

DEPENDENCIAS QUÍMICAS

Droga :

- Toda substância que provoca modificações no nosso corpo.
- Drogas que levam a dependência são aquelas que levam o indivíduo a auto-aplicação, em detrimento da própria saúde.

Tipos de drogas:

- **Depressores:** podemos citar o álcool, os inalantes (cola de sapateiro, loló, esmalte) e os opióides (ex: heroína) os benzodiazepínicos. O indivíduo fica lentificado e sonolento com o uso.
- **Estimulantes:** temos a cocaína, a nicotina, cafeína e as anfetaminas. Após o uso, provocam excitação, agitação, euforia.
- **Alucinógenos:** ao contrário dos depressores e dos estimulantes, provocam alucinações (o indivíduo ouve vozes, tem visões). A maconha, o LSD, a psilocibina e a mescalina podem provocar esses efeitos.

Alguns conceitos importantes:

- **Intoxicação:** estado que ocorre após uso de drogas, em que a consciência do sujeito pode ser prejudicada, ou seja, o indivíduo pode ficar sonolento e até entrar em coma. É o caso da intoxicação por álcool.
- **Abstinência:** estado em que há várias alterações no organismo do indivíduo, quando este pára repentinamente ou reduz a quantidade de droga que estava usando. É o que ocorre, por exemplo, quando o indivíduo pára de beber e depois de algumas horas, quando passa o efeito, começa a tremer e a suar. Os sintomas da abstinência são em geral o oposto dos sintomas de intoxicação (por exemplo, na intoxicação por cocaína, o indivíduo fica extremamente ansioso e agitado; na abstinência dessa droga, o indivíduo fica deprimido, triste).
- **“Fissura”:** é uma vontade muito forte de usar a droga, que pode ocorrer sob diversos estímulos, por exemplo, a visão de outras pessoas usando. É o que pode ocorrer quando um usuário de cocaína, sem usar droga há um mês, vê alguém usando - a.

- **Dependência:** doença que o indivíduo desenvolve ao longo do tempo, caracterizada pela perda de controle do uso da droga, com vários prejuízos em sua vida. Ex: o indivíduo usa cocaína uma vez por mês, depois de algum tempo passa a usar toda semana, e após um ano, passa a usar diariamente, tendo em decorrência do uso, problemas financeiros e familiares. Apesar dos problemas que tem, não consegue interromper o uso, perdeu o controle sobre ela. “Fissura” pela droga, tolerância e abstinência estão em geral presentes.
- **Tolerância:** ocorre quando o indivíduo precisa de quantidade cada vez maior da droga para sentir os mesmos efeitos que sentia antes. Pode-se dizer, no caso, que com a mesma dose da droga que usava antes a pessoa não consegue mais sentir seu efeito. Isso acontece, por exemplo, com aquele indivíduo que conseguia relaxar e dormir tomando um copo de cerveja toda noite, mas para quem agora apenas um copo de cerveja não é suficiente, e ele tem que tomar mais um copo para conseguir relaxar e iniciar o sono.

Uso nas populações:

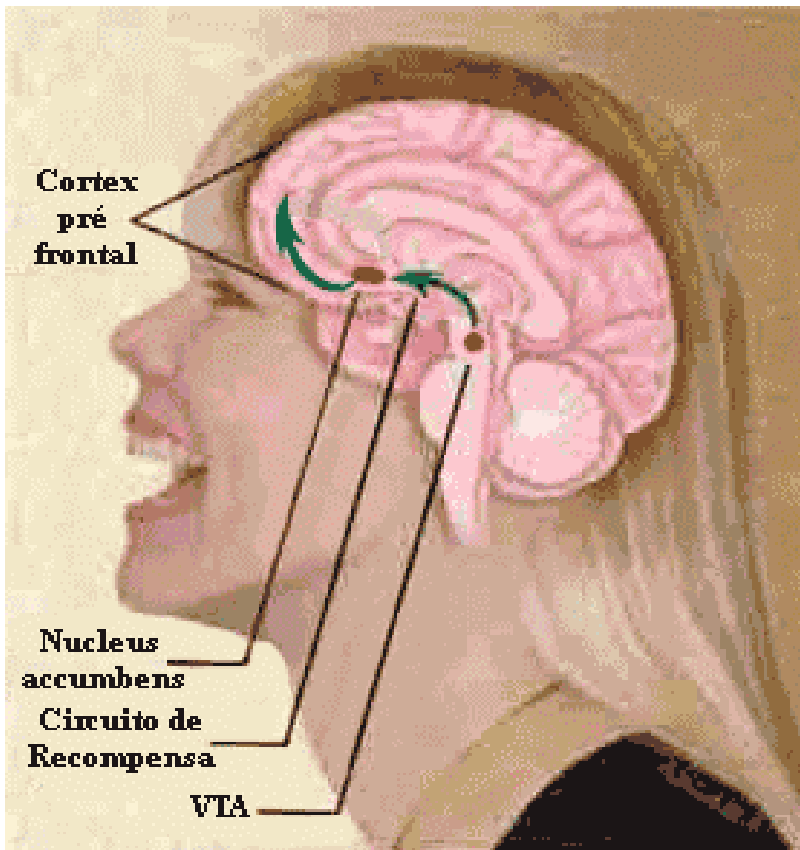
PORCENTAGEM DE POPULAÇÃO (%)

- OPIÓIDES 0,14
- COCAÍNA 0,23
- MACONHA 2,45
- ALUCINÓGENOS 0,44
- ANFETAMINAS 0,52
- TABACO 20
- ÁLCOOL 50

Sistema Dopaminérgico

- No cérebro, as drogas de abuso têm, cada uma, ações específicas em substâncias chamadas neuromediadores, como serotonina, noradrenalina, dopamina, e outros. Mas todas elas têm uma atuação comum, no chamado “Sistema Dopaminérgico”.
- O Sistema Dopaminérgico é um conjunto de neurônios que produzem dopamina, numa área do cérebro chamada sistema límbico (área relacionada à expressão das emoções). A dopamina é responsável pela sensação de bem estar e prazer que o indivíduo tem ao usar drogas, e isso faz com que ele queira usar novamente.

A ação das drogas no cérebro envolve o circuito da recompensa, que inclui a Área Tegmentar Ventral, o Núcleo Accumbens e o Córtex Pré-Frontal, no chamado Sistema Límbico.



Causalidade Psicodinâmica

A TEORIA DA GRATIFICAÇÃO NARCÍSICA

Freud, em 1897 escreveu "... comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o vício primário, e que é somente como seu sucedâneo e substituto dela que outros vícios - álcool, morfina, tabaco, etc. - adquirem existência." (pg. 367)

Desta maneira, já naquela época, chamava a atenção para a possibilidade de, através das substâncias psicoativas, alguém conseguir prazer, sem a necessidade da colaboração de outra pessoa. Desenvolveria mais esta linha ao perguntar (Freud, 1912): " *Se atentarmos para o fato do que dizem grandes alcoolistas, como Böcklin, a respeito de sua relação com o vinho, ela aparece como a mais harmoniosa possível, um modelo de casamento feliz. Por que a relação do amante com seu objeto sexual será tão profundamente diferente?*" (pg. 171)

A resposta óbvia (hoje) parece residir no fato que na relação dos amantes impera a vontade do outro, destaque também dado por Abraham (1908) ao examinar o beber como uma fuga, "*quando o álcool torna-se um meio de conseguir prazer sem dificuldade. Desiste das mulheres e se volta para o álcool.*" (pg. 88)

Que o envolvimento com substâncias psicoativas implicaria uma relação narcisística parece também concordar Clark (1919) quando sublinha a importância das regressões profundas no alcoolismo, tais como as identificações primárias com a mãe, combinadas o intenso auto-amor (narcisismo); e Kielholz (1924), citado por Rosenfeld (1964) quando inclui o alcoolismo como uma neurose narcísica. Estão também de acordo com o carácter narcisista da dependência química Simmel (1930), Rado (1933), e Fenichel (1945).

Simmel (1930) avança nesta direção ao mencionar que "*as mães dos toxicômanos, não raro, são sedutoras e superindulgentes enquanto mãe nutricia, retirando, elas mesmas, um prazer auto-erótico do amamentar*", coisa com o que concorda Knight (1937) acrescentando que: "*elas procuram aplacar o bebê satisfazendo-o constantemente, de modo que o desmame eventual da criança só poderá significar traição da mãe, que aliás a levou a esperar indulgência, e a criança tenta por todos os meios reaver aquela experiência perdida*"

Evidentemente estas mães estariam impossibilitadas de serem as "suficientemente boas" de Winnicott (1960) e levariam seus filhos a terem dificuldades de resolverem seu estado fusional (Xavier da Silveira, 1995). Desta forma a etapa da separação com posterior individuação (Mahler, 1975) seria alcançada de forma tibia, favorecendo-lhes o envolvimento futuro com as drogas.

As dificuldades maternas se somariam as dos próprios indivíduos, que para Rosenfeld (1960) seriam portadores de inveja primária do seio materno, o que levou a paciente que ilustra seu trabalho, a precocemente preterir o seio em favor de seu próprio polegar. A droga, nesta perspectiva, seria um substituto deste polegar.

O fato é que sejam por atributos maternos, sejam por características do próprio indivíduo (constitucionais ou não), parece haver uma concordância entre os autores revisados, que na dependência química existiria fundamentalmente uma relação narcísica objetual onde a substância seria a fonte desta satisfação. Portanto a droga vista como fonte de prazer (narcísico).

Em 1987, Olievenstein e seus colaboradores (Oliviestein,1990), chamaram atenção para o problema da falta. Para estes autores, talvez mais importante do que o prazer narcísico propiciado pelas drogas, esteja o sentimento de falta, determinado por elas. As mães insuficientemente boas gerariam um estado de crônica falta. Uma falta oceânica e jamais saciável. Desta óptica, o depender de drogas seria o resultado do deslocamento deste sentimento de falta para um objeto, com a notória vantagem de este ser alcançável em qualquer esquina do mundo.

Olivienstein desenvolve, portanto, a linha tangenciada por Winnicott (1953) quando este compara o "vício em drogas" a um objeto transicional. (pg.19)

A TEORIA DA ORALIDADE

Freud foi o primeiro (Freud,1905) a destacar a presença de fixações orais em dependentes químicos. Escreveu em seus "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: " *... da importância erógena da região labial, constitucionalmente determinada. Se esta importância persistir estas crianças quando crescerem, orna-se-ão epicuros do beijo, inclinar-se-ão ao beijo pervertido ou, se do sexo masculino,t serão poderoso motivo para beber e fumar.*"(pg. 187).

Praticamente todos os psicanalistas que o seguiram, e que se ocuparam do tema, concordaram com a oralidade destes pacientes. Abraham (1916), Rádo (1926), Wulf (1932), Bergler (1933), Robbins (1935), Knight (1937), Fenichel (1945), Meerloo (1952), Rosenfeld (1960), Brow (1965), Limentani (1968), Rosenfeld,D (1974/92), Wurmser (1974), Khantzian (1978) e Maldonado (1995) são os principais.

Para estes autores os dependentes químicos estariam fixados na fase oral, como resultado de imperativos constitucionais ou determinantes biográficos. Uns e outros contribuindo para a não resolução de conflitos primitivos. Desta maneira a relação com a droga representaria a satisfação das necessidades orais - capaz de reviver o orgasmo oral infantil, como referiu Rádo em 1926 - *com sentimento de triunfo sobre as outras pessoas.*

TEORIA DAS RELAÇÕES MANÍACAS

O fato de que, na vigência do efeito das substâncias psicoativas, o indivíduo experimentar sensações de enaltecimento pessoal, com conseqüente reforço da onipotência, sempre chamou a atenção dos vários psicanalistas, que tentaram melhor entender a psicodinâmica dos dependentes químicos. Assim é que Freud (1917,1927) destacou a relação entre a elação alcohólica e a mania. Nesta observação foi seguido por Kielholz(1924), citado por Rosenfeld (1964), Rádo (1926), Simmel (1930),

Bergler (1935), Weij (1944), Meerloo (1952), mas principalmente por Rosenfeld (1960). Para este autor *"a toxicomania intimamente se relaciona à doença maníaco-depressiva, conquanto não lhe seja idêntica... o ego dos toxicômanos é fraco e não dispõe de força para suportar o peso da depressão e, por isso, recorre, com facilidade, aos mecanismos maníacos, mas só alcança a reação maníaca com o auxílio das drogas (pg.149)...Caracteristicamente defendem-se com idealizações, identificações com o objeto ideal e o controle onipotente dos objetos"*. (pg. 150)

Nesta teoria pacientes orais, com predomínio das relações narcisistas de objeto teriam, no uso das drogas, sua peculiar forma de triunfo sobre os mesmos, definindo assim o padrão maníaco. Com isso concorda Maldonado (1995) quando acrescenta: *"...mediante a adição ao álcool e outras drogas, o vínculo amoroso é negado e supostamente, o desenvolvimento libidinal pode se estabelecer prescindindo de toda outra condição do objeto que não seja sua função nutricia"*.

Clark (1919) talvez tenha sido o primeiro a chamar atenção para a importância do exame da relação entre depressão e dependência química. Nisto foi seguido por uma infinidade de outros pesquisadores que tiveram sempre o desafio de tentar separar qual condição determinaria a outra.

Seja no entanto mania ou depressão, do ponto de vista destas contribuições, estas seriam condições prévias, onde o uso de substâncias psicoativas apareceria como subproduto.

TEORIA DAS PERVERSÕES

Desde 1912(Freud) a psicanálise estuda a relação da dependência química de uma forma geral, e do alcoolismo em especial, com fantasias homossexuais. Para Freud o álcool seria capaz de levantar as inibições e desfazer o trabalho da sublimação. Em consequência disto a libido homossexual se liberaria e isto estaria na base da compreensão do delírio alcohólico de ciúmes.

Abraham(1908) concorda com isso, sustentando que o comportamento, muitas vezes criminoso, de alcoolistas se daria devido a liberação, pelo álcool, de perversões como o sadismo e o masoquismo.

Também Ferenczi (1911), estudando um caso de paranóia alcohólica, concorda com ambos ao concluir que desejos homossexuais inconscientes estavam a determinar o quadro. No entanto admite que o álcool tivera apenas o papel de destruir as sublimações. Em 1917 e 1919 torna-se mais enfático sustentando que: *"a homossexualidade inconsciente é o problema primordial subjacente ao alcoolismo"*. No entanto com esta universalização não concorda Juliusburger (1913)., citado por Rosenfeld (1964), que vê a homossexualidade como apenas um dos fatores do alcoolismo, destacando, por outro lado, o sadismo presente em outros casos. Com esta visão mais abrangente concorda Clark (1919) que chama atenção para a existência de conflitos homossexuais em apenas alguns casos, percebendo em outros a prevalência de traços sadomasoquistas. Kielholz(1924), citado por Rosenfeld (1964), avança nesta direção ao esclarecer que tanto umas(fantasias homossexuais), quanto outras (sádicas) estariam ligadas às ansiedades relacionadas a cena primária.

Rádo (1926) enfatiza que a homossexualidade do toxicômano se desenvolveria sob a influência do masoquismo.

Com estas opiniões não concorda, no entanto, Glover (1932) que não vê relação da toxicomania com a etiologia libidinosa, nem com a regressão oral nem com a homossexualidade. Fenichel (1945), nesta linha acrescenta: "É mais provável que os homossexuais latentes, seduzidos por frustrações sociais, sejam particularmente afetados pelo álcool, e não que este, por seus efeitos tóxicos, seja o que conduz à homossexualidade. (pg. 428)

Tal discordância estaria a indicar que o que para alguns está na base da dependência química, tendo as drogas um papel meramente liberalizante; para outros a dependência química, em si, precisaria ser entendida dentro do referencial perverso.

Isto, como lembra Xavier da Silveira (1995) "*colocaria o toxicômano na fase fálica do desenvolvimento, com as necessárias negações das angústias de castração*". (pg.26)

Nos últimos vinte anos, muito se escreveu sobre a transgressão como elemento central na dependência de drogas, destacando estes autores não só o papel da mãe primitiva, como o do pai, este principalmente como detentor da norma a ser transgredida. Já em 1937 (b) Knight salientava que: "*o pai do alcoolista é, em geral, frio, pouco afetivo, dominador com a família, inconsistentemente severo e indulgente em relação ao filho*". Como este tipo de pai não facilitaria o trabalho do bebê de sair da relação fusional com a mãe, a transgressão pode ser entendida como uma contínua convocação deste pai, sentido como fraco e ausente.

A) ALCOOLISMO

I) DEFINIÇÃO

O alcoolismo pode ser definido como um comportamento crônico e patológico caracterizado por uma preocupação indevida com o álcool, em detrimento da própria saúde e funcionamento global. Pode levar a uso abusivo e a dependência.

Os sinais clínicos fundamentais são: blackouts, problemas no emprego, problemas com a lei e problemas de inter-relacionamento pessoal.

II) EPIDEMIOLOGIA

Há muita variação nos dados sobre alcoolismo, devido às muitas metodologias empregadas, mas os dados mais confiáveis falam em algo em torno de 50 a 90% da população mundial tendo algum contato com o álcool, sendo que 3 a 5% tornam-se alcoólatras. Há uma proporção de aproximadamente 3 homens para cada mulher.

No Brasil dados do Ministério da Saúde revelam que cerca de 10% das internações autorizadas pelo SUS são devido ao uso de álcool. Nas internações psiquiátricas o álcool responde por cerca de 40%.

III) FATORES DE RISCO

Há indicadores familiares revelando um envolvimento genético na gênese do alcoolismo, onde estaria envolvida uma alteração genética enzimática que levaria a uma alteração no metabolismo do álcool.

Fatores ligados a tipos de personalidade, como a passivo-dependente, a depressiva e ao caráter oral também estão associados ao alcoolismo.

Parece haver forte associação entre o distúrbio depressivo e o alcoolismo, além de outros distúrbios psiquiátricos.

Os baixos níveis sociais, levando ao uso de destilados de baixa qualidade favoreceriam o aparecimento da dependência.

Grupos de rico como jornalistas, médicos, artistas, militares, também foram associados significativamente ao alcoolismo.

IV) ESTÁGIOS DO ALCOOLISMO

O alcoolismo tem tido vários tipos de classificações, uma das mais aceitas é a seguinte:

- A) Fase Pré-adição --> Aumento na tolerância.
- B) Fase Pró-dromica -> Blackouts alcoólicos.
- C) Fase Crítica -----> Perda do controle.
- D) Fase Crônica -----> Tolerância diminuída e seqüelas

clínicas.

V) CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Extraído do DSM IV para dependência de substância psicoativa.

A) Pelo menos 3 dos seguintes:

A substância é ingerida em quantidades maiores ou por um período de tempo mais longo do que a pessoa pretendia.

Desejo persistente ou um ou mais esforços infelizes para interromper ou controlar a utilização da substância.

Grande parte do tempo é gasta em atividades necessárias para a obtenção da substância, consumo da substância ou recuperar-se de seus efeitos.

Freqüente intoxicação ou sintomas de abstinência, quando se espera que cumpra obrigações importantes de seu papel no trabalho, na escola ou em casa, ou quando a utilização da substância é fisicamente arriscada.

Desistência ou redução importantes das atividades sociais, ocupacionais ou de lazer por causa da utilização da substância.

Utilização continuada da substância, apesar do conhecimento de ter um problema social, psicológico ou físico persistente ou recorrente que é causado ou exacerbado pelo uso da substância.

Acentuada tolerância, isto é, necessidade de quantidades maiores da substância a fim de obter a intoxicação ou o efeito desejado.

Obs. Os seguintes itens não se aplicam ao uso da maconha, alucinógenos e fenciclidina.

Sintomas característicos de abstinência.

Consumo da substância para aliviar os sintomas da abstinência.

B) Alguns sintomas da perturbação persistiram por pelo menos um mês, ou ocorreram repetidamente por um longo período de tempo.

VI) DISTÚRBIOS ORGÂNICOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL

1) **Neuro Psiquiátricos Agudos**

Surgem do consumo exagerado da substância:

Intoxicação e suas complicações
Intoxicação Patológica
Abstinência Alcoólica
Delirium Tremens

2) **Neuro Psiquiátricos Crônicos**

Surgem das deficiências nutricionais e da má absorção gástrica, bem como da disfunção hepática.

Síndrome de Wernick-Korsakoff
Atrofia Cortical Cerebral
Degeneração Cerebelar
Polineuropatia
Miopatia Alcoólica
Pelagra

3) **Distúrbios Sistêmicos**

Gastrointestinais
Hematológicos
Cardiovasculares

VII) DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS

Esses distúrbios são relacionados à deficiência nutricional, principalmente vitaminas do complexo B, e baixa ingestão de proteínas.

A) SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF

É uma síndrome causada por um distúrbio nutricional relacionado ao álcool. Consiste em um estado agudo, chamado Encefalopatia de Wernicke, e em uma fase crônica, a Psicose de Korsakoff. A encefalopatia aguda pode ser precipitada ou piorada por carboidratos (incluindo glicose intravenosa, a menos que a tiamina seja dada antes ou durante a administração da glicose).

1) Na Encefalopatia de Wernicke, qualquer um dos seguintes pode aparecer primeiro:

- a) Anormalidades do estado mental, especialmente confusão global, falta de atenção e delirium silencioso, hipocinético.
- b) Andar atáxico.

c) Achados oculares, incluindo nistagmo (horizontal e vertical), fraqueza ou paralisia dos músculos lisos laterais, e fraqueza ou paralisia do olhar fixo conjugado.

2) A Psicose de Korsakoff é caracterizada por amnésia anterógrada e retrógrada, insight diminuído, apatia e incapacidade para aprender. Embora a confabulação (fabricação inconsciente de fatos devido ao prejuízo da memória) seja freqüentemente considerada como um sintoma chave, nem sempre está presente.

B) POLINEUROPATIA ALCOÓLICA

É caracterizada por fraqueza progressiva e cansaço muscular. Tipicamente, o cansaço e a fraqueza são bilaterais, envolvendo as pernas, mais do que os braços, e as extremidades distais, mais do que as proximais. A hiper-reflexia está presente, geralmente associada a um limiar elevado a certos estímulos. A lesão primária é a desmielinização segmentaria dos nervos periféricos.

C) AMBLIOPIA ALCOÓLICA

Alteração que acomete os nervos ópticos, quiasmas e tratos, e freqüentemente se apresenta como um turvamento da visão, cursa com fotofobia e desconforto retrobulbar com o movimento dos olhos.

VIII) SÍNDROME ALCOOLICA FETAL

Filhos de mães alcoólatras podem nascer com retardo mental, deficiências de crescimento, defeitos craniofaciais e do tronco, malformação de membros, defeitos cardíacos, desenvolvimento motor retardado.

O risco dessa síndrome chega a 35%.

IX) TRATAMENTO

O princípio básico do tratamento do alcoolismo é a desintoxicação e conscientização da doença por parte do paciente.

O alcoolismo não é mais visto como uma falha moral dos pacientes e sim uma doença, a forte repressão social por parte de familiares e amigos não colabora no tratamento.

1) DESINTOXICAÇÃO

Esta muitas vezes só é possível através da internação do paciente para que este não tenha acesso ao álcool. Ela pode ser evitada quando há grande apoio socio-familiar ao paciente e quando este está firmemente decidido a para de beber. Um exame físico detalhado do paciente deve ser feito, além de exames laboratoriais, principalmente averiguando funcionamento hepático, renal e hemograma completo.

A desnutrição deve ser combatida como dieta hiperproteica, hipercalórica e suplementos vitamínicos, principalmente

vitamina B1, na ordem de 300-900mg/dia. A reidratação deve ser rigorosa, a princípio oral, se esta não for possível, a venosa deve ser feita. Pacientes que fazem síndrome de abstinência costumam ter grande sudorese e picos febris, o que contribui para a desidratação.

Casos de Síndrome de Abstinência devem receber vigilância irrestrita, apoio psicológico integral, do tipo tranqüilizador, benzodiazepínicos, via oral ou intramuscular (a via venosa sempre só deve ser utilizada em último caso) e anticonvulsivantes, pois as convulsões não são incomuns nesta síndrome.

2) DISSULFIRAM

O Dissulfiram é uma droga que inibe competitivamente com a aldeído desidrogenase, assim sendo uma única dose de derivado alcoólico pode causar uma reação tóxica devido ao acúmulo de acetaldeído no sangue. O paciente apresenta náuseas, vômito, rubor, por aproximadamente 60 minutos. Pode haver reação cruzada com vinagre e molhos.

A droga não deve ser dada às escondidas do paciente, este deve sempre estar ciente dos seus efeitos e concordar com seu uso, ela deve ser preferencialmente administrada por um parente próximo, como a esposa, pais ou filhos, pela manhã. Mesmo após duas semanas de parada da ingestão ela ainda pode agir.

Não deve ser administrada em pacientes cardíacos devido aos seus efeitos colaterais.

Uma das vantagens do Dissulfiram é que ela livra o paciente da ruminação sobre beber ou não beber, muitas vezes fonte de intenso sofrimento.

3) SÍNDROMES ASSOCIADAS

Caso existam síndromes psiquiátricas associadas, estas devem ser tratadas. É freqüente a depressão necessitar o uso de antidepressivos.

4) PSICOTERAPIA

Alcoólatras costumam negar a própria doença, o confronto com essa negação deve ser gradual, evitando-se um choque com o paciente que só faria aumentar essa resistência por parte do paciente. O passo inicial é que ele simplesmente concorde com a desintoxicação. O foco principal deve ser no ato de beber em si. Pacientes deste tipo costumam querer "resolver" seus problemas pessoais para então parar de beber, deve ser enfatizado que seu principal problema é a bebida.

5) ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Os AA devem ser uma referência de rotina no tratamento dos alcoólatras. Embora nem todos os pacientes sejam adequados aos AA, sempre devem ser tentados. Eles oferecem um tipo de apoio e receptividade que nem sempre os pacientes dispõem em casa ou no trabalho.

X) SINAIS DE INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA

100mg/dl Atividade motora e fala prejudicadas, comportamento alterado que interfere com o funcionamento social ou ocupacional, capacidade de julgamento prejudicada, fala arrastada, marcha oscilante, afeto instável, verborragia.

200mg/dl Efeito profundo sobre a área motora do cérebro, reflexos prejudicados, severa hipoglicemia.

300mg/dl Falta de responsividade, mas capaz de ser estimulada (estupor), com percepção sensorial severamente perturbada.

400mg/dl falta de responsividade incapaz de ser suscitada (coma), percepção obliterada.

500mg/dl Paralisia respiratória central, acidose metabólica e morte.

XI) SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Sinais e sintomas do Sistema Nervoso Autônomo: Taquicardia, hipertensão, diaforese, febre, tremores Piora dos sintomas e sinais da síndrome inicial.

Alterações comportamentais: Inquietação, irritabilidade, hostilidade, agitação, resposta de alarme exagerada, alucinações, delírios paranóides.

Prejuízo das funções cognitivas: Distratibilidade, prejuízo da concentração, memória e do julgamento, desorientação temporo-espacial, turvação do sensório, curso flutuante.

Sinais e sintomas do trato gastro-intestinal: Anorexia, náusea e vomito, diarreia.

Seqüelas neurológicas: Fraqueza, câibra, tremores, convulsões.

Alterações do sono: Insônia, pesadelos.

XII) ALUCINOSE ALCOÓLICA

A Alucinose Alcoólica é uma síndrome caracterizada por intensas alucinações auditivas com audição de vozes na terceira pessoa, comentadoras sobre o paciente, geralmente denegrindo ou ofendendo o paciente.

XIII) DELÍRIO DE CIÚME

Essa síndrome se caracteriza por uma crença delirante de que o parceiro, o cônjuge, comete traição, essa crença assume proporções fantásticas, em que o paciente acredita que o parceiro o trai até mesmo com os filhos, crianças, etc. O paciente cria as situações mais inusitadas em seu delírio, onde qualquer atividade do cônjuge passa a ser um sinal para o terceiro, gestos comuns passam a ter significados ocultos, etc.

XIV) METABOLISMO DA ALCOOL

Imediatamente Após a absorção, inicia-se a destruição e eliminação. Os rins e pulmões excretam cerca de 10% do álcool ingerido de forma inalterada, o restante sofre oxidação.

O álcool é metabolizado pelas enzimas álcool-desidrogenase (ADH) e aldeído desidrogenase (AldDH), principalmente no fígado. O álcool é convertido em acetaldeído e depois em ácido acético.

B) COCAÍNA

A Cocaína é um alcalóide derivado da *Erythroxylon coca*, planta nativa da Bolívia e do Peru. A cocaína foi isolada em 1860 e após 1884 tornou-se o primeiro anestésico local eficaz. A partir de 1914 foi classificada legalmente como um narcótico junto com a morfina e a heroína.

Hoje, a droga é usada através da inalação, injeção subcutânea ou intravenosa.

I) EPIDEMIOLOGIA

Acredita-se que de 1 a 3% seja a prevalência de uso de cocaína no mundo, principalmente entre jovens de 18 a 25 anos. Existem cerca de 2 homens para cada mulher no universo desta adição.

II) FARMACOLOGIA

A cocaína bloqueia a recaptação dos neurotransmissores dopamina e serotonina, levando a um estado de euforia, o estado de bem estar, elevação do humor e aumento da auto-estima. Os tímidos tornam-se mais sociáveis e aumentam a vontade de falar, ainda que o diálogo seja vazio. Efeitos psicológicos desagradáveis também podem acontecer como tendência à desconfiança de tudo e todos, ansiedade, irritabilidade, estereotípias (comportamento repetitivo de forma não justificável). Seu efeito dura de 30 a 60 minutos, mas alguns metabolitos ativos podem permanecer agindo por até 10 dias, após o efeito, pode advir um período de depressão.

III) EFEITOS BIOLÓGICOS DA COCAÍNA:

Os mais comuns são:

Aceleração do ritmo cardíaco ou menos freqüentemente diminuição.
Dilatação pupilar tornando mais difícil estar em ambientes claros.
Elevação da pressão sanguínea ou menos freqüentemente diminuição da pressão.

Calafrios, náuseas e vômitos.

Perda de peso conseqüente à perda de apetite.

Agitação psicomotora ou menos freqüentemente retardo psicomotor.

Dores musculares, diminuição da capacidade respiratória e arritmias cardíacas.

Recentemente, a relação entre o consumo de cocaína e infarto do miocárdio vem sendo estudada. Os estudos estão confirmando a predisposição ao infarto provocado pela cocaína. A cocaína provoca por um lado aumento do consumo de oxigênio e por outro lado diminuição da capacidade de captação de oxigênio. Caso uma pessoa esteja, sem saber, no limite da capacidade de oxigenação no coração, estará correndo risco de precipitar um infarto.

A intoxicação por uso da cocaína leva aos sintomas acima de forma exacerbada. A morte pode vir por convulsões, depressão dos centros medulares da respiração, levando a morte por parada cardíaca ou respiratória.

IV) ABSTINÊNCIA DE COCAÍNA

Os sintomas alcançam o clímax em 2-4 dias, mas depressão e irritabilidade podem durar semanas. Pode surgir "fissura" pela droga com procura compulsiva. Queixas de cansaço, fadiga, dores, anedonia, também podem aparecer.

V) TRATAMENTO

Tratamento bio-psico-social é indicado e a internação se faz necessária para cessar o uso da droga.

Drogas como Bromocriptina, Desipramina, e Doxepina podem ser úteis.

VI) LESÃO CRONICA

Rinorréia, inflamação do nariz, ulcerações, perfuração do septo nasal, dano à superfície dos pulmões e o uso injetável pode levar a embolia, infecções e flebites.

C) CRACK

No começo dos anos 80 a pasta de coca foi transformada numa forma nova chamada base livre, que permite a volatilização (transformação em vapor) da cocaína, permitindo com que a cocaína pudesse ser fumada. A cocaína inalada em pó é uma apresentação sólida que se dissolve na mucosa nasal antes de ser absorvida. Os vapores do crack vão para os pulmões e são transportados para a corrente sanguínea mais rapidamente conferindo maior rapidez de sensação psicotrópica, a sensação, contudo é a mesma da cocaína bem como os demais efeitos. O nome crack é derivado do ruído característico que é produzido pelas pedras quando estão sendo decompostas pelo fumo.

O crack age por menos tempo do que a cocaína inalada, mas como inicia muito mais rapidamente e mais intensamente que a cocaína há uma espécie de compensação psicológica pelo efeito. O crack é mais barato porque há pouca quantidade de cocaína nas pedras. O tempo para início de ação do crack é aproximadamente 10 segundos e o tempo de duração é de 5 minutos.

O crack é considerado uma jogada de marketing, por ser barato alcança classes econômicas antes não atingidas pelo alto custo da cocaína em pó.

D) MACONHA

Usada no século 19 como analgésico, anticonvulsivante e hipnótico, recentemente tem sido estudada e usada no tratamento do glaucoma e das náuseas produzidas pela quimioterapia do câncer.

Trata-se de uma resina da planta *Cannabis sativa*, o elemento ativo da resina é o tetrahydrocannabinol (THC). Um grau mais potente é o Haxixe, elaborado a partir da resina e do topo das plantas maduras.

II) EPIDEMIOLOGIA

Estima-se nos EUA que cerca de 33% da população usou maconha pelo menos uma vez na vida. Calcula-se hoje em cerca de 6% da população os usuários mais freqüentes. É a droga euforizante mais utilizada.

III) EFEITOS CLÍNICOS

OS efeitos psicológicos incluem euforia, estados oniróides, tranqüilidade e sonolência. A ação culmina em 30 minutos e dura cerca de 2 a 4 horas. Também se relata alterações como hipervigilância, percepção maior de cores e detalhes, lentificação do tempo. Ocorrem ainda congestão das conjuntivas, aumento do apetite, principalmente por doces, taquicardia e boca seca.

O uso crônico pode levar a uma Síndrome Amotivacional com apatia, falta de energia, passividade, lentidão, indolência.

E) CAFEÍNA

A Cafeína está presente no café, chá, refrigerantes a base de cola, cacau, chocolate e muitas medicações para gripe e enxaqueca, e bebidas dita "energéticas".

Uma xícara de café tem cerca de 100 a 150mg de cafeína, o chá tem a metade, refrigerantes mais ou menos 1/3 desta quantidade.

Os efeitos são aumento da vigília, bem-estar, melhor desempenho verbal e motor. Também provoca aumento do peristaltismo, elevação da PA, diurese, secreção de suco gástrico e estimulação do músculo cardíaco.

A farmacologia da cafeína parece envolver o antagonismo dos receptores de adenosina, um neuromodulador e/ou neurotransmissor, pode ainda afetar o sistema dopaminérgico.

A intoxicação por cafeína inclui sintomas como ansiedade, agitação psicomotora, irritabilidade, rubor facial, diurese, insônia.

A abstinência surge 12/24hs após a parada do uso e inclui ansiedade, náusea, inibição psicomotora, anedonia, irritabilidade.

O uso crônico pode levar a gastrite, úlcera gástrica, arritmias cardíacas.

F) NICOTINA

Nicotina é o nome de uma substância alcalóide básica, um líquido de cor amarela com cheiro desagradável e venenoso, que constitui o princípio ativo do tabaco. Seu efeito quando consumida como tabaco manifesta-se de duas maneiras distintas: tem um efeito estimulante e, após algumas tragadas profundas, tem efeito tranqüilizante, bloqueando o stress. Seu uso causa dependência psíquica e física, provocando sensações desconfortáveis na abstinência. Em doses excessivas, é extremamente tóxica: provoca náuseas, dor de cabeça, vômitos, convulsão, paralisia e até a morte. A dose letal (LD50) é de apenas 0.5-1.0 mg/kg em adultos o

que faz dela um veneno muito forte. Na indústria, é obtida através de toda a planta *Nicotiana tabacum*, e é utilizada como um inseticida respiratório (na agricultura) sob a forma de sulfato de nicotina e vermífugo (na pecuária). Pode ainda ser convertido para o ácido nicotínico e, então, ser usado como suplemento alimentar.

I) EPIDEMIOLOGIA

Cerca de 60% da população ocidental já experimentou tabaco e aproximadamente 20% é usuário habitual, porém tem havido uma queda constante dos usuários em função das campanhas massiças contra o fumo e das restrições ao seu uso.

Dados estatísticos indicam que há uma clara correlação entre o número de cigarros fumados diariamente e o risco de morte por câncer no pulmão e doenças cardiovasculares. De acordo com a American Cancer Society, "...mais pessoas morrem todos os dias por doenças relacionadas ao fumo do que por AIDS, álcool, acidentes de carro, incêndios, drogas, assassinatos e suicídios juntos." Numerosos estudos comprovam que o consumo de tabaco causa diversos males à saúde, mas, mesmo assim, todos os dias milhares de jovens e adolescentes começam seu caminho à dependência química da nicotina. Embora existam muitos centros de apoio à recuperação dos drogados (muitos mesmo na internet), e uma enorme campanha educativa para a prevenção ao vício. As pessoas no entanto assumem, conscientemente, o risco real de contrair inúmeros males, tanto pelo efeito de dependência criado pelo tabaco como por vontade própria.

II) FARMACOLOGIA

A Nicotina age no SNC através dos receptores nicotínicos, uma sub classe dos receptores acetilcolínicos. Um cigarro possui 0,5 mg de nicotina e a dose de 60mg é fatal.

A nicotina induz a liberação do neurotransmissor glutamato, que é um neurotransmissor excitatório envolvido na plasticidade sináptica sendo esta uma das possíveis causas para o efeito da nicotina em melhorar a memória (normalmente não pela forma de tabaco, o que reduz a oxigenação cerebral).

O vício do tabaco é causado pelo aumento de dopamina nos circuitos de recompensa do cérebro tal como nas outras drogas viciantes, atualmente põe-se a hipótese que outros compostos no fumo do tabaco que não a nicotina sejam inibidores da Monoamina Oxidase(MAO), que é a enzima responsável pela degradação da dopamina no cérebro, incluindo no circuito de recompensa.

Os efeitos fisiológicos são vasoconstrição periférica, aumento do peristaltismo, aumento das catecolaminas (NA e Ad), estimulação do centro hipotalâmico do prazer, alterações do sono REM e tremores.

III) ABSTINENCIA

A abstinência surge de 90 a 120 minutos após o último cigarro fumado e culmina nas primeiras 24hs, podem durar semanas ou meses e inclui ânsia pelo cigarro, ansiedade, irritabilidade, inquietação, mau humor, ganho de peso.

G) INALANTES

São um vasto grupo de produtos diferentes, usados licitamente em várias das atividades industriais, comerciais e domésticas. São substâncias aspiradas com o objetivo de produzir alterações mentais e ou efeitos de conduta.

Como são voláteis, evaporam a temperatura ambiente, o que facilita que sejam inalados (cheirados) de qualquer recipiente. Popularmente são conhecidos como "cheirinho da loló", "cola de sapateiro", "cheirinho do morro", ou "cheirinho", além de "lança perfume", quando apresentam diversas composições e são usadas ilegalmente.

Os inalantes são drogas usadas há séculos pelo homem. Como prova, temos uma estatueta mexicana de 2000 anos de idade que representa um homem usando um cachimbo para inalar Rapé psicoativo. Sabe-se também que na antiga Grécia, na Palestina bíblica e no antigo Egito usavam-se substâncias inaláveis com intuito de experimentar seus poderosos efeitos.

Com a finalidade de abuso, são usados por grande número de meninos de rua brasileiros e de outros países. São, também, experimentados por uma parcela dos estudantes de 1º e 2º graus. Alguns trabalhadores que têm contato com estes produtos na sua atividade também podem passar a abusar os inalantes.

I) EFEITOS PSICOLÓGICOS

Caso sejam inalados em quantidade suficiente, produzem excitação e euforia (um tipo de alegria). Junto com estes efeitos aparecem a impulsividade e a agressividade. Com quantidades um pouco maiores há confusão, desorientação, visão embaralhada e perda de autocontrole. A sonolência, incoordenação dos movimentos e fala arrastada ocorrem com doses mais altas. Pode haver inconsciência, com sonhos bizarros, alucinações e até convulsões, em estágios mais graves de intoxicação.

Além disto, náuseas, espirros, tosse, salivação e face avermelhada, seguida de palidez, dor de cabeça e cólicas podem acompanhar o quadro. Existem outros sinais que indicam o uso de inalantes: cheiros característicos encontrados nas roupas ou na respiração do usuário ou, ainda, encontrar o produto na pele, como pode acontecer com as colas.

Os efeitos danosos podem ser diferentes, dependendo do tipo de solvente, das doses e do tempo utilizado. Os problemas mais imediatos são os acidentes que o usuário pode sofrer, pela incoordenação motora. Pelo uso crônico, ocorre irritação das mucosas, do sistema respiratório e da pele e pode aparecer lesão no fígado ou no coração. A lesão cardíaca explica as mortes súbitas que ocorrem, às vezes. Há, ainda, atrofia cerebral com diminuição da memória e lesão dos nervos periféricos com diminuição da força ou do fato. Alguns produtos ocasionam alterações do sangue.

A dependência vem com a utilização dos inalantes por vários dias da semana, por longos períodos das suas vidas, em geral com outros usuários. Há o aumento da dose usada algumas vezes, porque, com o tempo, a mesma quantidade de drogas produz menos efeito. Quando o indivíduo pára subitamente de usar o inalante os sinais de abstinência são raros e discretos.

II) EFEITOS CARDIOVASCULARES

Após a inalação de alguns solventes, foi observado em alguns hospitais, um fenômeno de morte súbita, com isso os pesquisadores descobriram que os inalantes podem ter efeitos danosos sobre o funcionamento normal do coração, podem produzir fibrilação ventricular e arritmias, o éter causa taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos) e aumento da pressão arterial deprimem a capacidade de contração do músculo cardíaco.

III) OUTROS EFEITOS

Respiração difícil

Aumento do volume do fígado

Rompimento de vasos sangüíneos nos rins

Inflamações e deformidades vasculares

Lesão de medula óssea, resultando diminuição da produção de glóbulos brancos, vermelhos e anticorpos.

Alterações nos órgãos de reprodução

Hemorragias cerebrais

Insônia e depressão

Redução do campo visual

Alterações dos sistemas auditivo, olfativo, cutâneo e gustativo.

Perda da sensibilidade nas mãos e nos pés

Demência senil

IV) ORIGEM

Na maioria, são derivadas do petróleo.

Benzina, éter, clorofórmio, tolueno, benzeno, metanol, querosene, gasolina, acetona, tetracloreto de carbono (tira-manchas e limpeza de tapetes e carpetes), óxido nitroso (gás hilariante), thinner, errorex, esmalte para unhas, tintas em geral, fluído para isqueiro, fibras sintéticas (orelhão), desodorantes, spray para cabelo, limpador e polidor de móveis e carros, cola de sapateiro e de aerodelismo, lança-perfume (mistura de éter com clorofórmio) e o álcool.

H) ESTIMULANTES DO SNC

I) ANFETAMINAS

As drogas mais conhecidas deste grupo são a dextroanfetamina (dexedrine), metanfetamina (methedrine) e o metilfenidato (ritalina), sulfato racêmico de anfetamina (benzedrine).

Usadas inicialmente para tratar parkinsonismo pós-encefalítico, depressão, narcolepsia, hiperatividade e até asma, foi na década de 70 que seu uso se tornou epidêmico como estimulante.

a) MECANISMO DE AÇÃO

Essas drogas agem no SNC pela liberação de catecolaminas (dopamina e noradrenalina) nos terminais pré-sinápticos. O uso de 5mg produz bem-

estar, melhora de desempenho, mais força física, diminui a fadiga, eleva o limiar da dor, induz anorexia.

b) EFEITOS FÍSICOS ADVERSOS

Dependem da resposta à dose individual, incluem ondas de calor, palidez, cianose, febre, cefaléia, taquicardia, palpitações, aumento da PA, náusea, vomito, tremor, ataxia. Pode levar a morte por parada cardíaca, derrame, abalos muscular, convulsão, coma e morte.

c) EFEITOS PSICOLÓGICOS ADVERSOS

Inquietação, disforia, logorréia, insônia, irritabilidade, hostilidade, confusão, ansiedade e pânico.

A intoxicação por altas doses pode levar a idéias de auto-referencia, idéias paranóides, pseudo-alucinações táteis e sua evolução benigna cessa em 48hs. Quando o efeito das altas doses cessa vem a sensação de colapso, que inclui ansiedade, tremor, disforia, letargia, fadiga, pesadelos, cefaléia, sudorese profusa, câibras, dor abdominal e fome intensa. Quando o colapso se estende por mais de 24hs, caracteriza-se a Síndrome de Abstinência, o ápice esta síndrome ocorre em 48-72hs e o pico maior é de depressão grave com idéias de suicídio.

Uma parcela dos usuários pode desenvolver Síndromes psicóticas com delírios proeminentes semelhante à esquizofrenia e delirium.

II) ALUCINÓGENOS

Os principais alucinógenos naturais são a psilocibina e a mescalina e os sintéticos são a dietilamina do ácido lisérgico (LSD) e a fenciclidina (PCP).

Sua ação se caracteriza por efeitos simpaticomiméticos, afetando os sistemas das catecolaminas, dopamina, acetilcolina e GABA.

Os efeitos clínicos se caracterizam por midríase, palpitações, diaforese, visão turva, tremores, delirium, alucinações visuais intensas, aumento dramático das percepções, regressão, resgate de memórias passadas.