



apresentam

CONVERSANDO SOBRE DROGAS

Tadeu Lemos

Médico, doutor em neurociência e professor associado do Departamento de Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), médico do ambulatório de dependência química do Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFSC, Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do IPq/SC



DOENÇA

CÉREBRO

NEGLIGENCIA
BANALIZAÇÃO

VÍCIO
ABUSO

EFEITO
DA
DROGA

VIOLÊNCIA
CRIME

PRECONCEITO
ACOMODAÇÃO

SOCIAL

FAMÍLIA
INDIVÍDUO

POLÍTICA
ESTADO

HIERONYMUS BOSCH – Jardim das Delícias Terrenas (1502 ?), Museu do Prado, Madrid



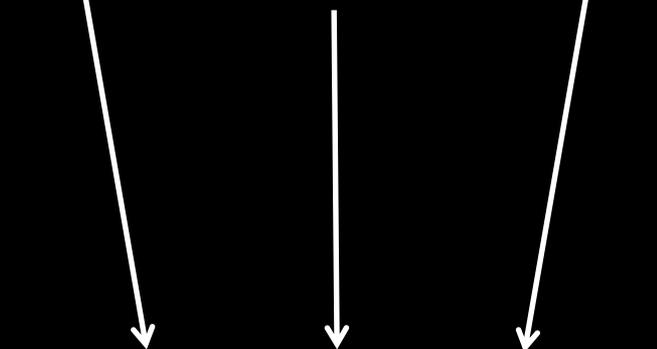
RAZÃO

EMOÇÃO



PRAZER

COMPORTAMENTO



CONCEITOS BÁSICOS

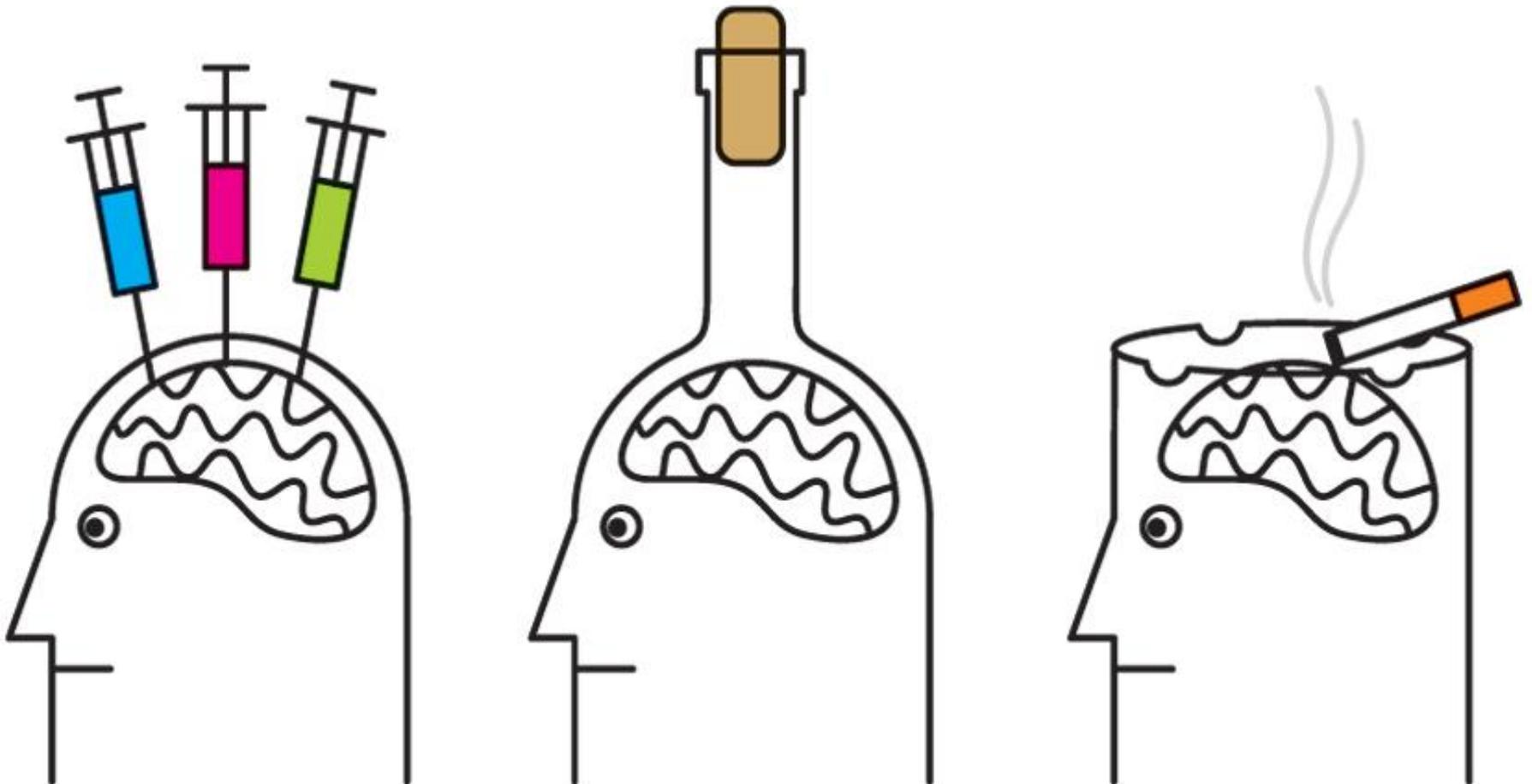
USO

ABUSO

DEPENDÊNCIA



EFEITO DA DROGA



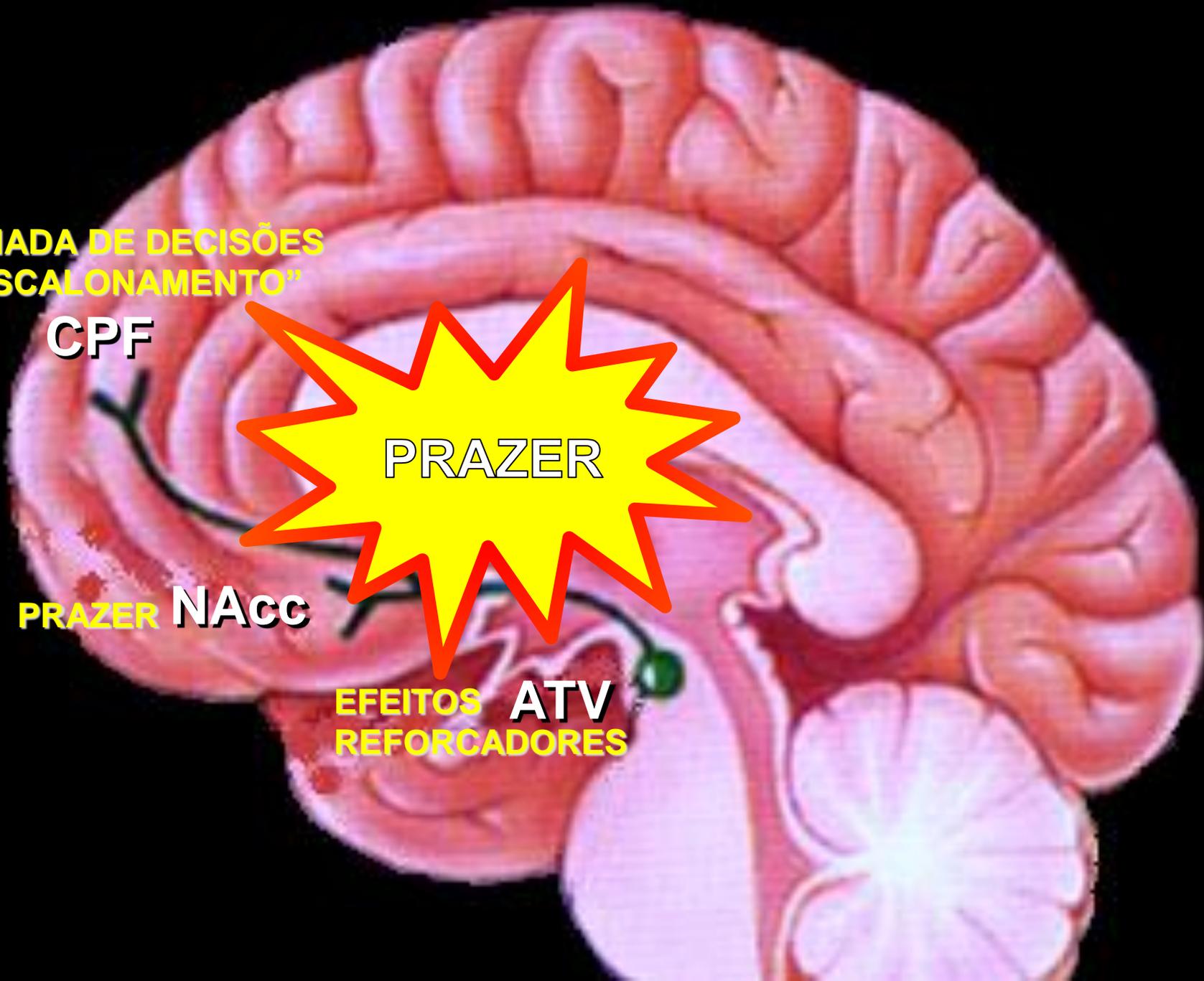
**TOMADA DE DECISÕES
"ESCALONAMENTO"**

CPF

PRAZER

PRAZER NAcc

**EFEITOS ATV
REFORÇADORES**



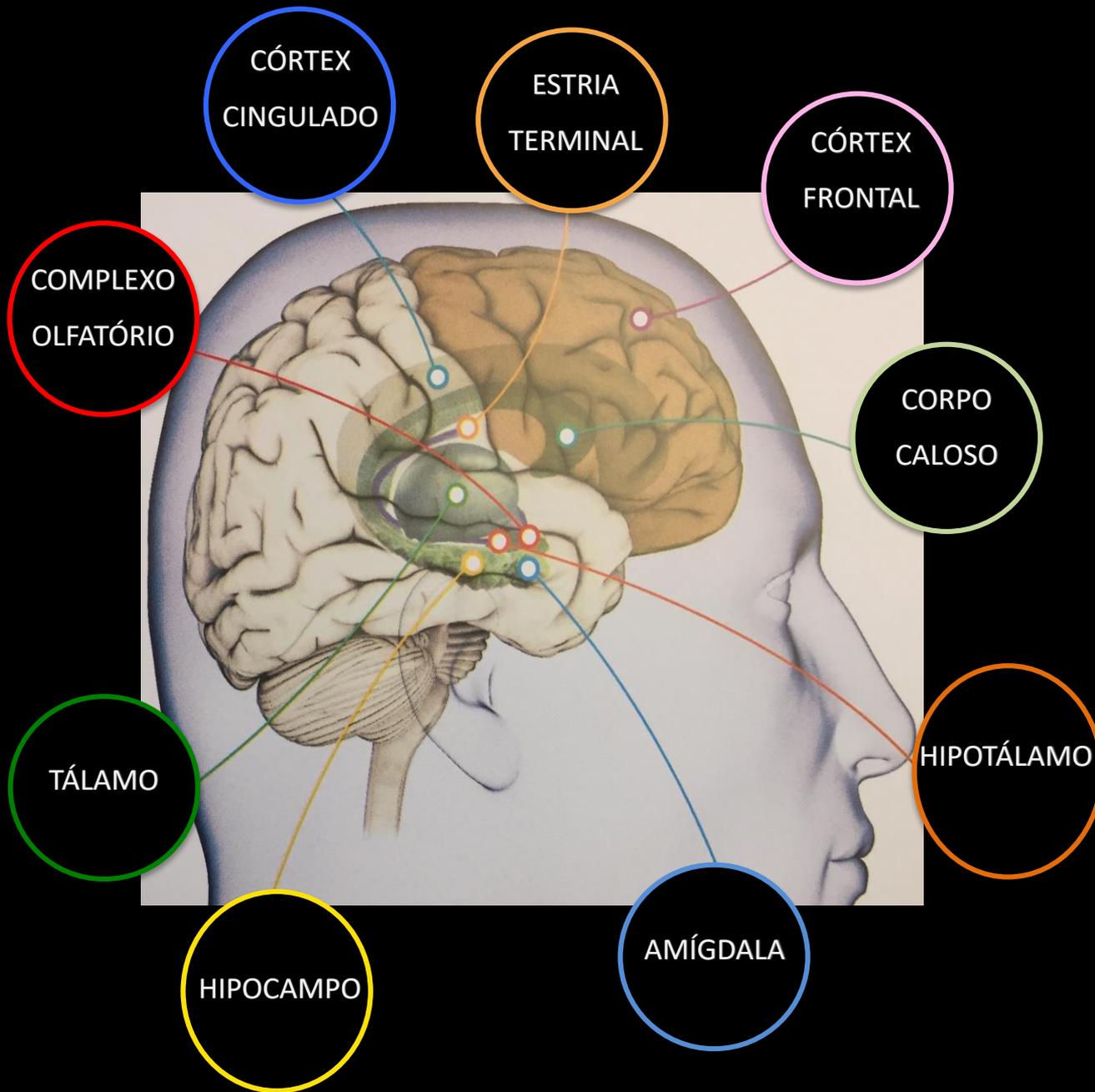
DROGAS

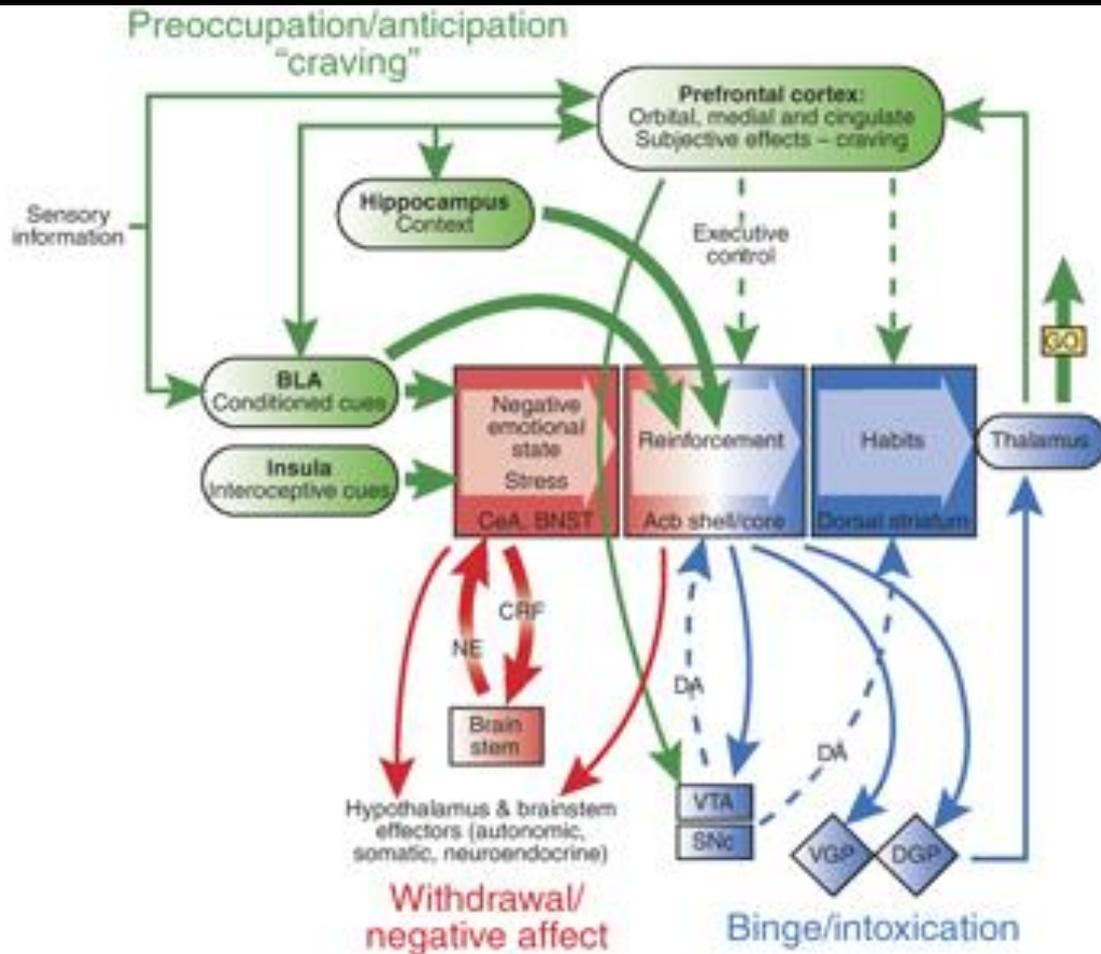
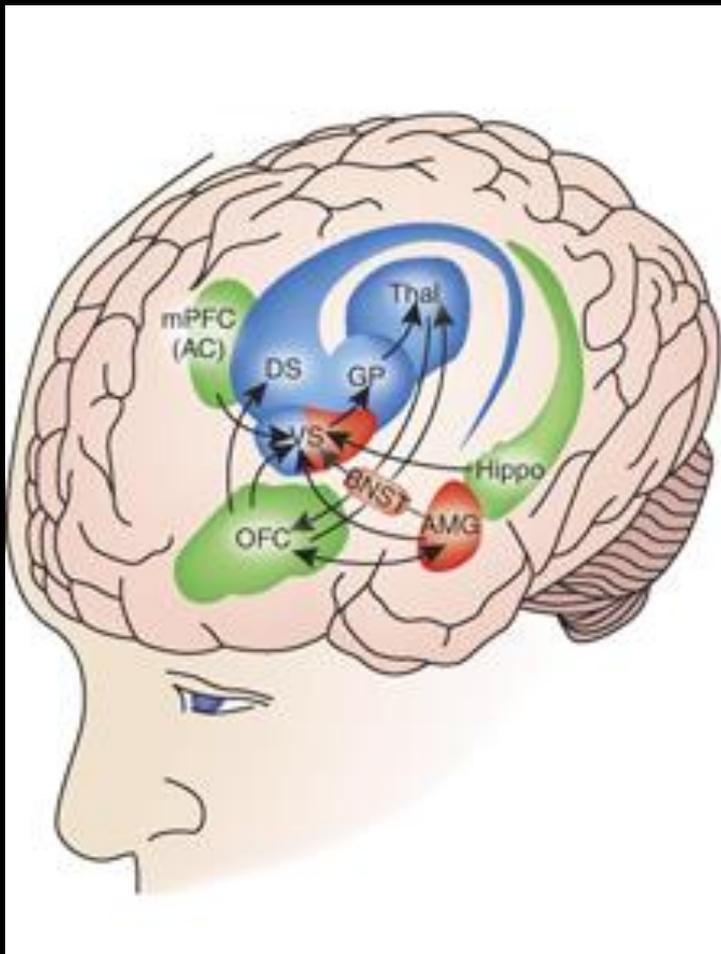
```
graph TD; A[DROGAS] --> B[GLU, GABA, OPIO, NA, 5-HT, CB ...]; A --> C[VIA DOPAMINÉRGICA MESOCORTICOLÍMBICA]; B --> C;
```

The diagram is a flowchart on a black background. At the top center is a white box with a red border containing the word "DROGAS" in white. Two white arrows originate from this box: one points down and to the left, and the other points down and to the right. The arrow pointing right leads to a white box with a black border containing the text "GLU, GABA, OPIO, NA, 5-HT, CB ..." where "GLU" is red, "GABA" is white, "OPIO" is yellow, "NA" is blue, "5-HT" is pink, and "CB ..." is green. A white arrow points down from this box to a white box with a black border at the bottom containing the text "VIA DOPAMINÉRGICA MESOCORTICOLÍMBICA" in yellow.

**GLU, GABA,
OPIO, NA,
5-HT, CB ...**

VIA DOPAMINÉRGICA MESOCORTICOLÍMBICA





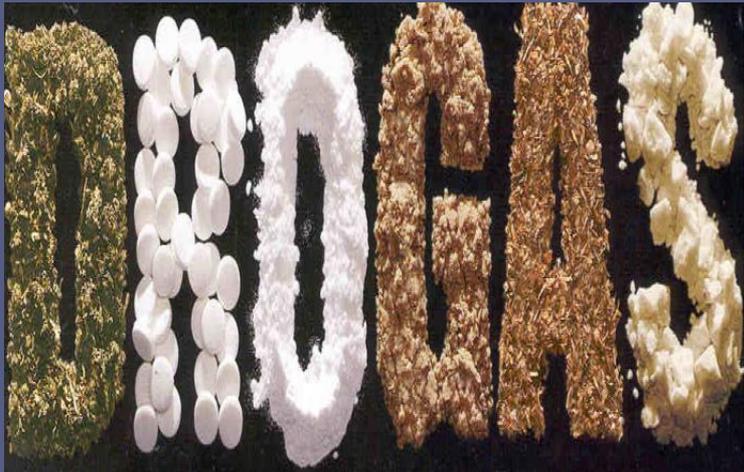
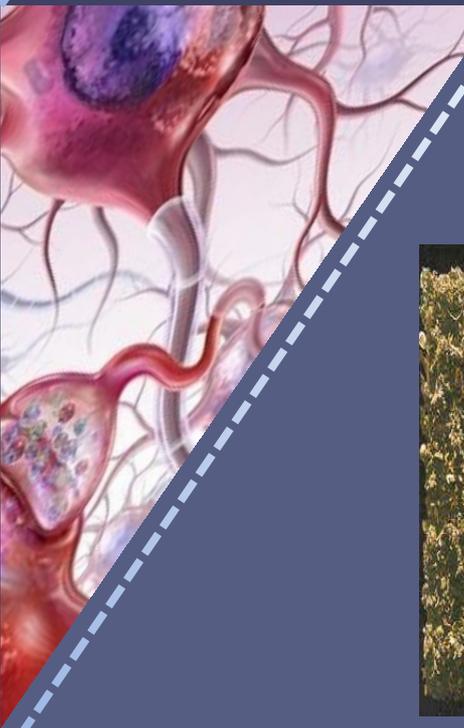
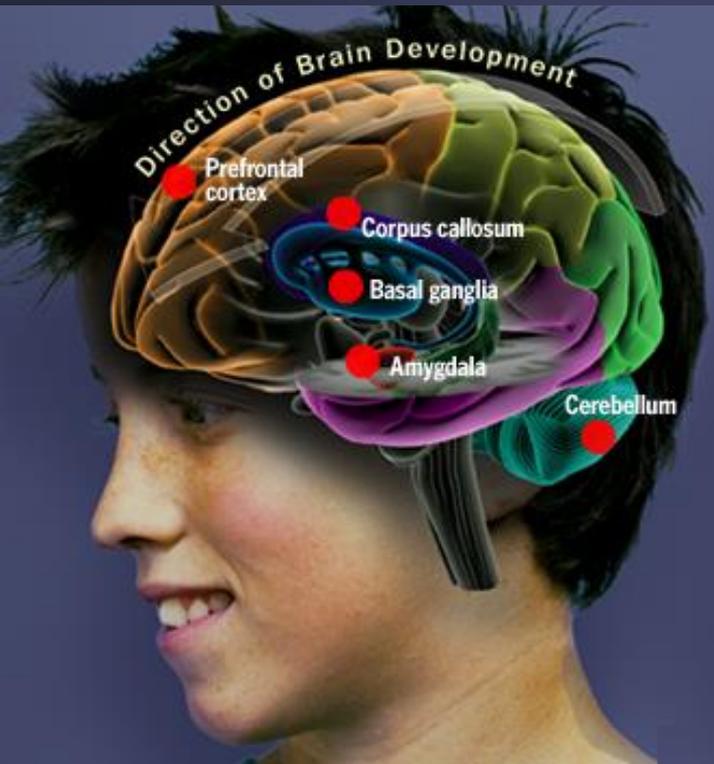
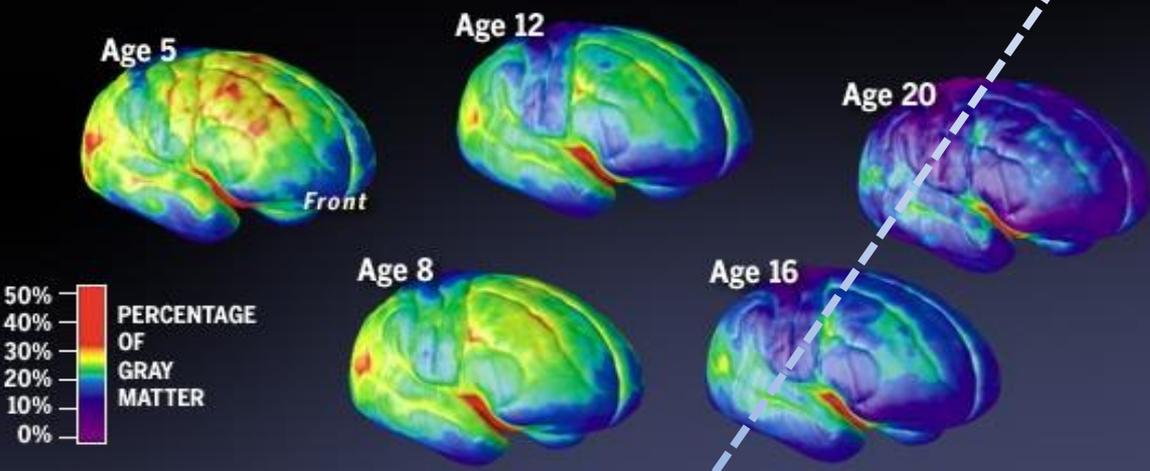
**INTOXICAÇÃO
OU BINGE**

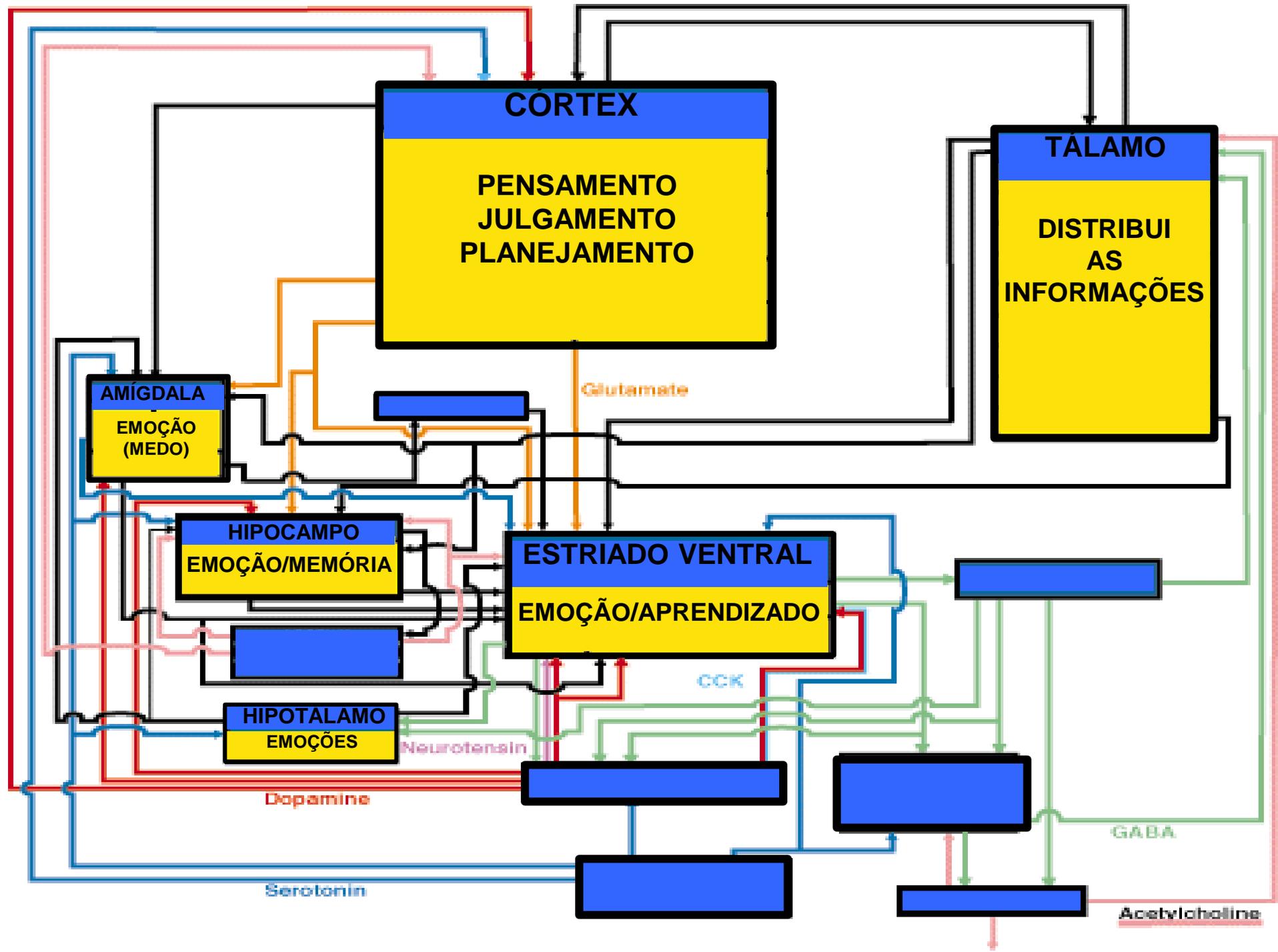
**SÍNDROME DE
ABSTINÊNCIA**

FISSURA

Time-Lapse Brain

■ Gray matter wanes as the brain matures. Here 15 years of brain development are compressed into five images, showing a shift from red (least mature) to blue.





MECANISMOS BÁSICOS

1. Reforço

Positivo

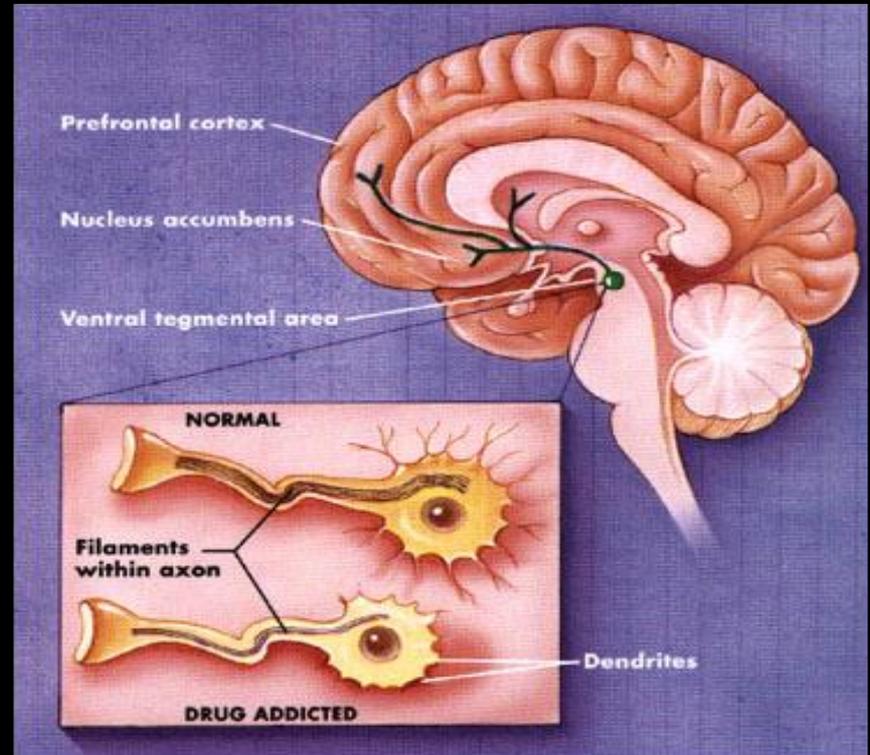
Negativo

2. Habituação

Sensibilização

Tolerância

Abstinência



FATORES PRÉVIOS OU PREDISPOONENTES

Vulnerabilidade Genética

Características de Personalidade
História de Vida



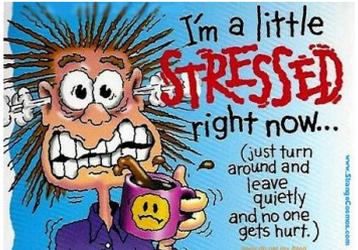
Vulnerabilidade Social
Meio Ambiente

Políticas Públicas
Valores e Rótulos Sociais

Escolha dos Pares
Desvio Cultural

Aprendizagem Social

Acesso a drogas



FATORES DE MANUTENÇÃO DO USO E DEPENDÊNCIA

Reforço Social dos Pares

Percepção cognitiva deste alívio

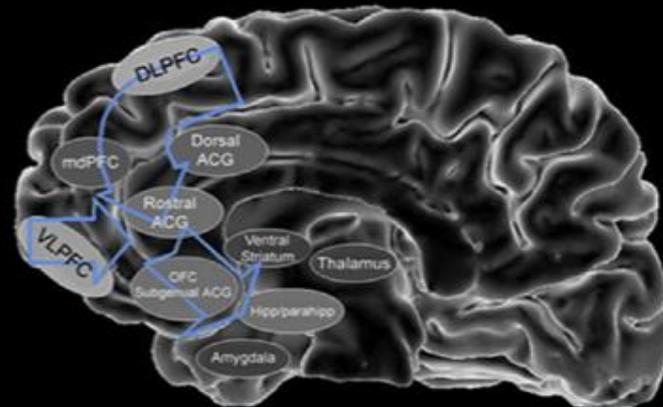
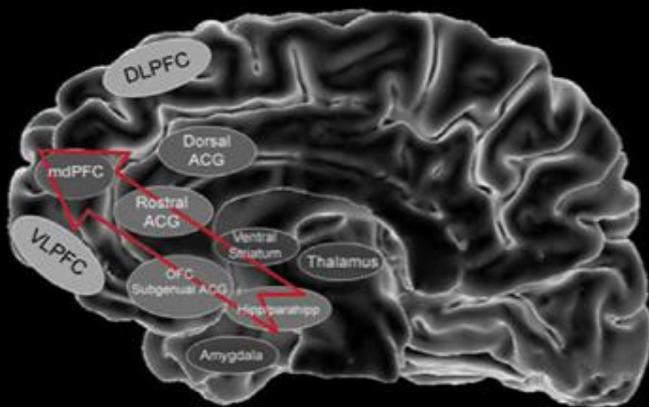
Alívio dos Sintomas de Abstinência

Sintomas de Abstinência
Reforço Negativo



Recompensa
Condicionamento operante





PROCESSO COGNITIVO

SISTEMA 1

SISTEMA 2

CIRCUITO CEREBRAL

MORFOLOGIA

ARQUITETURA

CONECTIVIDADE

FUNCIONALIDADE

ESTÍMULOS NATURAIS

GENÉTICOS

EPIGENÉTICOS

DESENVOLVIMENTAL

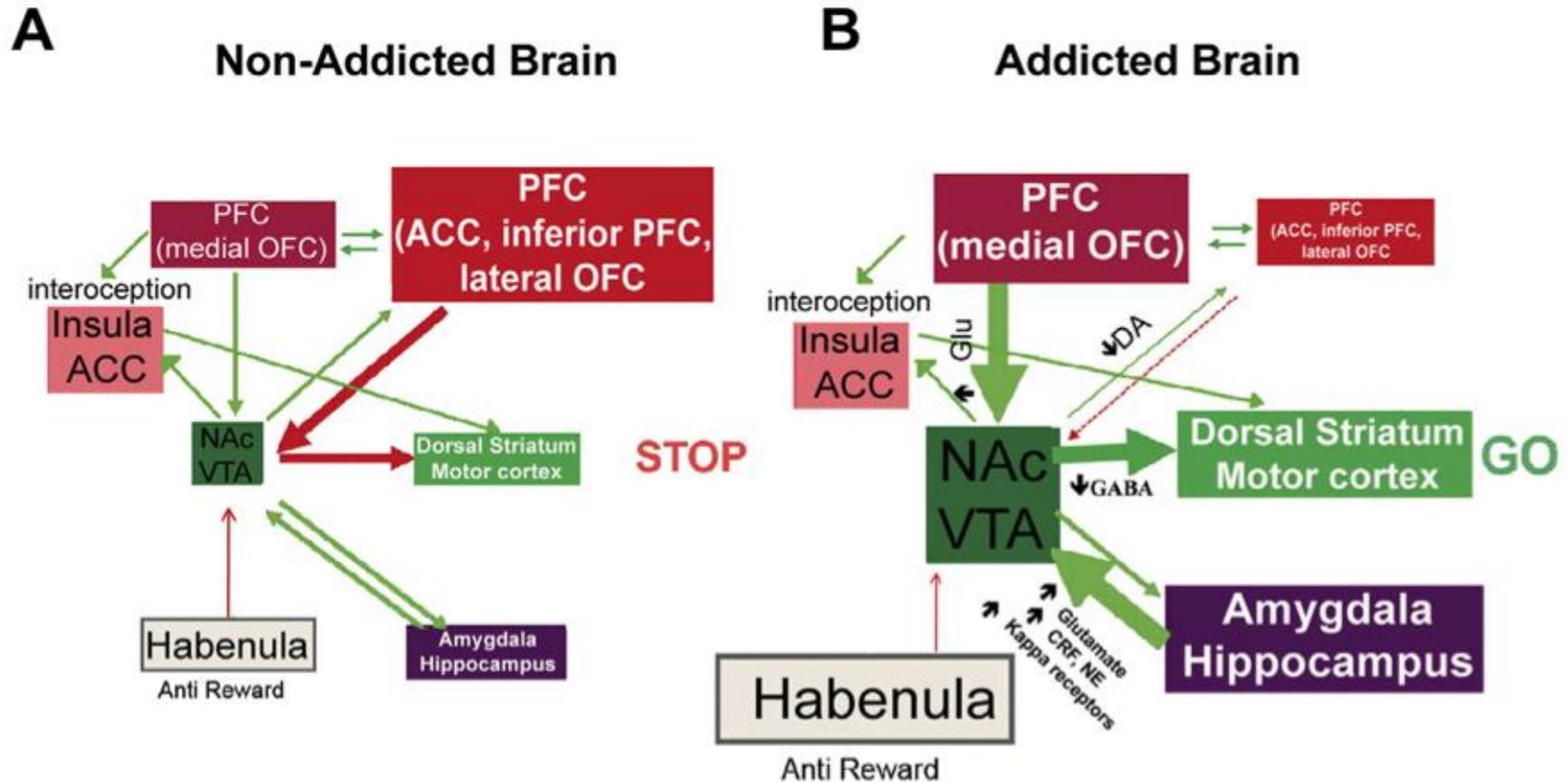
AMBIENTAIS

Temperamento,
metabolismo

Exposição a droga
estilo dos pais

Feto, cérebro,
adolescente

Economicos,
sociais, físicos



Desbalanço na circuitaria da recompensa ■■, memória/condicionamento ■■, ■■, controle executivo ■■ ■■, motivação ■■ e aversão ■■.



CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS PSICOTRÓPICAS (Adaptado de L. Chalout, 1971)

ESTIMULANTES

DEPRESSORAS

PERTURBADORAS

(Psicodélicas, Picoticomiméticas, Alucinógenas)



ESTIMULANTES

- **Tabaco**

- **Cocaína**

- **Anfetaminas**

- d-anfetamina
- metanfetaminas
- fenfluramina
- mazindol
- dietilpropiona ou anfepramona
- femproporex
- metilfenidato
- fenmetrazina



Contém **acetona**,
removedor de esmalte



Contém **terebintina**,
que dilui tinta a óleo



Contém **formol**,
conservante de cadáver



Contém **amônia**,
desinfetante para pisos,
azulejos e privadas



Contém **naptalina**,
eficiente mata-baratas



Contém **fósforo P4/P6**,
usado em
veneno para ratos



FOLHAS



**SOLVENTES +
ÁC. SULFÚRICO**

PASTA



AMÔNIA

SULFATO DE COCAÍNA



**PERMANGANATO DE
POTÁSSIO**



“FREE BASE”



SOLVENTES

HIDROCLORETO DE COCAÍNA





DEPRESSORAS

- **Álcool**

- **Hipnóticos barbitúricos**

- pentobarbital
- fenobarbital

DEPRESSORAS

- Ansiolíticos benzodiazepínicos

- alprazolam
- bromazepam
- clobazam
- clonazepam
- clorazepam
- clordiazepóxido
- diazepam
- estazolam
- flunitrazepam
- flurazepam
- lorazepam
- midazolam
- nitrazepam

DEPRESSORAS

- **Narcóticos** (analgésicos opióides)

- ➔ Naturais
 - ópio
 - morfina
 - codeína
- ➔ Semi-sintético
 - heroína
 - metadona
- ➔ Sintéticos
 - meperidina
 - fentanil
 - propoxifeno

- **Solventes inalantes**
 - acetona, água-raz, benzina, removedores de tinta, cola de sapateiro, outras colas, esmalte, éter, fluído de isqueiro, gasolina, lança perfume, loló, tintas, solventes em geral



tlemos/1

PERTURBADORAS

- Naturais

- ➔ derivados indólicos
 - plantas: chacrona (DMT)
 - cogumelos: psilocibes (psilocibina)

- ➔ derivados da cannabis (THC)
 - maconha
 - haxixe

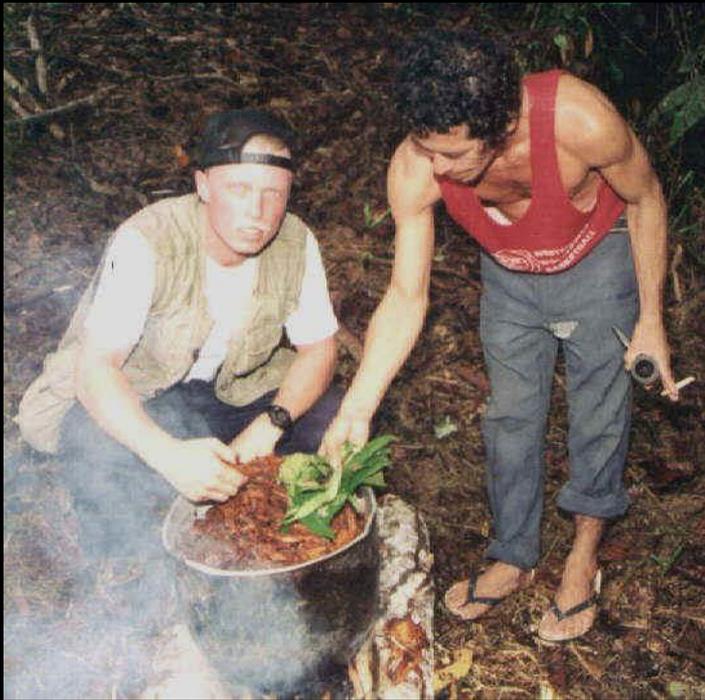
- ➔ derivados do peiote (cacto)
 - mescalina

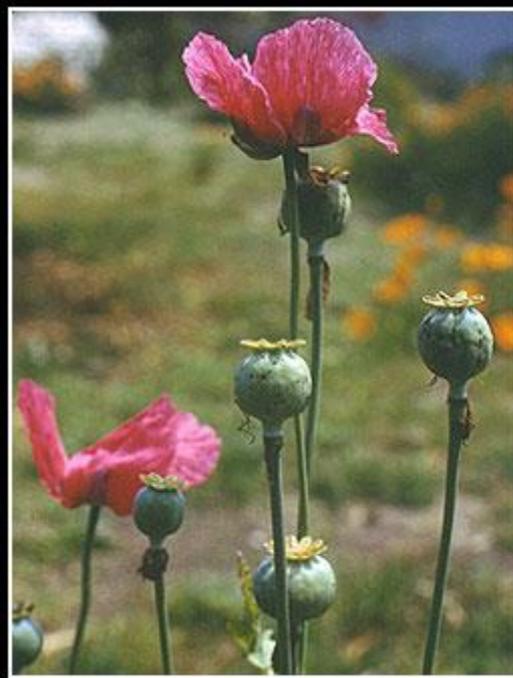
- ➔ anticolinérgicos
 - daturas (beladona, lírio, saia branca, zabumba, trombeta, trombeteira, buzina, dama da noite)

- Sintéticos

- LSD-25
- MDMA (ecstasy, êxtase)

- ➔ anticolinérgicos
 - triexfenidila
 - dicitlomina
 - biperideno





Critérios do CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância

O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura ou por ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

DEPENDÊNCIA - Refere-se a necessidade compulsiva do uso de uma droga com perda do controle sobre a frequência e a quantidade de administração.

OMS (CID 10) – O nível de consumo deve incorrer em pelo menos três dos seguintes sinais e sintomas, ao longo do último ano:

- 1. Forte desejo ou compulsão de consumir drogas;**
- 2. Dificuldade de controlar o comportamento de consumo: consciência subjetiva de dificuldade na capacidade de controlar a ingestão da droga (início, término ou nível de consumo);**
- 3. Estado fisiológico de abstinência e uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa estratégia;**
- 4. Evidência de tolerância;**
- 5. Negligência progressiva de outros prazeres e interesses;**
- 6. Persistência do uso apesar dos evidentes prejuízos.**

(ESTREITAMENTO OU EMPOBRECIMENTO DO REPERTÓRIO DE CONSUMO; REINSTALAÇÃO DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA)



PRINCIPLES OF DRUG ADDICTION TREATMENT

A RESEARCH-BASED GUIDE

THIRD EDITION

National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
U.S. Department of Health and Human Services

2012

13 PRINCÍPIOS

1. DQ é uma doença complexa e tratável que afeta a função cerebral e o comportamento.
2. Não existe um único tratamento para todos.
3. O tratamento deve ser prontamente acessível.
4. O tratamento efetivo atende as múltiplas necessidades do indivíduo, não apenas seu abuso de drogas.
5. É fundamental permanecer em tratamento por um período adequado.
6. Aconselhamento, individual ou em grupo, e outras terapias comportamentais são as formas mais usuais de tratamento.
7. Medicamentos são importantes, especialmente quando combinados com psicoterapias.
8. O plano de tratamento de um indivíduo deve ser revisado continuamente para atender as necessidades das suas mudanças.
9. Muitos dependentes apresentam outra doença mental (comorbidade).
10. A desintoxicação é somente a primeira etapa do tratamento e não garante mudanças a longo prazo.
11. O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo.
12. O uso de droga durante o tratamento deve ser monitorado, pois podem ocorrer lapsos.
13. Os programas de tratamento devem contemplar doenças infecciosas e prover aconselhamento em redução de danos.

1. DQ é uma doença complexa e tratável que afeta a função cerebral e o comportamento.
2. Não existe um único tratamento para todos.
3. O tratamento deve ser prontamente acessível.
4. O tratamento efetivo atende as múltiplas necessidades do indivíduo, não apenas seu abuso de drogas.

5. É fundamental permanecer em tratamento por um período adequado.

6. Aconselhamento, individual ou em grupo, e outras terapias comportamentais são as formas mais usuais de tratamento.

7. Medicamentos são importantes, especialmente quando combinados com psicoterapias.

8. O plano de tratamento de um indivíduo deve ser revisado continuamente para atender as necessidades das suas mudanças.

9. Muitos dependentes apresentam outra doença mental (comorbidade).

10. A desintoxicação é somente a primeira etapa do tratamento e não garante mudanças a longo prazo.

11. O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo.

12. O uso de droga durante o tratamento deve ser monitorado, pois podem ocorrer lapsos.

13. Os programas de tratamento devem contemplar doenças infecciosas e prover aconselhamento em redução de danos.

ATENÇÃO INTEGRAL

MULTIPROFISSIONAL

USUÁRIO

FAMÍLIA



ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO INICIAL



MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Estados ou Estágios de Mudança (Prochaska e Di Clemente)

ESTÁGIO DO PACIENTE	O QUE FAZER?	SEGUIMENTO
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO: Sem crítica	Avaliação das evidências	Periódico
CONTEMPLAÇÃO: Ambivalente	Listar vantagens e desvantagens	Máx. 3 meses
DETERMINAÇÃO: Aceitação e desejo de mudança	Oferecer possibilidades terapêuticas e evitar barreiras	Máx. 2 sem.
AÇÃO: Interrompe o uso	Escolha do tratamento; suporte; envolver a família	Máx. semanal, por meses
MANUTENÇÃO: Mudança de hábitos, pessoas e lugares	Reforço; estratégias de prevenção a recaída	Mensal (antecipar SN)
RECAÍDA: Volta para estágios 1 ou 2	Não encarar como fracasso; reforço	O mais freqüente

HÁ QUE SE OBTER 3 PERFIS BÁSICOS:

1. O PADRÃO DE CONSUMO E A PRESENÇA DE CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA.

2. A GRAVIDADE DO PADRÃO DE CONSUMO E SUA INTERFERÊNCIA NA VIDA DO INDIVÍDUO.

3. A MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA.

AVALIAÇÃO INICIAL

Objetivos: **“VÍNCULO EMPÁTICO”**

- Tratamento de qualquer emergência ou problema agudo.
- Elaboração de um diagnóstico precoce acerca do consumo de drogas.
- Identificação de complicações clínicas, sociais ou psíquicas.
- Investigação de comorbidades psiquiátricas.
- Motivação para a mudança.
- Determinar o nível de atenção especializada de que o paciente necessitará..



QUANDO INTERNAR?

- Falha no tratamento ambulatorial.
- Presença de complicações orgânicas.
- Risco de suicídio.
- Overdose.
- Surtos psicóticos graves.
- Gravidade da síndrome de abstinência.
- Falta de suporte familiar com conseqüente exposição social do paciente.
- Alguns indivíduos necessitam de ambiente especialmente estruturado para modificar seu estilo de vida.



CRITÉRIOS PARA ALTA

- AUSÊNCIA DE SINAIS E OU SINTOMAS DE INTOXICAÇÃO.
- Recuperação do estado mental.
- Estabilização de comorbidades.

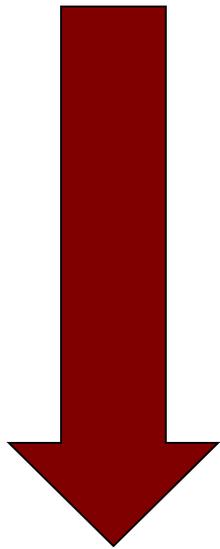


CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- Nível ambulatorial:
 - clínico
 - psicológico
- Grupos de auto ajuda.
- Orientação familiar.



CRAVING



RECAÍDA



CRAVING = FISSURA

**TERAPIAS COGNITIVAS E
 COMPORTAMENTAIS VISANDO
 MUDANÇA DE HÁBITOS
 PESSOAS E LUGARES**

**MEDICAMENTOS
 CONTROLADORES DE
 IMPULSO**

**TRATAMENTO DAS
 COMORBIDADES**



COMPORTAMENTOS QUE FACILITAM O USO E DIFICULTAM A PREVENÇÃO





CONVERSANDO SOBRE DROGAS
Prof. Dr. Tadeu Lemos
t.lemos@ufsc.br

Perguntas e respostas

Avalie a webpalestra de hoje:

<https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS652>