

BENZODIAZEPÍNICOS

HISTÓRICO, EPIDEMIOLOGIA,
FARMACOLOGIA E COMPLICAÇÕES
RELACIONADAS AO CONSUMO



**MARCELO RIBEIRO
HAMER ALVES**

**UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS
UNIAD - UNIFESP**



1.

HISTÓRICO

BARBITÚRICOS

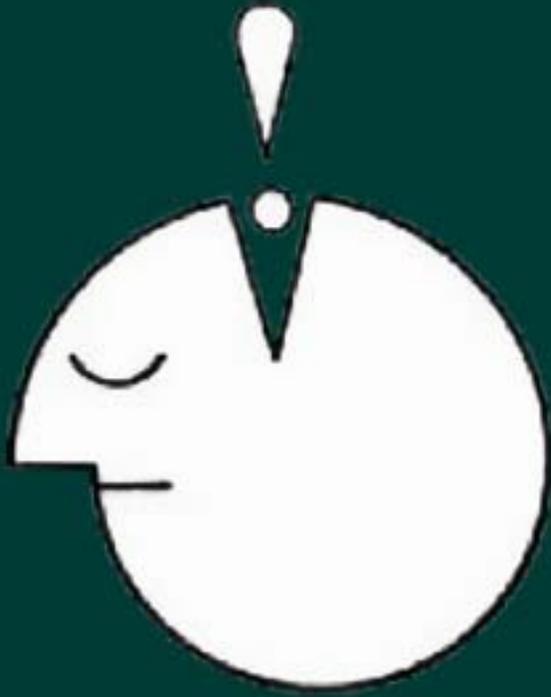


A PRINCIPAL OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA ANSIEDADE, NO INÍCIO DO SÉCULO XX.

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS: [1] RISCO DE OVERDOSE & [2] DEPENDÊNCIA GRAVE

BENZODIAZEPÍNICOS

ORIGEM



OS PRIMEIROS BDZ, CLORDIAZEPÓXIDO E DIAZEPAM, FORAM SINTETIZADOS NO FINAL DOS ANOS 50 E LANÇADOS NO MERCADO EM 1960.

AS VANTAGENS EM RELAÇÃO AOS BARBITÚRICOS ERAM A SEGURANÇA E A SELETIVIDADE DE AÇÃO.

ALÉM DISSO, ACREDITAVA-SE QUE ERAM SUBSTÂNCIAS INCAPAZES DE LEVAR AO USO NOCIVO OU À DEPENDÊNCIA.

reduce
psychic tension



REDUZ A
TENSÃO PSÍQUICA

Valium[®]
(diazepam)

VALIUM
(DIAZEPAM)

ROCHE LABORATORIES
Division of Hoffmann-La Roche Inc.,
Nutley, N.J. 07110



Jan + Dick 1955

Tom, Jan, Ruth + Steve
1957

Jack 1959



Jan + Ted 1961



Jan + Rod 1962



Jan + Charles 1964



Jan + Flaming 1966



Jan + Dick 1969



Jan 1970

35, solteira e psiconeurótica

O comissário do cruzeiro tirou a última foto de Jan. Você provavelmente vê muitas Jans em sua prática diária. As não-casadas, com baixa auto-estima. Jan nunca encontrou um homem à altura de seu pai. Só agora ela percebeu que o tempo passou - e que talvez ela nunca se case.

Valium (diazepam) pode ser um adjuvante útil, na terapia de pacientes tensos e ansiosos extremos, que têm um senso neurótico de fracasso, culpa ou perda. Ao longo dos anos, Valium tem provado seu valor para aliviar estados psiconeuróticos - ansiedade, apreensão, agitação, com ou sem sintomas depressivos.

Valium tabletes de 10mg ajuda a aliviar as "descargas" emocionais, tensões neuróticas e sintomas depressivos. Valium tabletes de 2mg ou 5mg são geralmente suficientes para estados de tensão e ansiedade leves. Uma dose adicional freqüentemente proporciona uma boa noite de descanso.

Valium® (diazepam)

for psychoneurotic states manifested by psychic tension and depressive symptoms.

Before prescribing, please complete product info., summary of which follows:

Indications: Tension and states; somatic complaints with components of emotional factors; perotic states manifested by tension, apprehension, fatigue, depression or agitation; acute agitation, delirium tremens and hallucinotoxic alcohol withdrawal; ad in skeletal muscle spasm; rest spasm to local pathology, spasms by upper motor neuron dis. tetanus, stiff-man syndrome, co-occurring (not for sole therapy).

Contraindications: Known sensitivity to the drug. Children under 6 of age. Acute narrow angle.

Warnings: Not of value to patients. Caution against occupations requiring mental alertness. When used away in convulsive disorders, pyrid increase in frequency and/or severity and mal seizures may require dosage of standard anticonvulsant; abrupt withdrawal associated with temporary increase in frequency and severity of seizures. Adult simultaneous ingestion of other CNS depressant drugs and other CNS depressant drugs have occurring abrupt discontinuance. Keep appropriate individuals under careful care because of their previous habituation and dependence. Lactation or women of childbearing age, weigh potential benefit possible hazard.

Precautions: If combined with psychotropics or anticonvulsants, consider carefully pharmacology employed. Usual premedicated in patients severely depressed with latent depression, or with senescence. Observe usual precautions in renal or hepatic dysfunction; use smallest effective amount and debilitated to preclude or overdosage.

Side Effects: Drowsiness, dizziness, ataxia, blurred vision, headache during long-term therapy.

Roche
LABORATORIES
Division of Hoffmann-La Roche Inc.
Nutley, New Jersey 07110

BENZODIAZEPÍNICOS

MASSIFICAÇÃO & COMPLICAÇÕES

EM 1975, 100 MILHÕES DE PRESCRIÇÕES FORAM EMITIDAS NOS ESTADOS UNIDOS.

A CONSTATAÇÃO DA DEPENDÊNCIA LEVOU A CAMPANHAS PELO USO MAIS RACIONAL.

EM 1981, HOVE UMA QUEDA PARA 65 MILHÕES DE RECEITAS.

O USO, AINDA HOJE, É EXAGERADO E MUITAS VEZES CARENTES DE CRITÉRIOS.



2.

EPIDEMIOLOGIA

CONSUMO MUNDIAL ←

CONSUMO NACIONAL



2.

EPIDEMIOLOGIA

- ★ **USO DIÁRIO: 50 MILHÕES DE PESSOAS**
- ★ **50% DE TODA A PRESCRIÇÃO PSICOTRÓPICOS (HALLFORS, 1993)**
- ★ **UM EM CADA 10 ADULTOS RECEBEM PRESCRIÇÕES DE BZDS A CADA ANO**
- ★ **MAIOR A INCIDÊNCIA EM MULHERES ACIMA DE 50 A**
- ★ **A MAIORIA DESTA CUNHADAS POR CLÍNICOS GERAIS (HIRSCHFELD,1993).**

2.

EPIDEMIOLOGIA

- ★ **USUÁRIOS CRÔNICOS: 1,6% POPULAÇÃO ADULTA**
- ★ **USO OCASIONAL - 11 A 15% NO ANO ANTERIOR;**
- ★ **15% DOS PACIENTES USAM-NOS POR PERÍODOS SUPERIORES A 1 ANO (APA, 1990);**
- ★ **TOMARAM BZD POR MAIS DE 1 ANO: 7,4% NA HOLANDA, 15% NOS EUA E 17% NA BÉLGICA.**

2.

EPIDEMIOLOGIA

- ★ EUA : 1,1% DOS INDIVÍDUOS PREENCHEM CRITÉRIO PARA ABUSO OU DEPENDÊNCIA EM ALGUM MOMENTO DE SUAS VIDAS (GOLD, 1995).
- ★ CADA CLÍNICO TEM EM SUA LISTA 50 PACIENTES DEPENDENTES DE BENZODIAZEPÍNICOS, METADE DESTES GOSTARIAM DE PARAR O USO E, NO ENTANTO, 30% PENSAM QUE O USO É ESTIMULADO PELOS MÉDICOS (MHF, 1992).

2.

EPIDEMIOLOGIA

CONSUMO MUNDIAL

CONSUMO NACIONAL ←



SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS
GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL



CEBRID
CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES
SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS
A PARTIR DE 1991, COM O APOIO
DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DO DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA

I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil

– 2001 –

E. A. Carlini

José Carlos F. Galduróz

Ana Regina Noto

Solange A. Nappo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES
SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS
CEBRID

I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001 –

E. A. Carlini
José Carlos F. Galduróz
Ana Regina Noto
Solange A. Nappo

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional –
Presidência da República

São Paulo – 2002 – Brasil

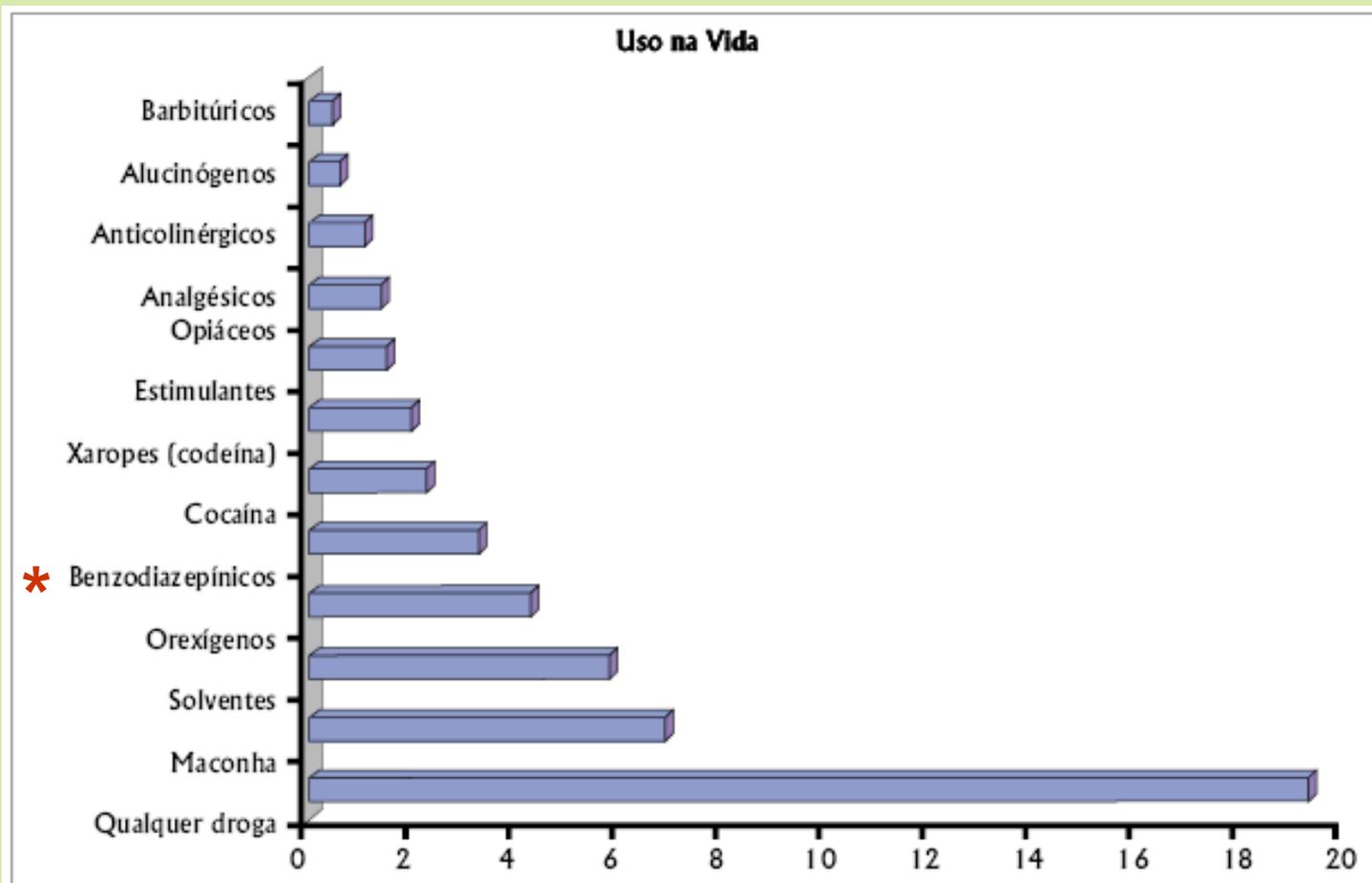


Gráfico 1 – Porcentagem de *uso na vida* das diferentes drogas psicotrópicas, nas 107 maiores cidades do Brasil – 2001.

Tabela 13 – Prevalência de porcentagens e população estimada com uso na vida de diferentes drogas psicotrópicas* (exceto tabaco e álcool), nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

DROGA	%	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
QUALQUER DROGA	19,4	(16,6 – 22,1)
MACONHA	6,9	(5,2 – 8,6)
SOLVENTES	5,8	(4,2 – 7,3)
OREXÍGENOS	4,3	(3,0 – 5,6)
BENZODIAZEPÍNICOS	3,3	(2,2 – 4,3)
COCAÍNA	2,3	(1,3 – 3,3)
XAROPES (codeína)	2,0	(1,1 – 2,8)
ESTIMULANTES	1,5	(0,8 – 2,2)
OPIÁCEOS	1,4	(0,6 – 2,1)
ANTICOLINÉRGICOS	1,1	(0,4 – 1,7)
ALUCINÓGENOS	0,6	(0,1 – 1,1)
BARBITÚRICOS	0,5	(0,1 – 0,9)
CRACK	0,4	(*)
ESTERÓIDES*	0,3	(*)
MERLA	0,2	(*)
HEROÍNA	0,1	(*)
POPULAÇÃO ESTIMADA		
	(EM MILHARES)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
QUALQUER DROGA	9.109	(7.824 – 10.394)
MACONHA	3.249	(2.452 – 4.045)
SOLVENTES	2.710	(1.987 – 3.433)
OREXÍGENOS	2.015	(1.402 – 2.629)
BENZODIAZEPÍNICOS	1.536	(1.048 – 2.024)
COCAÍNA	1.076	(613 – 1.539)
XAROPES (codeína)	931	(531 – 1.330)
ESTIMULANTES	704	(382 – 1.026)
OPIÁCEOS	640	(299 – 980)
ANTICOLINÉRGICOS	495	(178 – 812)
ALUCINÓGENOS	295	(65 – 524)
BARBITÚRICOS	220	(35 – 404)
CRACK	189	(*)
ESTERÓIDES*	149	(*)
MERLA	92	(*)
HEROÍNA	25	(*)

* Embora Esteróides Anabolizantes não sejam considerados drogas psicotrópicas, estão aqui elencadas devido ao crescente número de relatos de abuso dessas substâncias.

* Baixa precisão

Tabela 37 - *Uso na vida* de benzodiazepínicos, distribuído, segundo o sexo e as faixas etárias dos 8.589 entrevistados, nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)/SEXO	OBSERVADO %	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 a 17	1,3	(0,3 - 2,3)
M	0,4	(*)
F	2,2	(0,9 - 3,5)
18 a 24	3,2	(1,9 - 4,4)
M	2,6	(1,4 - 3,8)
F	3,7	(2,4 - 4,9)
25 a 34	3,5	(2,3 - 4,7)
M	2,8	(1,6 - 3,9)
F	4,2	(3,0 - 5,5)
≥ 35	3,9	(3,1 - 4,8)
M	2,4	(1,7 - 3,1)
F	5,3	(4,5 - 6,2)
TOTAL	3,3	(2,2 - 4,3)
M	2,2	(1,3 - 3,1)
F	4,3	(3,1 - 5,4)
POPULAÇÃO ESTIMADA		
	(EM MILHARES)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 a 17	96	(21 - 171)
M	13	(*)
F	83	(33 - 132)
18 a 24	292	(178 - 406)
M	122	(67 - 177)
F	170	(112 - 228)
25 a 34	372	(244 - 499)
M	146	(86 - 206)
F	226	(159 - 292)
≥ 35	776	(615 - 937)
M	220	(153 - 288)
F	556	(465 - 647)
TOTAL	1.536	(1.048 - 2.024)
M	501	(290 - 713)
F	1.034	(761 - 1.307)

Nota: Algumas vezes, as somas dos milhares entre homens e mulheres não totalizam, pois os dados são resultados de fórmulas aplicadas separadamente. As estimativas são obtidas através de ponderação por idade e por sexo.

* Baixa precisão

Tabela 38 – Prevalência de dependentes de benzodiazepínicos, distribuída, segundo o sexo e as faixas etárias dos 8.589 entrevistados, nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)/SEXO	OBSERVADO %	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 a 17	0,2	(*)
M	0,2	(*)
F	0,2	(*)
18 a 24	0,6	(0,1 – 1,2)
M	0,3	(*)
F	1,0	(0,3 – 1,6)
25 a 34	1,2	(0,5 – 2,0)
M	1,0	(0,3 – 1,7)
F	1,5	(0,8 – 2,3)
≥ 35	1,6	(1,1 – 2,2)
M	0,9	(0,5 – 1,4)
F	2,3	(1,7 – 2,8)
TOTAL	1,1	(0,6 – 1,7)
M	0,7	(0,2 – 1,2)
F	1,5	(0,9 – 2,1)
POPULAÇÃO ESTIMADA		
	(EM MILHARES)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 a 17	15	(*)
M	8	(*)
F	8	(*)
18 a 24	59	(8 – 109)
M	13	(*)
F	46	(15 – 76)
25 a 34	133	(56 – 210)
M	52	(16 – 88)
F	81	(40 – 121)
≥ 35	324	(219 – 428)
M	87	(45 – 130)
F	236	(176 – 297)
TOTAL	530	(265 – 796)
M	160	(46 – 275)
F	370	(221 – 520)

Nota: Algumas vezes, as somas dos milhares entre homens e mulheres não totalizam, pois os dados são resultados de fórmulas aplicadas separadamente. As estimativas são obtidas através de ponderação por idade e por sexo.

* Baixa precisão



CEBRID
CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES
SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Psicobiologia

V Levantamento Nacional
Sobre o Consumo de
Drogas Psicotrópicas
Entre Estudantes do Ensino
Fundamental e Médio da
Rede Pública de Ensino
nas 27 Capitais Brasileiras
2004

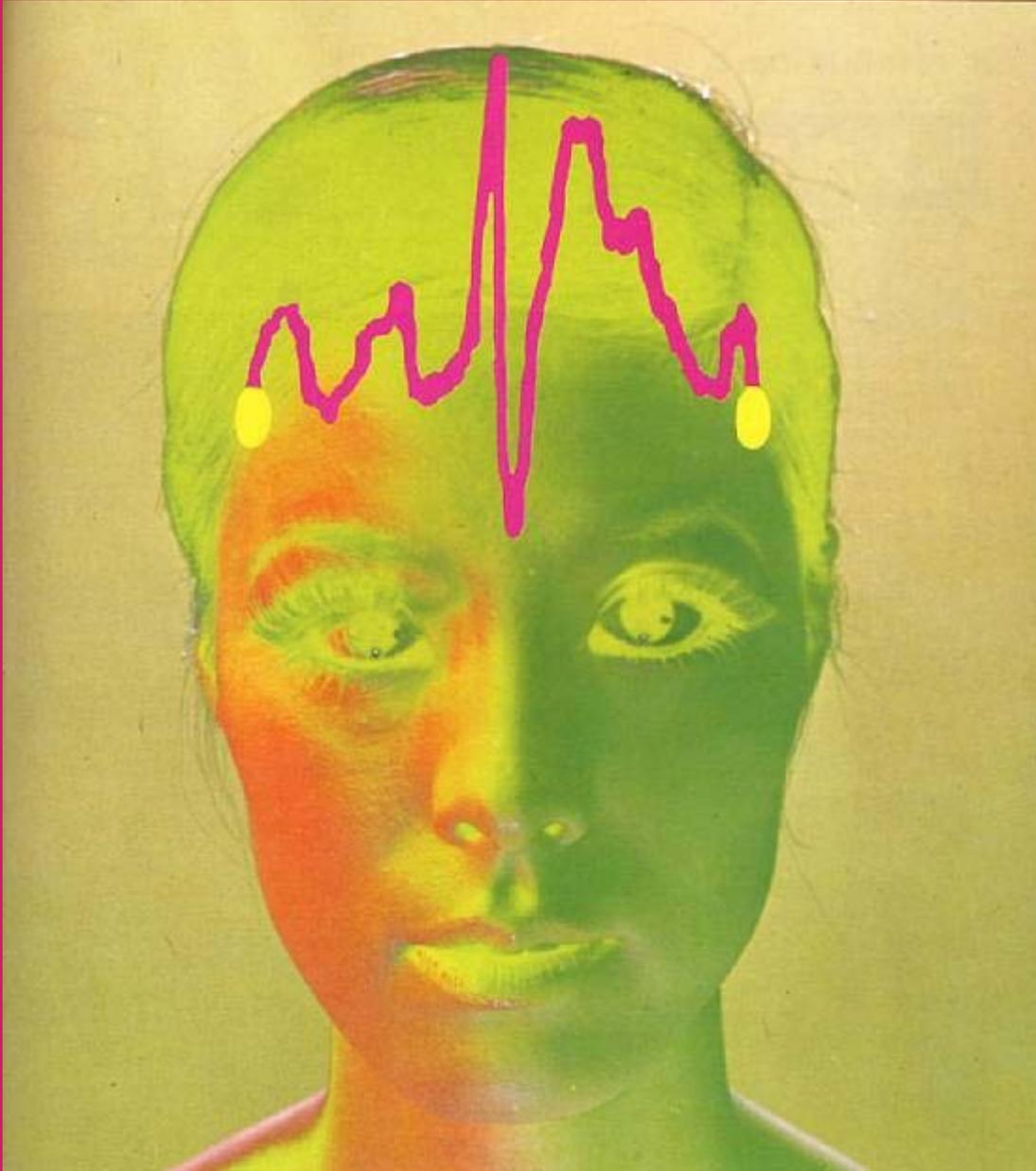
José Carlos F. Galduróz
Ana Regina Noto
Arlton Martins Fonseca
E. A. Carlini

USO NA VIDA

**O USO NA VIDA DE ANSIOLÍTICOS BDZ
PELOS ESTUDANTES FOI DE 4,1%.**

**O USO FREQUENTE FOI DE 1,5% NA
REGIÃO SUDESTE.**

**MAIOR PREVALÊNCIA ENTRE AS
MENINAS.**



4.

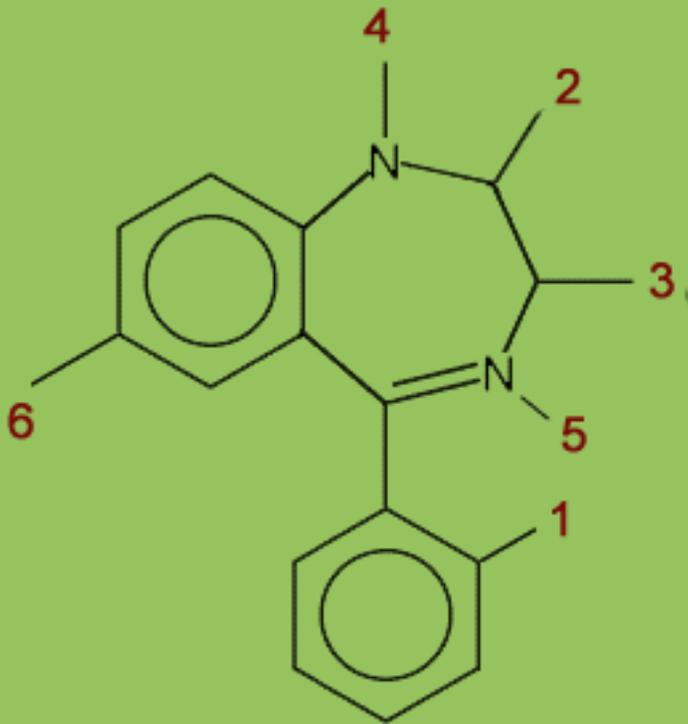
FARMACOLOGIA

FARMACOLOGIA ←

SISTEMA GABA

MECANISMO DE AÇÃO

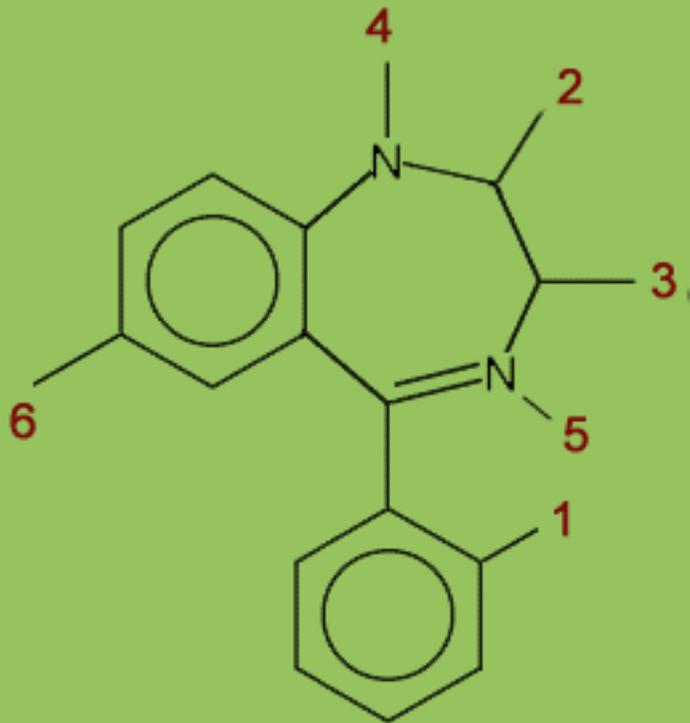
FARMACOLOGIA



UM GRANDE NÚMERO DE BDZ PODE SER SINTETIZADO A PARTIR DE MODIFICAÇÕES EM SEIS LOCAIS, MANTENDO-SE A ESTRUTURA BÁSICA.

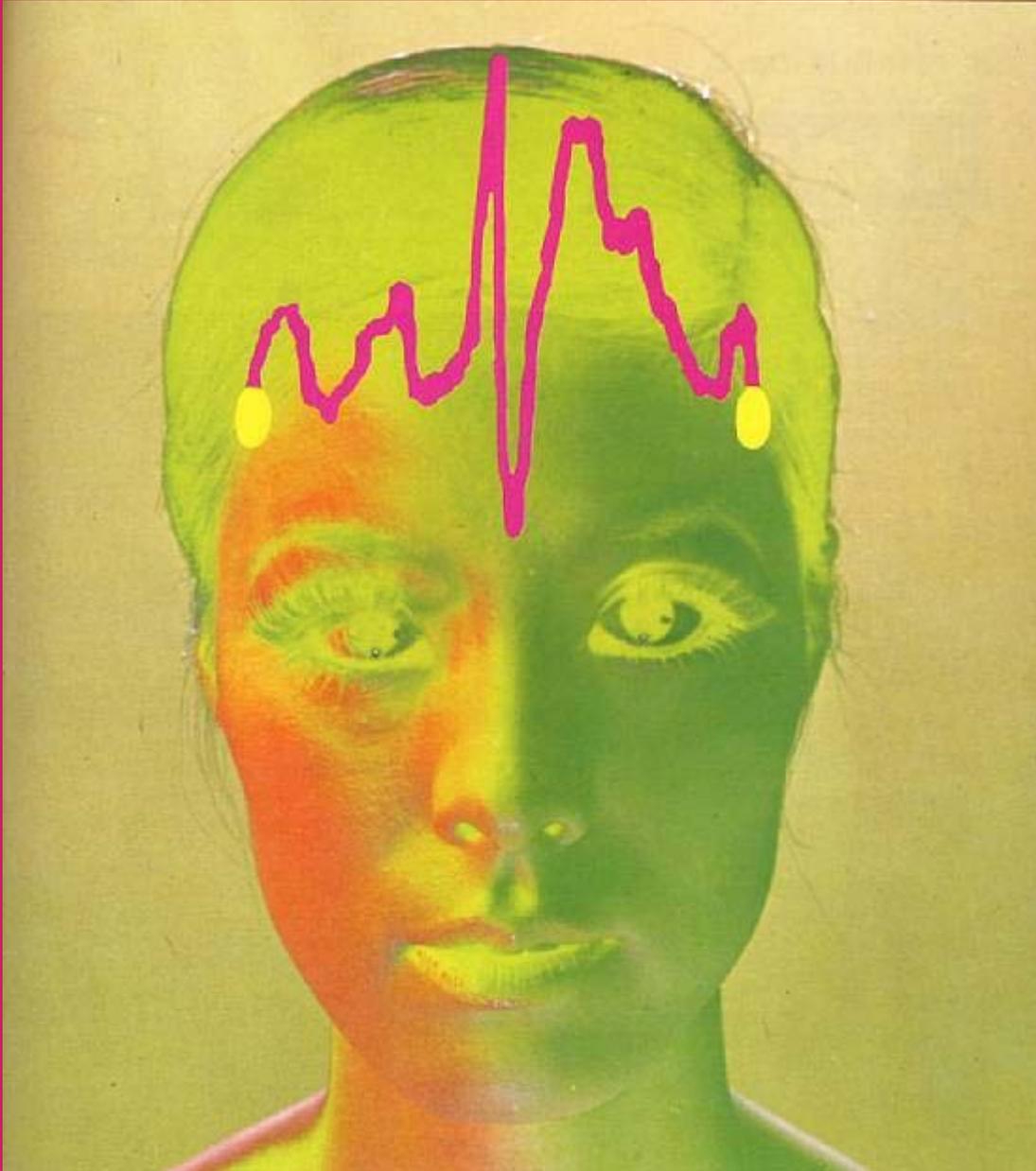
- ★ SÃO DROGAS LIPOSSOLÚVEIS,
- ★ AMPLA ABSORÇÃO PELO TRATO GASTROINTESTINAL,
- ★ AMPLA TAXA DE LIGAÇÃO A PROTEÍNAS,
- ★ METABOLISMO HEPÁTICO,
- ★ BOA PARTE DELES APRESENTAM METABÓLITOS ATIVOS (VIDE QUADRO ABAIXO) (GORENSTEIN, 1999).

FARMACOLOGIA



AÇÕES FARMACOLÓGICAS

- ★ HIPNÓTICO – SEDATIVOS
- ★ RELAXANTES MUSCULARES
- ★ ANTICONVULSIVANTES
- ★ ESTABILIZADORES DO HUMOR
- ★ ANSIOLÍTICOS



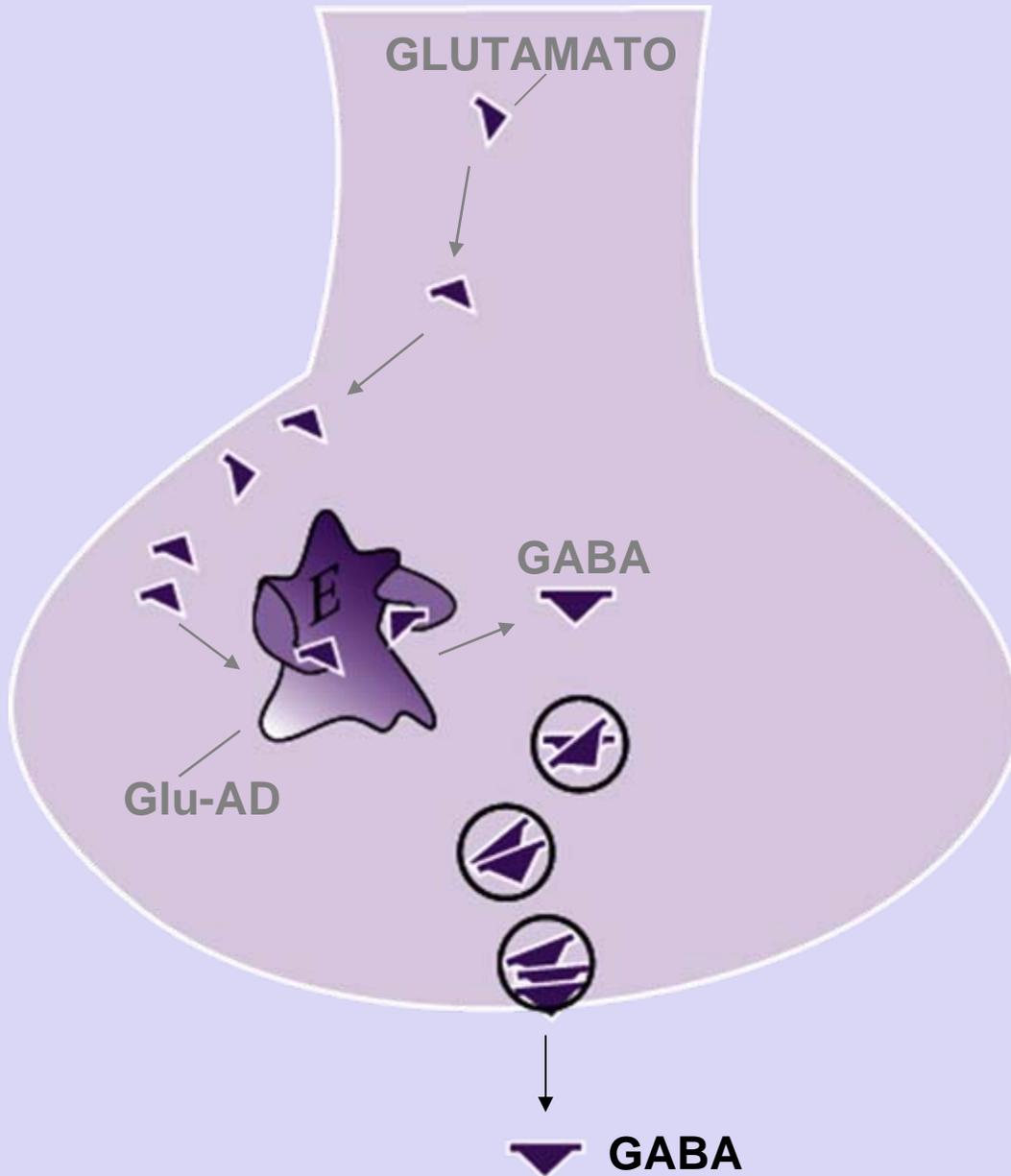
4.

FARMACOLOGIA

FARMACOLOGIA

SISTEMA GABA ←

MECANISMO DE AÇÃO

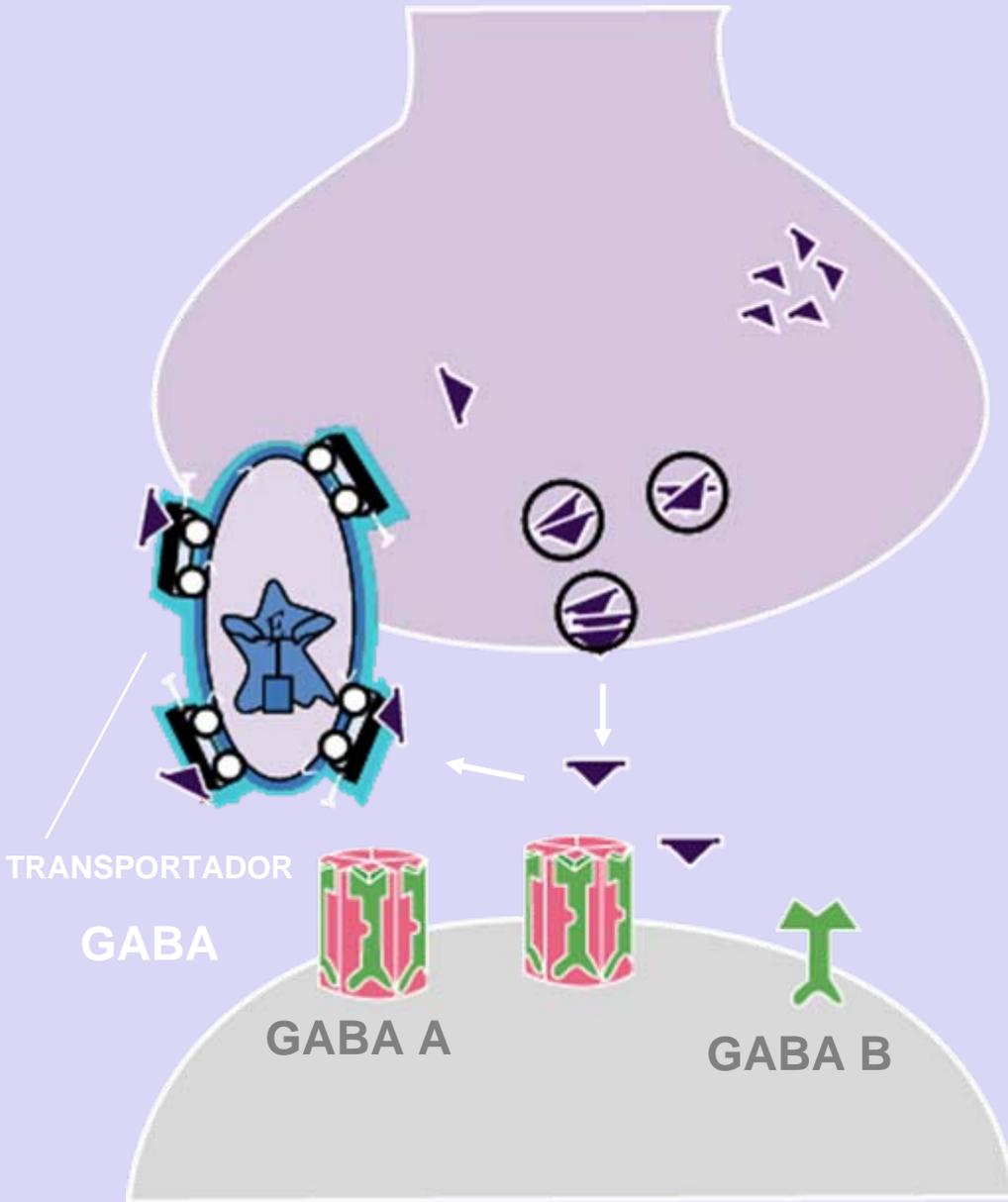


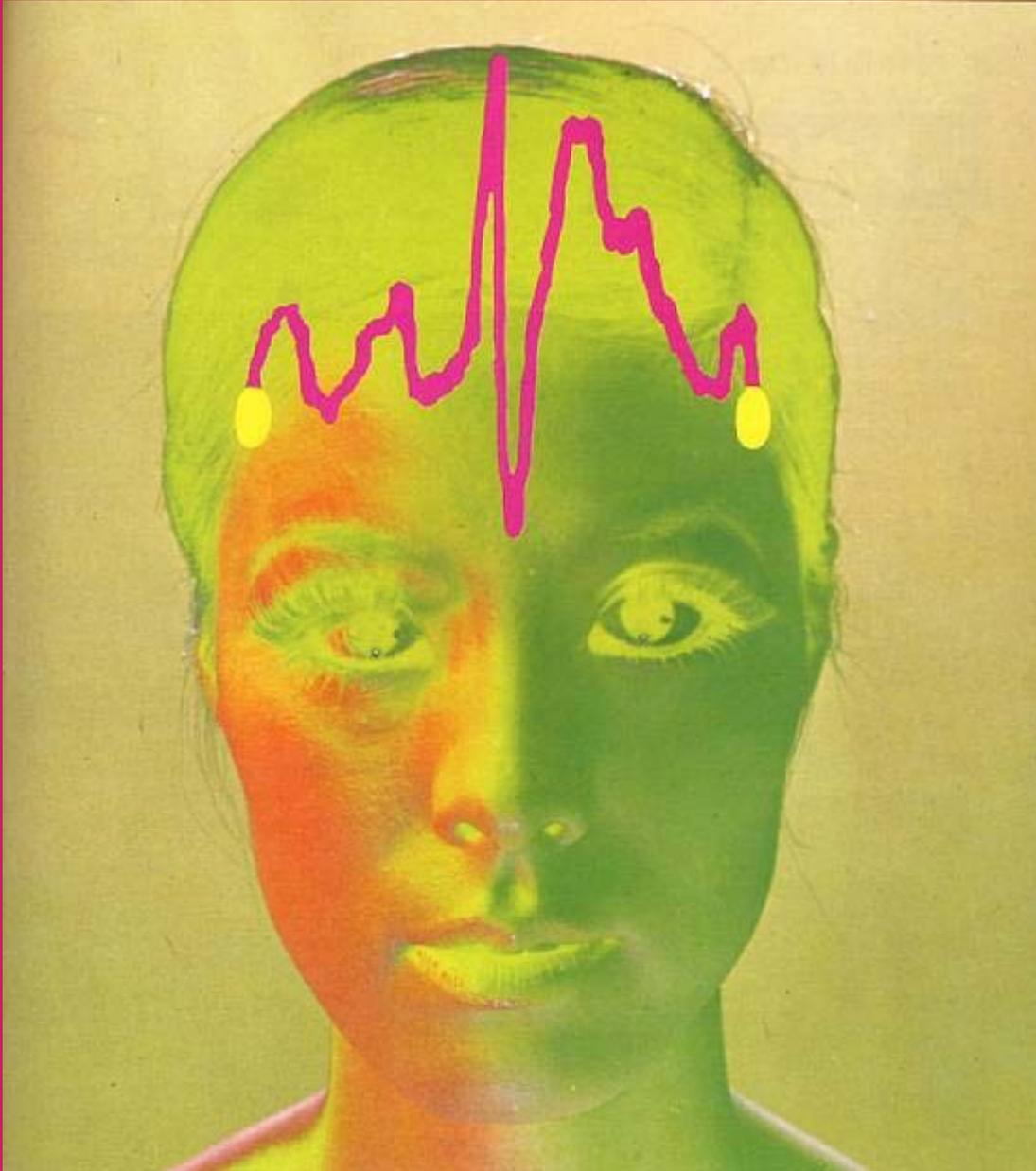
SISTEMA GABA

SISTEMA DIFUSAMENTE DISTRIBUÍDO
PELO SNC.

PROPRIEDADES INIBITÓRIAS.

SISTEMA GABA





4.

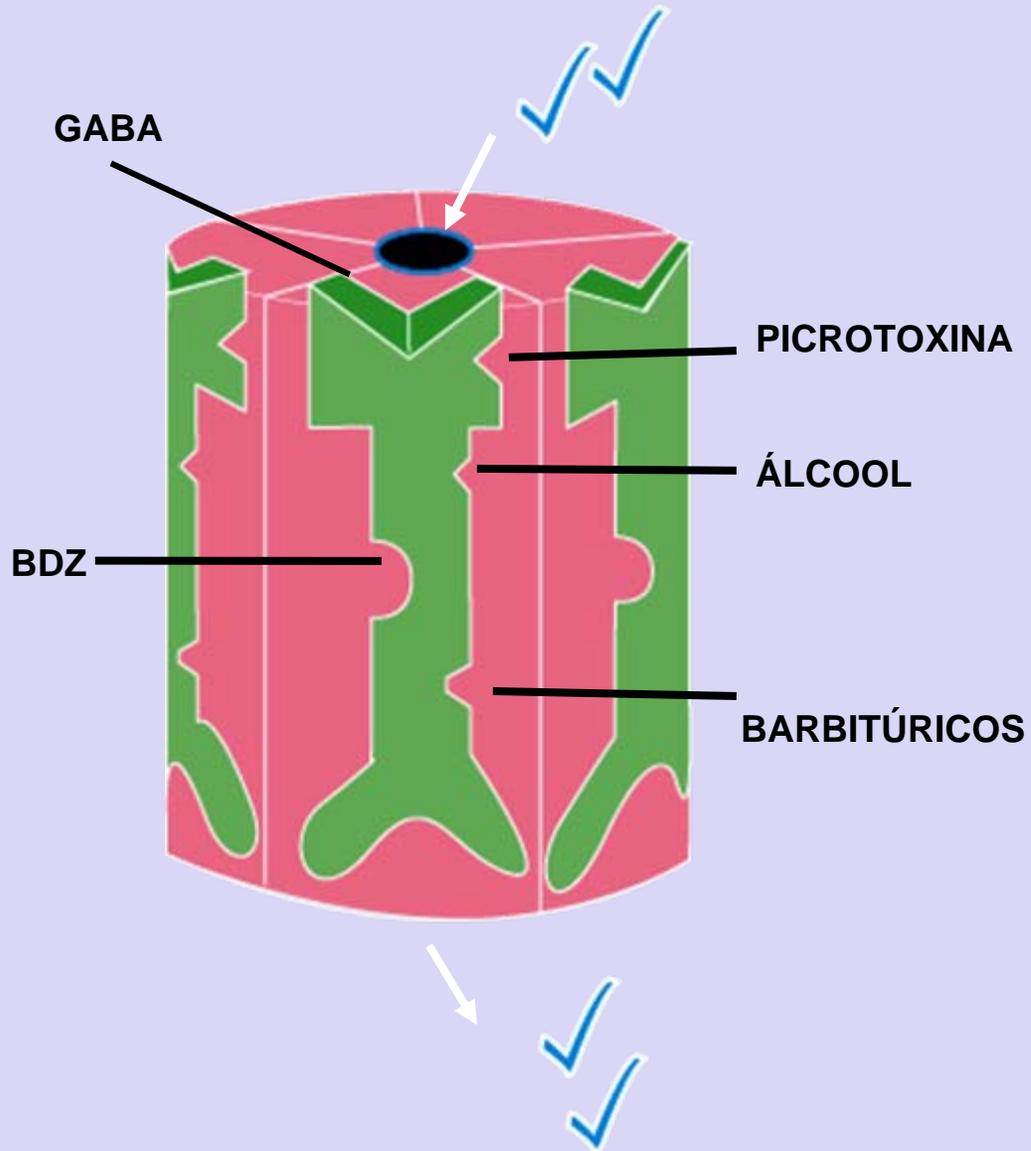
FARMACOLOGIA

FARMACOLOGIA

SISTEMA GABA

MECANISMO DE AÇÃO ←

SISTEMA GABA



O RECEPTOR GABA POSSUI SÍTIOS ESPECÍFICOS PARA DIVERSOS FÁRMACOS, INCLUSIVE OS BDZ.

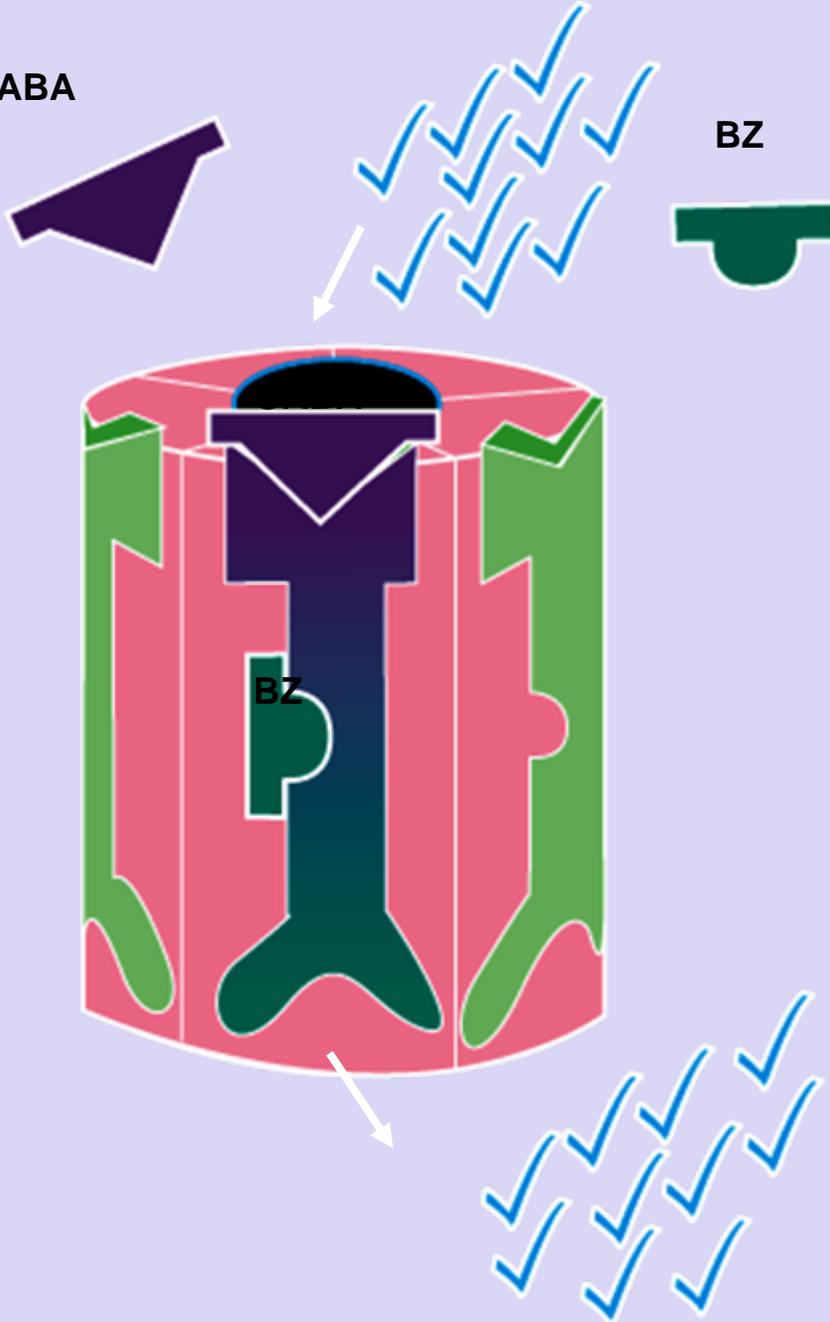
GABA

BZ

SISTEMA GABA

OS EFEITOS FARMACOLÓGICOS SÃO MEDIADOS POR SUA INTERAÇÃO COM OS SÍTIOS RECEPTORES BZDS NO SNC (RECEPTORES GABA-A)

POTENCIALIZAM A AÇÃO DO GABA LEVANDO A HIPERPOLARIZAÇÃO DAS CÉLULAS E DIMINUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS DISPAROS NEURONAIS.



1/2

VIDA

+

POTÊNCIA



DEFINIÇÃO: CORRESPONDE AO TEMPO QUE O ORGANISMO LEVA PARA ELIMINAR METADE DA DOSE INGERIDA.

PORTANTO: QUANTO MAIOR A MEIA-VIDA, MAIOR SERÁ O TEMPO DE AÇÃO DA SUBSTÂNCIA.

REGRA: $\frac{1}{2}$ VIDA É INVERSAMENTE PROPORCIONAL AO RISCO DE DEPENDÊNCIA.

GERALMENTE, O ORGANISMO LEVA CINCO $\frac{1}{2}$ VIDAS PARA ESTABILIZAR / ELIMINAR UMA SUBSTÂNCIA.

DEFINIÇÃO: CORRESPONDE À AFINIDADE DO FÁRMACO PELO RECEPTOR.

PORTANTO: QUANTO MAIOR A POTÊNCIA, MAIS INTENSA A AÇÃO FARMACOLÓGICA DA SUBSTÂNCIA.

REGRA: POTÊNCIA É DIRETAMENTE PROPORCIONAL AO RISCO DE DEPENDÊNCIA.

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS DOS BZDS: FARMACOCINÉTICA

PROPRIEDADES FARMACOCINÉTICAS DOS BZDs				
Droga	½ vida (h)	Metabólitos Ativos	Pico de [] plasmática	Dose Equivalente a 10mg de Diazepam **
Clordiazepóxido	5-30	Sim (½ vida até 100h)	0,54 h	25 mg
Diazepam	20-70	Sim (½ vida até 100h)	0,5 –2 h	10 mg
Clonazepam *	18-50	Nenhum	1-2 h	2mg
Bromazepam	20-32	Nenhum	1-4 h	3mg
Alprazolam*	11-16	Nenhum	1-2 h	0,5mg
Nitrazepam	16-48	Nenhum	2–3 h	10mg
Lorazepam*	10-20	Nenhum	2-3 h	2mg
Triazolam*	1,5-5,5	Nenhum	1-2h	0,5mg
Midazolam	1-5	Sim (½ vida até 5h)	0,33-1h	15mg



ALPRAZOLAM

Frontal®, Alpraz® e Tranquinal®



LORAZEPAM

Lorax®, Lorium®, Max-Pax® e Mesmerin®



CLONAZEPAM

Rivotril®



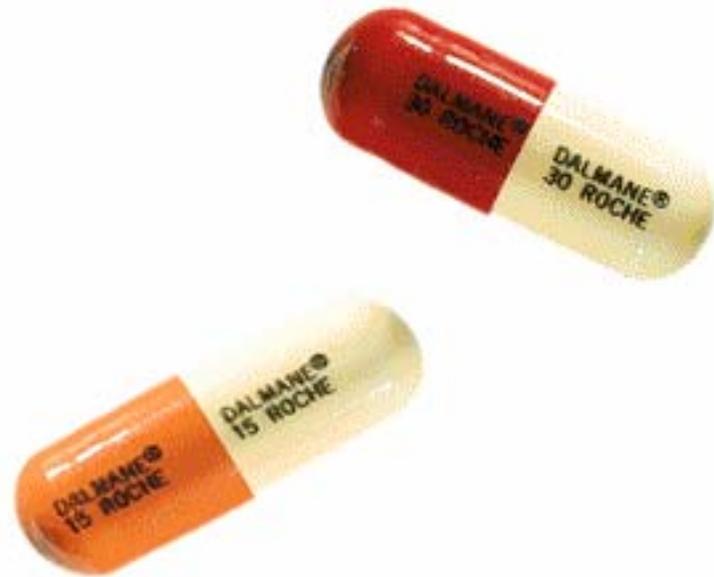
DIAZEPAM

Valium®, Dienpax®, Noan®



CLORDIAZEPÓXIDO

Psicosedin®, Limbitrol®, Menotensil®



FLURAZEPAM
Dalmadorm®



FLUNITRAZEPAM

Rohypnol®



BROMAZEPAM

Lexotan®, Somalium®, Novazepam®

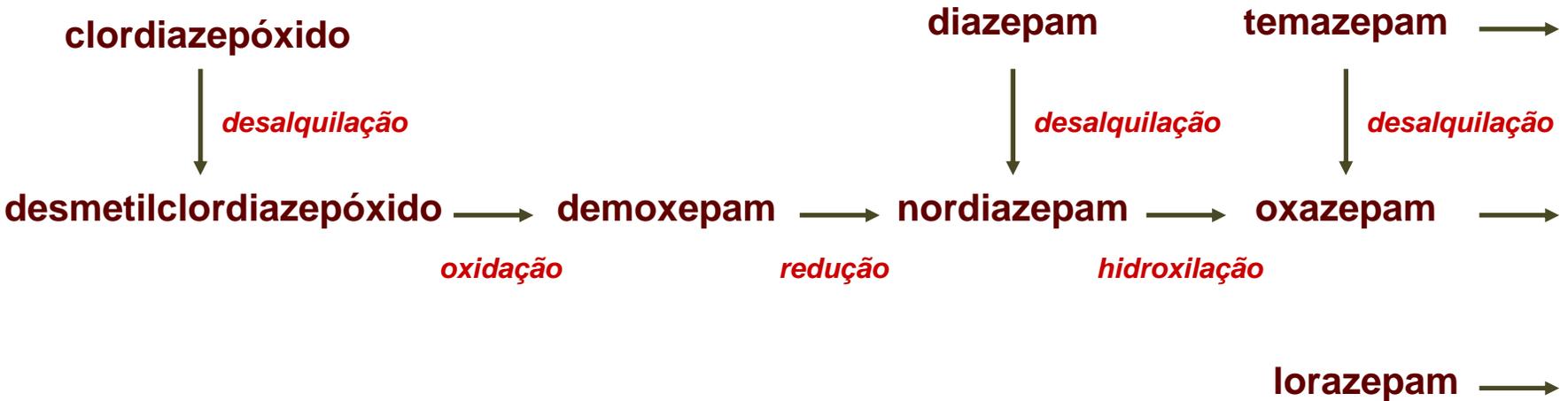


MIDAZOLAM
Dormonid®

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS DOS BZDS: FARMACOCINÉTICA

EXCREÇÃO

c
o
n
j
u
g
a
ç
ã
o





5.

**TRANSTORNOS POR
USO DE BDZ**

DEPENDÊNCIA ←
(E USO NOCIVO)

NEUROBIOLOGIA

TIPOS DE USUÁRIOS

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE GRIFFITH EDWARDS PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA

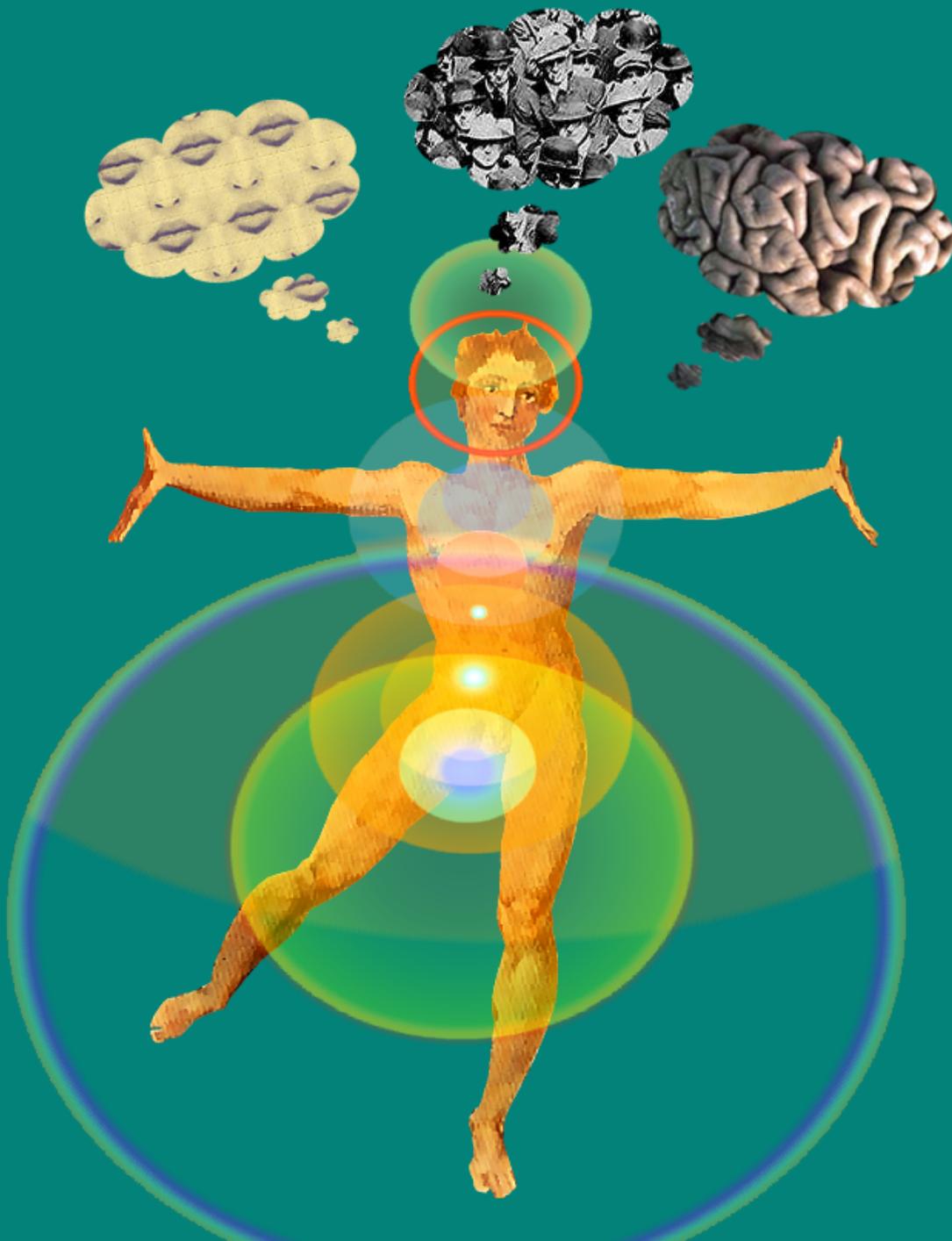
- (1) PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE COMPULSÃO
- (2) TOLERÂNCIA
- (3) SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA
- (4) EVITAÇÃO DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA
- (5) SALIÊNCIA DO CONSUMO
- (6) ESTREITAMENTO DO REPERTÓRIO
- (7) REINSTALAÇÃO DA SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA



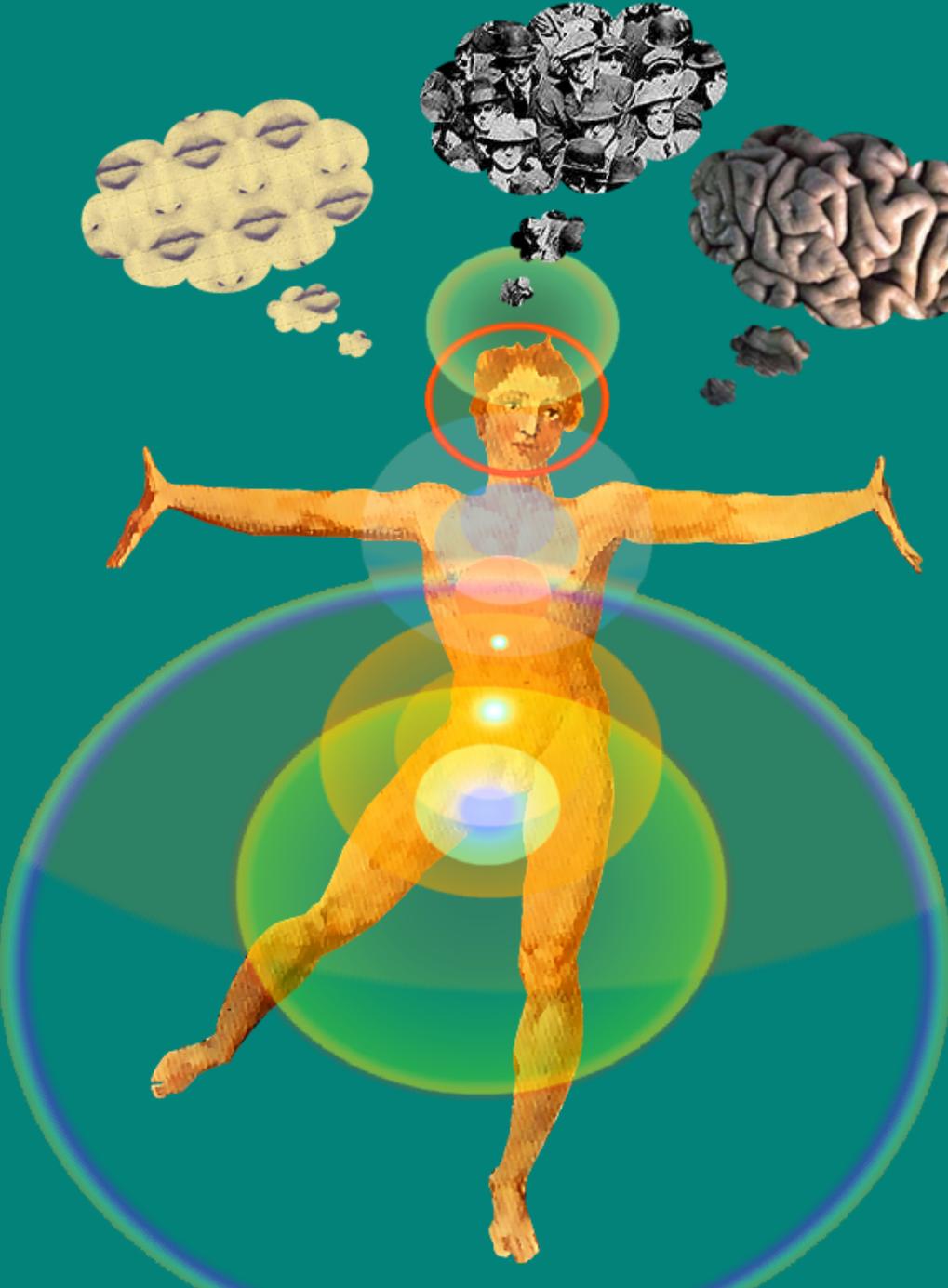
DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS

ALGUMAS SITUAÇÕES USUAIS:

- ★ NÍVEIS SIGNIFICATIVOS DE TOLERÂNCIA E SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA
- ★ AUTO-ADMINISTRAÇÃO COMPULSIVA, SEM QUALQUER FINALIDADE MÉDICA.
- ★ CONSUMO EM DOSES QUE EXCEDEM EM MUITO A QUANTIDADE NECESSÁRIA.
- ★ ATIVIDADES DIÁRIAS PLANEJADAS A PARTIR DAS NECESSIDADES DE USO.
- ★ PRESENÇA DE REDE ILÍCITA & LÍCITA PARA GARANTIR O SUPRIMENTO DIÁRIO.



CRITÉRIOS DO DSM-IV PARA USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIA

- 
- (1) PADRÃO MAL-ADAPTATIVO DE USO, LEVANDO A PREJUÍZO OU SOFRIMENTO SIGNIFICATIVO.
- a) USO RESULTANDO EM FRACASSO EM CUMPRIR OBRIGAÇÕES IMPORTANTES (SOCIAIS, FAMILIARES,...).
 - b) USO RESULTANDO EM PERIGO FÍSICO PARA SI OU TERCEIROS.
 - c) PERMANÊNCIA DO CONSUMO APESAR DOS PREJUÍZOS
- (2) OS SINTOMAS JAMAIS PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA.

USO NOCIVO DE OPIÁCEOS

ALGUMAS SITUAÇÕES USUAIS:

- ★ DIFICULDADES LEGAIS DURANTE A INTOXICAÇÃO OU PELO RECURSO A FONTES ILEGAIS.
- ★ NO USO NOCIVO GERALMENTE MENOS FREQUENTE QUE NA DEPENDÊNCIA, COM AUSÊNCIA DE TOLERÂNCIA OU SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.





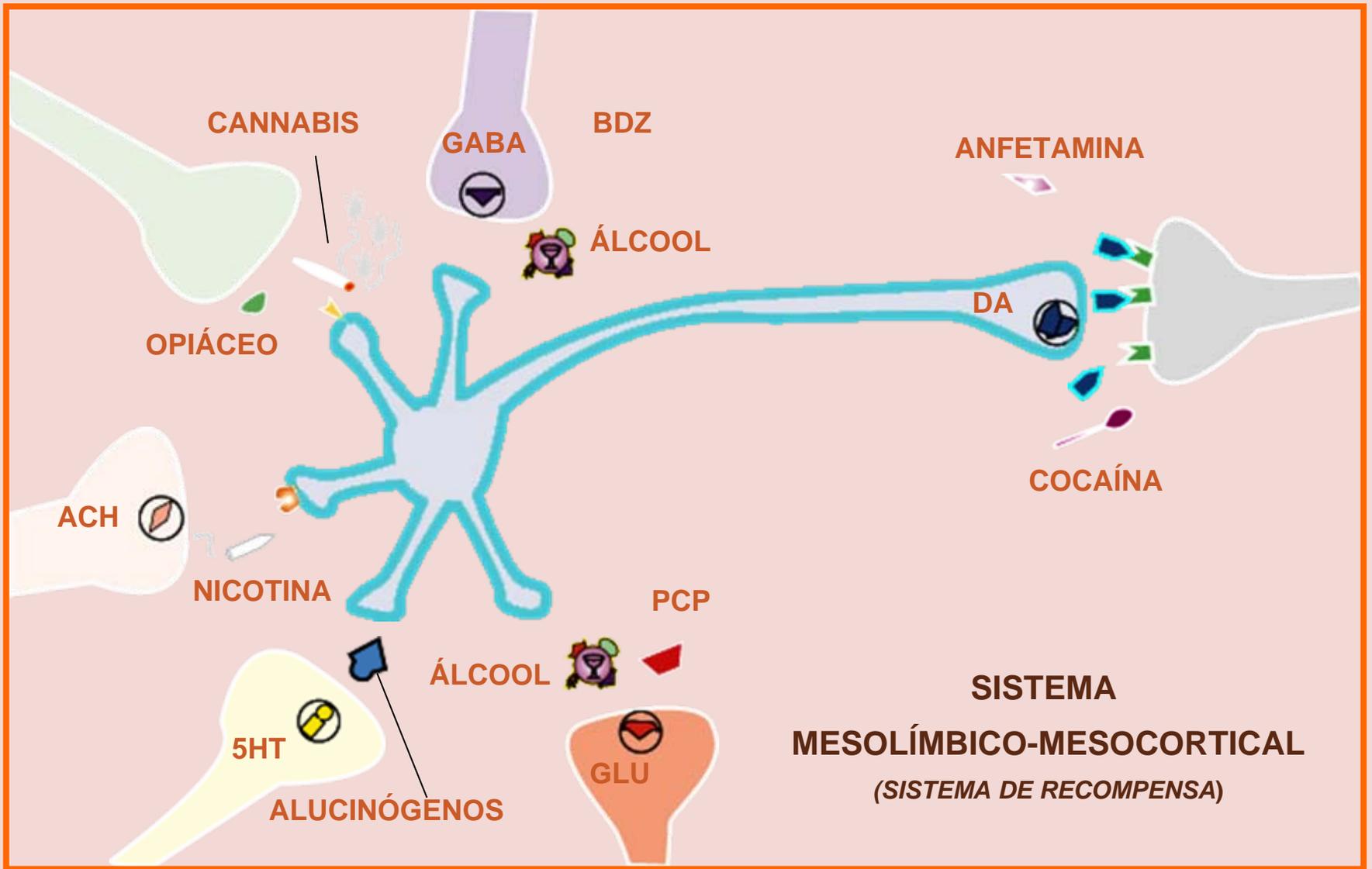
5.

**TRANSTORNOS POR
USO DE BDZ**

**DEPENDÊNCIA
(E USO NOCIVO)**

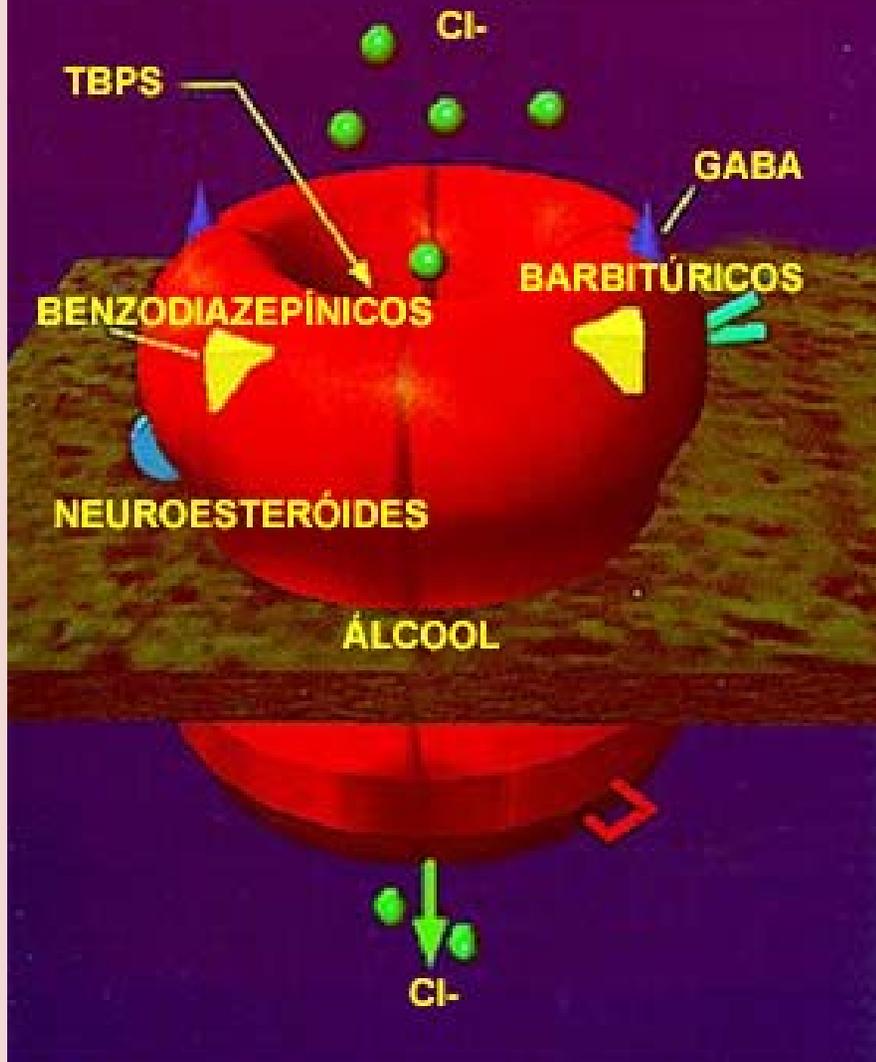
NEUROBIOLOGIA ←

TIPOS DE USUÁRIOS



O SISTEMA MESOLÍMBICO-MESOCORTICAL (RECOMPENSA) ESTÁ SEMPRE RELACIONADO À DEPENDÊNCIA.

SÍTIOS DE LIGAÇÃO DO RECEPTOR GABA-A



ÁLCOOL

NEUROBIOLOGIA

AGONISTA DOS RECEPTORES GABA-A

AÇÃO AGUDA

REDUÇÃO DA ANSIEDADE

SEDAÇÃO

ALTERAÇÕES MOTORAS

PREJUÍZO DA MEMÓRIA & CONCENTRAÇÃO

REFORÇO PARA O CONSUMO

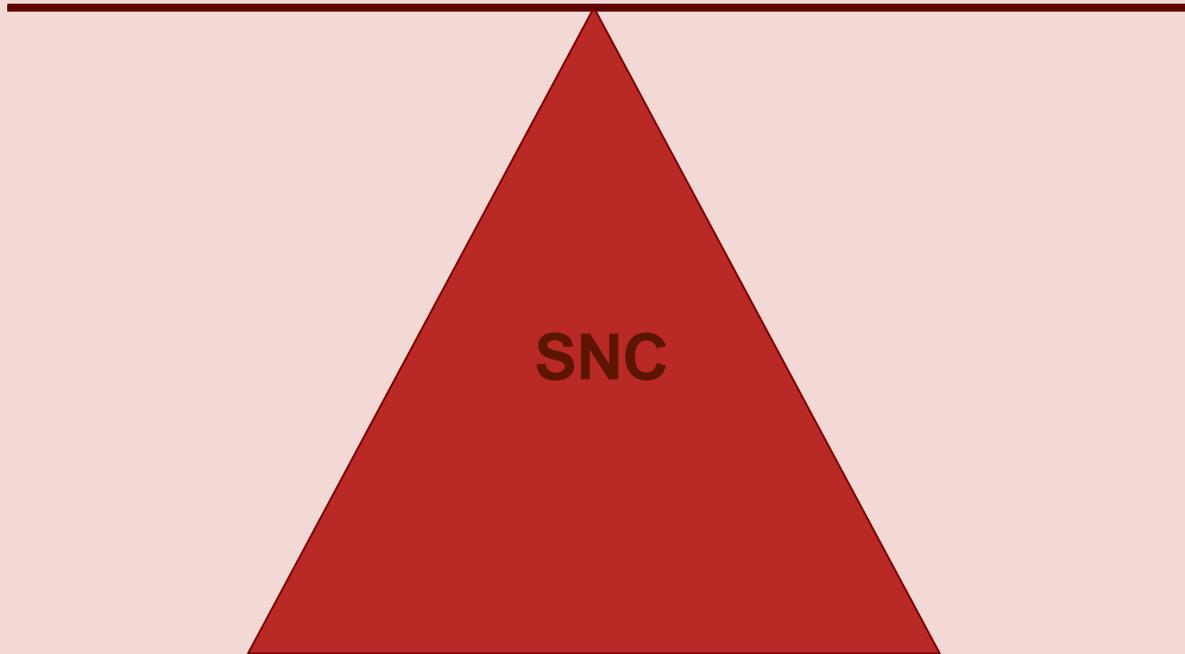
CRONICAMENTE

TOLERÂNCIA

NEUROBIOLOGIA DO ÁLCOOL

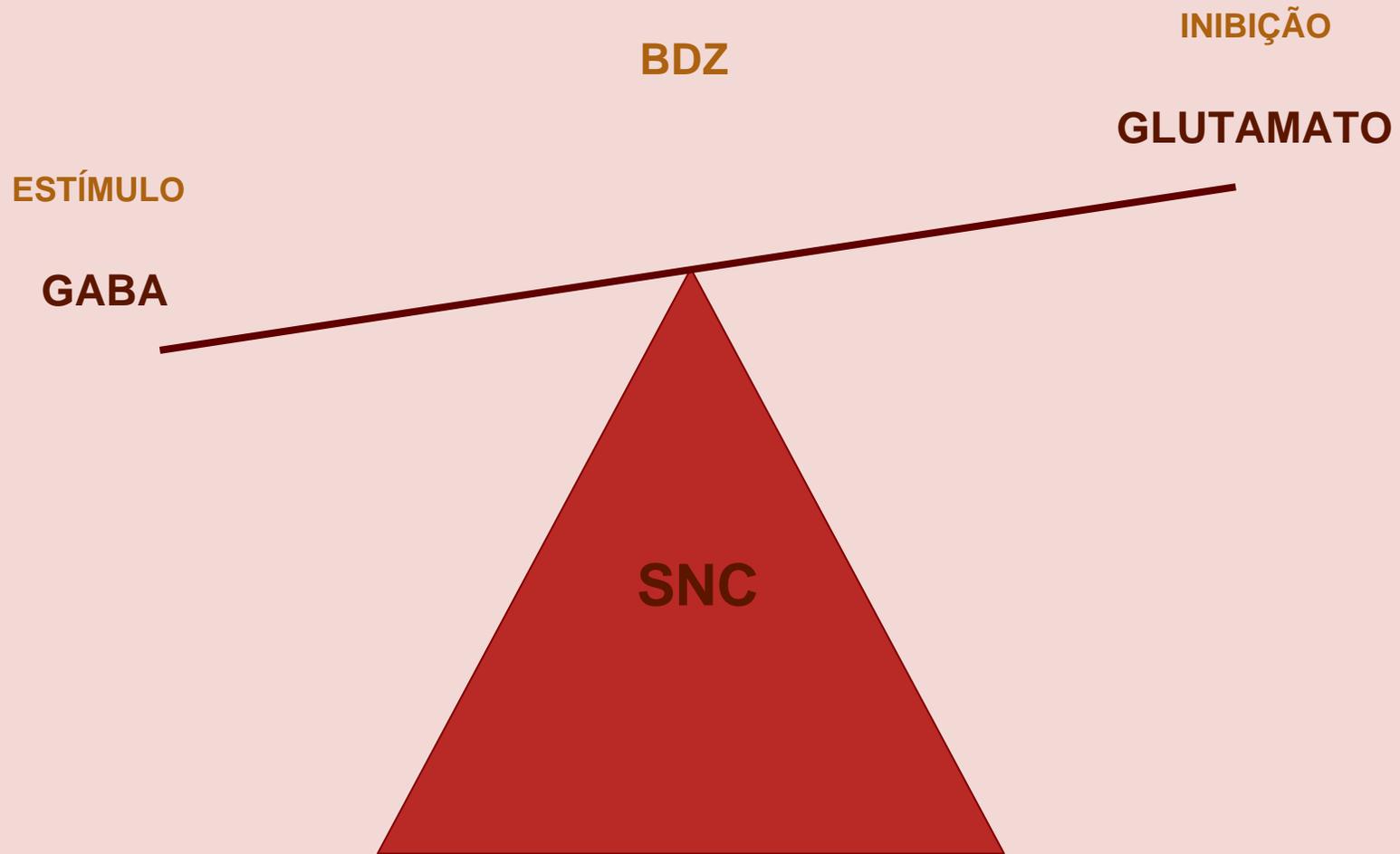
GABA

GLUTAMATO



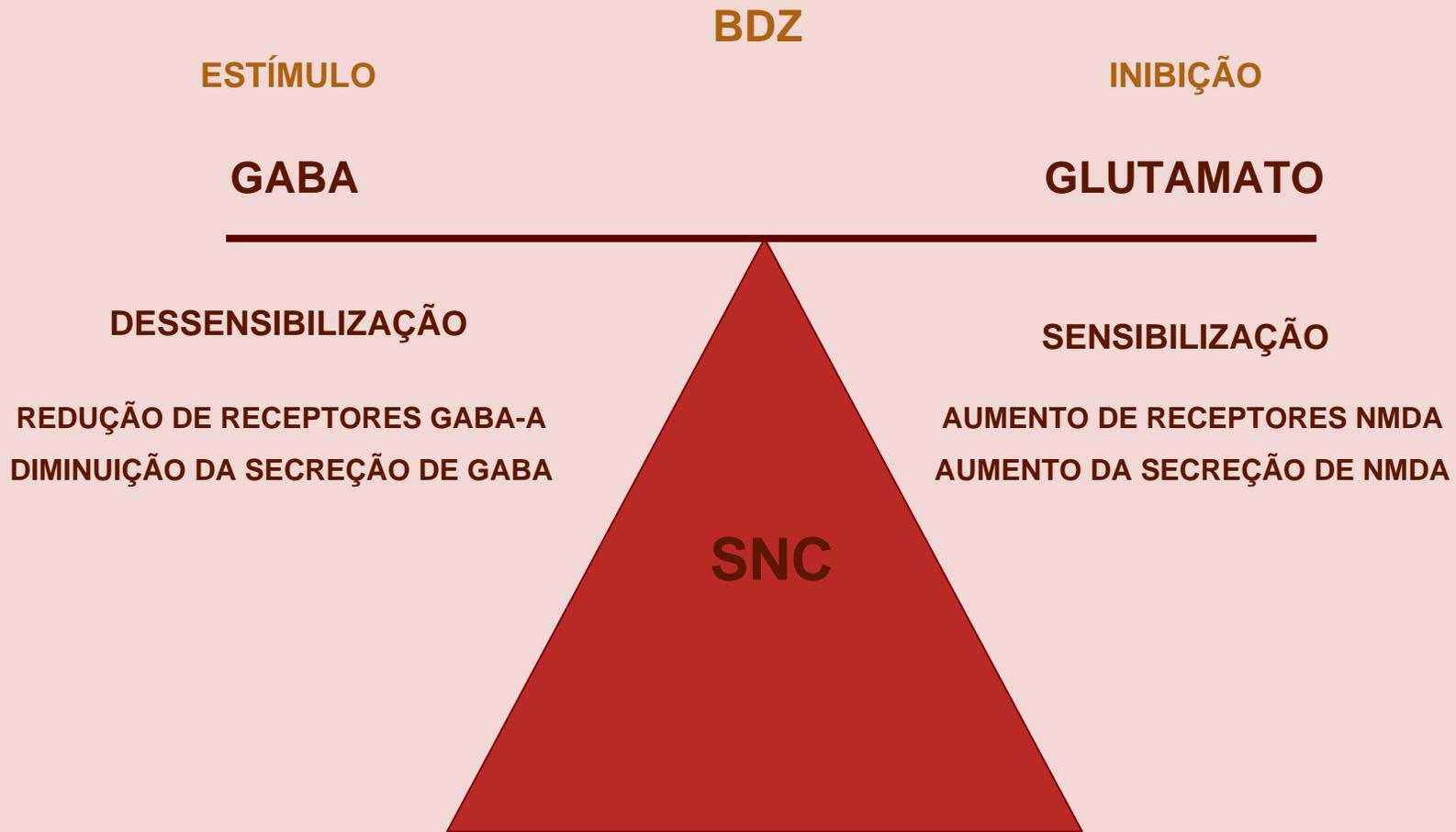
O EQUILÍBRIO FUNCIONAL DO SNC É REGULADO A PARTIR DA AÇÃO INIBITÓRIA DO SISTEMA GABA E EXCITATÓRIA DO SISTEMA GLUTAMATO.

NEUROBIOLOGIA DO ÁLCOOL



O EQUILÍBRIO FUNCIONAL DO SNC É QUEBRADO PELA PRESENÇA DO BDZ, QUE ESTIMULA GABA E INIBE O SISTEMA GLUTAMATO.

NEUROBIOLOGIA DO ÁLCOOL



A FIM DE RESTAURAR O EQUILÍBRIO FRENTE AO USO CRÔNICO, O ORGANISMO LANÇA MÃO DE MECANISMO DE NEUROADAPTAÇÃO DE PREJUÍZO (DESSENSIBILIZAÇÃO GABAÉRGICA) E OPOSIÇÃO (SENSIBILIZAÇÃO GLUTAMATÉRGICA).

NEUROBIOLOGIA DO ÁLCOOL

REDUÇÃO / ABSTINÊNCIA ABRUPTAS

GABA

DESSENSIBILIZAÇÃO

REDUÇÃO DE RECEPTORES GABA-A
DIMINUIÇÃO DA SECREÇÃO DE GABA

GLUTAMATO

SENSIBILIZAÇÃO

AUMENTO DE RECEPTORES NMDA
AUMENTO DA SECREÇÃO DE NMDA

SNC

A REDUÇÃO OU INTERRUPTÃO ABRUPTA LEVA AO DESEQUILÍBRIO A PARTIR DAS NEUROADAPTAÇÕES E AO SURGIMENTO DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA.



5.

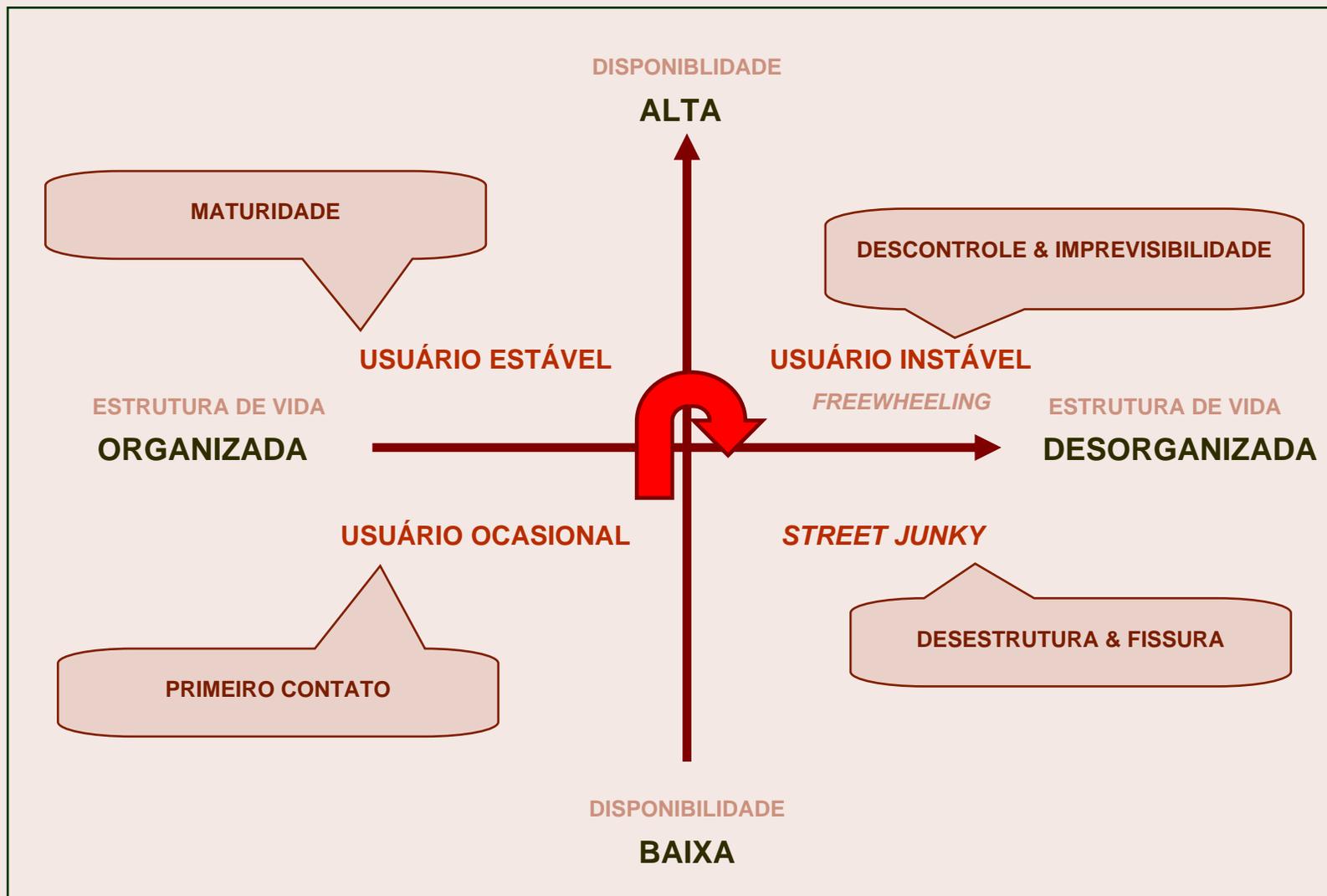
**TRANSTORNOS POR
USO DE BDZ**

**DEPENDÊNCIA
(E USO NOCIVO)**

NEUROBIOLOGIA ←

TIPOS DE USUÁRIOS

EVOLUÇÃO E TIPOLOGIA DA CARREIRA DE USO DE DROGAS



A CARREIRA DE USO DE BDZ É INFLUENCIADA PELA **DISPONIBILIDADE** E A **ESTRUTURA DE VIDA** DO USUÁRIO.



CLASSES DE USUÁRIOS

MÉDICOS & PROFISSIONAIS DA SAÚDE

USUÁRIOS DIURNOS

USUÁRIOS NOTURNOS

POLIUSUÁRIOS DE DROGAS

(KING, 1994)

BZDS: POTENCIAL DE ABUSO

- **HABILIDADES NECESSÁRIAS AO TERAPEUTA:**
 - **DESENVOLVER HABILIDADES PARA DIAGNOSTICAR A DEPENDÊNCIA;**
 - **.ESTABELECEM LIMITES ACERCA DAS INDICAÇÕES PARA A PRESCRIÇÃO;**
 - **“SIMPLEMENTE DIZER NÃO” SEM SENTIR-SE CULPADO OU DESCONFORTÁVEL.**
 - **EVITAR(SAMET, 1997): “EXCESSIVA MEDICALIZAÇÃO” “ONIPOTÊNCIA HIPERTROFIADA” E “FOBIA DE CONFRONTAÇÃO”**

BZDs: POTENCIAL DE ABUSO

- **ARTIFÍCIOS PARA CONSEGUIR BZDS (SAMET, 1997)**

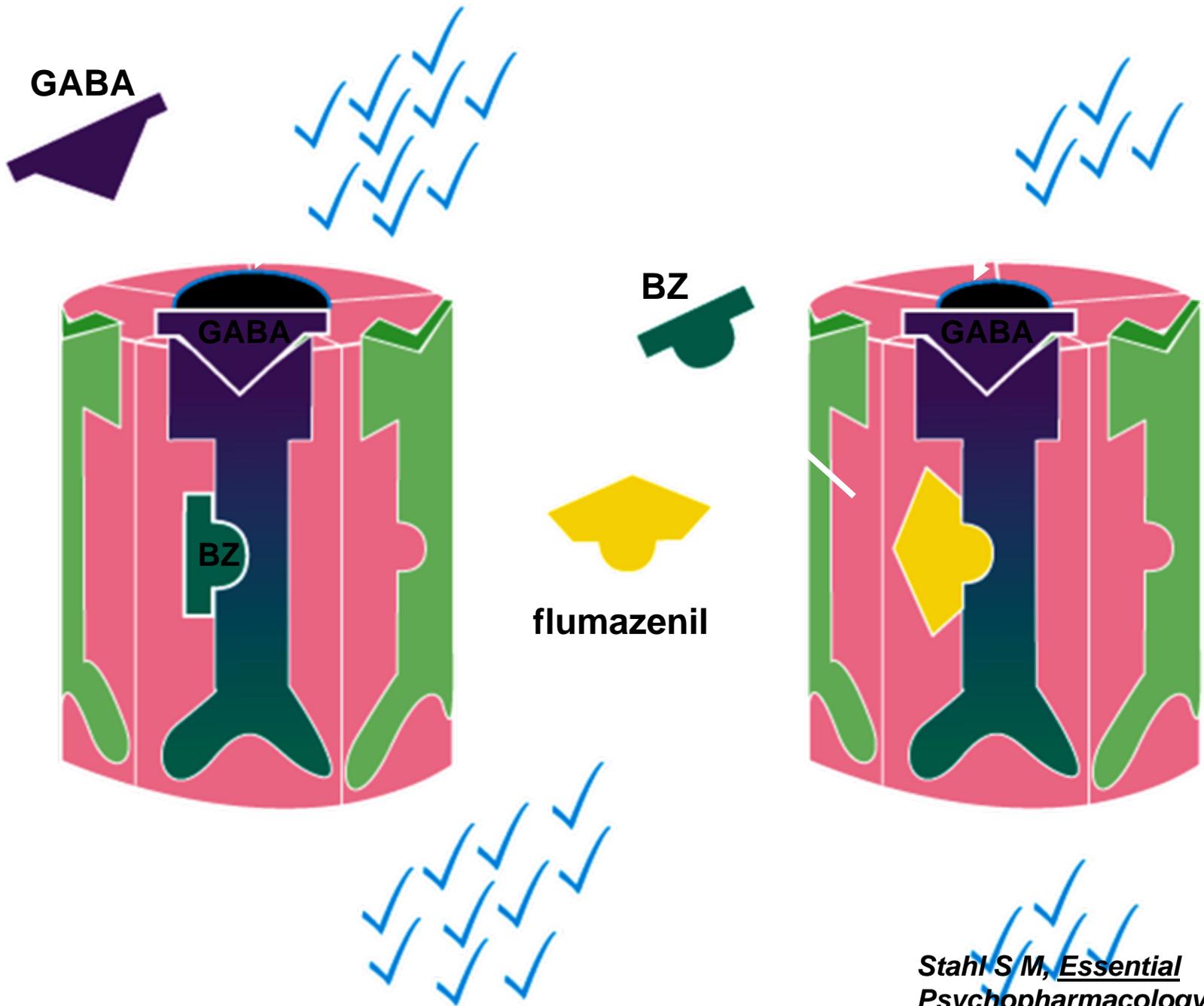
- **ADULTERAÇÃO E FALSIFICAÇÃO DE RECEITAS MÉDICAS**
- **DIVERSAS QUEIXAS INDEFINIDAS, SUPERVALORIZAÇÃO;**
- **“SÓ AQUELE MEDICAMENTO FAZ EFEITO”;**
- **AFIRMAÇÃO QUE POSSUI TOLERÂNCIA ALTA AO MEDICAMENTO;**
- **INSISTÊNCIA PARA O MÉDICO PRESCREVER ALGUM MEDICAMENTO CONTROLADO NA PRIMEIRA CONSULTA;**
- **AMEAÇAS VELADAS, BAJULAÇÃO E ELOGIOS.**

5.

**TRANSTORNOS INDUZIDOS
POR BDZ**

INTOXICAÇÃO AGUDA ←

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA



5.

**TRANSTORNOS INDUZIDOS
POR BDZ**

INTOXICAÇÃO AGUDA

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ←

HIPÓTESE DE HIMMELSBACH



Neuroadaptações

ADAPTAÇÕES DE PREJUÍZO

[TOLERÂNCIA]

ADAPTAÇÕES DE OPOSIÇÃO

[SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA]

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DOS BZDs (SAB)

Sinais e Sintomas Físicos	Sinais e Sintomas Psíquicos
Ataxia; tinido; mioclonia; náusea e vômito; hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou taquicardia acima de 100 bpm); tremores grosseiros das mãos, língua e pálpebras; hipotensão postural ou ortostática; diplopia; hiperssensibilidade à luz, sons e odores; hiperssensibilidade tátil; convulsões tônico-clônico generalizadas; cefaléia; tontura; tensão muscular; letargia, fraqueza ou mal-estar geral; anorexia; perda de peso; rubor facial; dores musculares; sensação de calor e frio; gosto metálico;	Ansiedade; alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; delírios (por ex., delírios paranóides); agitação ou excitação psicomotora; despersonalização; desrealização; agorafobia; ataques de pânico; delirium; depressão; irritabilidade; apatia; disforia; indisposição; déficits de memória; dificuldade de concentração; insônia; pesadelos;

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DOS BZDs (SAB)

- **Diagnóstico Diferencial:**

- Abstinência: emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos BZDs; podem incluir hipersensibilidade, fotofobia e mesmo convulsões, podendo persistir por algumas semanas.
- Rebote referem-se ao retorno aos sintomas originais para os quais os BZDs foram prescritos, porém numa intensidade significativamente maior.
- Recorrência refere-se a retorno aos sintomas originais, assim que o organismo encontra-se livre de BZDs – neste caso a intensidade dos sintomas é semelhante à original. (Hirschfeld, 1993).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DOS BZDs (SAB)

Diagnóstico Diferencial dos Benzodiazepínicos (Laranjeira & Castro, 1999)

Sintomática	Seqüência Temporal			Tríade
	Início	Intensidade Máx.	Evolução	
Abstinência dos BDZ	2-3 dias	7 dias	Redução progressiva após 7 dias	Disforia Hiperacusia Gosto metálico
Reaparecimento dos Estados Ansiosos	7 dias	14 dias	Evolução persistente	Reaparecem os sintomas iniciais

TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA

- O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE BZDS ENVOLVE DOIS PONTOS BÁSICOS (SPIEGEL, 1999):
 - A) A RETIRADA EM SI - COM A POSSIBILIDADE DE REBOTE, ABSTINÊNCIA;
 - B) A MANUTENÇÃO SEM BZDS A LONGO PRAZO.