

# Curso de Capacitação Dependência Química



**Módulo 4:**  
**Cocaína e Crack**

**Unidade 3:**  
**OUTRAS DROGAS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

**COMITÊ GESTOR - UNASUS/UFMA**

COORDENADORA GERAL

*Ana Emília de Figueiredo Oliveira*

COORDENADOR ADJUNTO

*Eurides Florindo Castro Jr.*

COORDENADORA DO CURSO

*Christiana Leal Salgado*

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

*João Carlos Raposo Moreira*

COORDENADOR DE DESIGN

*Hudson Francisco de A. C. Santos*

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

*Rômulo Martins*

COORDENADORA PEDAGÓGICA

*Patrícia Maria Abreu Machado*

COORDENADORA TUTORIA

*Maiara Marques*

COORDENADORA EXECUTIVA

*Fátima Gatinho*

**PRODUÇÃO**

REVISÃO ORTOGRÁFICA

*João Carlos Raposo Moreira*

REVISÃO TÉCNICA

*Christiana Leal Salgado*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

DESIGN GRÁFICO

*Douglas Brandão França Junior*

DESIGN INSTRUCIONAL

*Luan Passos Cardoso*

ORGANIZADORES

*Ana Emília Figueiredo de Oliveira*

*Christiana Leal Salgado*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

*Ricardo Abrantes do Amaral*

*Rodrigo da Silva Dias*

*Hermano Tavares*



# **Dependência Química**

JOSÉ ELIÉZIO DE AGUIAR

**Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**  
**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)  
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

**Adaptação:**

Christiana Leal Salgado  
Patrícia Maria Abreu Machado

**Normalização:**

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

**Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA**

**Cocaína e crack: módulo 4/José Eliézio de Aguiar (Org.). - São Luís, 2013.**

**16f. : il.**

**1. Drogas. 2. Drogas-efeitos. 3. Transtornos psiquiátricos. 4. UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Machado, Patrícia Maria Abreu. IV. Amaral Ricardo Abrantes do. V. Dias, Rodrigo da Silva. VI. Tavares, Hermano. VII. Título.**

**CDU 616.8:616.12**

## **Autor**

---

### **JOSÉ ELÍZIO DE AGUIAR**

Médico psiquiatra. Assistente do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREa) do IPq-HC-FMUSP.

# Apresentação

---

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde seguindo um modelo de programa interfederativo. A Universidade Federal do Maranhão – UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso ferramentas educacionais de alta qualidade, que auxiliem e enriqueçam o dinamismo do ensino e da aprendizagem.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Dependência Química, disponibilizado no modelo Ensino a Distância (EaD), destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira que abrange diversas áreas da Saúde Mental, utiliza tecnologias educacionais como ferramentas de aprendizado para disponibilizar um programa de qualificação profissional, contribuindo, no exercício de sua prática, novas habilidades e competências adequadas as novas demandas profissionais.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, é uma rede compartilhada de apoio presencial e a distância, responsável pelo processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas que objetiva a certificação educacional compartilhada. Dessa forma, é possível levar a cada profissional de saúde oportunidades de novos aprendizados com a utilização de material auto-instrucional, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. Esperamos que você, leitor, aprecie este material que foi elaborado visando, especialmente, o seu aperfeiçoamento profissional. Vamos juntos construir uma nova era de Saúde Mental.

**Seja bem-vindo a este curso!**

***Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.***

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

***Christiana Leal Salgado, MSc***

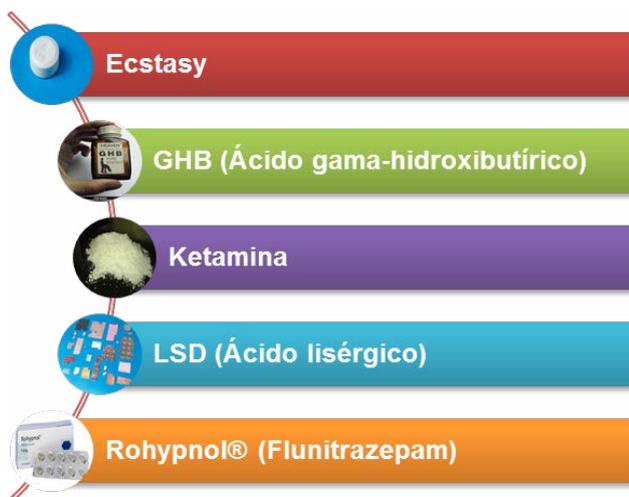
Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

# SUMÁRIO

1	OUTRAS DROGAS.....	8
1.1	Principais substâncias.....	8
1.2	Club drugs.....	10
1.2.1	Principais efeitos do LSD.....	11
1.3	Inalantes.....	11
1.4	Benzodiazepínicos.....	12
1.5	Anfetaminas e Metanfetaminas.....	13
	REFERÊNCIAS.....	14

## 1 OUTRAS DROGAS

O termo *club drugs* refere-se a uma variedade de substâncias de abuso que são cada vez mais frequentemente utilizadas por adolescentes e jovens adultos no contexto de saídas à noite em discotecas, *raves* e bares, com o objetivo de aumentar energia, resistência, sociabilidade e excitação sexual (KAUSTAV; RAJARSHI; DEBASISH, 2011). Nesta categoria, estão incluídos:



As *raves*, festas que acontecem longe dos centros urbanos ou em galpões, com música eletrônica, se popularizaram no Reino Unido no final dos anos 80. Caracterizadas por som alto eletrônico e iluminação com laser, geralmente acontecem em sítios, galpões, locais abandonados ou outros ambientes ao ar livre, com longa duração. Porém, apesar da denominação, nem todos os frequentadores de *rave* usam as *club drugs*, e seu uso não é restrito a esse ambiente.

O II Levantamento Doméstico sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, divulgado em 2005, verificou aumento do uso na vida (0,6% x 1,1%), no ano (0,0 x 0,3%) e no mês (0,0 x 0,2%) dessas substâncias em relação ao estudo de 2001, com idade média de iní-



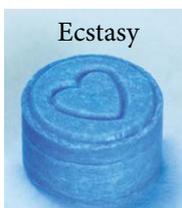
cio de uso aos 20,2 anos e predominância na região Sudeste (CEBRID, 2005).



### ATENÇÃO!

O consumo dessas substâncias pode trazer inúmeros problemas, incluindo alterações de comportamento e cognitivas, comportamento sexual de risco e até coma e morte.

### 1.1 Principais substâncias



Ecstasy

Sintetizada em 1914 pelo laboratório Merck como moderador de apetite, a 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) nunca chegou a ser comercializada para este fim.

Devido aos seus efeitos euforizantes, consagrou-se em ambientes de *rave* e ficou conhecida por diversos nomes - XTC, E, Ecstasy, Adam, Hug Drug.

Suas formulações, além do MDMA, costumam misturar variadas doses de outras substâncias, como anfetamina, efedrina, pseudo-efedrina, ketamina e cafeína. Geralmente apresenta-se em comprimidos com cores e relevos de apelo publicitário, para uso por via oral. Conforme a cor e o desenho impresso nos comprimidos, ganha apelidos diferentes e valor comercial (SOUZA, 2003).

O MDMA age sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), sua administração é predominantemente por via oral, mas também existem as vias inalatória, retal e fumada. Os efeitos buscados pelos usuários incluem aumento da empatia, percepção de memórias inconscientes, sentimento de proximidade com as outras pessoas, aumento de sensações emotivas e sensuais, paz, euforia, aumento da autoestima e despreocupação.

Em baixas doses, pode trazer efeitos adversos como taquicardia, hipertensão, trismo, bruxismo,

cefaleia, náuseas, tremores, nistagmo, ataxia e alucinação visual. Em doses elevadas, somam-se a esses sintomas: aumento do tônus muscular, hipertermia, hepatotoxicidade, insuficiência renal aguda, rabdomiólise, pânico e até morte. Podem ficar como efeitos residuais: insônia, dor muscular e fadiga. Os efeitos crônicos podem ser depressão, náuseas, fadiga, crises de pânico e ansiedade, insônia, irritabilidade e psicose. O tratamento da intoxicação deve abordar os sinais e sintomas, já que não há um antídoto ou inibidor farmacológico específico. Se houver hipertermia, retirar as roupas, hidratar, umedecer partes do corpo e permanecer em local resfriado (SOUZA,2003).

### GHB – Ácido gama-hidroxibutírico

Conhecido popularmente como G, Ecstasy Líquido, Easy Lay, Fantasy, Água Salgada, Droga do Estupro e Boa Noite Cinderela, o ácido gama-hidroxibutírico foi produzido na década de 1960 como um derivado do ácido gama-aminobutírico (GABA) e usado por suas propriedades anestésicas.



Devido a efeitos adversos, sua venda foi proibida nos Estados Unidos da América (EUA) em 1990, resurgindo no mercado em 2002, com a aprovação do *Food And Drug Administration* (FDA) para o tratamento de narcolepsia. Apresenta-se geralmente sob a forma de um pó branco ou um líquido inodoro, incolor e insípido ou levemente salgado, muitas vezes misturado com bebidas alcoólicas. Trata-se de um depressor do SNC, é administrado por via oral, sob a forma de pó ou líquido, começa a fazer efeito após cerca de 20 minutos e dura de 3 a 4 horas.

Em baixas doses, produz desinibição, sociabilidade, sensação de embriaguez, aumento de libido e amnésia. Pelo seu efeito anabólico, já foi muito utilizado por fisiculturistas na década de 1980. Em do-

ses maiores, diminui a coordenação motora, causa náuseas, vômitos, fala incoerente, confusão mental, bradicardia, alucinação, convulsões, depressão respiratória e até coma e morte. Devido à sua capacidade de sedar, provocar amnésia e impossibilitar a vítima de reagir, é uma substância utilizada em crimes sexuais. A dependência pode se desenvolver após padrão de uso continuado. A síndrome de abstinência, até 12 horas depois da última dose, pode causar insônia, tremor, ansiedade, taquicardia, hipertensão, confusão, náuseas e vômitos, podendo evoluir para confusão mental e agitação psicomotora. Na intoxicação aguda, o tratamento consiste em suporte clínico geral, com ênfase no sistema respiratório. Para a síndrome de abstinência, podem ser utilizados os benzodiazepínicos e barbitúricos (MORTIZ,2000).

### Flunitrazepam (Rohypnol®, Rohydorm®)

Conhecido popularmente como Rophies, Mexican Valium, Forget-me Pill e Boa Noite Cinderela,



o flunitrazepam é um benzodiazepínico proibido nos EUA e no Canadá e vendido legalmente em vários outros países, inclusive no Brasil. É depressor do SNC, e assim como o GHB, apresenta-se geralmente sob a forma de comprimido inodoro, incolor e insípido. Os comprimidos podem ser aspirados ou ingeridos por via oral. Possui meia-vida entre 16 horas e 35 horas, metabolismo hepático e excreção renal. Atravessa a barreira placentária.

Em baixas doses, o Flunitrazepam provoca certa euforia, sensação de relaxamento e tranquilidade. Em doses maiores, pode produzir sonolência, confusão mental, perda de consciência e amnésia anterógrada. Tal efeito faz com que o indivíduo não se lembre do que ocorreu enquanto estava sob o efeito da droga, facilitando seu uso em sequestros e crimes sexuais. A associação com álcool potencializa o efeito de ambos, podendo levar ao coma e à morte.

O tratamento da intoxicação aguda deve seguir os fundamentos de suporte de vida, podendo ser usada intervenção farmacológica. No caso do uso crônico, o paciente pode desenvolver síndrome de dependência, com sintomas de tolerância e abstinência, devendo ser tratado como nos casos de dependência de outros benzodiazepínicos (RIBEIRO; MARQUES, 2003).

### Ketamina



Sintetizada em 1962, foi usada em humanos pela primeira vez em 1965. Consagrou-se como anestésico durante a Guerra do

Vietnã e começou a ser utilizada na década de 1970 como uma droga recreacional. É popularmente conhecida como Special K, Vitamina K, Kit Kat, Jet, Super K, Boa Noite Cinderela. Derivada da Fenilciclidina (PCP) pode ser encontrada em forma de pó, líquido ou comprimido. A sua ingestão é principalmente por via inalatória, também pode ser usada injetada, deglutida ou fumada. Seu efeito se inicia entre 15 a 20 minutos após a ingestão, durando de 20 a 45 minutos. Tem metabolização hepática, meia-vida de duas horas e excreção renal.

A intoxicação aguda em doses baixas pode causar uma sensação de leveza, melhora do humor, despersonalização, prejuízo no contato com a realidade e alucinações. Os indivíduos ficam com a percepção comprometida e sons e imagens parecem se destacar no meio ambiente. Em altas doses, pode provocar taquicardia ou bradicardia, hipotensão, dilatação pupilar, depressão respiratória, amnésia, sonhos vívidos, convulsões, coma e morte.

Devido às suas propriedades alucinógenas dissociativas, o usuário fica suscetível a crimes sexuais, oferecendo pouca resistência no momento e tendo poucas lembranças depois. O tratamento da intoxicação aguda deve levar em conta alguns de seus possíveis efeitos, que podem durar de poucos

minutos a várias horas: agitação psicomotora, bradicardia, hipotensão, dentre outros. O uso crônico de ketamina pode levar à tolerância e fissura pela droga, porém, há poucos relatos de abstinência.

## 1.2 Club drugs

### LSD

**A dietilamida do ácido lisérgico (LSD) é um alucinógeno sintético popularmente conhecido como ácido, doce, quadrado, papel ou bicicleta. Tem efeito alucinógeno e perturbador do SNC.**

**A substância foi primeiramente sintetizada pelo químico suíço Albert Hofmann em 1938, com o intuito de usar derivados da ergotamina para conter o sangramento no parto. Em 1943, ingeriu acidentalmente a substância no laboratório e, em seguida, voltou para casa na sua bicicleta, tomando conhecimento de seus efeitos alucinógenos.**

**Nos anos seguintes, alguns psicanalistas chegaram a utilizar o LSD em pacientes como adjunto ao tratamento. Por volta de 1960 teve início o uso recreacional e, em 1966, a substância foi banida nos Estados Unidos da América (EUA).**

**Apresenta-se como comprimido, tablete de açúcar, cápsula ou líquido. Sua forma mais comum são folhas de papelão impregnadas com a substância e picotadas em pequenos quadrados (doses individuais) com desenhos característicos. O seu efeito começa de 30 a 90 minutos após a administração oral; seu metabolismo é hepático, sua meia-vida é de duas horas e a excreção é renal.**

**As sensações experimentadas durante a intoxicação são chamadas de "Viagens", que dependem não só da quantidade ingerida, mas de aspectos individuais do usuário e do ambiente.**

### 1.2.1 Principais eFeitos do LSD



Fonte: coletivodar.org

- Euforia e bem-estar
- Intensificação do paladar e tato
- Modificação das sensações, sinestésias
- Alucinações auditivas e visuais

Pode haver taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese, midríase, náuseas e tonturas, e a pessoa pode perder a habilidade de avaliar situações de perigo. A Viagem Ruim, ou *Bad Trip*, é uma reação aguda e bastante desconfortável, caracterizada por disforia, medo, agitação, sensação de despersonalização, ansiedade intensa e pânico. Em longo prazo, pode ocorrer flashbacks: experimentação de sintomas associados à intoxicação aguda, após os efeitos agudos terem passado.

Cerca de 15% dos usuários apresentam esse fenômeno, de meses a anos depois do último uso. Seu consumo repetitivo induz à tolerância, de forma que seus usuários aumentam as quantidades para produzir o mesmo efeito; esta é perdida se o usuário interromper o uso, e não há descrição de síndrome de abstinência. O tratamento do paciente que chega a um serviço de emergência em decorrência das *Bad Trips* ou *Flashbacks* inclui o suporte clínico geral e o *screening* de detecção de outras drogas que eventualmente foram usadas concomitantemente (KAUSTAV.; RAJARSHI; DEBASISH, 2011).

### 3.3 Inalantes

#### Introdução e Definições

Inalantes são substâncias voláteis, altamente lipossolúveis e rapidamente absorvidas pelo pulmão. Há uma grande gama de substâncias, sendo a maioria hidrocarbonetos, nitritos ou óxido nitroso. Estão

presentes em gasolina, solventes, cola, verniz, tinta, fluido de isqueiro, removedores, esmalte, benzina, gás de cozinha, inseticida, lança perfume e outras dezenas de produtos. Por ser de fácil acesso, legal e barato, acaba se tornando um problema comum, principalmente entre adolescentes.



Fonte: infodrogasdotnet.wordpress.com

Os inalantes são depressores do sistema nervoso central e os gases aspirados são rapidamente absorvidos pelos pulmões e distribuídos na corrente sanguínea. Os efeitos se iniciam em segundos e podem durar até 45 minutos. Após a inalação, o indivíduo passa geralmente por quatro fases que são descritas a seguir:

#### PRIMEIRA FASE (FASE DESEJADA)

O indivíduo fica eufórico, excitado, podendo apresentar alucinações auditivas e visuais

#### SEGUNDA FASE

Nessa fase há uma depressão do sistema nervoso, com confusão, desorientação, voz pastosa, dor de cabeça e palidez.

#### TERCEIRA FASE

A depressão se acentua, com incoordenação ocular e motora e reflexos deprimidos.

#### QUARTA FASE

O indivíduo nessa fase pode apresentar queda de pressão, convulsões, inconsciência e até morte. Ao longo do período, pode ocorrer também asfixia, sufocamento, vômitos, agitação, comportamento violento, depressão respiratória, arritmia, acidose metabólica e morte súbita, que geralmente se dá por colapso cardiovascular. O tratamento da intoxicação aguda deve priorizar o suporte básico à vida, com possível suplemento de oxigênio (KAUSTAV.; RAJARSHI; DEBASISH, 2011).

## 1.4 Benzodiazepínicos

### Introdução e Definições

Em 1961, o Clordiazepóxido deu início à comercialização dos benzodiazepínicos. Com propriedades ansiolíticas, hipnóticas, sedativas, relaxantes musculares e anticonvulsivantes, essas medicações têm sido amplamente utilizadas no Brasil, com predomínio no sexo feminino e em maiores de 35 anos. Os benzodiazepínicos têm função depressora do sistema nervoso central e após administração por via oral, os benzodiazepínicos são rapidamente absorvidos no trato gastrointestinal. Os benzodiazepínicos podem se diferenciar de acordo com a meia-vida:

- **Benzodiazepínicos de meia-vida curta (até 10 horas).**
- **Ex: lorazepam, midazolam;**
- **Benzodiazepínicos de meia-vida intermediária (10 a 24 horas).**
- **Ex: Clonazepam;**
- **Benzodiazepínicos de meia-vida longa (maior que 24 horas).**
- **Ex: clobazam, diazepam.**



Apesar de os benzodiazepínicos terem propriedades farmacológicas em comum, algumas são mais presentes em determinados tipos. O alprazolam, por exemplo, é predominantemente ansiolítico, enquanto o midazolam é sedativo e hipnótico.

### Intoxicação aguda

O manejo da intoxicação aguda deve ser bem conhecido, já que os benzodiazepínicos são drogas muito utilizadas em tentativas de suicídio e presentes em muitas intoxicações acidentais por medicamentos. Os pacientes podem apresentar

rebaixamento do nível de consciência, respiração e reflexos, chegando a bradicardia, hipotensão, hipotermia, ataxia e nistagmo. Na maioria dos casos, a evolução é benigna, mas há relatos de coma e morte. A gravidade, por sua vez, é influenciada pela dose, pela idade, pelo estado clínico do paciente e pelo uso de outros depressores do SNC.

### Síndrome de abstinência

A retirada abrupta de um benzodiazepínico pode causar uma série de sintomas, incluindo o reaparecimento dos sintomas iniciais pré-tratamento, sintomas rebote (piora dos sintomas iniciais) e síndrome de abstinência. A duração e gravidade dependem da meia-vida da medicação (menor a meia-vida, maior o potencial de sintomas), da potência (maior a potência, maior o potencial de sintomas), da gravidade da dependência e da dose utilizada. Entre os sintomas, podem aparecer: ansiedade, alucinações, agitação, delírio, depressão, apatia, indisposição, prejuízo de memória e concentração, pesadelo, ataxia, náuseas e vômitos, tremores, hipotensão postural, cefaleia, tontura, letargia, fraqueza, mal-estar, anorexia, perda de peso, além da tríade disforia, hipoacusia e gosto metálico na boca. A melhor técnica de tratamento é a retirada gradual da medicação, que pode ser feita com redução de 25% da dose por semana ou negociando diretamente com o paciente. Para os que não conseguirem concluir o plano de redução, pode-se trocar por um benzodiazepínico de meia-vida mais longa e, a partir daí, seguir a diminuição. Além disso, suporte psicossocial é fundamental (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010)

### Síndrome de dependência

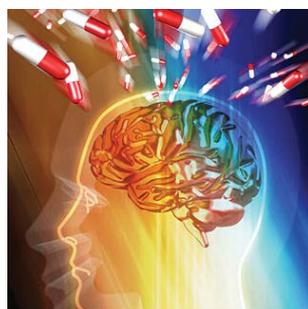
Geralmente instala-se de maneira insidiosa, ao longo de anos de uso da medicação, com desenvolvimento de tolerância e, na tentativa de retirada, aparecimento de sintomas de abstinência. A abordagem deve incluir o tratamento da síndrome clínica, a retirada gradual ou troca de benzodiazepínico, a

troca por outra classe de medicação sem potencial de dependência e intervenções psicossociais.

## 1.4 Anfetaminas e Metanfetaminas

### Introdução e Definições

Sintetizadas pela primeira vez em 1887 na Alemanha, a primeira versão comercial das anfetaminas foi lançada em 1932 na França como descongestionante nasal. Devido a seus



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

efeitos estimulantes do Sistema Nervoso Central, foram usadas na Segunda Guerra Mundial para melhorar a performance dos soldados. Na década de 70, começou a haver um controle na sua comercialização, ao mesmo tempo em que o uso recreacional começou a se expandir. Atualmente, algumas anfetaminas possuem indicações médicas para narcolepsia e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; sua utilização para tratamento de obesidade foi recentemente proibida no Brasil. Fora isso, é utilizada sem recomendação médica por pessoas que buscam aumento de performance física e psíquica e de forma recreacional (MAXWELL, 2005).

### Anfetaminas de possível uso médico

D-anfetamina, Metanfetamina, Fenfluramina, Metilfenidato, Pemolide, Dietilpropiona, Fenproporex, Anfeparamona e Mazindol. Vale lembrar que cada país tem sua política sobre venda e uso.

### Anfetaminas sem uso médico

MDMA - 3,4-metilenedioxi-metanfetamina - Ecstasy (tratada separadamente nesta seção); Metanfetamina e derivados: Crystal Meth, Meth, Crystal, Ice, Shab; 4-metilaminorex: Ice.

### SAIBA MAIS!

As anfetaminas são estimulantes do Sistema Nervoso Central e podem ser utilizadas via oral, intravenosa, inalada, fumada ou por supositórios. Os

seus efeitos são capazes de gerar quadros de euforia, provocar vigília, atuar como anorexígenos e aumentar a atividade autonômica dos indivíduos. Ao mesmo tempo, podem levar a quadros ansiosos agudos, irritabilidade, tremores, labilidade de humor, cefaleia, calafrios, vômitos, sudorese e verborragia.



Fonte: [www.idt.pt](http://www.idt.pt)

Seu uso intravenoso, pouco comum no Brasil, produz um quadro de intenso prazer, sensação de poder, hiperexcitabilidade, euforia e aumento de libido. Podem surgir sintomas paranoides, além de tolerância e fissura. Os cristais de metanfetamina causam intensa sensação de euforia, energia, excitabilidade. Por outro lado, podem cursar com bruxismo, trismo, tiques, anorexia e psicose. A overdose pode cursar com hipertensão, hipertermia, convulsões, colapso cardiovascular e morte. Já a Síndrome de Abstinência pode apresentar fissura intensa, ansiedade, agitação, pesadelos e humor depressivo. Para tratar a intoxicação aguda e a overdose, é necessário manter as vias aéreas abertas, monitorar os sinais vitais por pelo menos 6 horas e tratar possíveis complicações. Dentre elas, a agitação psicomotora e as complicações cardiovasculares.

Para o tratamento da dependência, nenhuma medicação se mostrou eficaz até o momento. Pelo fato de grande parte dos usuários de anfetaminas consumirem múltiplas drogas, deve-se considerar a abordagem para todas as substâncias. A Terapia Cognitivo Comportamental e a Técnica dos 12 Passos têm apresentado resultados favoráveis. As anfetaminas são capazes de causar dependência, porém, boa parte dos usuários não procura ajuda (RIBEIRO; MARQUES, 2013).

## REFERÊNCIAS

BASS, M. Sudden sniffing death. **JAMA**, v.212, p.2075, 1970.

BRITT, Gena Covell; McCANCE-KATZ, Elinore F. A brief overview of the clinical pharmacology of "Club Drugs". **Substance use Misuse**, v.4 (souza,0, p.1189-12, 2005. Disponível em: < [https://www.erowid.org/referencas/refs\\_view.php?A=ShowDocPartFrame&ID=6895&DocPartID=6313](https://www.erowid.org/referencas/refs_view.php?A=ShowDocPartFrame&ID=6895&DocPartID=6313)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/populacao\\_brasileira/II\\_levantamento\\_nacional/Substancia/326823.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/populacao_brasileira/II_levantamento_nacional/Substancia/326823.pdf). Acesso em: 4 nov. 2013.

CHUDNOFSKY, C.R. et al. A combination of midazolam and ketamine for procedural sedation and analgesia in adult emergency department patients. **Acad Emerg Med.**, v.7, n.3, p.228-35, mar. 2000.

CORSSEN, G.; DOMINO, E.F. Dissociative anesthesia: further pharmacologic studies and first clinical experience with the phencyclidine derivative CI-581. **Anesth Analg.**, v.45, p.29, 1966.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.; LARANJEIRA, R. **Tratamento farmacológico da dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

DuPONT, R.L. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy - addiction medicine and the primary care physician. **West J Med.** v.152, p.600-27, 1990.

EDWARDS, K.E.; WENSTONE, R. Successful resuscitation from recurrent ventricular fibrillation secondary to butane inhalation. **Br J Anaesth**, v.84, p.803, 2000.

FANTEGROSSI, W.E.; MURNANE, K.S.; REISSIG, C.J. The behavioral pharmacology of hallucinogens. **Biochem Pharmacol.**, v.75, p.17, 2008.

FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

GAHLINGER, P.M. Club drugs: MDMA, GHB, Roypnol and Ketamine. **Am Fam Physician.**, v.69, n.11, p.2619-26, jun. 2004.

GINDRE, G. et al. Late ventricular fibrillation after trichloroethylene poisoning. **Ann Fr Anesth Reanim**, v.16, p.202, 1997.

GORENSTEIN, C.; POMPÉIA, S. Farmacocinética e farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999.

- GREEN, S.M. et al. Intramuscular ketamine for pediatric sedation in the emergency department: safety profile in 1,022 cases. **Ann Emerg Med.**, v.31, p.688, 1998.
- HARRIS, D.; MIRZA, Z. Butane encephalopathy. **Emerg Med J.** v.22, p.676, 2008.
- KAUSTAV, C.; RAJARSHI, N.; DEBASISH, B. Club drugs: review of the 'rave' with a note of concern for the Indian scenario. **Indian J Med Res.**, v.133, n.6, p.594-604, jun. 2011.
- LARANJEIRA, Ronaldo; CASTRO, Luís André. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência.** São Paulo: Edusp, 1999.
- MAXWELL, J.C. Party Drugs: properties, prevalence, patterns and problems. **Subst Use Misuse**, v.40, n.9-10, p.1203-40, 2005.
- MORO, Eduardo Toshiyuki; FERRAZ, Alexandre A. Fontana; MÓDOLO Norma Sueli Pinheiro. Anestesia e o usuário de Ecstasy. **Rev Bras Anesthesiol.**, Campinas, v.56, n.2, p.183-8, mar./ abr. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000200010&script=sci_arttext). Acesso em: 4 nov. 2013.
- MORTIZ, F. et al. Esmolol in the treatment of severe arrhythmia after acute trichloroethylene poisoning. **Intensive Care Med.**, v.26, p.256, 2000.
- NICHOLSON, K.L.; BALSTER, R.L. GHB: a new and novel drug of abuse. **Drug Alcohol Depend.**, v.63, n.1, p.1-22, jun. 2001.
- NIDA. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/nidahome.html>>. Acesso em: 20 out. 2013.
- NÚCLEO EINSTEIN DE ÁLCOOL E DROGAS. Hospital Israelita Albert Einstein. **Neurobiologia da dependência química: parte IV: o Sistema de Recompensa.** 2009. Disponível em: [http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as\\_115.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_115.htm). Acesso em: 4 dez. 2013.
- RAMO, D. et al. Typology of club drug use among young adults recruited using time-space sampling. **Drug Alcohol Depend.**, v.107, n.2-3, p.119, mar. 2010.
- RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. **Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência-Afetamina.** Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: <[http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/003.pdf](http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/003.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2013.
- SANDERS, R.D.; WEIMANN, J.; MAZE, M. Biologic effects of nitrous oxide: a mechanistic and toxicologic review. **Anesthesiology**, v.109, p.707, 2008.
- SOUZA, L.M.V. et al. Revisão toxicológica e tratamento da intoxicação pelo êxtase. **Rev. Neurociências**, v.11, n.1, p.18-22, 2003.

Wu, L.T.; PILOWSKY, D.J.; SCHLENGER, W.E. Inhalant abuse and dependence among adolescents in the United States. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.43, n.10, p.1206-14, out. 2004.