



A deusa grega Hígia, na pintura Medicina, de Gustav Klimt, 1907.

Abuso e dependência de Anfetaminas

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento de problemas de saúde vinculados ao abuso e à dependência química de anfetaminas.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

As anfetaminas são medicações com indicação do tratamento da narcolepsia, de alguns casos graves de obesidade mórbida e de alguns casos de do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Além de sua produção industrial legal, elas também são sintetizadas em laboratório clandestinos, para fins não médicos. Tais laboratórios produzem sintéticos tradicionais, como o femproporex, e sintéticos mais novos, como o MDMA (*ecstasy*).

As anfetaminas podem causar dependência, mas boa parte dos usuários não costuma procurar tratamento.

A preocupação com as drogas anfetamínicas, algumas vezes ilegais, outras vezes utilizadas para tratamento médico de obesidade mórbida, aumentou após a expansão de suas prescrições para crianças e adultos com déficit de atenção e hiperatividade, pois eventualmente ocorrem desvios de remédios e aumento voluntário das doses pelos pacientes. Obesos, pessoas que usam drogas para não dormir e jovens que usam recreacionalmente são candidatos à dependência e a riscos para a saúde.

As anfetaminas legais são a d-anfetamina, a metanfetamina HCl, a fenfluramina, o metilfenidato, o pemolide, o femproporex, o mazindol, a dietilpropiona e a anfepramona. São ilegais a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), conhecida como êxtase ou *ecstasy*, a 4-metilaminorex, conhecida como ice, e um derivado metanfetamínico conhecido como *crystal*.

Há poucas evidências sobre a efetividade do femproporex na perda de peso em obesos. O uso de femproporex na dose de 20 mg ao dia combinado ou não com 6 mg de diazepam, por 6 meses, resulta em perda de 8,8% a 12,2% do peso inicial, enquanto que em grupo controle, com placebo, a perda é de 5,3%: um resultado muito pequeno em comparação com mero uso de placebo¹. A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia emitiram, em 2010, uma diretriz definindo a possibilidade médica de tratamento com anfetaminas². O uso de medicamentos no tratamento da obesidade e sobrepeso é de segunda linha, e apenas deve ser considerado quando houver falha do tratamento não farmacológico em pacientes:

- 1) Com IMC igual ou superior a 30 kg/m²;
- 2) Com IMC igual ou superior a 25 kg/m² associado a outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, DM tipo 2, hiperlipidemia, apneia do sono, osteoartrose, gota, entre outras;
- 3) Com circunferência abdominal maior ou igual a 102 cm (homens) e 88 cm (mulheres).

É importante a adoção de critérios rígidos para prescrição dessas substâncias (por profissionais devidamente qualificados e capacitados), cujo uso deve ser restrito a indivíduos submetidos à rigorosa avaliação e acompanhamento médicos, conforme

¹ ZARAGOZA, R.M. et al. Efficacy and safety of slow-release fenproporex for the treatment of obesity. **Rev Mex Cardiol**, 2005;16:146-54. Apud ACM. **Abuso e Dependência de Anfetamínicos**. Projeto Diretrizes. [BESSA, M.A. et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, Associação Brasileira de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.projetoDiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_anfetaminicos.pdf>.

² ABESO. SBEM. **Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso**: Posicionamento Oficial da ABESO/ SBEM, 2010. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>>.

diretrizes formais de tratamento estabelecidas por entidades médicas, como afirma, em documento oficial, o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo³. No Reino Unido o sistema nacional de saúde lançou um guia para o manejo de drogas controladas na atenção primária, visando prevenir abusos com fármacos⁴.

No Brasil, associações de especialidades médicas têm tido a preocupação de lançar diretrizes sobre o tema do abuso e da dependência, através da Associação Médica Brasileira^{5, 6}.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F1 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de anfetaminas.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Perda de peso, anemia e outros sinais de desnutrição e comprometimento da higiene pessoal freqüentemente são vistos com a dependência de anfetamina prolongada.

A intoxicação com anfetamina aguda às vezes está associada a confusão, fala errática, cefaleia, ideias transitórias de referência e tinido. Durante a Intoxicação intensa, podem ocorrer ideação paranoide, alucinações auditivas em um sensorio claro e alucinações táteis. Frequentemente, o usuário da substância reconhece que esses sintomas decorrem dos estimulantes. Raiva extrema, com ameaças ou demonstrações de comportamento agressivo, pode ocorrer. Alterações do humor, tais como depressão com ideação suicida, irritabilidade, anedonia, instabilidade emocional ou perturbações na atenção e concentração são comuns, especialmente durante a abstinência.

Os critérios para diagnóstico da síndrome de abstinência de anfetamina são os seguintes:

- A. Cessação (ou redução) de um uso pesado e prolongado de anfetamina (ou substância correlata).
- B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se em horas a dias após o Critério A:
 - (1) fadiga

³ CRF/SP. **Parecer Técnico sobre o Uso de Anorexígenos**. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/images/arquivos/parecer_tecnico_anorexigenos.pdf>.

⁴ NHS. National Prescribing Centre. **A guide to good practice in the management of controlled drugs in primary care** (England): 3rd. edition, version 3.1 updated 1st October 2010. Londres: NHS, 2010. Disponível em: <http://www.npc.nhs.uk/controlled_drugs/resources/controlled_drugs_third_edition.pdf>.

⁵ ACM. **Abuso e Dependência de Anfetamina**. Projeto Diretrizes. [BESSA, M.A. et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/003.pdf>.

⁶ ACM. **Abuso e Dependência de Anfetamínicos**. Projeto Diretrizes. [BESSA, M.A. et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, Associação Brasileira de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_anfetaminicos.pdf>.

- (2) sonhos vívidos e desagradáveis
 - (3) insônia ou hipersonia
 - (4) apetite aumentado
 - (5) retardo ou agitação psicomotora.
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

A fase inicial da síndrome de abstinência ocorre como falha dos efeitos estimulantes. Os sintomas incluem sono prolongado, humor deprimido, irritabilidade (mesmo na fase inicial), fissura ou desejo de consumir a droga. A fase inicial pode durar um a dois dias e, é seguida por um período mais longo, de vários dias a semanas apresentando inconstância de humor (irritabilidade, depressão, incapacidade de sentir prazer), fissura, sono perturbado, letargia.

Em alguns casos surgem sintomas psicóticos, durante a primeira e a segunda semanas, principalmente se eles estavam presentes durante os períodos de uso, geralmente com delírios paranoides, de tipo celotípico (de ciúmes) ou persecutórios.

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

Em caso de intoxicação grave, por superdosagem, o atendimento deve ser em pronto-socorro de hospital geral.

O tratamento da dependência é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais. Excepcionalmente, havendo sintomas psicóticos intensos, há necessidade de internação curta em leitos de saúde mental, seja em hospital geral, ou em hospital especializado.

6. TRATAMENTO

Não existe medicação eficaz no controle da síndrome de abstinência, devendo a abordagem ser sintomática. Pode-se utilizar neurolépticos (como o haloperidol e a clorpromazina), em caso de sintomas psicóticos.

Os neurolépticos diminuem a fissura pela droga, mas têm efeitos colaterais sedativos que levam os usuários a não querer usá-los. No caso de crises de ansiedade e pânico, pode-se usar atarácicos (benzodiazepínicos).

Uma suposta validade da mirtazapina na síndrome de abstinência e na continuidade do tratamento não foi comprovada por evidências científicas suficientes⁷. Os efeitos da paroxetina⁸, assim como de outros antidepressivos, e do modafinil⁹ se mostraram diminutos.

Alguns autores defendem o uso da bupropiona 150 mg duas vezes ao dia, por no máximo 18 dias no mês, com alguns resultados favoráveis^{10, 11, 12}, inclusive com certos efeitos em casos envolvendo metanfetamina (*ecstasy*)¹³.

Dentre as opções de tratamento para a dependência, as psicoterapias e outras intervenções psicossociais foram as que demonstraram mais eficácia até o momento. As técnicas de terapia cognitiva comportamental, psicoeducação de familiares, grupo de apoio e aconselhamento individual tem se apresentado, na literatura, como o fundamento da abordagem pelas equipes de saúde mental¹⁴.

Contudo, as abordagens psicoterápicas e psicossociais, apesar de terem sucesso em alguns casos, não conseguem eficácia em muitas situações. Os resultados, no conjunto, dependem de característica de cada caso, da inserção social do paciente, e de sua personalidade.

⁷ SHOPTAW, S. J; KAO, U.; HEINZERLING, K.; LING, W. Treatment for amphetamine withdrawal. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 2. Art. No.: CD003021. DOI: 10.1002/14651858.CD003021.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003021.pub2/abstract>>.

⁸ PIASECKI, M.P., et al. An exploratory study: the use of paroxetine for methamphetamine craving. **J Psychoactive Drugs**. 2002 Jul-Sep;34(3):301-4. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2002.10399967#.VF9IJsksBEA>>.

⁹ ANDERSON, A.L., et al. Modafinil for the treatment of methamphetamine dependec. **Drug Alcohol Depend**. 2012 Jan 1;120(1-3):135-41. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.07.007. Epub 2011 Aug 12. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227772/>>.

¹⁰ TARDIEU, S.; POIRIER, Y.; MICALLEF, J.; BLIN, O. (2004), Amphetamine-like stimulant cessation in an abusing patient treated with bupropion. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 109: 75–78. doi: 10.1111/j.0001-690X.2004.t01-1-00196.x. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-690X.2004.t01-1-00196.x/full>>.

¹¹ NEWTON, T.F.; ROACHE, J.D.; DE LA GARZA, R. et al. Bupropion Reduces Methamphetamine-Induced Subjective Effects and Cue-Induced Craving. **Neuropsychopharmacology** 31(7): 1537–1544, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16319910>>.

¹² MC CANN, D.J.; LI, S.H. A novel, nonbinary evaluation of success and failure reveals bupropion efficacy versus methamphetamine dependence: reanalysis of a multisite trial. **CNS Neurosci Ther**. 2012 May; 18(5):414-8. Epub 2011 Oct 18. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070720>>.

¹³ 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/>>.

¹⁴ VOCCI, F.J.; MONTOYA, I.D. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. **Curr Opin Psychiatry**. 2009 May;22(3):263-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832a3b44. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825894/>>.