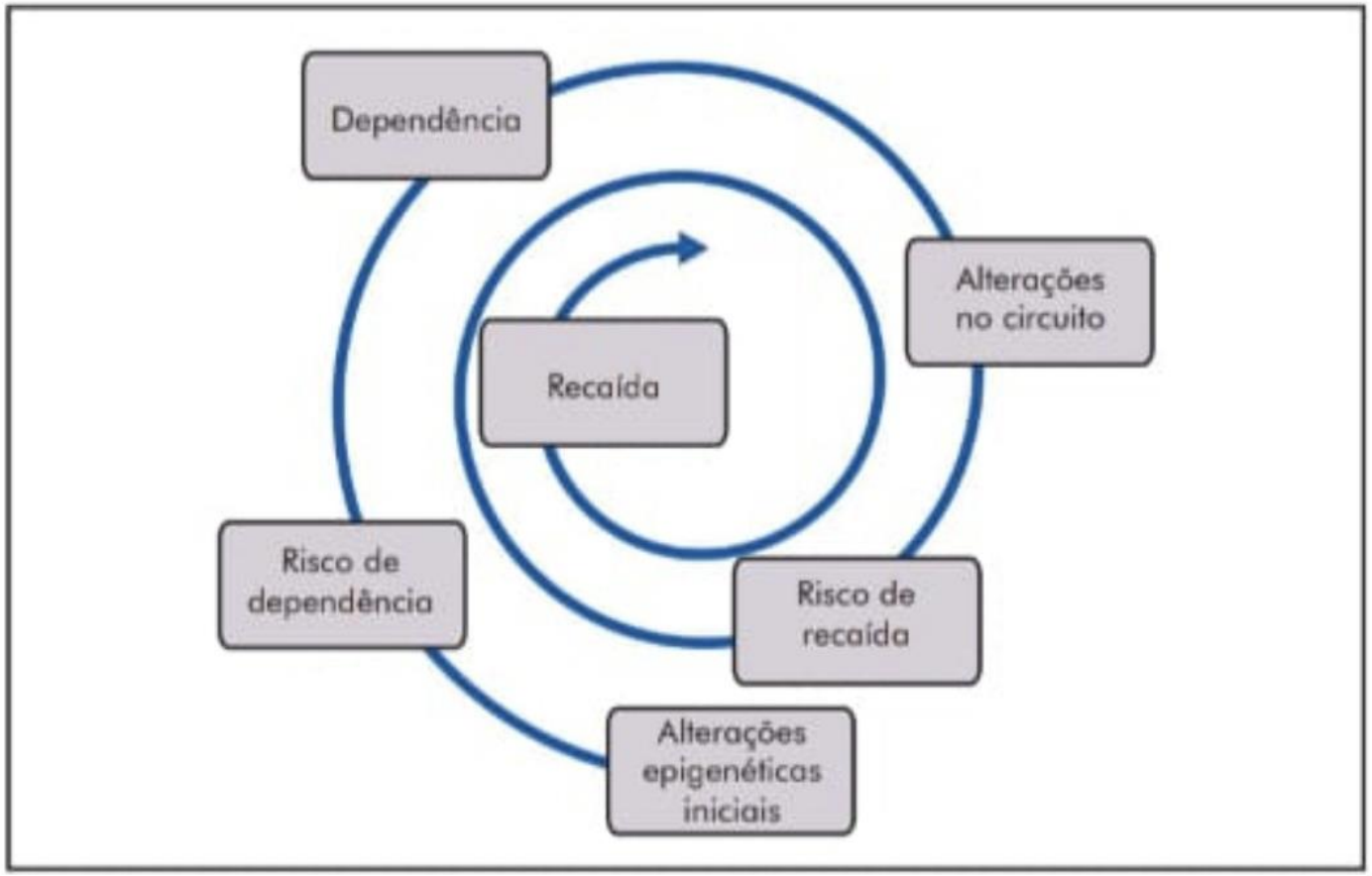
❖ É caracterizado por tremores, insônia, agitação psicomotora, confusão mental, e desorientação temporo espacial.

❖ Pode progredir para um colapso cardiovascular e/ou convulsões.

❖ O Delirium Tremens é uma emergência médica que envolve alta taxa de mortalidade.

❖ Manejo no Delirium Tremens: HV, anticonvulsivantes, sedativos, antipsicóticos e antitérmicos.

Recaída


Dependência
Alterações no circuito
Recaída
Risco de dependência
Risco de recaída
Alterações epigenéticas iniciais

O Risco da Recaída do Álcool e SPAs

O risco de recaída na dependência de SPAs é explicado pelas alterações no circuito cerebral causadas pela exposição crônica à essas substâncias.

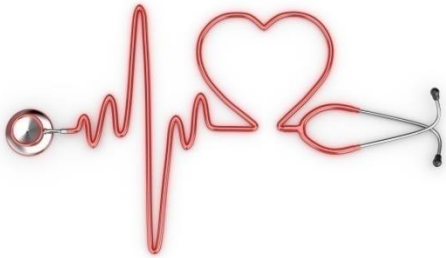
Na verdade é até mesmo possível que as primeiras experiências na vida (como: estresse pré natal) possam causar alterações no circuito cerebral que aumentam o risco de desenvolvimento de dependência.

Intervalo

Emergências Associadas ao Álcool e Drogas de Abuso

Emergência Psiquiátrica (EP) é qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (de morte ou dano grave) para o paciente e/ou para terceiros, demandando uma internação terapêutica imediata.

Situações de Atendimento de Emergências Psiquiátricas



Existem três tipos de situação em atendimentos de EP (o médico pode se deparar na sala de pronto-atendimento)

1) Eletivas: A rapidez da internação não é um critério essencialmente importante.
Exemplo: Ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal

2) Urgência: A situação implica riscos menores que necessitam intervenção em curto prazo (tempo medido em dias ou semanas).
Exemplos: Comportamento bizarro, quadro agudo de ansiedade.

3) Emergência: distúrbio do pensamento, sentimentos ou ações que envolvem risco de morte ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e inadiáveis (tempo medido em minutos ou horas).
Exemplos: violência, suicídio ou tentativa de suicídio, estupor depressivo.

Objetivos de um atendimento de emergência:

- Estabilização do quadro
- Estabilização de uma hipótese diagnóstica
- Exclusão de uma cauda orgânica
- Encaminhamento

Emergências Associadas ao Álcool e Drogas de Abuso

Características que indicam suspeita de organicidade:

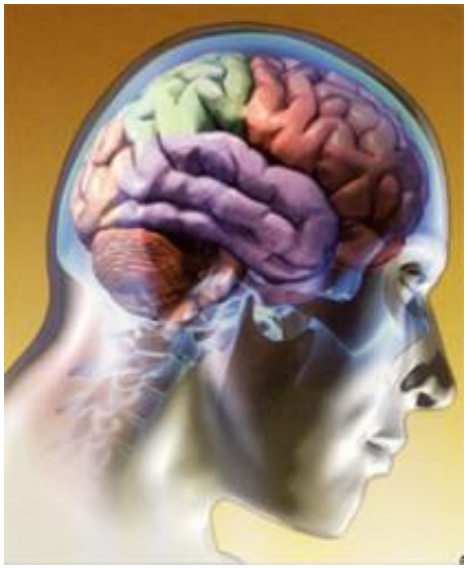
- Início agudo dos sintomas (horas ou minutos).
- Sintomas que flutuam ao longo do dia.
- Primeiro episódio e ausência de diagnóstico psiquiátrico prévio.
- Idade avançada (> 40 anos).
- Doença clínica preexistente ou doença ou lesão orgânica atual.
- Uso ou abuso de substâncias psicoativas (drogas de abuso) psicotrópicos ou exposições ocupacionais.
- Alucinações não auditivas.

Emergências Associadas ao Álcool e Drogas de Abuso

Indicação de internação:

- Risco de suicídio
- Risco de agressão
- Risco de homicídio
- Autonegligência grave
- Refratariedade e patologia de difícil controle em nível ambulatorial
- Troca de esquema terapêutico que exija cuidados ou que coloque o paciente em situação de risco (piora dos sintomas ou efeitos adversos)

Emergências Associadas ao Álcool e Drogas de Abuso



O uso de drogas, incluindo o álcool e a nicotina, altera tanto as funções como a estrutura do sistema nervoso central (SNC) e está entre os principais problemas de saúde pública no mundo.

As substâncias psicoativas agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição enquanto as substâncias psicotrópicas, que têm os mesmos efeitos das anteriores, apresentam grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de autoadministração.

Emergências Associadas ao Álcool e Drogas de Abuso

Segundo a *Organização Mundial da Saúde* (OMS), droga refere-se a qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas não aquelas necessárias para manutenção da saúde, como por exemplo, água e oxigênio) que altere a função biológica e possivelmente a sua estrutura.

Etapas envolvidas no continuum uso de substâncias

Experimental:
- Uso inicial, infreqüente e esporádico de uma determinada droga.

Recreativo:
- Uso de uma determinada droga, em geral, em situações sociais ou de relaxamento

Uso freqüente:
- Uso regular, não compulsivo, que não causa obrigatoriamente, prejuízos significativos para o funcionamento do indivíduo.

Etapas envolvidas no continuum uso de substâncias

Uso nocivo/abuso:

- Uso continuado ou recorrente, associado a algum prejuízo para o usuário, como problemas legais, físicos ou mentais.

Dependência:

- Uso continuado que se caracteriza por aumento na freqüência, na quantidade, no tempo gasto para obtenção, uso e recuperação dos efeitos da droga, desejo de reduzir ou parar o consumo, problemas em diversas esferas da vida do indivíduo, uso impulsivo, tolerância e sintomas de abstinência.

Dois conceitos relevantes para o contexto da Emergência Psiquiátrica

Intoxicação aguda:

-Condição que se segue à administração de uma droga, resultando em perturbações no nível de consciência, na cognição, na percepção, no julgamento, no afeto, no comportamento ou em outras funções e respostas psicofisiológicas.

Abstinência:

- Desenvolvimento de uma síndrome específica devido à cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de uma determinada droga.

Epidemiologia

Transtornos por uso de substâncias (TUS) são prevalentes em setores de emergências (pronto-socorro geral – PSG). Cerca de 374 mil pacientes em idade acima de 12 anos foram admitidos nos setores de emergência nos Estados Unidos em 2008.

Epidemiologia

Problemas associados ao uso em serviços de emergência:

Álcool:

- 70% - Homicídios
- 40% - Suicídios
- 50% - Acidentes de carro
- 60% - Queimaduras fatais
- 60% - Casos de afogamento
- 40% - Quedas fatais

Cocaína/Crack:

- Problemas respiratórios
- Dor precordial
- Problemas cardiocirculatórios
- Hipertermia

Ecstasy (3,4-metilenodioximetanfetamina):

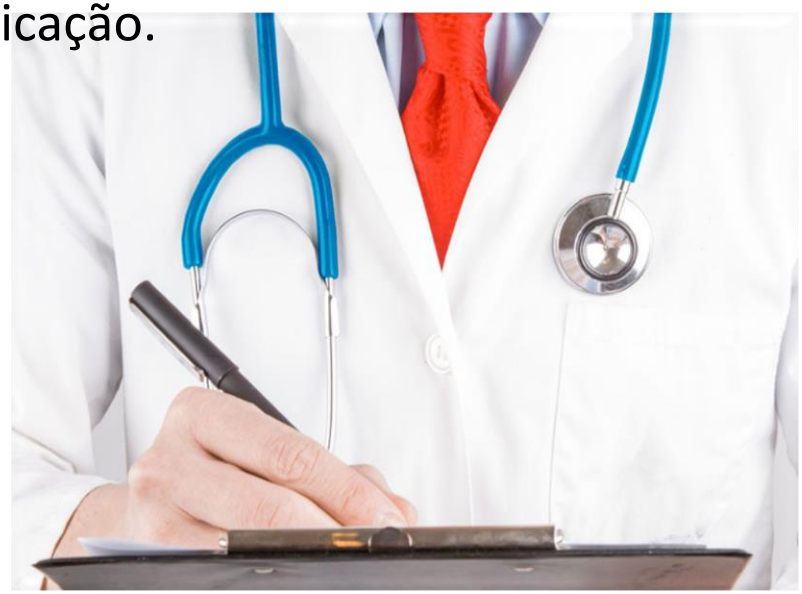
- Problemas cardiovasculares
- Hipertermia
- Hiponatremia
- Rabdomiólise.

Muitas das mortes em setores de emergência relacionadas a drogas envolvem o uso de duas ou mais substâncias.

Avaliação do paciente

O *atendimento emergencial* a paciente com quadros agudos ou que necessitam de cuidados intensivos psiquiátricos deve ser feito na atenção primária, em pronto-socorro geral (PSG) ou em unidade de emergência psiquiátrica (UEP).

O cuidado inicial aos TUS em PSG ou UEP justifica-se pela condição primariamente clínica de quadros de intoxicação.



Avaliação Psiquiátrica Abrangente

1) História detalhada do uso de substâncias e dos efeitos da substância no funcionamento cognitivo, psicológico e fisiológico do paciente no presente e no passado do paciente;

2) História médica geral e psiquiátrica e exame físico geral;

3) História dos tratamentos psiquiátricos e a resposta terapêutica obtidos previamente;

4) História familiar e social;

5) Triagem da substância utilizada através do sangue, da respiração ou urina;

6) Outros testes laboratoriais para ajudar a confirmar a presença ou ausência de condições que co-ocorrem com o uso da substância.

Associações entre os diferentes Transtornos Psiquiátricos

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

O paciente está sob efeito da substância e intoxicado, mas não requer intervenção psiquiátrica, devendo permanecer exclusivamente no setor clínico do PSG.

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

O paciente deve permanecer no setor de clínica do PSG até o estabelecimento de sobriedade suficiente para ser submetido ao atendimento psiquiátrico.

3. Intoxicação com comorbidade psiquiátrica e dependência química.

O paciente deve permanecer no setor de clínica do PSG até o estabelecimento de sobriedade suficiente para ser submetido ao atendimento psiquiátrico.

Manejo

Intoxicação aguda

Manifestação clínica, através de sinais e sintomas, de efeito nocivo resultante da interação de uma substância química com um organismo vivo, e que se apresenta de forma súbita, alguns minutos ou algumas horas após a exposição ao agente químico, a qual é geralmente única e dentro de 24 horas.

Síndrome de abstinência

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras, tem gravidade variável, – ocorrem quando o individuo pára absoluta ou relativamente o uso de uma substância psicoativa, que era consumida por tempo prolongado.

Manejo
Intoxicação Aguda

- Promover, para pacientes intensamente intoxicados, diminuição da exposição a estímulos externos, confiança, reorientação e teste de realidade em um ambiente seguro e monitorado.

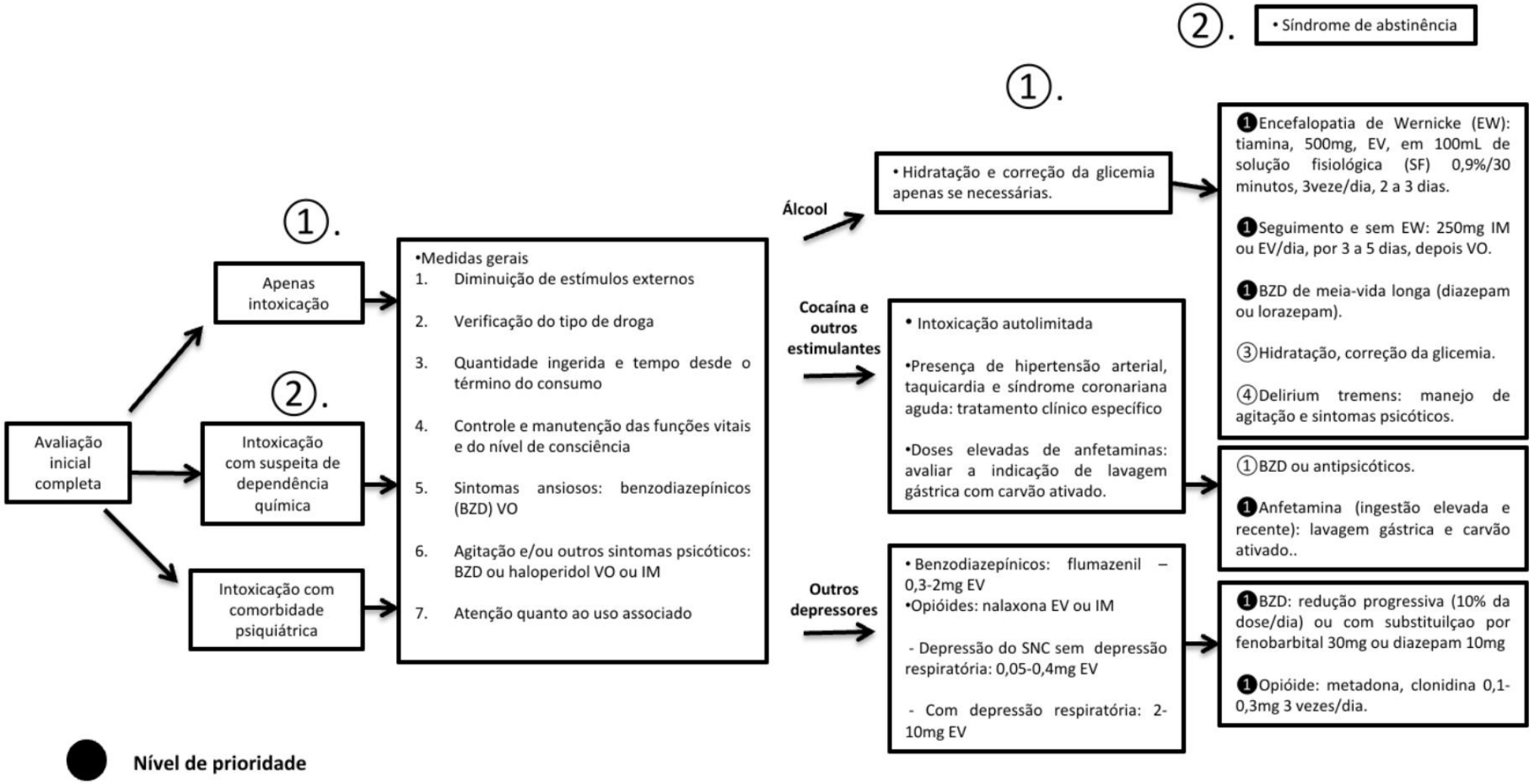
- Averiguar quais substâncias foram usadas, a rota de administração, a dose, o tempo desde a última dose e se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo;

- Remover as substâncias do corpo (i.e., por lavagem gástrica - se a substância tiver sido ingerida recentemente - ou por aumento da taxa de excreção);

- Reverter os efeitos da substância pela administração de antagonistas (p. ex., naloxone para superdosagem de heroína), visando deslocar a substância dos receptores;

- Usar abordagens que estabilizem os efeitos físicos da substância objeto da superdosagem (i.e., entubar para diminuir o risco de aspiração e usar medicamentos para manter a pressão sanguínea em níveis satisfatórios).

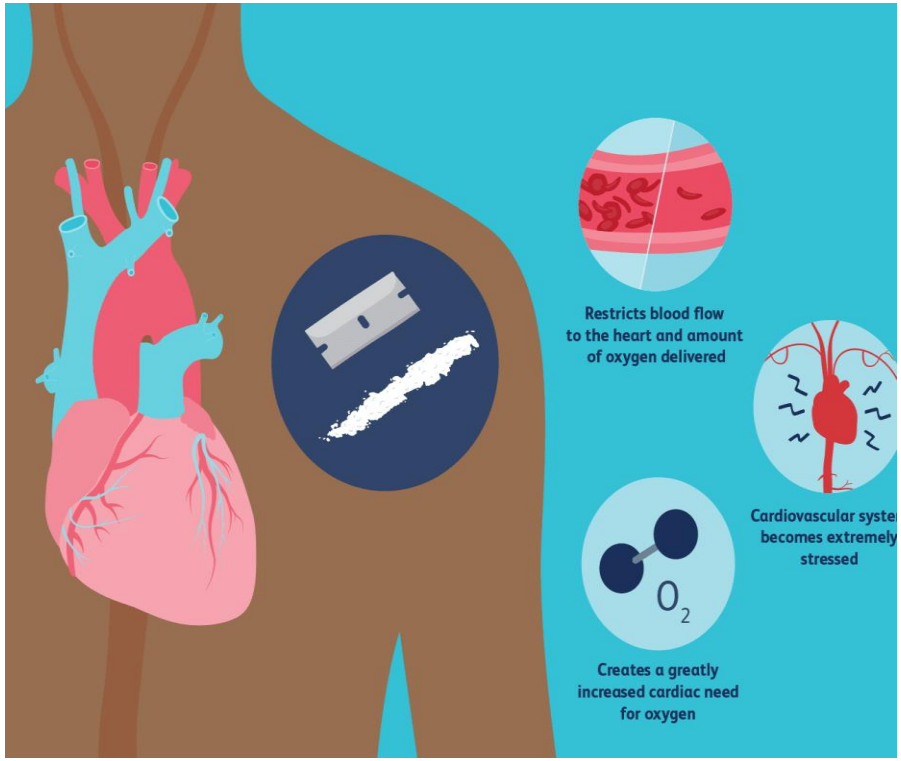
Algoritmo de Avaliação do Paciente com uso de Álcool/Droga



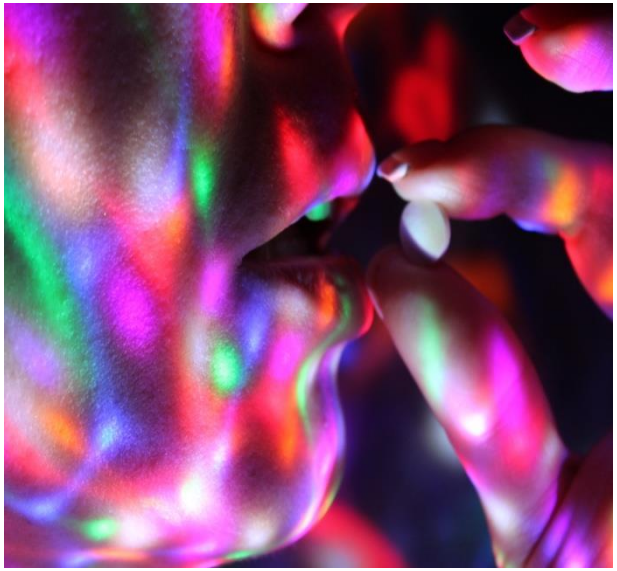
Cocaína e outros Estimulantes

Efeitos agudos da cocaína:

- Ansiedade
- Euforia
- Hiperatividade
- Desinibição
- Aumento da autoestima
- Estimulação sexual
- Desinibição eufórica
- Descarga adrenérgica generalizada
- Disforia
- Prejuízo da crítica
- Autolimitada
- Monitoramento e apoio
- Hipertensão, taquicardia, insuficiência miocárdica
- Convulsão e delírios



Cocaína e outros Estimulantes



Ecstasy

- Hipertermia
- Hiperatividade muscular

Anfetaminas

-Lavagem gástrica e carvão ativado (ingesta recente)

- HAS e convulsões – Tratamento específico
- Agitação e ansiedade – benzodiazepínicos (VC)
  antipsicóticos (VO ou IM)

Cocaína e outros Estimulantes

Benzodiazepínicos

- Depressores do SNC
- Risco de depressão respiratória (pouco comum)
- Flumazenil (antagonista)

Maconha

- Alteração da percepção (espaço, cor e tempo)
- Euforia leve
- Sensação de bem estar
- Relaxamento

Cocaína e outros Estimulantes

Opióides

- Depende do nível de intoxicação
- Superdosagem ⟶ miose, bradicardia, depressão respiratória
- Ambiente de emergência, suporte ventilatório e observação de 24 a 48 horas.

Solventes

- Depressores do SNC
- Euforia e desinibição
- Tinidos, zumbidos, ataxia, risos imotivados
- Convulsão, coma e morte

Abstinência

Álcool

- Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)
- Iniciam dentro de 4 a 12 horas após a interrupção ou diminuição do uso
- Tremores, desconforto gastrointestinal, ansiedade e irritabilidade
- Mais grave, convulsões, alucinações e delirium
- Benzodiazepínicos (VO Diazepam ou Lorazepam)
- Tiamina e reposição hídrica

Abstinência

Cocaína e Anfetamina

- Após a cessação do uso de cocaína é comum o aparecimento de anedonia e fissura.

Benzodiazepínicos

- Cessação abrupta
- Doses elevadas e uso prolongado
- Retirada progressiva
- Ansiedade, insônia, irritabilidade, baixa concentração, cefaléia (1º ao 11º dia)
- troca de benzodiazepínico (meia vida longa)

Abstinência

Maconha

- O interesse no tratamento da dependência de maconha tem crescido.
- Os sintomas indicadores da abstinência são irritabilidade, insônia, desejo intenso para drogas, ansiedade, mudança no apetite, perda de peso e desconforto físico.

Opióides

- O objetivo do tratamento da síndrome de abstinência de opióides é ajudar os pacientes na transição da dependência para o tratamento de longa duração.

Bibliografia

- QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. **Emergências Psiquiátricas**. 3 ed. Artmed, 2013

- JABER, J; ANDRE, C. **Alcoolismo** – Editora Revinter, 2002.

- STAHL, S; GRADY, M **Transtornos Relacionados a Substâncias e do Controle de Impulsos**. 1 ed. Artmed, 2016

- BALDAÇARA, L; CORDEIRO,D; CALFAT,E; CORDEIRO, Q; TUNG,T **Emergências Psiquiátricas**. 1 ed, Guanabara Koogan, 2016

- Guia do Estudante. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. 36 p. – (SUPERA: **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas**: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

- AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A.G. **Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica**. Rev. Bras. Psiquiatr, v.32, s.2, p. S104-S111, 2010.

Bibliografia

- CISA (comp.). **Efeitos danosos do álcool no cérebro**. 2020. Disponível em: https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/54-efeitos-danosos-do-alcool-no-cerebro. Acesso em: 19 fev. 2021.

- Gerald F. O'Malley , DO, Grand Strand Regional Medical Center; Rika O'Malley , MD, Albert Einstein Medical Center. **Psicose de Korsakoff.** 2020. Disponível em https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/assuntos-especiais/drogas-recreativas-e-entorpecentes/psicose-de-korsakoff. Acesso em: 19 fev. 2021.

- FRAZÃO, A . **8 Principais doenças provocadas pelo Álcool**. Disponível em https://www.tuasaude.com/doencas-provocadas-pelo-alcool. Acesso em 19 fev. 2021.

- ZUBARAN, C; FERNANDES, J; MARTINS, F; SOUZA, J; MACHADO, R; CADORE,M. **Aspectos clínicos e neuropatológicos da síndrome de Wernicke-Korsakoff**. Rev. Saúde Pública, v.30, nº 6, 1996.

- Moore, David P. **The Little Black Book Series Psiquiatria**. 3ªed, Novo Conceito, 2009.

Obrigado!

www.clinicajorgejaber.com.br