

Abuso e Dependência - Anfetamina

Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 21 de Agosto de 2002

Autoria: Ribeiro M, Marques ACPR

Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves HNP, Araújo MR, Baltieri DA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Marques ACPR, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA, Romano M, Seibel SD, Silva CJ.

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

As condições de abuso e dependência de substâncias químicas mais encontradas na população foram distribuídas entre os especialistas para elaboração do texto inicial. A elaboração destes textos foi fundamentada na experiência pessoal do especialista; nas recomendações de entidades nacionais e internacionais e na literatura científica disponível. Nove textos relacionados à abordagem geral, álcool, nicotina, benzodiazepínico, anfetamina, maconha, cocaína, opiáceo e solventes foram apresentados para avaliação dos elementos do grupo assessor. A diretriz sobre “Abuso e Dependência das Anfetaminas” foi finalizada após a discussão no grupo assessor, recebendo acréscimo e subtração de informações e referências bibliográficas.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.

C: Relatos ou séries de casos.

D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:

Auxiliar o médico que faz atendimento geral ou primário a reconhecer, orientar, tratar ou encaminhar ao serviço especializado, o usuário com potencial de desenvolver, ou que já apresenta, abuso ou dependência das anfetaminas.

PROCEDIMENTOS:

- Reconhecimento dos tipos de usuários;
- Diagnóstico:
 - Quadros agudos;
 - Síndrome de abstinência.
- Tratamento das:
 - Complicações crônicas;
 - Dependência.

INTRODUÇÃO

As anfetaminas foram sintetizadas na década de 30. O propósito era o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, então denominado hiperatividade ou disfunção cerebral mínima. Atualmente, existem indicações para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, da narcolepsia e da obesidade com restrições¹(D). Nos últimos 20 anos, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não-médicos (Quadro 1). A mais conhecida e utilizada no Brasil é a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), o *ecstasy*, uma metanfetamina inicialmente identificada com os *clubbers* e suas festas, conhecidas por *raves*.

Quadro 1

Anfetaminas de uso médico e não-médico	
Anfetaminas de uso médico	Anfetaminas de uso não-médico
nome do princípio ativo	nome do princípio ativo (nome corrente)
d-anfetamina metanfetamina HCl fenfluramina metilfenidato pemolide fenproporex mazindol dietilpropiona anfepramona	3,4-metilenedioxi- metanfetamina - MDMA (ecstasy) 4-metilaminorex (ice) derivado metanfetaminico (crystal)

Fonte: Ellenhorn et al (1997) ²(D)

O consumo no Brasil é pouco conhecido. Um estudo com adultos de uma cidade brasileira mostrou uma prevalência de 1,3%, sendo que 80% destes usuários possuía prescrição médica para consumir esta substância³(B). Entre estudantes, o uso das anfetaminas é eminentemente feminino, provavelmente com o intuito de perder peso⁴(D). Desse modo, nota-se a existência de diferentes tipos de usuários, cujo consumo de anfetamina tem propósitos diversos⁵(D) (Quadro 2):

Quadro 2

Tipos de usuários de anfetamina	
Usuários instrumentais	Consomem anfetamina com objetivos específicos, tais como: melhorar o desempenho no trabalho e emagrecimento.
Usuários recreacionais	Consomem anfetamina em busca de seus efeitos estimulantes.
Usuários crônicos	Consomem anfetamina com a finalidade de evitar o desconforto dos sintomas de abstinência.

Fonte: OMS (1997) ⁵(D)

As anfetaminas são estimulantes do SNC, capazes de gerar quadros de euforia, provocar a vigília, atuar como anorexígenos e aumentar a atividade autonômica dos indivíduos⁶(D) (Quadro 3). Algumas são capazes de atuar no sistema serotoninérgico, aumentando a liberação do neurotransmissor na sinapse ou atuando como agonista direto. Essa propriedade parece ser a responsável pelos efeitos alucinógenos de algumas anfetaminas: o ecstasy (MDMA) e similares têm grande afinidade pelos receptores serotoninérgicos 5HT e 5HT₂⁷(D).

COMPLICAÇÕES AGUDAS

Quadros ansiosos agudos, com sintomas

Quadro 3

Sinais e sintomas do consumo de anfetaminas
<ul style="list-style-type: none">• Redução do sono e do apetite• Aceleração do curso do pensamento• Pressão de fala (verborragia)• Diminuição da fadiga• Euforia• Irritabilidade• Midriase• Taquicardia• Elevação da pressão arterial.

de inquietação, podem aparecer na intoxicação aguda ou overdose. Irritabilidade, tremor, ansiedade, labilidade do humor, cefaléia, calafrios, vômitos, sudorese e verborragia podem acompanhar este estado, que necessitará de farmacoterapia⁸(D). Ansiolíticos benzodiazepínicos podem ser prescritos em doses usuais⁹(D).

O uso endovenoso (pouco freqüente no Brasil) produz um quadro de intenso prazer (*rush* ou *flash*), sensação de poder, hiperexcitabilidade, euforia e aumento da libido. Comportamentos agressivos podem aparecer. A tolerância e fissura pelo *flash* levam a um padrão de uso compulsivo por um longo período, seguido de exaustão e períodos prolongados de descanso. Sintomas paranóides podem surgir durante a intoxicação⁶(D). Há problemas relacionados ao uso injetável, como: infecções, endocardites e abscessos.

Cristais de metanfetaminas, como o ice ou o crystal (desconhecidas no Brasil), são fumadas em cachimbos de vidro, podendo também serem injetadas ou inaladas. O efeito é prolongado (2 a 24 horas) e os sintomas euforizantes e estimulantes são intensos. Sintomas psicóticos podem aparecer. Há ocorrência de bruxismo, tiques e anorexia²(D).

O *ecstasy* (MDMA) é habitualmente consumido em tabletes ou cápsulas, contendo cerca de 120mg da substância⁷(D). Produz um quadro de euforia e bem-estar, sensação de intimidade e proximidade com os outros. Outros efeitos são a anorexia, taquicardia, tensão maxilar, bruxismo e sudorese. A duração dos efeitos é 4 a 6 horas e o desenvolvimento de tolerância rápida impede o uso compulsivo e aditivo⁷(D). Crises hipertensivas, precordialgias, arritmias cardíacas, hepatites tóxicas, hipertemia, convulsões, rabdomiólise e morte já foram relatadas. Sintomas ansiosos e psicóticos agudos e crônicos (em indivíduos predispostos) podem aparecer²(D).

As principais complicações ameaçadoras à vida na overdose por anfetaminas são a hipertemia, hipertensão, convulsões, colapso cardiovascular e traumas. Edemas pulmonares cardiogênico são possíveis²(D).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

A síndrome de abstinência chega a atingir cerca de 87% dos usuários de anfetamina⁹(C). Sintomas depressivos e exaustão podem suceder períodos prolongados de uso ou abuso (Quadro 4). Sintomas mais pronunciados de

Quadro 4

Sinais e sintomas de abstinência das anfetaminas

- Fissura intensa
- Ansiedade
- Agitação
- Pesadelos
- Redução da energia
- Lentificação
- Humor depressivo

abstinência foram observados em usuários de metanfetaminas pela via inalatória (*ice e crystal*)²(D).

TRATAMENTO

O tratamento medicamentoso para a remissão dos sintomas de abstinência das anfetaminas não tem se mostrado promissor¹⁰(A). Antidepressivos e agonistas dopaminérgicos foram investigados sem sucesso¹¹(A). As condutas medicamentosas seguem critérios adotados pela clínica individual, quando os pacientes são tratados suportivamente, mantendo as condições vitais adequadas. Benzodiazepínicos de ação curta podem ser utilizados¹²(D).

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Pessoas que desejam melhorar seu desempenho social utilizam anfetaminas cronicamente em baixas doses (20-40mg/dia) e de modo socialmente imperceptível. Tais indivíduos expõem-se a esforços e atividades desnecessárias, resultando em fadiga excessiva. Sua crítica sobre a relação entre a fadiga e ao uso prolongado de anfetaminas é prejudicada. A tentativa de abandonar ou diminuir o uso resulta em depressão e letargia²(D). O uso crônico torna-o distante da realidade, irritado, paranóide e impulsivo, descuidado com a aparência e seus compromissos. Pode haver suicídio decorrente da impulsividade do uso ou da depressão nos períodos de exaustão⁸(D).

Sintomas psicóticos com sintomas de primeira ordem podem ocorrer em qualquer modo de uso. Normalmente, os acometidos são usuários crônicos, que utilizam anfetaminas em grande quantidade¹³(C). As principais

características são a presença de delírios persecutórios e auto-referentes, além de alucinações auditivas e visuais¹⁴(C). O tratamento pode ser feito com neurolépticos ou benzodiazepínicos¹²(D).

Quanto às complicações clínicas, o uso crônico leva a estados de desnutrição e a complicações como infarto agudo do miocárdio, cegueira cortical transitória, cardiopatias irreversíveis, vasoespasmos sistêmicos e edema agudo de pulmão²(D).

DEPENDÊNCIA

As anfetaminas são capazes de causar dependência, porém boa parte dos indivíduos não procura auxílio especializado. Além disso, não há abordagens específicas e baseadas em evidências para esses pacientes¹¹(A), no entanto, considerar o consumo de anfetamina entre indivíduos que apresentam quadros sugestivos de complicação da substância (em busca do diagnóstico precoce), bem como motivá-los para buscar tratamento especializado, melhora o prognóstico destes¹⁵(D).

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Parecer técnico-científico do Grupo Assessor de Estudos sobre Medicamentos Anorexígenos. D.º 21/07/2002. Disponível em: URL: http://www.abeso.org.br/informes/informe_2.htm
2. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Amphetamines and designer drugs. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, editors. *Ellenhorn's medical toxicology - diagnosis and treatment of human poisoning*. Maryland: William & Wilkins; 1997. p.340-55.
3. de Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Mari JJ. Use of amphetamine-like appetite suppressants: a cross-sectional survey in Southern Brazil. *Subst Use Misuse* 1998; 33:1711-9.
4. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1ª e 2ª graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
5. World Health Organization. *Amphetamine-type stimulants*. Geneve: OMS; 1997.
6. Gold MS, Herkov M. The pharmacology of cocaine, crack and other type stimulants. In: Graham AW, Schultz TK, Wilford BB editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM; 1998. p.137-46.
7. Laranjeira R, Dunn J, Rassi R, Fernandes M. "Êxtase" (3,4-metilenodioximetanfetamina-MDMA): uma droga velha e um problema novo. *Rev APB-APAL* 1996; 18:77-81.
8. Wilkins JN, Conner BT, Gorelick DA. Management of stimulant, phencyclidine, hallucinogen, marijuana and multiple drug intoxication and withdrawal. In: Graham AW, Schultz TK, editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM; 1998. p.465-86.
9. Cantwell B, McBride AJ. Self detoxification by amphetamine dependent patients: a pilot study. *Drug Alcohol Depend* 1998; 49:157-63.
10. World Health Organization (WHO). *Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders*. Geneve: WHO; 2001. p.9.
11. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Kittirat-tanapaiboon P. Treatment for amphetamine withdrawal. *Database Syst Rev* 2000; 4:CD003021.
12. Gawin FH, Ellinwood EH Jr. Cocaine and other stimulants. Actions, abuse and treatment. *N Engl J Med* 1988; 318:1173-82.
13. Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sidney, Australia. *Addiction* 1996; 91:81-7.
14. Yui K, Ykemoto S, Goto K. Factors for susceptibility to episode recurrence in spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 965:292-304.
15. Bruce M. Managing amphetamine dependence. *Adv Psychiatry Treat* 2000; 6:33-40.

