

# Tratamentos Farmacológicos para Dependência Química

---

*Alessandro Alves*

Um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais da área de saúde é a dificuldade de lidar com a crescente oferta de informação oferecida por artigos científicos e encontrar respostas efetivas para uma tomada de decisões. Quando se fala em farmacoterapia da dependência química, o panorama não é diferente. O profissional deverá estar atento ao fato de que em sua esmagadora maioria as pesquisas em relação ao uso de substâncias psicoativas como medicamentos são feitas pela indústria farmacêutica e, por mais éticos e humanitários que sejam seus objetivos, existem grandes chances dos novos produtos serem anunciados como mais promissores que os já disponíveis no mercado.

O profissional que atendo ao dependente químico deverá também lidar com inúmeras outras questões para medicar seu paciente, e todos esses fatores devem ser considerados, a saber:

- Usuários de múltiplas substâncias psicoativas;
- Comorbidades psiquiátricas;
- Custos da medicação;
- Indisponibilidade de medicamentos na rede pública;
- Interações medicamentosas;
- Patologias clínicas associadas à DQ;
- Carência de suporte social/familiar adequado;

- Incertezas e informações “popularescas”;

## **Por quê e para quê medicar?**

### **1) Tratar as comorbidades:**

Dados do **Epidemiologic Catchment Área Study** (ECA), um estudo desenvolvido por equipes de pesquisa independentes em cinco universidades (Yale, John Hopkins, Washington, Duke e Califórnia) demonstraram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com dependência de álcool e outras substâncias pelos critérios do DSM-IV apresentam um diagnóstico psiquiátrico adicional: por exemplo, 26% apresentam transtornos do humor, 28% transtorno de ansiedade, 18% transtornos da personalidade antissocial e 7% esquizofrenia. A prevalência de depressão maior entre dependentes químicos varia de 30 a 50%. Adultos com TDAH apresentam prevalência na vida muito maior para transtornos do uso de substâncias: aproximadamente 33% dos adultos com TDAH apresentam antecedentes de abuso ou dependência de álcool e 20% deles história de abuso ou dependência de outras substâncias. Abuso de uma ou mais substâncias foram relatados por 76% de pacientes com transtorno da personalidade *borderline*. Em um estudo realizado na Universidade de São Paulo, 37,5% das pacientes que procuravam o ambulatório de transtornos alimentares faziam abuso de anfetaminas, e o mesmo percentual foi encontrado para aquelas que preenchiam critérios do DSM-IV para depressão maior. Isso não pode ser ignorado por nenhum profissional que se propõe a tratar Dependência Química, pois é comum que o indivíduo encontre no uso das drogas psicoativas o alívio para seus sintomas relacionados ao seu outro transtorno de saúde mental.

## **2) Atenuar/prevenir os efeitos da Síndrome de Abstinência:**

Está bem fundamentado que no caso de determinadas drogas o número de crises de abstinência piora o prognóstico. No caso do álcool, por exemplo, a medicação correta previne a incidência de *delirium tremens*. Com a nicotina, o temor dos efeitos desagradáveis da abstinência pode ser um fator de complicação para iniciar o tratamento. Isso pode ocorrer também com outras drogas. Já na Síndrome de Abstinência Protraída, a medicação serve para diminuir o *craving* (fissura) e procurar garantir a manutenção da sobriedade até que possa haver um retorno à normalidade fisiológica.

## **3) Facilitar o engajamento nas intervenções psicossociais:**

A farmacoterapia tem lugar importante no tratamento da dependência química, mas não é e não deverá ser a única abordagem; e sim deverá agir complementando outras intervenções psicossociais que buscam melhorar todos os domínios da vida do paciente. Essas intervenções, como terapia individual ou de grupo, bem como grupos de mútua ajuda, só são possíveis se o paciente estiver minimamente equilibrado para poder frequentar esses espaços e absorver seus conteúdos.

## **ÁLCOOL**

Durante muitos anos as intervenções farmacoterápicas para o alcoolismo ficaram restritas ao período de desintoxicação e ao tratamento dos sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência Alcólica, em caráter muitas vezes emergencial. Lembramos que nesse estudo levaremos em consideração o tratamento da

Síndrome da Dependência do Álcool, momento em que o Técnico de Reabilitação em dependência Química (ou Conselheiro) se fará mais presente.

Apresentaremos as substâncias liberadas pelo FDA para esse tratamento:

- **DISSULFIRAM** (Antietanol, Sarcotom): Medicação de propriedade aversiva que causa o chamado “efeito antabuse”, caracterizado por rubor facial, cefaleia (dor de cabeça), taquipneia (aumento da frequência respiratória), precordialgia (dor no peito), náuseas, vômitos e sudorese. **Deve ser utilizado somente com o conhecimento do paciente.**
- **NALTREXONA** (Revia, Uninaltrex): É um antagonista opióide. Tem como objetivo inibir o consumo de álcool mediante o bloqueio pós-sináptico de determinados receptores opióide nas vias mesolímbicas. A grande maioria dos estudos entre 1990 e 2006 mostra-se a favor da Naltrexona para diminuir o ato de beber pesadamente e como coadjuvante das intervenções psicossociais na prevenção de recaídas.
- **ACAMPROSATO** (Campral): Inibidor da atividade excitatória glutamatérgica. Reduz os efeitos aversivos da retirada do álcool e também reduz o reforço positivo ao uso de etanol.

Atualmente o uso da **METADOXINA** (Metadoxil) tem sido muito difundido a fim de reduzir a alcoolemia e evitar o tempo de exposição dos tecidos aos efeitos deletérios do álcool.

## NICOTINA

A relação observada entre a dependência de nicotina e o surgimento de sintomas depressivos durante a síndrome de abstinência da droga autoriza o uso de medicação antidepressiva como uma farmacoterapia eficaz do tabagismo. Dentre todos os antidepressivos já avaliados, os dois abaixo foram os que mostraram melhores resultados.

- **BUPROPIONA** (Bup, Zyban, Wellbutrin, Zetron): Atua na inibição da dopamina e noradrenalina. Não tem efeitos colaterais como disfunção sexual, sonolência e ganho de peso.
- **NORTRIPTILINA** (Pamelor): Dentre os antidepressivos tricíclicos existentes, é o que possui menor índice de efeitos colaterais, com bom índice de aceitação entre os idosos.
  
- **TRATAMENTOS COM NICOTINA:** Podem vir em forma de adesivos, pastilhas (Niquitin) ou gomas (Nicorette). São particularmente mais eficazes quando associados ao tratamento com Bupropiona.
  
- **VARENICLINA** (Champix): É um agonista parcial dos receptores nicotínicos cerebrais que auxiliam na diminuição tanto da fissura quanto dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência. Muito utilizado e considerado primeira escolha até 2009, quando foram publicados estudos afirmando que desde a sua aprovação, em 2006, a vareniclina foi associada a 98 suicídios e 188 tentativas de suicídio.

## MACONHA

Duas convicções em relação à maconha vêm caindo por terra nos últimos 30 anos. A primeira é de que o abuso dessa droga não

acontecendo como um problema primário. A segunda é de que ela não provocaria uma verdadeira síndrome de dependência.

Desde os anos 80 está comprovada a síndrome de abstinência da maconha, com sintomas que se iniciam nas primeiras 24 horas após a interrupção do uso, com sintomas de ansiedade, irritabilidade, agitação, alterações do sono, diminuição do apetite, pesadelos, dores musculares, taquicardia e cefaleia.

A necessidade de tratamento para pacientes com problemas relacionados à maconha tem aumentado em todo o mundo. Nos EUA, entre 1992 e 1998, a porcentagem de admissões para esses pacientes foi de 23%, aproximando-se das admissões por problemas relacionados à cocaína, que ficou em 23%.

O manejo medicamentoso para usuários de maconha permanece focado nos estados de intoxicação aguda, nas psicoses induzidas por maconha (*psicose cannabínica*) e na busca por comorbidades psiquiátricas. São boas opções para controle de depressão e ansiedade o uso da medicação antidepressiva FLUOXETINA (Prozac, Daforin, Fluxene) e do ansiolítico BUSPIRONA (Ansitec, Buspar), ambos com estudos comparativos mostrando diminuição do consumo nos grupos tratados em relação aos grupos que receberam placebo.

## **COCAÍNA/CRACK**

Apesar da intensa pesquisa dos últimos anos, ainda não há medicamento algum aprovado para o tratamento da cocaína/crack. Não há sequer uma farmacoterapia sólida com mecanismo de ação eficaz para tratar os usuários dessa substância para tratar os usuários dessa substância.

As melhores evidências que temos apoiam-se nas seguintes medicações:

- **TOPIRAMATO** (Amato, Topamax): Sempre em doses a partir de 200mg, age na modulação do sistema de recompensa cerebral. Há estudos que evidenciam uma redução estatisticamente significativa na intensidade do *craving* (fissura) em 25% da amostra.
- **MODAFINIL** (Provigil, Stavigile): Um antagonista dos canais de cálcio inicialmente aprovado para tratamento da narcolepsia, que em doses entre 200 a 400mg tem obtido bons resultados no auxílio à manutenção da abstinência, embora careça de mais estudos.

Existem tentativas de desenvolvimento de uma VACINA ANTICOCAÍNA em humanos, que agiria produzindo anticorpos da droga, sequestrando a mesma da corrente sanguínea e impedindo ou retardando sua entrada no cérebro. Com resultados promissores em ratos, mas ainda permanece uma dúvida entre humanos, uma vez que é incapaz de produzir anticorpos em 30% dos pacientes vacinados, e os que produzem são de curta duração.

## OPIÓIDES

Duas questões são importantes no Brasil: A primeira é que talvez ainda não tenhamos uma epidemia de heroína no Brasil devido ao alto custo dessa substância, mas nunca é demais lembrar que países como a Colômbia já entraram na produção de heroína (opióide semissintético) e, portanto, a facilidade de acesso no nosso país aumenta o que é evidenciado pelo acréscimo da quantidade de apreensões dessa substância feitas pela Polícia Federal desde 2007.

A segunda é a preocupação com a chamada “dependência branca”, ou seja, o número de médicos dependentes dessa substância, em função da facilidade de acesso. Estudos mostram que em um grupo de médicos de diversas especialidades envolvidos em um tratamento para dependência química, 22% eram dependentes de opióides, em especial os sintéticos (meperidina, fentanil,...).

A **METADONA** (Metadon), um opióide sintético que bloqueia os efeitos da heroína durante 24 horas e elimina os sintomas de abstinência, tem uma historia de sucessos provados (com eficácia e sem perigo) quando se prescreve em concentrações suficientemente elevadas para as pessoas dependentes de heroína.

Outros produtos aprovados são a **NALOXONA** (Narcan) e a **NALTREXONA** (Revia), que também bloqueiam os efeitos da morfina, heroína e outros opióides. Como antagonistas, são especialmente úteis como antídotos. A Naltrexona tem efeitos em longo prazo que vão de 1 a 3 dias, dependendo da dose. A Naloxona pode ser usada em situações de intoxicação aguda.

## **BENZODIAZEPÍNICOS**

São eles sem dúvida as drogas psicotrópicas que recebem o maior número de prescrições. Os pacientes em uso crônico devem ser devidamente monitorados, e especial atenção deve ser dada aos dependentes de álcool e outras drogas, em razão dos riscos da interação dessas substâncias, bem como o risco de desenvolver a dependência pela substância prescrita. O tratamento pode contemplar:

- A retirada gradual utilizando a própria substância, retirando 25% da dose por semana.



- A retirada gradual com substituição de um benzodiazepínico por outro de meia vida mais longa.
- Acrescentar a um dos processos de retirada gradual escolhido o uso de **VALPROATO** (Depakene), com o objetivo de reduzir os sintomas de abstinência e apoiar na prevenção de recaída.

Os sintomas mais comumente presentes na Síndrome de Abstinência por Benzodiazepínicos são:

- **FÍSICOS:** sudorese, palpitações, sudorese, perda de apetite, náuseas, vômitos, dores musculares.
- **PSÍQUICOS:** ansiedade, agitação, insônia, perda da memória e da concentração, irritabilidade, intolerância às luzes e ruídos fortes e sintomas depressivos.

### **ANFETAMINAS/METANFETAMINAS**

Assim como no caso da cocaína, pouco ainda se faz do ponto de vista farmacoterápico na dependência de anfetaminas e metanfetaminas. O antipsicótico **ARIPIRAZOL** (Abilify) e o estimulante do Sistema Nervoso Central **METILFENIDATO** (Ritalina) têm se apresentado como uma promessa interessante no tratamento.

## **O TRABALHO DO “CONSELHEIRO” NA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.**

### **ONDE PODEMOS AJUDAR?**

O Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos (TRDQ), ou “Conselheiro”, tem um tempo de convivência com o paciente muitas vezes maior que o médico que prescreve os fármacos. No mínimo, em regime de tratamento ambulatorial, essa convivência é semanal, e pode ser muito mais intensa se o TRDQ estiver atuando como Acompanhante Terapêutico (AT) do dependente químico. Portanto suas informações são importantes e podem ajudar ao médico a identificar sinais de abstinência, uso irregular ou efeitos adversos e indesejáveis das medicações prescritas. Como terapeuta, o TRDQ desenvolve sua capacidade de ouvir e cuidar, e, portanto, está apto a lidar com a ambivalência do paciente e desenvolver seu interesse pelo uso da medicação.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é secundária a um conjunto de crenças disfuncionais em relação a esse tipo de tratamento, que geram pensamentos automáticos, a saber:

- ✓ Os benefícios dos medicamentos são pequenos;
- ✓ Os efeitos colaterais são insuportáveis;
- ✓ As medicações não são necessárias;
- ✓ As medicações são danosas ou fazem parte de uma conspiração;
- ✓ As medicações podem mudar a personalidade de quem as usa;
- ✓ As medicações podem tornar o paciente dependente;
- ✓ O custo financeiro não compensa.

O TRDQ pode acessar esses pensamentos através de perguntas, como:

- ✓ “Você tem pensado em parar com a medicação?”
- ✓ “Você acha que a medicação está lhe prejudicando?”
- ✓ “O que significa para você ter que usar essas medicações?”

### **SUGESTÕES**

- 1. Confirme com o paciente em todas as sessões se ele tem usado sua medicação adequadamente.**
- 2. Procure saber sobre a experiência prévia do paciente com tratamentos medicamentosos.**
- 3. Mantenha-o motivado durante todo o tratamento.**
- 4. Auxilie o paciente a identificar as razões pelas quais não consegue aderir à medicação e busque soluções práticas.**
- 5. Faça o paciente perceber que ele também é um agente importante do seu tratamento.**
- 6. SEMPRE DIVIDA ESSAS INFORMAÇÕES COM O MÉDICO ASSISTENTE DO SEU PACIENTE OU COM O MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EQUIPE ONDE VOCÊ ATUA.**

## **Bibliografia Consultada e Literatura Sugerida:**

- 1. *Dependência Química* – Alessandra Dihel**
- 2. *Transtornos Farmacológicos para Dependência Química* – Alessandra Dihel**
- 3. *Psicofármacos* – Aristides Volpato Cordioli**
- 4. *Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias* – Stuart Gitlow**
- 5. *O Tratamento do Alcoolismo - Um Guia para Profissionais de Saúde* – Griffith Edwards**