

Centro de Estudos



Anfetamina e Metanfetamina

Anfetaminas e Metanfetaminas

As são aminas simpaticomiméticas de indireta, quimicamente relacionadas a dois compostos naturais, a efedrina encontrada na planta chinesa Ma-huang ou Ephedra, e ao neuro-hormônio



Ephedra fragilis

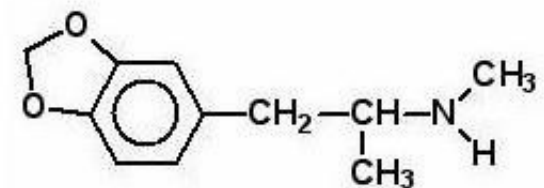
Breve história da substância

1887:

É sintetizada na Alemanha a primeira anfetamina, a fenilisopropilamina. Sua finalidade era elevar a pressão arterial durante procedimentos

1914:

Também na Alemanha, é sintetizada a primeira metanfetamina, a 3,4 metilenodioximetanfetamina (MDMA), que viria a ser conhecida anos mais tarde como



Breve história da substância

1927:

Começam estudos clínicos experimentais com as anfetaminas.

1929:

Sintetizada a benzedrina, anfetamina que foi utilizada no tratamento da asma.

1939 a 1945:

Segunda Guerra Mundial: primeiros relatos de abuso de benzedrina pelos soldados aliados, com o objetivo de combater a fadiga, mantê-los acordados e alertas por mais tempo e evitar a fome, reduzindo o consumo de alimentos.



Dava-se metanfetamina aos pilotos camicase antes das suas missões suicidas.

Breve história da substância

Anos 70:

No rastro do movimento da Nova Era (do inglês New Age) com uma proposta de um novo modelo de consciência moral, psicológica e social além de integração e simbiose com o meio envolvente, que apregoa que mente humana tem níveis de profundidade e vastos poderes que podem mesmo substituir a realidade ("tu crias a tua própria realidade com a tua mente"), houve uma grande difusão do uso de anfetamínicos.



Breve história da substância

Anos 90:

Explode a produção e o consumo das club drugs, que ainda crescem nos

dias de hoje, relacionadas a festas em boates e raves.

Nos dias de hoje esse é considerado o segundo tipo de droga mais consumido, perdendo apenas para a maconha. Estima-se que 30 a 40 milhões de pessoas em todo o mundo usam anfetamínicos,



Breve história da substância

Recentemente o Brasil passou de apenas consumidor para também fabricante. O país hoje fabrica e consome cerca de 50% de toda a produção mundial de anfetamínicos inibidores do apetite.

O uso recreacional de metanfetaminas também vem crescendo entre os jovens, nas baladas e festas rave.



Aspectos do consumo

Essas substâncias podem ser usadas de três maneiras:

Terapêutica:

Sob orientação médica para tratamento.



Instrumental:

Com um fim determinado.
(aumentar concentração, emagrecer, etc.)



Recreacional:

Para fins únicos de diversão e alteração da consciência.



Aspectos do consumo

Sua ação terapêutica limita-se a estimulante do SNC, em casos de déficit de atenção e hiperatividade e de narcolepsia.



Para usar como inibidor de apetite, os critérios são: Pacientes com IMC maior que 30 (obesos) ou com IMC entre 27 e 30 (sobrepeso) que possuem comorbidades associadas (diabetes, hipertensão, dislipidemias) e já fracassaram utilizando dietas e atividades físicas



Ação no cérebro e restante do corpo

Anfetaminas:

Potente ação estimulatória do SNC, aumentando muito a liberação de noradrenalina e de dopamina, e ainda aumento da liberação da serotonina, causando alteração das percepções.

Inibe o sono, ativa o estado de alerta, inibe o apetite.



aumenta a iniciativa, a autoconfiança e a euforia, agitação psicomotora com taquialia (e ininterruptamente).

Ação no cérebro e restante do corpo

Anfetaminas:

Acompanha hipertensão arterial, bradicardia, constipação intestinal ou diarreia, contração uterina (o que pode provocar cólicas ou aborto).

Anfetamínicos mais conhecidos:

- Anfepramona (Hipofagin, Inibex),
- Dextroanfetamina (Reactivan, conhecido como rebite ou bolinha),
- Fenproporex (Desobesi),
- Metilfenidato (Ritalina).



Ação no cérebro e restante do corpo

Metanfetaminas:

São potentes liberadores e inibidores da recaptação de serotonina, dopamina



Seus efeitos mais frequentes são:

Euforia, aumento da autoestima, sensação de bem estar e felicidade, empatia, aumento de energia, extroversão, aumento da sociabilidade, intensificação da percepção de cores e sons, sinestesias (sons e cores se misturam e podem ganhar formas), inibição do apetite e intensificação da

Ação no cérebro e restante do corpo

Metanfetaminas:

Acompanha boca seca, perda do apetite, desidratação, além de outros efeitos já citados para anfetaminas.

Quando ocorre rigidez muscular, hipertermia e hiperreflexia, estamos diante da síndrome serotoninérgica, que pode ser fatal.

Metanfetaminas têm nomes populares que não são precisos.

Um mesmo apelido pode designar diversas substâncias ou a combinação de Metanfetaminas com outras drogas (o nome ice, por exemplo, pode designar MDMA, MET, ou a mistura de metanfetamina com crack).

Algumas delas são: DMA (pílula do amor), DOB (cápsula do vento), MDMA (Ecstasy, cristal, adam, etc.), MET (Meth, speed, etc), DOET (Stn, que significa serenidade, tranquilidade e paz)

O Diagnóstico Psiquiátrico

No CID 10 (OMS)

F15 - Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína.

F15.0 - Intoxicação aguda

F15.1 - Uso nocivo

F15.2 - Síndrome de dependência F15.3 - Estado de

F15.4 - Estado de abstinência com delirium F15.5

F15.6 - Síndrome amnésica

F15.7 - Transtorno psicótico residual e de início tardio F15.8 - Outros transtornos mentais e de comportamento

F15.9 - Transtorno mental e de comportamento não especificado



O Diagnóstico Psiquiátrico

O uso crônico de anfetamínicos pode resultar em síndrome de dependência, devido ao desenvolvimento do fenômeno da tolerância aos efeitos euforizantes, ocorrendo um aumento do uso para manter os mesmos efeitos, fenômeno comum a outros estimulantes, como a cocaína.

Com o uso crônico e o desenvolvimento de tolerância, os usuários tendem a aumentar o consumo, ingerindo maiores doses da droga e com maior frequência, modificando, assim, seu padrão de uso.

Muitos começam a fazer ingestão em binge, ca
18 repetida por até 12 a
longar por até 2 semanas.



A Dependência

No final do período de binge, o indivíduo entra na fase de abstinência, é caracterizada por depressão inicial seguida de agitação, persistência do desejo para continuar o consumo (craving), cansaço, fadiga, depressão e finalmente perda do interesse e sonolência.



Após esse período, se não houver retomado o uso do estimulante, o usuário crônico começa a apresentar os sinais e sintomas da síndrome de abstinência, caracteriza por fissura intensa, ansiedade, agitação, perda de peso e humor depressivo.



Tratamento

Na intoxicação aguda, o tratamento baseia-se em medidas de suporte gerais; reposição de volume, administração de anti-hipertensivo e sedativo (benzodiazepínico ou neuroléptico) e resfriamento corporal.

No caso de hipertermia maligna está indicado o uso de medicamentos específicos (dantrolene e carvedilol).

Se a administração da droga ocorreu a menos de 1 hora, está indicada a lavagem gástrica com carvão ativado.

Não existe antídoto para os anfetamínicos.



Tratamento

Não existe farmacoterapia efetiva para a dependência de anfetamínicos.

No caso do uso instrumental de anfetamínicos como anorexígenos pode ser considerada a desintoxicação gradativa em tratamento ambulatorial.



No caso do uso recreativo, observado com mais frequência nas metanfetaminas, preconiza-se a desintoxicação com interrupção abrupta em regime de internação clínica.

Tratamento

O tratamento farmacológico é direcionado para os sintomas.

Podem ser usados antidepressivos para o tratamento dos sintomas depressivos maiores, e neurolépticos para o tratamento de delírios, alucinações e agressividade.

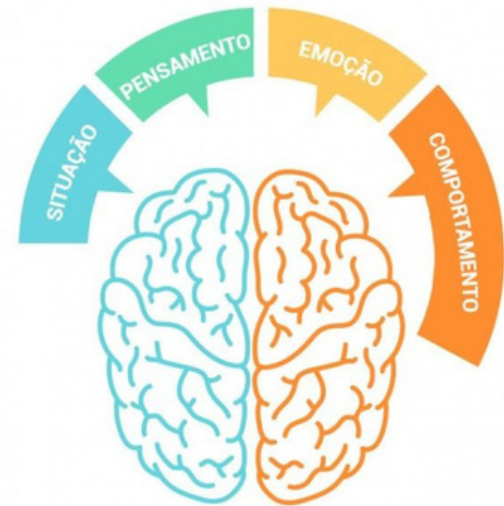
É a escolha da farmacoterapia que deve ser



Tratamento

Tratada a intoxicação aguda ou a síndrome de abstinência, o paciente deve iniciar o quanto antes o tratamento psicossocial, por meio de intervenções cognitivo-comportamentais:

- TCC,
- Psicoeducação,
- Terapia familiar,
- Aconselhamento,
- Terapia de 12 passos
- Teste de dosagem da substância



É a associação das intervenções biológicas e psicossociais que vai garantir o resultado final no tratamento desses usuários

Bibliografia

Camí, J. and Farré, M. (2003) Drug addiction. New England Journal of Medicine, 349, 975- 986

Diehl, A; Cordeiro, D; Laranjeira, R. Tratamentos Farmacológicos para Dependência Química da Evidência Científica à Prática Clínica. 1ª ed. Artmed, 2010

Diehl, A; Cordeiro, D; Laranjeira, R. Dependência Química: Tratamento e Políticas Públicas.

2ª ed. Artmed, 2019

Dunn & Laranjeira, Orientação Familiar para Dependentes Químicos: perfil, expectativas e estratégias. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1999

Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. Subst Use Misuse 1996; 31:519-27

Ferri CP, Dunn J, Gossop M, Laranjeira R. Factors associated with adverse reactions to cocaine among a sample of long-term, high-dose users in São Paulo, Brazil. Addict Behav 2004; 29:365-74.

Moore, D. P The Little Black Book Series – Psiquiatria. 1 ed. Tecmed, 2009

Ribeiro-Araújo M, Laranjeira R, Dunn J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. J Bras Psiquiatr 1998; 47:497-511

Obrigado!

[www.clinicajorgejaber.com.](http://www.clinicajorgejaber.com.br)
[br](http://www.clinicajorgejaber.com.br)

[Instagram @clinicajorgejaber](https://www.instagram.com/clinicajorgejaber)