

Abuso e dependência de **derivados do ópio**



PLATE XIII.—*Papaver somniferum* (Opium Poppy). (From Jackson: *Experimental Pharmacology and Materia Medica*.)

Papoula.

Fonte: JACKSON, Denis Emerson (1917).



Papoulas.

Fonte: KÖHLER, Franz Eugen (1887). *Köhler's Medizinal-Pflanzen*.

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados ao abuso e à dependência química de substâncias naturais, semi-sintéticas ou sintéticas que reagem como agonistas ou antagonistas dos receptores opioides.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Atualmente, no Brasil, o uso de heroína não tem uma prevalência importante e não se constitui em problema de saúde pública. Há, contudo, abuso de outros derivados do ópio e de opioides sintéticos. Estas substâncias têm um efeito analgésico e hipnótico. Por ter estes dois efeitos estas drogas são também chamadas de “narcóticas”.

Morfina e codeína são opiáceos naturais, extraídas do ópio escorrido da planta *Papaver somniferum*, cuja flor é a papoula. A heroína é opioide semi-sintético, resultantes de modificações químicas parciais da morfina. O opioide são artificiais, como a meperidina, o propoxifeno e a metadona. A expressão “opioide”, atualmente, vem sendo aplicada a todas as substâncias naturais, semissintéticas ou sintéticas que reagem com os receptores opioides, quer como agonista quer como antagonista, quer como antagonista¹.

A Organização Mundial da Saúde lançou uma diretriz mundial, incentivando as nações a tomarem medidas de saúde pública². As diretrizes organizadas por associações de especialidades médicas brasileiras abordam o tema dentro da realidade nacional³.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F11 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opioides.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

3.1 Diagnóstico da dependência de opioides

Quando os problemas relacionados ao uso de opioides são acompanhados por sinais e sintomas de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de opióides, um diagnóstico de dependência de opióides pode ser feito.

A dependência de opiáceos é caracterizada por um fortíssimo desejo de tomar a droga e por uma clara síndrome de abstinência na sua ausência. A tolerância é grande

¹ DUARTE, Danilo Freire. Uma breve história do ópio e dos opioides. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 55, n. 1, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000100015&lng=en&nrm=iso>.

² OMS. **Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf>.

³ AMB. **Abuso e Dependência dos Opióides e Opiáceos**. Projeto Diretrizes. [BICCA, C., et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_opioides.pdf>.

e o usuário necessita de aumentos frequentes das doses para ter os mesmos efeitos. Após a administração crônica, durante alguns dias ou semanas a suspensão do uso causa sintomas da síndrome de abstinência.

3.2 Diagnóstico da síndrome de abstinência de opioides⁴

Os sintomas **iniciais** da síndrome de abstinência de opioides incluem:

- 1) Agitação
- 2) Ansiedade e irritabilidade
- 3) Dores musculares
- 4) Fúria e impulsividade elevadas
- 5) Insônia
- 6) Nariz escorrendo, lacrimejamento
- 7) Sudorese
- 8) Bocejos

Os sintomas **tardios** da síndrome de abstinência incluem:

- 1) Cólicas abdominais
- 2) Diarreia
- 3) Pupilas dilatadas
- 4) Calafrios corporais
- 5) Náusea
- 6) Vômitos

As reações da abstinência de opiáceos são muito desconfortáveis, variando segundo a droga da qual o usuário abusa. Em alguns casos ocorrem convulsões. Os sintomas normalmente começam 12 horas após o último uso de heroína e após 30 horas da última exposição a metadona.

3.3 Abstinência neonatal

A síndrome de abstinência neonatal é caracterizada por sofrimento do bebê, com disfunção do sistema nervoso autônomo, trato gastrointestinal e sistema respiratório. Ocorre alteração do reflexo de moro, choro excessivo, congestão nasal, bocejos, espirros, vômitos, diarreia, febre, dificuldade de sucção, podendo chegar a convulsões e morte. A síndrome de abstinência pode se iniciar já no primeiro dia e algumas vezes dura até o décimo. O tratamento é com opiáceos de retirada progressiva, para reduzir o risco de crises convulsivas.

3.4 Diagnóstico da intoxicação por opioides

No quadro abaixo mostra-se o diagnóstico diferencial entre intoxicação (overdose) e síndrome de abstinência.

⁴ DOYON, S. Opiods. In: TINTINALLI, J.E.; KELEN, G.D.; STAPCZYNSKI, J.S.; MA, O.J.; CLINE, D.M. (eds). **Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide**. 6a. ed. New York: McGraw-Hill, 2004. Disponível em: <<http://nucygapuny.unblog.fr/2014/10/28/download-ebook-tintinallis-emergency-medicine-a-comprehensive-study-guide/>>.

Sinais e sintomas da intoxicação e da síndrome de abstinência

Intoxicação	Abstinência
Ativação ou "ímpeto" (com baixas dosagens) e sedação/apatia (com altas dosagens)	Humor deprimido e ansiedade. Disforia
Euforia ou disforia	Fissura
Sentimentos de calor, rubor facial, ou coceira	Piloereção, lacrimejamento ou rinorréia
Juízo, atenção, ou memória prejudicados	Freqüentemente, "alta" atenção
Analgesia	Hiperalgesia, dores nas juntas e músculos
Constipação	Diarréia, câibras gastrointestinais, náusea, ou vômitos
Constricção pupilar	Dilatação pupilar e fotofobia
Sonolência	Insônia
Depressão respiratória, arreflexia, hipotensão, taquicardia	Hiperatividade autonômica (e.g., hiperreflexia, taquicardia, hipertensão, taquipneia, sudorese, hipertermia)
Apnéia, sedação, coma	Bocejar

Fonte: MARTIN, HUBBARD (2000), apud BALTIERI (2004)⁵.

Aspectos farmacocinéticos e vias de administração

Droga	Via de dosagem	Aspectos farmacocinéticos
Morfina	Oral (incluindo formas de lenta liberação), intravenosa, intramuscular, intratecal	Meia-vida de 3-4 horas Convertida para metabólito ativo (morfina-6-glicuronídeo)
Heroína	Intravenosa, intramuscular, fumada, oral	Meia-vida < 1 hora Parcialmente metabolizada para morfina
Metadona	Oral, intravenosa, intramuscular	Meia-vida > 24 horas Não há metabólito ativo
Petidina	Oral, intramuscular	Meia-vida 2-4 horas Metabólito ativo (norpetidina)
Buprenorfina	Sublingual, intratecal, subcutânea, intravenosa, intramuscular	Meia-vida de 12 horas Lento início da ação Inativada pela via oral devido ao efeito da primeira passagem
Fentanil	Intravenosa, epidural, adesivo	Meia-vida de 1-2 horas
Codeína	Oral	Atua como uma pró-droga Metabolizada para morfina e outros opióides ativos

Fonte: RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. (2000), apud BALTIERI (2004)⁶.

⁵ BALTIERI, Danilo Antônio, et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opioides no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004, 26(3) 259-69. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a11v26n4.pdf>>.

Os quadros de intoxicação geralmente apresentam sedação, alteração do humor (predominando euforia) e miose (excetuando meperidina, que causa midríase). Com o aumento da dose pode ocorrer uma superdosagem (overdose), acidentalmente (mais frequente) ou intencionalmente (tentativas de suicídio), o que requer atendimento médico de emergência.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ausência de adesão ao tratamento.

5. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

As crises de abstinência são tratadas em unidades de emergência de hospitais.

O tratamento da dependência química é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços. O ideal é que o seguimento seja feito em ambulatórios especializados, em CAPS AD ou em CAPS com profissionais habilitados.

7. TRATAMENTO

Há indicações terapêuticas dos opioides e opiáceos para o tratamento de dores agudas e crônicas. Eles podem ser usados, também, no tratamento da própria dependência de opioides, na sua desintoxicação e na sua terapia de manutenção, pois há possibilidades de substituição de uma droga mais perigosa por outra, menos lesiva e de mais fácil retirada.

Na overdose ou superdosagem, o atendimento deve ser, preferencialmente, em serviços hospitalares de emergência. O atendimento deve contar com:

- a) Estabelecimento de suporte ventilatório adequado,
- b) Correção da hipotensão e manejo do edema pulmonar, contraindicando-se os diuréticos;
- c) Enfrentamento do coma e da depressão respiratória;
- d) Contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), para orientação e adequação da conduta;

⁶ BALTIERI, Danilo Antônio, et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opioides no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004, 26(3) 259-69. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a11v26n4.pdf>>.

e) Avaliação da temperatura corporal (havendo febre, investigar infecções, inclusive pneumonia de aspiração, endocardite, meningite, HIV e hepatite;

f) Reverter as convulsões após contato com o CIT e discussão do caso com a equipe de toxicologia.

A dependência de opioides tende a ser crônica, com recaídas frequentes. Saindo da emergência clínica, o paciente deve ser encaminhado para atendimento especializado, para realização do tratamento específico. Por isso, o médico deve reconhecer a existência de uma rede de atenção à saúde que disponibilize serviços multiprofissionais e transdisciplinares, tais como unidades sanitárias matriciadas por NASF, CAPS e CAPS AD. Além do tratamento farmacológico, será necessária a utilização de técnicas não-medicamentosas, incluindo abordagens comportamentais.

O fármaco de primeira escolha para tratamento da abstinência é a metadona⁷. A metadona é indicada inclusive para grávidas dependentes. Pode-se iniciar com 15-40 mg/dia, VO, em doses divididas. O ideal seria retirar a metadona ao passar a síndrome de abstinência, o que pode gerar resistência do paciente. O médico deve diminuir gradualmente a dose até que não haja mais necessidade do produto, de preferência em intervalos de 1 ou 2 dias, de acordo com a resposta do paciente.

Há evidências de que a metadona é superior à buprenorfina, uma alternativa semelhante⁸.

Grupos de auto-ajuda (como os que trabalham com o método dos 12 passos, por exemplo os Narcóticos Anônimos), comunidade terapêuticas e grupos de apoio são complementos à terapia. As famílias e os cuidadores podem desempenhar um papel importante no apoio.

As complicações⁹ durante o tratamento de intoxicações graves e da síndrome de abstinência incluem vômitos e a respiração do conteúdo estomacal para os pulmões. Isto é chamado de aspiração e pode causar infecção pulmonar. Vômitos e diarreia podem causar desidratação e alterações químicas e minerais (eletrólitos) no corpo.

A maior complicação durante o tratamento da dependência é o retorno ao uso de drogas. A maior parte das mortes por overdoses de opiáceos ocorre em pessoas que tiveram uma recente descontinuação ou desintoxicação. Já que a descontinuação reduz a tolerância à droga, quem acabou de passar por uma descontinuação pode ter overdoses com uma quantidade muito menor do que a quantidade que costumavam usar.

Tratamentos em longo prazo são recomendados para a maioria das pessoas após a descontinuação. Isto pode incluir grupos de autoajuda, como os Narcóticos Anônimos, aconselhamento ao paciente de ambulatório, tratamento intensivo ao paciente de ambulatório (hospitalização diária), acolhimento em comunidade terapêutica ou mesmo, em casos excepcionais e graves, tratamento hospitalizado.

⁷ Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub3/abstract>>.

⁸ Mattick R, Breen C, Kimber J, Davoli M. Mantenimiento con buprenorfina versus placebo o mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207. Disponível em: <<http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD002207.pdf>>.

⁹ DOYON, S. Opioids. In: TINTINALLI, J.E.; KELEN, G.D.; STAPCZYNSKI, J.S.; MA, O.J.; CLINE, D.M. (eds). **Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide**. 6a. ed. New York: McGraw-Hill, 2004. Disponível em: <<http://nucygapuny.unblog.fr/2014/10/28/download-ebook-tintinallis-emergency-medicine-a-comprehensive-study-guide/>>.

A descontinuidade do uso de opiáceos exige que se faça um exame psiquiátrico visando verificar a ocorrência de depressão e de outras doenças mentais. Um tratamento adequado das comorbidades pode reduzir o risco de recaídas. Medicamentos antidepressivos não devem ser administrados no caso de presumir-se que a depressão esteja apenas relacionada à abstinência. Reserva-se o antidepressivo para casos em que a depressão era uma condição pré-existente, comórbida.

Os objetivos do tratamento devem ser discutidos com o paciente, bem como as recomendações de cuidado. Se uma pessoa continua repetidamente em abstinência, a manutenção de metadona é fortemente recomendada.

Anexo

Algumas apresentações contendo opioides ou opiáceos encontradas no Brasil.

Opiáceo ou Opióide	Indicação de uso médico	Nomes comerciais dos medicamentos	Preparações farmacêuticas
Naturais:			
Morfina	Analgésico	Morfina	Ampolas; comprimidos
Pó de ópio	Anti-diarréico; Analgésico	Tintura de ópio; Elixir Paregórico; Elixir de Dover	Tintura alcoólica
Codeína	Antitussígeno	Belacodid; Belpar; Codelasa; Gotas Binelli; Naquinto; Setux; Tussaveto; Tussodina; Tylex; Pastilhas Veabon; Pastilhas Warton; Benzotiol	Gotas; comprimidos; supositórios
Sintéticos:			
Meperidina ou Petidina	Analgésico	Dolantina; Demerol; Meperidina	Ampolas; comprimidos
Propoxifeno	Analgésico	Algafan® ; Doloxene A; Febutil; Previm Compositum; Femidol	Ampolas; comprimidos
Fentanil	Analgésico	Fentanil; Inoval	Ampolas
Semi-Sintéticos:			
Heroína	Proibido o uso médico	-	-
Metadona	Tratamento de dependentes de morfina e heroína	Metadon, mytedom (comprimidos de 5 e 10 mg)	-
Zipeprol	Antitussígeno	Eritós; Nantux; Silentós; Tussiflex	Gotas; xaropes; supositórios

Fonte: CEBRID, 2014¹⁰.

¹⁰ CEBRID. **Ópio e morfina**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Departamento de Psicobiologia; Unifesp/EPM, 2014.