

# OPIOIDES

24.09.2022



**TERAPEUTAS**  
EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA 2022

**Terapeuta Ricardo Gestal**  
**Conselheiro Em Dependência Química**  
**na Clínica Jorge Jaber**  
**Estudante de Psicologia no IBMR**

**CLÍNICA**  
**JORGE**  
**JABER**



# 1. ORIGEM GEOGRÁFICA



**PAPOULA**  
(*papaver somniferum*)

**ÓPIO**



A papoula, planta da qual se extrai o ópio é originária da Ásia Menor. Os primeiros sinais de uso da planta datam para além de 5000 anos.

## 2. DIFUSÃO DO CONSUMO



ROMA ANTIGA  
300 a.C.



EGITO ANTIGO  
3000 a.C.



GRÉCIA ANTIGA  
500 a.C.



MESOPOTÂMIA  
3500 a.C.



ILHA DE CRETA  
1500 a.C.

Durante toda a Antiguidade foi amplamente utilizado, especialmente pelas civilizações Mediterrâneas, com propósitos médicos, sagrados e profanos.

### 3. “ORIENTALIZAÇÃO”



“LOUCURA E DOR NA IDADE MÉDIA”



NA CHINA, O ÓPIO FOI INTRODUZIDO  
POR COMERCIANTES ÁRABES NA  
DINASTIA TANG



CHINA – USO, ABUSO E RECREAÇÃO

Durante a Idade Média, os Árabes introduziram o ópio aos chineses e hindus. No século XIX, a droga deixou de ser medicinal e virou droga de abuso e recreação.

## 4. USO PROFANO



### ESTADOS UNIDOS

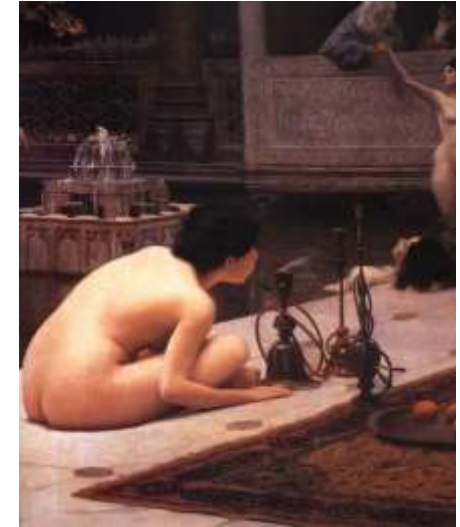
Um adolescente fumando ópio em Chinatown, San Francisco, na década de 1880.



### FRANÇA

A festa do ópio – França (1918)

No início do século 20, haviam vários pontos para fumar ópio nas cidades portuárias da França, particularmente Toulon, Marselha e Hyères.



### GRÃ-BRETANHA

A era romântica não foi apenas uma época de crescimento para a literatura e a poesia, mas também uma época de aumento do uso de ópio

Na onda do espírito romântico do culto ao eu e ao prazer, inspirada no oriente, as *Fumeries de ópio* se espalharam pela Europa e Eua.

## 5. USO MEDICINAL OCIDENTAL



ALDER WRIGHT  
Químico- 1874



HEROÍNA  
ANTITUSSÍGENO



FELIX HOFFMAN, 1894



XAROPE À BASE DE HEROÍNA  
SÉCULO XIX

Durante o século XIX, a morfina foi purificada e a heroína, sintetizada. Os opiáceos receberam inúmeras indicações médicas.

# 6. GUERRAS DO ÓPIO



INVASÃO DOS INGLESES



TRATADO DE NANQUIM  
1842



CHINA X GRÃ BRETANHA



GUERRA DO ÓPIO  
(1839 - 1842)



SEGUNDA GUERRA DO ÓPIO  
1860

No auge do comércio mundial de ópio, os ingleses tinham na China seu principal comprador. O ópio porém, era proibido naquele império, que decidiu confiscar todo um carregamento. Os ingleses invadiram a China e garantiram a continuidade do comércio ilegal do produto.

# 7. A MUNDIALIZAÇÃO DO PROIBICIONISMO



CONVENÇÃO DE HAIA - 1912



LIGA DAS NAÇÕES - 1925



Ratificação por parte da China da Convenção para a supressão do tráfico ilícito de drogas perigosas 1937.

A partir do século XX, os EUA capitanearam uma série de conferências internacionais visando à proibição do comércio do ópio. A iniciativa foi ratificada pela liga das nações, que estabeleceu cotas de cultivo para o uso médico.



## 8. ANOS 40 – ANOS 80



SEXO, DROGAS E ROCK N' ROLL



PROPAGAÇÃO DO USO ENDOVENOSO



EPIDEMIA DE MORTES PRODUZIDAS PELO ÓPIO

Sob a égide linha dura do *THE DREAM IS OVER* e da Guerra Fria, a heroína apareceu em larga escala na Europa e EUA, impulsionada pelas máfias asiáticas.

O usuário de drogas endovenosas se tornara uma grande preocupação de saúde pública com o surgimento da AIDS.

# DEFINIÇÃO

## OPIÁCEO

O termo inclui as drogas derivadas do ópio presente na Papoula do Oriente, isto é, os opioides naturais e semissintéticos.



## OPIÓIDE

O termo é mais restrito ao designar as substâncias sintéticas com atividade agonista ou similar à da morfina.



# CLASSIFICAÇÃO

Os opioides são drogas depressoras do SNC que também atuam em órgão periféricos (p. ex. intestinos), devido aos seus efeitos analgésicos potentes, antitussígenos e antidiarreicos.

Podem ser classificados em três tipos:

- Naturais
- Semissintéticos
- Sintéticos



## Opioides Naturais

São preparados a partir do ópio (em grego = “suco”) uma seiva de aspecto leitoso obtida por meio de cortes na papoula.

**Exemplos:** morfina, codeína, tebaína.



## Opioides Semissintéticos

São obtidos por meio de alterações das moléculas dos opioides naturais, em geral a morfina.

**Exemplos:** heroína, oxicodona, hidrocodona, oximorfona e hidromorfona.



## Opioides sintéticos

São obtidos totalmente em laboratórios.

**Exemplos:** meperidina, fentanil, metadona.



# ALGUMAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO NO BRASIL:

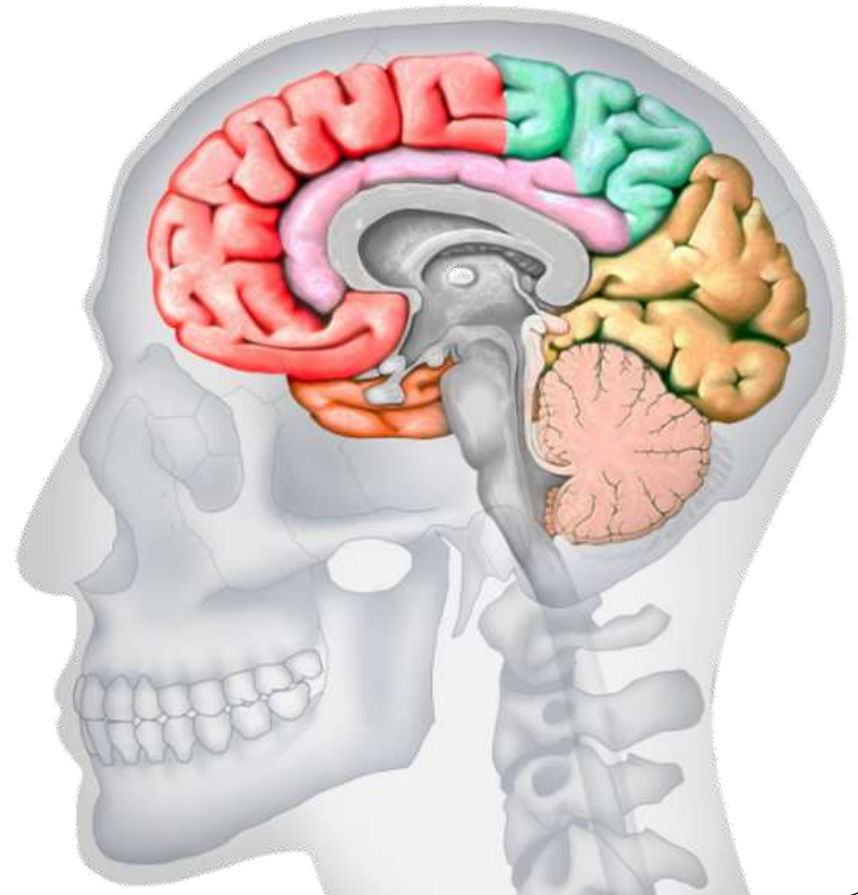
Opioide	Indicação de uso médico	Nomes comerciais de medicamentos	Forma de apresentação
<b>Naturais</b>			
Morfina	Analgésico	MS Contin®	ampola/comprimido
Codeína	Antitussígeno	Tylenol®	comprimido
<b>Semissintéticos</b>			
Heroína	Proibido uso médico	–	pó de coloração esbranquiçada
Oxicodona	Analgésico	Oxycontin®	comprimido
<b>Sintéticos</b>			
Meperidina	Analgésico	Dolantina, Demerol	ampola/comprimido
Metadona	Tratamento de dependentes de morfina e heroína	Mytedom®	comprimido
Fentanila	Analgésico	Durogesic®	adesivo

# O Sistema Opióide Endógeno

O Sistema Opióide Endógeno está difusamente distribuído no SNC, porém mais concentrado ao redor do sistema límbico, córtex e medula espinhal.

Receptores opióides: Mu ( $\mu$ ), Delta ( $\delta$ ), Kappa ( $\kappa$ )

Neurotransmissores: Endorfinas, encefalinas e dinorfinas.

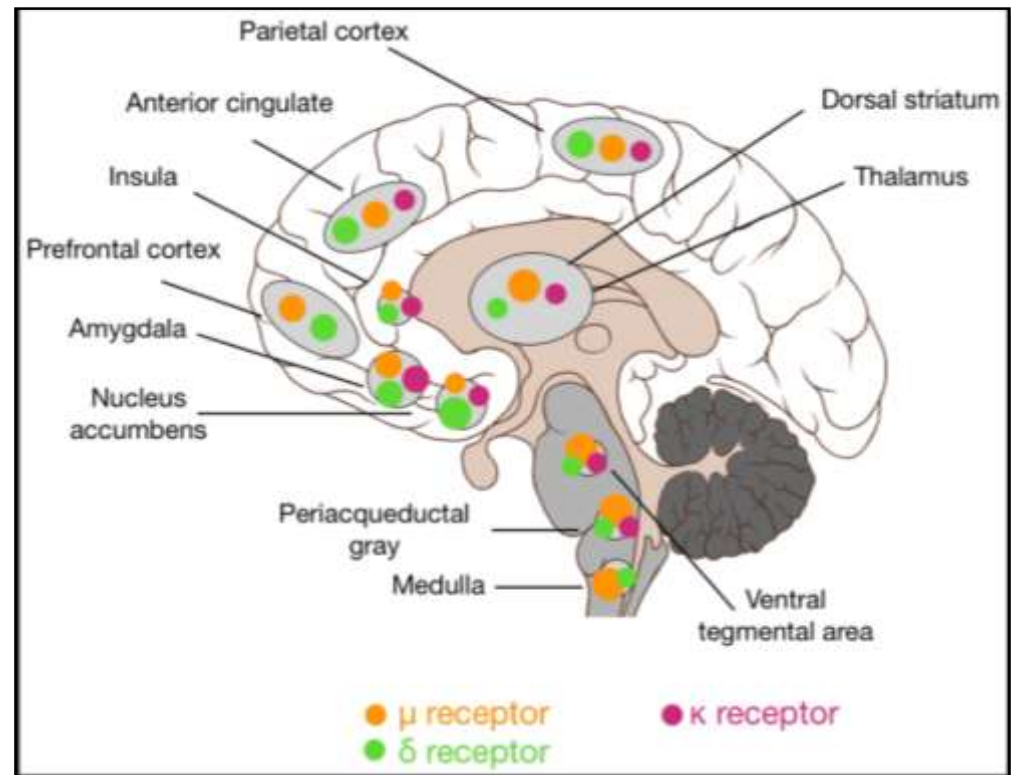


## Receptores Mu ( $\mu$ )

- são aqueles mais relacionados às **propriedades de reforço** dos opiáceos.
- **Localização:** Córtex cerebral, tálamo, substância cinzenta periaquedutal.
- **Ação:** Analgesia, depressão respiratória, dependência física.

## Receptores Delta ( $\delta$ )

- Em menor extensão, os receptores delta também possuem **propriedades de reforço**.
- **Localização:** Córtex frontal, sistema límbico.
- **Ação:** Analgesia, euforia, depressão respiratória, dependência física.



## Receptores Kappa ( $\kappa$ )

- São aqueles que **possuem efeito oposto ao reforço**.
- **Localização:** Cordão espinhal.
- **Ação:** sedação, disforia, baixa dependência física.

# QUADRO CLÍNICO

## 1) Aspectos Clínicos:

**Abstinência:** A abstinência se manifesta inicialmente com ansiedade e fissura pela droga, seguidos de: insônia, dores articulares, dores musculares, anorexia, diarreia, náuseas e/ou vômitos, câibras e cólicas intestinais.

**Overdose:** Nos casos de overdose, os usuários cursam com a tríade caracterizada por depressão respiratória, coma e miose. A característica clínica que prediz evolução para *overdose* é o uso de heroína associado com outras drogas depressoras do SNC, por exemplo o álcool.





# QUADRO CLÍNICO

## 2) Exame Físico:

**Intoxicação por opioides** – o usuário pode apresentar rubor facial, miose com ou sem prejuízo da acuidade visual, taquicardia, hipotensão arterial, arreflexia e prurido.

**Abstinência** – fica evidenciada a presença de coriza, hiperalgesia, midríase, fotofobia, sudorese, tremor, febre, lacrimejamento e piloereção.

- O uso crônico de opioides injetáveis está associado à presença de veias esclerosadas com marcas de picadas nas extremidades dos membros superiores.
- Usuários que inalam a heroína e outros opioides podem apresentar irritação da mucosa nasal com ou sem perfuração do septo nasal.



# QUADRO CLÍNICO

## 3) Exame Psíquico:

**Intoxicação por opioides** – o nível de consciência encontra-se rebaixado (sonolência ou coma) e o humor disfórico ou eufórico.

**Abstinência** – prevalência da irritabilidade, o humor fica deprimido ou ansioso. O usuário hiper vígil e agitado e relata avidez pelos efeitos psicoativos da droga (fissura).



# DIAGNÓSTICO: Estado de **Intoxicação** por Opioides

## DSM-5:

- a. Uso recente de um opioide.
- b. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas desenvolvidas durante ou logo após o uso de opioides.
- c. Miose (ou midríase, devido à anoxia decorrente de overdose grave) e um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de opioides:
  1. Torpor ou coma
  2. Fala arrastada
  3. Prejuízo na atenção ou na memória
- d. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição clínica, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

# DIAGNÓSTICO: Estado de **Intoxicação** por Opioides

## CID10:

- a. Os critérios gerais para intoxicação aguda (F 1x.0) devem ser satisfeitos.
- b. Deve haver disfunção de comportamento, evidenciada por pelo menos um dos seguintes:
  1. Apatia e sedação
  2. Desinibição
  3. Retardo psicomotor
  4. Comprometimento da atenção
  5. Capacidade de julgamento comprometida
  6. Interferência no funcionamento pessoal
- c. Pelo menos um dos seguintes sinais deve estar presente:
  1. Sonolência
  2. Fala ininteligível
  3. Constrição pupilar (exceto em anoxia decorrente de superdosagem grave, quando ocorre dilatação pupilar)
  4. Rebaixamento do nível de consciência

# DIAGNÓSTICO: Estado de **Abstinência** por Opioides

## DSM-5:

- a. Presença de qualquer um dos seguintes:
  1. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opioides (algumas semanas ou mais)
  2. Administração de um antagonista opioide após um período de uso de opioides.
- b. Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após o critério A:
  1. Humor disfórico
  2. Náusea ou vômito
  3. Dores musculares
  4. Lacrimejamento ou rinorreia
  5. Midriase, piloereção ou sudorese
  6. Diarreia
  7. Bocejos
  8. Febre
  9. Ins nia
- c. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- d. Os sintomas não atribuíveis a outra condição médica, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por abstinência de outra substância

# DIAGNÓSTICO: Estado de **Abstinência** por Opioides

## CID10:

- a. Os critérios gerais para estado de abstinência (F 1x.3) devem ser satisfeitos. (note que um estado de abstinência de opioide pode também ser induzido pela administração de um antagonista opioide após um curto período dessa substância)
  
- b. Três dos seguintes sinais devem estar presentes:
  1. Desejo imperioso por opioide
  2. Rinorreia ou espirros
  3. Lacrimejamento
  4. Dores ou câibras musculares
  5. Câibras abdominais
  6. Náuseas ou vômitos
  7. Diarreia
  8. Dilatação pupilar
  9. Piloereção ou calafrios repetidos
  10. Taquicardia ou hipertensão
  11. Bocejos
  12. Sono agitado

## Síndrome de Abstinência Aguda

- Usuários de opioides de ação curta – S.A: após 6h (ex: heroína)
- Usuários de opioides de ação longa – S.A: 1 a 2 dias (ex: metadona)
- Sintomas iniciais: sudorese, lacrimejamento, rinorreia, bocejos, ansiedade e fissura
- Sintomas subsequentes: mialgias, cólicas abdominais, midríase, tremores, insônia, ondas de calor e frio.
- Sintomas tardios (após 24 a 36h): inquietação, náusea e/ou vômitos, diarreia, hipertensão e taquicardia.

## Síndrome de Abstinência Crônica

- A síndrome de abstinência crônica é mais longa, podendo durar até seis meses.
- O quadro clínico é mais sutil e essa síndrome está associada a recaídas.



# EXAMES COMPLEMENTARES

O uso crônico de opioides está associado a alteração sutil na secreção de cortisol e nos valores séricos de função hepática.

Os valores séricos de função hepática em usuários de opioides encontram-se ligeiramente elevados pelas seguintes razões:

1. Resolução de uma hepatite anterior
2. Danos tóxicos ao fígado pelos produtos adicionados ao opioide.

Os testes rotineiros de urina utilizados para fins de rastreamento permanecem positivos por 12 a 36 horas após o consumo da substância.



Os opioides de duração mais longa (p. ex., metadona) podem ser detectados na urina por vários dias.



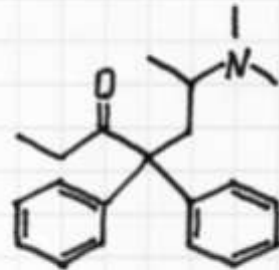
# TRATAMENTO

## Desintoxicação

- A desintoxicação objetiva tratar a Síndrome de Abstinência.
- Na Europa e nos Estados Unidos, o procedimento envolve prescrição de metadona em doses progressivamente menores, para atingir remissão total da sintomatologia.
- As desintoxicações podem ser de curto e de longo prazo.



Methadone

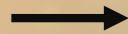


$C_{21}H_{27}NO$



# TRATAMENTO

## Desintoxicação de curto prazo (até 30 dias)



- Os resultados são insatisfatórios e com pouco sucesso.
- As taxas de abstinência são baixas após seis meses da conclusão do programa de desintoxicação com metadona (7 a 9,5%).
- O risco de recaída é maior quando se opta por essa modalidade de tratamento.

## Desintoxicação de longo prazo (até 180 dias)



- O uso da metadona (40 a 80 mg/dia) estende-se por até 180 dias.
- As taxas de abstinência são maiores (até 50%) se comparadas com a desintoxicação de curto prazo.

# TRATAMENTO

## Internação

- Para usuários de heroína internados para fins de desintoxicação:
  - 1) Prescrição de dose inicial de metadona de 5 a 20 mg/dia por via oral, de acordo com a gravidade da síndrome de abstinência.
  - 2) Caso os sintomas da síndrome de abstinência reapareçam deverão ser acrescentadas doses de 5 a 10 mg.
- Na maioria dos casos, a síndrome de abstinência é controlada com 10 a 40 mg/dia.
- Essa dose pode ser mantida por 2 ou 3 dias e reduzida lentamente para 5 mg/dia.



# TRATAMENTO

## Internação

Segundo o modelo de tratamento preconizado pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-FMUSP), a desintoxicação recomendada é a de curto prazo. ([www.grea.org.br](http://www.grea.org.br))

Fonte: Laranjeira, R. 2018.

O protocolo utilizado está baseado na definição da síndrome de abstinência, definida pelos seguintes critérios:

1. Midríase
2. Sudorese, calafrios, lacrimejamentos ou rinorreia
3. Aumento do pulso em 10 bpm
4. PA sistólica aumentada em 10 mmHg



# TRATAMENTO

## Internação

### No primeiro dia de internação hospitalar:

- O usuário é observado a cada 4 horas
- Ao manifestar dois ou mais sinais objetivos serão prescritos 10 mg de metadona
- A dose total nas primeiras 24 horas raramente excede 40 mg, que é considerada a dose de estabilização



### No segundo dia de internação hospitalar:

- A dose inicial é dividida em duas
- Mais tarde serão retirados 5 mg a cada dia, até a suspensão total da metadona

A clonidina será prescrita com a interrupção da metadona para aliviar ou atenuar os sintomas noradrenérgicos da Síndrome de Abstinência



# TRATAMENTO

## Manutenção

O tratamento de manutenção com metadona tem por objetivo desestimular o uso ilícito dos opioides pelo período de três ou mais meses.

O tempo ideal para essa forma de tratamento pode se estender por 6 a 24 meses.

Na Europa e nos Estados Unidos, os critérios para sua indicação são:

1. História prévia de um ano ou mais de dependência de opioides
2. Teste de urina positivo para opioides
3. Presença de marcas de agulha
4. Presença de Síndrome de Abstinência



# TRATAMENTO

- Aconselhamento
- Psicoterapias
- Terapia em grupo
- Terapia familiar



Sabe-se que, quanto maior o número de intervenções incorporadas ao tratamento, **maiores são as taxas de abstinência.**

# TRATAMENTO

## Farmacologia

- Dose inicial de administração da metadona – 25 a 35 mg/dia com objetivo de atenuar os efeitos da Síndrome de Abstinência.
- A taxa de sucesso do tratamento depende da dose prescrita de metadona.



- Ao longo do tratamento, são realizados teste urinários regulares para detectar a droga e avaliar a abstinência de drogas ilícitas.



# INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

## Agonistas opioides

O uso de agonistas opioides envolve a troca de uma droga ilícita por um medicamento com ações farmacológicas semelhantes e seguros.

Esse medicamento substituto pode ser administrado durante a fase de transição para um estado de abstinência ou pode ser usado para manutenção em longo prazo.



# METADONA

- A metadona é a medicação mais comumente utilizada para o tratamento de abstinência de opioides.
- É também amplamente utilizada como analgésico no tratamento de dores crônicas, câncer, pós operatórios, etc.
- As reações adversas mais frequentemente observadas incluem delírio, tontura, sedação, náuseas, vômitos e transpiração.
- O início de ação da metadona é rápido e o seu volume no SNC aumenta com a elevação da sua concentração plasmática (aproximadamente 4 minutos), bem mais rápido que a morfina.
- É um agonista opioide de meia-vida longa, em torno de 24h, sendo muito superior à meia-vida dos demais opioides utilizados na terapia da dor, [p.ex., a morfina (2-4horas), a hidromorfona (2-3horas) ou o fentanil (4 horas)].



# LAAM (levometadil acetato)

- O LAAM é um agonista de opioides sintético com uma ação qualitativamente similar à morfina.
- Reações adversas ao LAAM em pacientes dependentes de opioides são raras. Efeitos adversos são náusea, vômitos, constipação, sudorese excessiva, interesse sexual diminuído e ejaculação retardada.
- O início de ação ocorre em 2 a 4 horas, sendo a S.A suprimida por até 72 horas.
- Em relação à metadona, tem meia-vida mais longa (47h), não havendo necessidade de dose diária.



# INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

## Agonistas – Antagonista

### Buprenorfina



- A buprenorfina tem uma longa duração de ação, bloqueia os efeitos eufóricos dos opioides e produz poucos sintomas de abstinência após a cessação abrupta do uso.
  - É um agonista-antagonista opioide com alta afinidade com os receptores  $\mu$  (mu) e  $\kappa$  (kappa).
  - É 30 vezes mais potente que a morfina.
  - Apesar de sua meia vida ser de 3–4 horas, sua ação dura até 8 horas.
- 
- Em doses baixas (1 a 3 mg), é empregada como agonista no tratamento da S.A.
  - Já em doses altas (a cima de 8mg), pode ser utilizada como antagonista, podendo até provocar S.A, por isso pode ser prescrita para os programas de prevenção de recaída.

# INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

## Antagonista Opioide

O tratamento com antagonistas opioides envolve o uso de uma substância que bloqueia o efeito reforçador da droga usada de forma abusiva.

### Naloxona

- A naloxona é uma antagonista opioide puro, de ação curta (1 hora)
- Sua principal indicação clínica é para o tratamento da intoxicação aguda por opioides com objetivo de **reverter** a depressão respiratória, sedação ou hipertensão.
- Durante administração de naloxona pode-se observar efeitos colaterais como náusea, vômito, excitação, instabilidade hemodinâmica.
- É usada por via parenteral, com dose inicial de 0,4 a 0,8 mg, o que reverte a intoxicação em 1 a 2 minutos.



# INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

## Antagonista Opioide

### Naltrexona

- A naltrexona atua como um antagonista de opióides ligando-se discriminadamente aos receptores de opióides e, dessa forma, bloqueando os efeitos da heroína e da metadona.
- É um antagonista opioide oral, de ação prolongada.
- Sua meia-vida é de 14 horas.
- Reações adversas mais comuns são: dificuldade de dormir, ansiedade, nervosismo, dor ou cãibra abdominal, náusea e/ou vômito, cefaleia, dor e fraqueza muscular.
- É também utilizada no tratamento do alcoolismo. Encontrada no mercado como Revia®.



# AS TRÊS PRINCIPAIS CRISES DOS OPIOIDES

- **Após a Guerra Civil até 1914** – utilização de heroína nas práticas médicas e de forma recreativa pelos jovens.
- **Durante a década de 1970** – heroína fabricada ilegalmente e utilizada por pessoas não brancas de baixa renda, nas cidades.
- **A partir de 1996 até hoje** – prescrição excessiva de analgésicos por médicos influenciada pela forte ação de marketing no ramo farmacêutico.



# OPIOIDES

**Opioide** – é um termo usado para descrever drogas derivadas do ópio e versões sintéticas que funcionam da mesma maneira.

## **Opioides mais utilizados e abusados:**

- Hidrocodona (Vicodin)
- Oxycodona (Oxycontin, Percocet, Percodan)

## **Outros membros da família dos opioides são:**

- Codeína, Fentanil (adesivo Duragesic)
- Hidromorfona (Dilaudid)
- Meperidina (Demerol)
- Morfina (MS Contin)
- Tramadol (Ultram)





# O USO DE OPIOIDES

## Finalidade:

- Para alívio da dor
- Recreação (euforia)

## Riscos:

- Facilidade de desenvolver adicção por opioide
- Morte devido overdose de opioide

## Solução:

- Tratamento



# FAIXA ETÁRIA / OPIOIDES

## 20 a 30 anos

- lesões esportivas
- uso recreativo

## 40 a 80 anos

- desenvolvem dependência através de prescrições médicas
- abuso no uso da droga por piora
- da dor



# EFEITOS COLATERAIS/ OPIOIDES

- Dependência (CID10 F11)
- Overdose
- Constipação
- Náusea
- Coceira
- Sonolência



# ALTERNATIVAS (não opioides para tratamento da dor)

## Farmacológicas:

- Analgésicos
- AINE'S (anti-inflamatórios não esteroides)



# ALTERNATIVAS (não opioides para tratamento da dor)

## Não farmacológicas:

- Fisioterapia
- Acupuntura
- TENS
- Psicoterapia
- Procedimentos neurocirúrgicos

## Outras formas como:

- Mindfulness,
- Hipnoterapia,
- Osteopatia,
- Quiropraxia,
- RPG



## OPIOIDES: Quando é seguro o uso?

*Embora esses poderosos analgésicos possam ser viciantes, são seguros para a maioria das pessoas quando usados adequadamente.*



**“Essas drogas são muito poderosas tanto psicologicamente quanto fisicamente. Elas podem afetar sua emoção e sua dor”.**

**Dr. Rogers Weiss**

# OPIOIDES: Quando é necessário o uso?

- Dor intensa e aguda, geralmente após cirurgia ou lesão grave, em uma circunstância para a qual os opióides são justificados.



- Uma vez que sua dor é controlada, seu médico diminuirá gradualmente sua dose se você estiver usando um opioide por um mês ou mais.

# Dependência e Adicção por uso indevido de Opioides

1º – Uso contínuo apesar de conhecer as consequências adversas.

2º – Desejo que a atividade em que você se envolve dure mais e mais ao longo do tempo

3º – Perda de controle





# OPIOIDES

## CID10

É o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais, e foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Critério da CID-10 para uso nocivo (ou prejudicial) de substâncias:

- \* Prejuízo físico e mental à saúde do usuário

**O uso nocivo corresponde ao abuso de substâncias**



# ADICÇÃO É UMA DO CÉREBRO

O primeiro sistema que é invadido é o sistema de recompensa. E este é o sistema que nos ajuda a pensar sobre o que é importante e nos motiva a fazer as coisas no mundo.



## Consequências:

- \* Perda no âmbito familiar, trabalho e relacionamentos.
- \* Tomada de decisão prejudicada.

# FATORES DE RISCO PARA OVERDOSE DE OPIOIDES

- Quanto maior a dose do medicamento opioide, maior a probabilidade de ter uma overdose, mesmo que seja prescrito.
- Quando o indivíduo já está dependente, cria uma tolerância à substância, passa a tomar doses maiores e por algum motivo seu uso é interrompido, por exemplo, prisão ou um tratamento de desintoxicação. Quando cai, tende a usar a mesma dose e tem uma overdose.



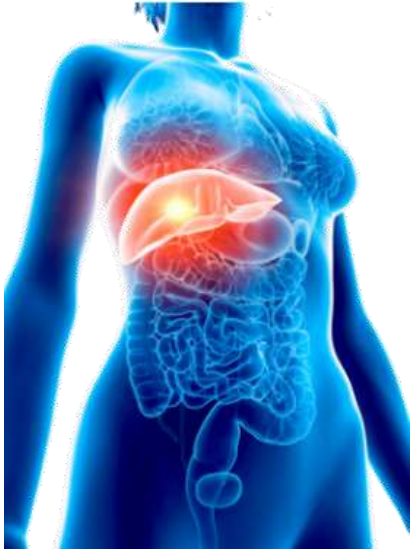
## OPIOIDES

*Um vício que, apesar de momentaneamente aliviar a dor, muitas vezes leva a*

***Overdose !!!***

# RETIRADA E DESINTOXICAÇÃO DE OPIOIDES

- Efeitos colaterais desconfortáveis como:
- náusea, ansiedade e dores corporais generalizadas.



- O Tratamento para dependência de opioides pode ser medicamentoso ou não medicamentoso.



# TRATAMENTO MEDICAMENTOSO OU NÃO MEDICAMENTOSO

- Narcan (Naloxone) – spray nasal ou injeção, aplicado em caso de overdose que reverte o efeito do opioide e o indivíduo voltará a respirar novamente.
- Injeção de Vivitrol (Naltrexone) – aplicada mensalmente em clínicas por período prescrito pelo médico, diminui o desejo por opioides.



- Entrevista motivacional – identificação de razões para mudança do comportamento.



# AJUDA MÚTUA E RECUPERAÇÃO À LONGO PRAZO

AJUDA MÚTUA – OBEDIÊNCIA – DISCIPLINA – ROTINA –  
PACIÊNCIA – APRENDIZADO – SABEDORIA DE LIVRE ESCOLHA



- Primeiro, não use a primeira dose, custe o que custar. Depois, frequente diariamente grupos de ajuda mútua como AA ou NA. Siga o sugerido na lista de Evite e Procure.



<b>EVITE</b>	<b>PROCURE</b>
<b>1ª DOSE</b>	<b>IR ÀS REUNIÕES FREQUENTEMENTE</b>
<b>PESSOAS DA ATIVA</b>	<b>PRATICAR OS 12 PASSOS</b>
<b>LUGARES DA ATIVA</b>	<b>PODER SUPERIOR</b>
<b>HÁBITOS DA ATIVA</b>	<b>HONESTIDADE</b>
<b>RESSENTIMENTOS</b>	<b>MENTE ABERTA</b>
<b>CULPA</b>	<b>BOA VONTADE</b>
<b>CRÍTICA</b>	<b>HUMILDADE</b>
<b>JULGAMENTO</b>	<b>TER FÉ</b>
<b>PROCRASTINAR</b>	<b>COMPARTILHAR</b>
<b>FOME</b>	<b>PADRINHO / MADRINHA</b>
<b>SOLIDÃO</b>	<b>CORAGEM</b>
<b>MENTIR</b>	<b>AÇÃO</b>
<b>MEDO</b>	<b>ACEITAÇÃO</b>
<b>ÓDIO</b>	<b>FALAR DE SI</b>
<b>MANIPULAR</b>	<b>REFORMULAÇÃO</b>

# O PAPEL DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO

- Apoiar a recuperação
- Participação no tratamento
- Terapia familiar






# REFERÊNCIAS:


- Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(9):CD005031
- Baltieri, D. A., Strain, C., Dias J,C., Scivoletto, D., et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):259-69
- Lotsch J. Pharmacokinetic pharmacodynamic modeling of opioids. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29:S90-103
- Posa L, Accarie A, Noble F, Marie N. Methadone reverses analgesic tolerance induced by morphine pretreatment. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2016;19(7):1-11
- Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Fármacos analgésicos. In: Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.485-505.
- Von Roenn JH, Paice JA, Preodor ME. *Current Medicina Diagnóstico e Tratamento da Dor.* Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Editora Interamericana do Brasil; 2008. 360p

# Obrigado !

**WWW.CLINICAJORGEJABER.COM.BR**



 CLINICAJORGEJABER

 (21) 99107-3875

 JJABER52