

TORPOR

EPISÓDIO 01 - O SEQUESTRO DO CÉREBRO

[Leonardo Aquino]: Existem alguns hábitos sociais que a gente repete, talvez sem refletir muito sobre eles. Encontrar alguém e perguntar se tá tudo bem, por exemplo. Nem sempre a gente tá realmente interessado em saber tudo sobre os sentimentos da pessoa naquele momento. E quando a gente ouve essa pergunta, nem sempre tá a fim de dar muitos detalhes sobre o que tá sentindo. Via de regra, a resposta é meio protocolar: “sim, tá tudo bem”.

[André Gama]: Tá certo, meu amigo, cê tá bem?

[Interlocutor]: Tô bem e você?

[André Gama]: Eu acho que eu tô bem. (risos) Até onde eu sei eu tô bem.

[Leonardo Aquino]: Mas quando te perguntam se você tá bem e você responde “até onde eu sei eu tô bem”, é porque você conhece o que é estar mal.

[André Gama]: De 2013 a 2023, tem um *gap* de 10 anos de vida aí mergulhada num ambiente de dor, depressão e tal tal tal tal.

[Leonardo Aquino]: Você lembra como era sua vida sem sentir dor?

[André Gama]: Ah, lembro, lembro que ela tinha muito mais qualidade porque eu surfava até. (Risos). Eu surfava. Hoje, eu não surfo... Eu não tenho muita vontade não, porque eu tenho medo de sentir dor.

[Leonardo Aquino]: Se tem medo, tem história. E pra começar a contar, é bom a gente conhecer o protagonista.

[André Gama]: Tá bom. Meu nome é André Gama. Eu sou professor particular de língua portuguesa. Eu me considero um sobrevivente de uma possível overdose prescrita.

[Leonardo Aquino]: Essa temporada que o André viveu imerso na dor começou em 2013. Na época, ele trabalhava como comissário de bordo. E teve uma crise de enxaqueca durante um voo.

[André Gama]: A metade da minha cabeça pulsava de um jeito que eu achava que ela realmente explodiria. Ela ia pulsar e os vasos daquela região cerebral iam se romper.

[Leonardo Aquino]: Nos anos seguintes, a história do André teve pelo menos três elementos que se alternavam. O primeiro: novas crises de dor, dos mais variados tipos.

[André Gama]: Dor no corpo. Dor generalizada. A sensação é de você dizer que dói dos pés à cabeça. Tipo roupa dói. A roupa machuca. O lençol é pesado.

[Leonardo Aquino]: O segundo elemento: diagnósticos desconhecidos. O André era tratado para doenças que ele não tinha.

[André Gama]: E a gente descobriu que o que antes era tratado e tido como fibromialgia era um caso de esclerose múltipla.

[Leonardo Aquino]: E o terceiro elemento foi a exposição a uma classe muito específica de medicamentos.

[André Gama]: Eu comecei a precisar de tomar morfina, opioide. Eu lembro que, quando ela aplicou a morfina, eu sinto uma trégua da dor. Eu consigo descansar. Eu não conseguia dormir, não conseguia por conta da dor.

[Leonardo Aquino]: Nessa jornada, o André passou pelos consultórios de diversos especialistas. E eles tentaram muitos tratamentos pra aliviar essas crises. Antidepressivos. Anticonvulsivantes. Infusões de xilocaína. Só que, em alguns desses episódios, a dor do André era refratária. Ou seja, não passava. E aí ele precisava ir a uma emergência e acabava ouvindo sempre...

[André Gama]: "Ai, André, o que que a gente faz contigo, cara? Infelizmente, a gente vai ter que administrar morfina". E aí eu já sabia dos riscos e da tolerância.

[Leonardo Aquino]: E com que frequência acontecia isso de você que

precisar...

[André Gama]: No mínimo, uma vez ao mês.

[Leonardo Aquino]: André passou pelo menos sete anos nessa toada antes de fechar o diagnóstico de esclerose múltipla. E, só a partir desse momento, as coisas começaram a melhorar minimamente. As crises foram controladas sem a necessidade de opioides. Mas aí veio a descoberta de uma nova doença. Um câncer.

[André Gama]: Fiz cirurgia e quimio. Aí depois da quimioterapia, veio dor oncológica. A dor é muito forte. A dor é indescritível. Qualquer descrição que eu te der agora, ela vai ser tosca. Como por exemplo você sentir espetos entrando nos teus ossos. Tipo, isso não faz sentido para ninguém.

[Leonardo Aquino]: E pra tratar a dor oncológica, que é indescritível até mesmo pra quem já tinha vivido um amplo repertório de dor, André não conseguiu escapar de uma solução familiar pra ele.

[André Gama]: Eu tive que tratar com com opioides. E aí eu voltei a usar morfina algumas vezes. Isso aconteceu exatamente quando ele precisou aplicar duas ampolas, 20 ml de morfina. Pra dor oncológica. Não diminuiu nada, nada. Pera aí, vamos esperar um pouco. Meia hora depois, eu continuo cheio de dor. Aí foi quando o meu médico falou assim: André, eu tô vendo que talvez você esteja dependente de opioides. O teu corpo tá dependendo disso. O seu corpo tá muito tolerante a isso. E a gente pode errar a mão e te perder.

[Leonardo Aquino]: “A gente pode errar a mão e te perder”. Imagina ouvir isso do seu médico falando das substâncias que você precisa tomar para curar a dor. O André tinha ficado muito tolerante porque, de tantas vezes que precisou usar opioides, a dose que era suficiente para o alívio não fazia mais efeito. Era preciso tomar sempre um pouco mais.

[André Gama]: Então, eu sou um dependente químico? É isso mesmo? Ele: olha, eu não sei se dependente químico, mas que muito tolerante sim. Corre risco de uma overdose sim. Mesmo que prescrita, mesmo que feita em ambiente hospitalar supervisionada.

[Leonardo Aquino]: O relato do André foge um pouco do padrão das histórias de dependência química. Ele não perdeu tudo o que tinha para comprar drogas. Ele não rompeu laços familiares. Ele não sente culpa nem assume o papel de exemplo de superação. O André só passou pelo que passou porque buscava alívio para a dor com substâncias que talvez sejam as drogas mais antigas que a humanidade conhece: os derivados do ópio.

O ópio é uma substância extraída de uma planta conhecida como papoula dormideira. Existem registros do uso do ópio como analgésico e como entorpecente há pelo menos 5 mil anos¹. A partir do século 19, cientistas começaram a isolar moléculas do ópio ou sintetizar substâncias com estruturas semelhantes. Tudo isso pra potencializar a ação ou melhorar efeitos colaterais. Surgiram assim a morfina, a codeína, a heroína e o fentanil, que aliviam as dores mais agudas, mas podem matar por overdose.

Os derivados do ópio continuam em evidência hoje, na terceira década do século 21, por causa de uma explosão de consumo, especialmente nos Estados Unidos. Por lá, eles já são a principal causa de mortes na população entre 18 e 45 anos de idade, à frente das armas de fogo e dos acidentes de trânsito².

Essa é uma história que, por si só, já é instigante por ser tão abrangente. Consegue englobar desde saúde pública a relações internacionais. Mas tem algumas coisas que as notícias dos jornais não dão conta de explicar: o que o Brasil tem a ver com esse fenômeno lá da América do Norte? A gente corre o risco de viver de perto o consumo abusivo de opioides e as overdoses em massa?

Só que eu não tenho essas dúvidas sozinho.

O meu nome é Leonardo Aquino, sou jornalista e vivo no Recife. E minha companheira de vida é a Janaína.

[Janaína Versiani dos Anjos]: Meu nome é Janaína Versiani dos Anjos, eu sou natural de Fortaleza, mas moro em Recife há mais de 20 anos. Eu fiz Farmácia na Universidade Federal do Ceará e depois eu vim pra Pernambuco pra terminar os meus estudos, pra fazer mestrado e

¹ <https://www.scielo.br/j/rba/a/jphPg6dLHxQJDsxGtgmhifJ>

² <https://www.getsmartaboutdrugs.gov/media/dea-administrator-record-fentanyl-overdose-deaths>

doutorado aqui na UFPE e acabei sendo admitida como professora de química aqui na UFPE.

[Leonardo Aquino]: Jana e eu moramos juntos desde 2016. E pelo menos desde 2021, os opioides são um assunto rotineiro aqui em casa.

[Janaína Versiani dos Anjos]: Quando eu devia ser adolescente, assim uns 12, 13 anos, eu vi o filme da Christiane F e fiquei bastante impressionada.

[Leonardo Aquino]: “Eu, Christiane F., 13 Anos, Drogada e Prostituída”. Filme alemão de 1981 que mostra a história de uma adolescente que se apaixona por um traficante de drogas e vê a própria vida desmoronar.

[Janaína Versiani dos Anjos]: E era aquela coisa, né, você via toda a questão dela se tratando do vício em heroína.

Quando eu entrei na faculdade, pagando as disciplinas, eu comecei a estudar um pouco mais o mecanismo de ação. A mensagem que os filmes traziam e o que eu aprendia na faculdade era que era um caminho meio que sem volta. Você usava e o seu cérebro meio que reprogramava. Não voltava a ser o que era antes.

[Leonardo Aquino]: Muitos anos depois, quando já era professora da UFPE, a Jana começou a preparar uma disciplina de química medicinal. Ela incluiu na ementa uma aula sobre opioides e foi fisgada pela complexidade do tema.

[Janaína Versiani dos Anjos]: E não tava previsto nessa disciplina eu dar aula de opioides. Mas por algum motivo eu li em algum lugar uma coisa de Afeganistão e eu não fazia ideia que no Afeganistão essa questão do ópio era muito forte. Você nunca vai imaginar que no Afeganistão eles são os maiores produtores de ópio do mundo.

[Leonardo Aquino]: Aí na mesma época em que a Jana tava estudando pra preparar essa disciplina, saiu Dopesick, uma série dramática sobre a escalada do abuso de opioides prescritos nos Estados Unidos, especialmente a oxicodona.

[Leonardo Aquino]: Eu lembro quando você tava montando a disciplina e saiu Dopesick, você ficou alucinada. Falava disso todo dia assim. Eu

não lembro de ter assistido toda a série. Eu acho que vi uns dois episódios talvez. Mas eu fiquei por dentro da história por meio de você. Eu lembro que você falava dessa história toda com muita paixão, muito entusiasmo. E eu gosto de histórias pelas quais a gente é obcecado. Você teve a sua obsessão e você me trouxe pra sua obsessão. Eu acho que foi o estalo pra gente fazer esse projeto.

[Leonardo Aquino]: Durante nove meses, a gente pesquisou notícias e documentos. Mapeou a produção científica sobre o assunto. E entrevistou dezenas de pessoas: cientistas, pesquisadores, médicos e pessoas que tiveram a vida impactada pelos opioides de alguma forma.

[Leonardo Aquino]: Uma coisa que é importante a gente pontuar é que quando a gente pensou no projeto, a gente tinha uma ideia. E essa ideia foi se transformando à medida que a gente foi ouvindo as pessoas. A gente tinha uma visão meio “milhares de pessoas morrendo de overdose nos Estados Unidos”, “essa crise pode chegar no Brasil”. E a visão da gente já não é mais a mesma. Eu acho que surgiram temas que a gente não previu. Subtratamento da dor no Brasil foi uma parada que a gente...

[Janaína Versiani dos Anjos]: Nem tinha ideia.

[Leonardo Aquino]: Nem tinha ideia.

[Janaína Versiani dos Anjos]: O que deixou a gente ainda mais embasbacado foi a questão da anemia falciforme. Foi algo que chamou a nossa atenção porque, se essas pessoas não são acompanhadas, essas pessoas ficam aí morrendo de dor. Enfim, a gente se deparou com muitas outras coisas que a gente não pensava em falar.

[Leonardo Aquino]: Em cinco episódios, a gente vai contar um pouco dessa história milenar de uso e abuso, com a perspectiva do Brasil e da ciência. É uma história complexa, que envolve pontos de vista diferentes, áreas do conhecimento distintas, além de dúvidas e angústias. Este é Torpor, um podcast produzido pela Apneia Conteúdo com o apoio do Instituto Serrapilheira e do Fundo para Investigações e Novas Narrativas sobre Drogas da Fundação Gabo.

Episódio 1: “O sequestro do cérebro”.

Pra entender como os opioides atuam no nosso organismo, a gente precisa começar falando de receptores celulares.

Talvez você tenha aprendido no ensino médio a analogia da chave e da fechadura pra explicar como eles funcionam. Os receptores eram as fechaduras e as substâncias que encaixam neles eram as chaves. Mas esse modelo está em desuso e os cientistas preferem descrever essa interação como “encaixe induzido”. Em vez de a chave entrar na fechadura, é como se as duas se abraçassem. Esse abraço é entre os receptores e as substâncias que o nosso corpo produz para que as células consigam desempenhar suas funções. Pois saiba que, entre os vários tipos de receptores no nosso sistema nervoso, existem os chamados receptores opioides³.

[Leonardo Aquino]: E tem uma analogia que você fez algumas vezes que a gente conversou sobre isso que é: “se existe o receptor, é porque o corpo produz algo pra encaixar ali”. Então a gente produz opioides?

[Janaína Versiani dos Anjos]: Então... livros de farmacologia dizem que não existem receptores órfãos. O que existe é que você ainda não descobriu, você ainda não foi competente o suficiente pra descobrir o que encaixa lá. Mas que encaixa, encaixa. Mas você não sabe ainda o quê. Existem duas classes de substância que encaixam nesses receptores, que são as endorfinas e as encefalinas. As endorfinas são aquelas relacionadas ao exercício físico, que muitas pessoas, eu não sou uma delas.

[Leonardo Aquino]: Sabe aquela sensação...?

[Janaína Versiani dos Anjos]: Aquela sensação que você tem quando faz o exercício...

[Leonardo Aquino]: Nunca senti.

[Janaína Versiani dos Anjos]: Nunca senti. Acho que não tenho. Acho que nasci geneticamente modificada. Mas as endorfinas, dizem, reza a lenda, encaixam nesses receptores e aí tem essa sensação de bem estar. Porém, essas substâncias são rapidamente consumidas pelo organismo. Elas são clivadas por outras moléculas, por outras enzimas que acabam deixando a ação dela muito curta. Então é como se eu tivesse uma substância que muita gente quer. Então ela encaixa no opioide, ela encaixa em outro lugar, encaixa em outro lugar e outras enzimas

³ <https://www.scielo.br/j/rdor/a/4CvfRBwPvFNJdsFQmdRpgVJ/>

acabam degradando essas encefalinas e endorfinas, por isso a ação é muito curta.

[Leonardo Aquino]: Como nem eu nem Jana somos experimentados no modo “chapidinhos de endorfina”, eu precisava ouvir outras pessoas pra entender essa descarga de substâncias pelo corpo.

Corredores amadores de longa distância. Gente que, por lazer, corre maratonas, ultramaratonas, às vezes mais de uma centena de quilômetros.

[Marinês Valentim de Melo]: Meu nome é Marinês Valentim de Melo. E hoje, com 60 anos, eu já corri 95 maratonas. No final, quando a gente termina, é uma sensação de alívio, de bem estar, de alegria, um monte de coisa boa. Essa sensação, ela fica em ti por várias horas.

[Francinete Maria]: Meu nome é Francinete Maria, tenho 42 anos. Sou ultramaratonista. Já fiz 24 horas correndo, fazendo 175 km e 465 metros. Eu sinto mais na largada e na chegada. Na chegada é o que faz eu vir ao êxtase, né? Eu acho que dura uns 10 minutos, uns 15 minutos. Eu choro muito e fico sem acreditar que eu fiz aquilo.

[Moab Jurema]: Eu sou Moab Jurema. Hoje eu sou ultramaratonista. Já tenho 21 maratonas. Essas descargas de prazer vêm de forma pontual no decorrer da corrida. No final, é que tem aquela explosão total. Essa explosão de endorfina e de prazer, ela vem com tudo quando eu ultrapasso o pórtico de chegada.

[Leonardo Aquino]: Mas e se você conseguisse sentir tudo isso sem esforço físico nenhum? Bastando tomar um comprimido ou uma injeção? É tentador, não é? Essa é a sensação proporcionada pela morfina, pela codeína, pelo tramadol, que são alguns exemplos de opioides.

[Cláudia Palmeira]: A dose é muito maior comparada com o que a gente produz. Então a ação no receptor opioide dos opioides exógenos, ela é muito maior, imediata.

[Leonardo Aquino]: Esta é a médica anesthesiologista Cláudia Palmeira. Ela trabalha na equipe de controle da dor da divisão de anestesia do Hospital das Clínicas da USP.

[Cláudia Palmeira]: E o que esse opioide faz? Ele inibe, ele tem uma ação inibitória. Ele atua acalmando os nervos da dor, acalmando o processamento da informação dolorosa, ou seja, em áreas no cérebro, ele atua acalmando essa situação que o nervo fica excitado.

[Leonardo Aquino]: Os opioides são analgésicos potentes que acalmam os nervos da dor, mas não devem ser utilizados em qualquer tipo de dor. Eles têm algumas indicações específicas.

[Cláudia Palmeira]: Ainda é uma boa indicação para alguns quadros de dor. Então, dor pós-operatória, dor no paciente com câncer, paciente que tem metástase óssea, por exemplo. Dor no politrauma.

[Leonardo Aquino]: Voltando agora aos receptores opioides, que estão lá nos nossos neurônios e onde os analgésicos opioides se encaixam. Uma coisa que é importante entender é que esses receptores não trabalham apenas no processamento da dor.

[Cláudia Palmeira]: Mas eles também existem em áreas que a gente chama do afeto. O que é o afeto? Quando a mãe dá um beijinho no filho, quando aquela pessoa tá feliz porque ela foi muito bem cuidada, ela recebeu um abraço carinhoso. Isso é a área do afeto. Eu diria que, quando você tá apaixonado, você produz endorfinas, né? Quando você tá, um exemplo, a mãe que tem o seu bebê. Então, aquela relação do bebê com a mãe, aquilo é pura endorfina.

[Leonardo Aquino]: Aí pensa comigo: uma substância que tem a capacidade de aliviar a dor muito rapidamente, que proporciona um bem estar quase instantâneo e que consegue reproduzir até a sensação de estar apaixonado, de receber um abraço de mãe. Ruim não é. Mas pode se tornar.

[Mariana Campello]: A gente tem um circuito cerebral que se chama circuito de recompensa. Ele é um circuito chave para a gente entender como a dependência química se instala no nosso cérebro.

[Leonardo Aquino]: O caminho entre o prazer e a dependência foi um dos assuntos da minha conversa com a psiquiatra Mariana Campello. Ela é especialista em clínica de álcool e drogas e trabalha no Hospital de Clínicas da USP.

[Mariana Campello]: Então inicialmente a gente tem contato lá com alguma substância, uma droga ou, às vezes, até um comportamento, tenho uma resposta prazerosa. Essa resposta prazerosa, ela deixa uma marca aqui e essa marca ela me faz pensar que todas as vezes que eu posso ter contato de novo com essa droga, com esse comportamento, isso vai reativar de novo todo esse circuito de recompensa.

[Leonardo Aquino]: Esse passo a passo que a Mariana descreveu, de buscar novamente essa recompensa ou a sensação da primeira vez, funciona para qualquer substância. Mas como os opioides atuam em áreas do cérebro relacionadas à dor e ao afeto, eles têm particularidades.

[Mariana Campello]: Os opioides, por serem drogas que atuam diretamente nesses receptores cerebrais opioides, rapidamente uma pessoa pode se tornar dependente da substância. Então, se eu quebro uma perna e vou para um hospital que eu preciso aguardar o período ali para fazer uma cirurgia e eu fico um tempo lá aguardando, tomando um opioide para essa cirurgia, dependendo da dose, se for uma dose alta por um tempo considerável, a gente considera até 30 dias. Eu já me torno dependente fisicamente daquelas substâncias. Então se ela for interrompida abruptamente, eu vou sofrer alguns sinais e sintomas de uma abstinência possivelmente.

[Leonardo Aquino]: Aqui cabe uma explicação rápida sobre tolerância e dependência, que às vezes se confundem. A tolerância é quando o organismo se acostuma com a dose de uma substância e acaba precisando de uma dose maior para sentir o mesmo efeito de antes. É o caso do André Gama, personagem que a gente ouviu no começo do episódio. A dependência vem depois. É quando o abuso da substância leva a uma mudança no padrão dos neurônios, que passam a não conseguir ficar sem essa ligação nos receptores cerebrais. Quem tá dependente de uma substância passa a ter sintomas físicos de abstinência. No caso dos opioides, são os seguintes: agitação, irritabilidade, dores corporais, dores abdominais, náuseas, vômito, diarreia, entre outros⁴.

Mas é preciso esclarecer que uma única dose de opioides não é capaz de provocar tolerância ou dependência. E nem todo mundo que fica dependente.

4

<https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Toler%C3%A2ncia-e-depend%C3%Aancia-aos-opioides.pdf>

Isso, em geral, tem a ver com fatores preditivos. Histórico de dependência química na família, ambiente familiar disfuncional, personalidade impulsiva, transtornos como ansiedade e depressão em níveis graves. Esses são alguns fatores que tornam algumas pessoas mais vulneráveis que outras.

[Mariana Campello]: Tem algumas pessoas que às vezes, como eu comentei rapidamente, entram nesse mecanismo. Então às vezes dois, três meses usando o opioide já se tornam adictos. Às vezes algumas pessoas passam anos ali para realmente trazer esse comportamento disfuncional da droga. Então ficaram às vezes muito tempo tomando a dose prescrita, tomava de uma maneira como o médico prescrevia e, em algum determinado momento, liga o interruptor e a pessoa passa a abusar de uma maneira inadequada daquela substância.

[Leonardo Aquino]: “Comportamento disfuncional a partir de uma dose prescrita”. Essa frase da Mariana abre uma porta pra gente falar sobre um dos principais motivos da criação deste podcast.

[Arquivo de telejornal]: Os Estados Unidos enfrentam uma epidemia de drogas legais e ilegais à base de opioides.

[Leonardo Aquino]: Epidemia de opioides, crise dos opioides. Você provavelmente já ouviu uma dessas expressões em reportagens de TV ou em alguma série nas plataformas de streaming.

[Arquivo de telejornal]: Puxadas pelas epidemias de opioides, as mortes por overdose cresceram 15% em um ano nos Estados Unidos.

[Leonardo Aquino]: É assim que costumam chamar as ondas de overdoses em massa que têm acontecido nos Estados Unidos há algumas décadas. E uma cientista brasileira tem acompanhado esse fenômeno bem de perto.

[Sílvia Saboia Martins]: Meu nome é Silvia Martins, eu sou médica psiquiatra pela Universidade de São Paulo. E eu sou professora de epidemiologia do departamento de epidemiologia da Columbia University em Nova York.

[Leonardo Aquino]: Sílvia Saboia Martins também é diretora da unidade de epidemiologia do uso de substâncias de Columbia, uma das mais renomadas universidades americanas. Ela está lá desde o início dos anos 2000, quando as

mortes por overdoses de opioides já estavam na casa das milhares por ano. Nessa época, muitas vítimas não compraram suas doses fatais nas ruas. E sim, no balcão de uma farmácia.

[Sílvia Saboia Martins]: A primeira onda já começa no final dos anos 80, início dos anos 90, não foi muito percebida. O que que aconteceu? Houve uma pressão muito grande para se tratar dor e dizer que a dor era o quinto sinal vital. Então houve uma pressão muito grande para que os médicos começassem a prescrever opioides.

[Vídeo promocional do Oxycontin / Purdue Pharma]: Once you've found the right doctor and have told him or her about your pain, don't be afraid to take what they give you. often it will be an opioid medication⁵.

[Leonardo Aquino]: Essa pressão veio por meio de campanhas agressivas de marketing, como essa que a gente tá ouvindo. Elas foram promovidas por uma farmacêutica: a Purdue Pharma, que tinha no mercado um medicamento chamado Oxycontin. Era uma apresentação da oxicodona, um opioide semi sintético, com um sistema de liberação controlada. Segundo a fabricante, esse sistema fazia com que a droga fosse absorvida aos poucos pelo organismo, com efeito de até 12 horas de alívio da dor⁶. Algo que, também de acordo com a Purdue Pharma, seria o suficiente para cravar que o risco de dependência era quase zero.

[Vídeo promocional do Oxycontin / Purdue Pharma]: Some patients may be afraid of taking opioids because they're perceived as too strong or addictive. but that is far from actual fact. Less than 1% of patients taking opioids actually become addicted.

[Leonardo Aquino]: Essa afirmação, de que menos de 1% dos pacientes que tomam opioides ficam dependentes, não tinha respaldo científico seguro, pra dizer o mínimo. O embasamento não estava num artigo publicado num periódico com alto fator de impacto. Nem mesmo num estudo conduzido de acordo com as regras de boas práticas da ciência. Ele estava apenas em uma carta.

⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=LaxlJXpwkzs>

⁶ <https://www.latimes.com/projects/oxycontin-part1/>

[Sílvia Saboia Martins]: Uma carta ao editor para uma revista científica dizendo que se as pessoas usassem opioides não causaria abuso e dependência⁷. Na verdade, isso é uma carta de um parágrafo feita por um médico com pacientes internados. Ou seja, muito diferente do que se as pessoas estão em casa ou recebendo doses de opioides indiscriminadas. Então começou-se a ter essa pressão para se tratar a dor, para as pessoas relatarem dor e o uso de opióides. E nisso foi-se cada vez mais aumentando a dose.

[Leonardo Aquino]: Eu vou fazer uma analogia para tentar explicar o tamanho da irresponsabilidade que é usar uma carta ao editor de uma revista como evidência científica. É como se um deputado usasse um comentário numa postagem de rede social como embasamento para criar um projeto de lei. E além de dizer que opioides não viciavam, as campanhas da Purdue Pharma insistiam em outra mentira: que o Oxycontin era a medicação para se tomar do início ao fim do tratamento. A recomendação era que até dores cotidianas, como dor de cabeça e dor nas costas, podiam ser tratadas com oxicodona. Muitos médicos caíram nessa. E o abuso de opioides se espalhou pelo país.

[Sílvia Saboia Martins]: De início, o governo federal e os estados não fizeram muita coisa. Foi só quando o problema já estava bem grande, já tinha muita gente dependente de opióides e muita gente morrendo de overdoses ou tendo overdoses na sequência que começou-se a tentar diminuir a quantidade de opioides do mercado. Nessa época, criaram-se os programas de monitoramento de prescrição. Também começou-se a ir atrás de médicos que estavam prescrevendo indiscriminadamente, então sabia-se que havia alguns lugares que os médicos se vendiam como médicos que tratavam a dor, mas davam prescrição como bala.

[Leonardo Aquino]: A reação das autoridades foi demorada, mas aparentemente era o que precisava ser feito. Monitorar as prescrições, diminuir a circulação dos opioides no mercado. Só que esse não foi o final da história. Já existia uma grande população de dependentes nos Estados Unidos e não houve medidas para ampliar o tratamento dessas pessoas.

[Sílvia Saboia Martins]: Só tem acesso ao tratamento quem tem seguro saúde ou quem é muito muito pobre e aí tem direito à saúde pública ou

⁷ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198001103020221>

quem é veterano de guerra e teria direito à saúde pública. Então a gente sabe que das pessoas com dependência de substâncias, menos de 20% dessas pessoas têm acesso ao tratamento.

[Leonardo Aquino]: E foi aí, num contexto de ampla dependência e de pouco tratamento, que surgiu a segunda onda da epidemia de overdoses por opioides.

[Sílvia Saboia Martins]: Por volta de 2005-2006, até por conta de vários estados e do governo federal estarem tentando tomar algumas medidas para diminuir a prescrição de opioides, tem a transição das pessoas usando opioides prescritos para heroína.

[Leonardo Aquino]: É isso mesmo. Heroína. Muitas pessoas que faziam uso abusivo da oxicodona passaram a ter dificuldades em conseguir receitas e acabaram migrando pra heroína, que também é uma droga derivada do ópio e custava menos do que os comprimidos de Oxycontin no mercado ilegal.

Então, recapitula comigo: primeira onda, oxicodona. Segunda onda, heroína. A terceira onda surgiu por volta de 2013, com uma substância muito usada em ambiente hospitalar.

[Sílvia Saboia Martins]: Começa a se ver fentanil no mercado de opioides americanos. Não só o fentanil utilizado em anestesia, mas o fentanil obtido de maneira ilegal, produzido de maneira ilegal tanto aqui nos Estados Unidos quanto em outros países.

[Leonardo Aquino]: O fentanil é um opioide sintético, ou seja, é produzido sem a necessidade do ópio extraído da papoula. A gente ainda vai falar muito do fentanil num episódio inteiro dedicado a ele. Mas o que você precisa saber agora é que ele é um anestésico muito potente, cerca de 100 vezes mais potente que a morfina, e costuma ser usado em cirurgias ou em pacientes que precisam de intubação. Mas, como ele pode ser produzido clandestinamente, o fentanil também é protagonista da quarta onda da epidemia de opioides, que é a onda que se vive hoje em dia. E dessa vez, ele não está sozinho.

[Sílvia Saboia Martins]: O que se vê nos últimos anos é não só o uso de fentanil, como o uso de fentanil combinado com outras substâncias, especialmente estimulantes. A gente vê essa fase começando a partir de

2016/2017 e é a fase que continua até agora. Vamos dizer: a crise de overdoses dos Estados Unidos não é uma crise só de opioides, é uma crise de polissubstâncias, principalmente a combinação de fentanil com estimulantes do tipo anfetamina, metanfetamina.

[Leonardo Aquino]: Os Estados Unidos fecharam o ano de 2022 com mais de 109 mil mortes por overdose de substâncias, segundo dados do CDC, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças⁸. O fentanil sozinho fez 74 mil vítimas e levou mais vidas de cidadãos americanos do que as guerras do Vietnã, do Afeganistão e do Iraque juntas. Hoje, é a principal causa de mortes no país na faixa etária que vai dos 18 aos 45 anos de idade.

Eu tentei entrar em contato com a Purdue Pharma, por meio de um e-mail para demandas de imprensa, mas não tive retorno. O que dá pra dizer, baseado no que tá publicado no site da empresa e nos fatos registrados amplamente na imprensa americana, é que a Purdue assumiu a responsabilidade legal sobre a crise⁹. Entre as ações que vieram depois, a empresa decidiu passar a apoiar iniciativas e políticas públicas de tratamento de dependência e de socorro a overdoses¹⁰. Além disso, fez um pedido de falência e entrou num acordo na justiça para o pagamento de indenizações¹¹.

Ao longo dessa série, a gente ainda vai voltar a falar da crise americana, do que tem sido feito para frear as mortes e do desfecho jurídico do caso da Purdue Pharma e do Oxycontin. Mas agora eu queria voltar mais pra perto da nossa realidade. Queria começar a tentar entender o contexto do Brasil no uso de opioides.

Os dados disponíveis hoje, no início de 2024, não são suficientes para fazer um diagnóstico muito preciso, mas acendem alertas. Os principais estudos divulgados recentemente foram feitos pela Fiocruz. Em 2019, uma pesquisa apontou que mais brasileiros já tinham usado opioides sem prescrição médica do que crack. A proporção é de três pessoas que já tomaram opioides

⁸ <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>

⁹

<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/10/21/purdue-pharma-se-declara-culpada-por-crise-dos-opiáceos-nos-eua.htm>

¹⁰ <https://www.purduepharma.com/addressing-the-crisis/public-health-initiatives/>

¹¹

<https://brasil.elpais.com/sociedade/2021-09-01/justica-dos-eua-encerra-litigio-contr-purdue-pharma-pela-crise-de-opioides.html>

indiscriminadamente para cada pessoa que tinha experimentado crack¹². Em 2018, um estudo publicado no American Journal of Public Health apontou que a quantidade de prescrições de opioides no Brasil tinha aumentado quase seis vezes em seis anos. 465% de crescimento entre 2009 e 2015¹³. Não dava pra gente produzir este podcast sem entrevistar um cientista que participou dessas pesquisas.

[Francisco Inácio Bastos]: Francisco Inácio Bastos. Eu sou pesquisador titular da Fiocruz.

[Leonardo Aquino]: Francisco Inácio Bastos é médico, mestre em saúde coletiva e doutor em saúde pública. Ele coordena uma rede de cerca de 30 laboratórios que colaboram entre si na área de abuso de substâncias.

[Francisco Inácio Bastos]: E além de eu ser o coordenador da rede, a minha área específica é a área de saúde pública, né, mais particularmente a epidemiologia.

[Leonardo Aquino]: Sobre a pesquisa que apontou a prevalência de uso de opioides sem prescrição no Brasil, Francisco acredita que não é possível identificar tendência de aumento ou de redução.

[Francisco Inácio Bastos]: Olha, a minha impressão é que a nossa pesquisa, ela foi a primeira que teve uma amostra suficientemente grande para poder ter precisão de enxergar fenômenos menos frequentes. As pesquisas anteriores foram sempre feitas com amostras muito menores e simplesmente não identificaram esse uso não terapêutico de opioides e simplesmente era ignorado. Era ignorado completamente. Não tem artigos publicados sobre isso, não se falava nada sobre isso.

12

<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/04/cresce-uso-de-opioides-no-brasil-e-prescricao-inadequada-leva-pacientes-a-vicio.shtml>

13

<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/12585/1/Non-medical%20use%20of%20opioid%20and%20analgesics%20in%20contemporary%20Brazil%20Findings%20from%20the%202015%20Brazilian%20National%20Household%20Survey....pdf>

[Leonardo Aquino]: A pesquisa que mostrou o aumento das prescrições de opioides têm os seguintes números absolutos: o Brasil saiu de 1 milhão e 600 mil prescrições em 2009 para mais de 9 milhões em 2015.

[Francisco Inácio Bastos]: Na verdade, o Brasil ele partiu de um patamar muito baixo, muito muito baixo mesmo, mais baixo que o Brasil é basicamente só os países africanos. O Brasil era um país com uma subutilização de opioides para fins terapêuticos. Então, muitas pessoas vinham a falecer com dor intensa quando isso é inadmissível. Você tem que oferecer conforto às pessoas em cuidado paliativo. Então, esse aumento foi realmente muito expressivo, mas ele partiu de uma base muito muito baixa.

[Leonardo Aquino]: A gente ainda vai aprofundar mais o contexto brasileiro nos próximos episódios. Um deles, inclusive, vai ser dedicado só ao Brasil e ao debate sobre a possibilidade da chegada de uma explosão de consumo por aqui. Por enquanto, o que é importante destacar é que o cenário americano, que a gente descreveu nos últimos minutos, está num patamar muito acima não só do Brasil, mas de continentes inteiros.

[Francisco Inácio Bastos]: Os Estados Unidos já consumiam uma quantidade de opioides que, pra te dar uma ideia, ele era muito maior do que a América Latina e América Central toda somada, que é uma população maior do que a população americana, né?

[Leonardo Aquino]: Mas esses dados não são suficientes para que o Brasil esteja totalmente livre da dependência química motivada pelo uso abusivo de opioides.

Bairro de Perdizes, cidade de São Paulo. Aqui funciona um serviço inovador no tratamento da dependência química. O primeiro ambulatório do Brasil dedicado a atender dependentes de opioides. Ele faz parte da estrutura do Hospital de Clínicas da USP. E as duas médicas que nós ouvimos alguns minutos atrás aqui no podcast trabalham lá. A ideia de criar esse ambulatório surgiu da necessidade de uma melhor intersecção entre duas áreas, como conta a psiquiatra Mariana Campello.

[Mariana Campello]: E a gente começou a perceber que a gente tinha muita dificuldade no manejo dos pacientes com opioide que apareciam

porque nós, como psiquiatras, não temos uma formação clínica. Então, eu como psiquiatra, não sei adequadamente diagnosticar uma dor.

Em contraponto, a equipe da dor do Hospital das Clínicas sentia dificuldade de lidar com os pacientes que tinham um perfil que eram dependentes químicos do opioide, que começaram a tratar lá por outros motivos, mas acabaram desenvolvendo a dependência.

E aí esse ambulatório veio com a proposta de ter essas duas frentes. Então a gente não só tem um acompanhamento psiquiátrico, mas a gente também tem uma avaliação clínica do médico da dor.

[Leonardo Aquino]: O ambulatório atende pacientes encaminhados por unidades básicas de saúde e pelos CAPS, que são os centros de atenção psicossocial. Ou seja, ele não funciona no esquema de pronto socorro. Os pacientes são atendidos por uma equipe multidisciplinar. Além dos médicos da dor e dos psiquiatras, trabalham no ambulatório psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos especializados.

[Mariana Campello]: O tratamento, eu sempre falo isso pros pacientes, ele não pode ser estabelecido só em um único pilar. Então não adianta eu, como psiquiatra, achar que eu vou promover essa cura, essa desintoxicação, isso vai ser super efetivo, se eu não trabalho vida, se eu não trabalho outras coisas.

[Leonardo Aquino]: Na recuperação de um dependente químico de opioides, o tratamento mais comum é o que se chama de tratamento substitutivo. É usado outro opioide que dura mais tempo no organismo, como a metadona, a buprenorfina ou a naltrexona. Em geral, a metadona é a mais comum.

[Mariana Campello]: A metadona, ela entra sim como a terapia recomendada para dependência de opioide, justamente pelo risco a que esses pacientes eles estão expostos. Muitas vezes da própria intoxicação. E os trabalhos mostram isso também: que ela acaba melhorando a qualidade de vida desses pacientes por ela ser uma terapia substitutiva que vai facilitar esse desmame e também essa pessoa que vive com dor, por exemplo, poder ter um risco menor de exposição por estar com o tratamento adequado prescrito em vez de ir

no hospital tomar morfina, ficar se injetando drogas e outros comportamentos que podem ser ainda mais arriscados.

[Leonardo Aquino]: Mesmo com um tratamento adequado e um acompanhamento multidisciplinar, a recuperação de um dependente de opioides é difícil. Uma das consequências da dependência é a hiperalgesia. Ou seja, o limiar de dor pra quem fez uso abusivo de opioides é menor. Outras sequelas mencionadas pelas médicas do ambulatório do Hospital de Clínicas da USP são mudanças nas características de personalidade depois do uso prolongado de opioides. A taxa de sucesso no tratamento fica entre 30 e 40%, não levando em consideração a desintoxicação, e sim a sobrevivência dos pacientes, como conta a anestesiolegista Cláudia Palmeira.

[Cláudia Palmeira]: Nós temos casos muito graves com prognóstico difícil. Então a ideia de sucesso é você melhorar a funcionalidade desse paciente, né? Evitar que ele caminhe para uma overdose. Isso é o sucesso. Segundo, a gente tá falando de casos muito graves. A dependência, o abuso e a adicção aos opioides é um dos mais graves. É comparado ao crack.

A substância sequestra o cérebro do paciente. Então eu diria que a funcionalidade é você sair do sequestro. Você já consegue pensar além da droga. No caso do opioide, além do fármaco, além da dor, né? Você consegue entender que a sua dor é crônica, mas não tem indicação do opioide, então você consegue entender que melhora com fisioterapia. Que melhora, por exemplo, com um analgésico, uma dipirona. Você consegue olhar além disso.

A gente tem menos resultados com volta completa da funcionalidade. Mas se a gente conseguir redução de danos, né, que esse paciente se sinta amparado, ele deixa de fazer peregrinação pronto socorro. A gente percebe que ele tá melhorando na vida familiar. Alguns quadros, a gente tem isso, outros não. Nós temos que ser bem francos em relação a isso.

[Leonardo Aquino]: Se a ciência brasileira ainda não consegue traçar um panorama concreto do uso abusivo de opioides no país, o ambulatório do Hospital de Clínicas da USP tem contato com uma amostragem significativa. Está instalado na maior metrópole do Brasil e recebe pacientes de outros estados para um acompanhamento especializado. Segundo a psiquiatra

Mariana Campello, dentro do recorte do ambulatório, já é possível notar uma tendência de crescimento no volume de casos.

[Mariana Campello]: Tem crescido muito desde que a gente começou a atender essa clínica dos opioides. Nós temos visto um aumento expressivo disso ao longo do tempo. E tem começado assim a se tornar preocupante.

[Leonardo Aquino]: A Mariana me contou que os pacientes atendidos no ambulatório se encaixam quase todos em três perfis. O primeiro é o de pessoas que fizeram tratamento com opioides para dor crônica e acabaram desenvolvendo dependência. O segundo é o do uso recreativo, que é mais comum entre pacientes mais jovens, até mesmo adolescentes. O terceiro perfil é o de profissionais de saúde, que têm acesso a opioides mais potentes como o fentanil em farmácias de hospitais.

[Mariana Campello]: E aí quando a gente começou o ambulatório, a gente ainda falou. Olha, eu acho que daqui talvez uns quatro, cinco anos, isso vai realmente ser um caso extremo de muita preocupação. E a gente começando aqui, a gente viu que talvez em um ou dois anos isso possa se tornar realmente um quadro bem grave aqui no nosso país.

[Leonardo Aquino]: Numa ponta, os cientistas e médicos brasileiros tentam lidar com essa bomba chiando que é uma possível disseminação do uso abusivo de opioides no Brasil. Mas numa outra ponta, pesquisadores buscam perspectivas inovadoras para abordar a dependência, como o desenvolvimento de vacinas e o uso de técnicas de reprogramação celular para estudar novos tratamentos. É sobre isso que a gente vai conversar depois do intervalo...

=====

[Leonardo Aquino]: Depois de ouvir a história do André Gama e de como surgiu a explosão de consumo de opioides prescritos nos Estados Unidos, eu fiquei com uma angústia que eu quis compartilhar com a Jana.

[Leonardo Aquino]: O que a gente consegue tirar de um exemplo como esse? Assim, a dor física como a porta de entrada pra uma dependência química?

[Janaína Versiani dos Anjos]: Eu acho que a dor é banalizada, né? A dor é complicada porque, quando você tem colesterol alto, tem lá no seu exame: tá com 500 de LDL. Tua glicose tá 330. Tem que ser 100, amigo. Então tu sabe que tu tá diabético. Então, existe um marcador bioquímico que diz que você está diabético. Não existe um marcador bioquímico para dor.

Mas eu acho que tem muito isso de pôr em dúvida, de pôr em xeque o que a pessoa tá sentindo. E não é para menos. É por isso que eu tô falando, é algo muito complexo. Você não vai dar morfina para a primeira pessoa que aparecer dizendo pra você que tá com dor.

[Leonardo Aquino]: Evitar as prescrições indiscriminadas ou aprimorar o tratamento seguro da dor já não é mais suficiente para conter as overdoses, que estão na quarta onda nos Estados Unidos. Por isso, cientistas americanos estão desenvolvendo vacinas contra a dependência de opioides. Durante a pesquisa pra esse podcast, a gente encontrou três. Uma desenvolvida pelas universidades de Montana, Washington e Columbia¹⁴. Outra, pela Universidade de Houston¹⁵. E a terceira, por uma empresa de biotecnologia chamada Cessation Therapeutics¹⁶. Mas, ao contrário do que a gente costuma pensar sobre vacinas, essas têm a missão de prevenir e também remediar.

[Janaína Versiani dos Anjos]: Até onde eu vi, são vacinas, que meio que ensinam o corpo a identificar que aquela substância deve ser atacada pelo seu sistema imune. Só que, muitas vezes, as partículas que eles utilizam para que o anticorpo reconheça aquele opioide, seja o fentanil, seja a heroína, não conseguem induzir resposta imune. Então, muitas vezes, eles acoplam com uma substância que induz resposta imune para que tenha um maior sucesso dessa vacina.

Mas essas vacinas, não é para ser dado para a população inteira, né? Não é pra ser dado para mim e para você que nunca teve contato com opioide. Essas vacinas seriam dadas para pessoas que estão em remissão, né? Estão em remissão de opioides, estão em tratamento. É como se você estivesse ensinando ao seu organismo a combater aquela

¹⁴ <https://www.umt.edu/news/2023/08/082923fent.php>

¹⁵

<https://uh.edu/news-events/stories/2022-news-articles/november-2022/11142022-fentanyl-vaccine-hai-le-kosten.php>

¹⁶ <https://www.nature.com/articles/s41467-023-43126-0>

substância que você tomou durante essa recaída, né? Então é para isso que essas vacinas servem.

[Leonardo Aquino]: Embora o Brasil não viva uma crise como a dos Estados Unidos, cientistas de instituições brasileiras também investigam novos caminhos para entender e tratar a dependência de opioides. Um deles tem uma proposta inovadora nos primeiros passos dessa caminhada.

[Teresa Puig]: Meu nome é Teresa Puig. Eu sou formada em biologia humana pela Universidade Pompeu Fabri de Barcelona.

[Leonardo Aquino]: Teresa é espanhola e mora no Brasil desde 2015. Ela fez mestrado e doutorado na UFRJ e atualmente é pesquisadora de pós-doutorado no Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino.

[Teresa Puig]: Durante o meu doutorado, eu estudei zika. E agora, atualmente, no meu pós-doutorado, tô estudando a tolerância e a dependência de opioides.

[Leonardo Aquino]: Ela saiu de uma crise bem brasileira, que é o vírus zika, para estudar outra crise que ainda não bateu tão forte por aqui, a dependência de opioides. A ponte entre esses dois trabalhos foi uma técnica da biologia molecular chamada reprogramação celular. O primeiro passo é extrair células de indivíduos adultos.

[Teresa Puig]: Qualquer célula adulta do nosso corpo, célula que já tem uma função específica, como uma célula da pele. A gente pega da pele porque é um tecido mais fácil, mais acessível de obter né? Mas do sangue também pode ser obtido.

[Leonardo Aquino]: Depois, os cientistas editam o código genético dessas células para transformá-las em células tronco pluripotentes.

[Teresa Puig]: A gente consegue depois converter essas células em qualquer tipo de célula, né, do nosso organismo. O cérebro é o nosso caso de interesse, né, mas também poderiam virar células do coração, do pulmão.

[Leonardo Aquino]: É a mesma capacidade das células tronco embrionárias. Só que obtida de uma forma mais simples. É mais fácil fabricar, vamos dizer

assim, uma célula tronco a partir de um fragmento de pele ou de uma gota de sangue de um adulto do que extraí-las de um embrião e cultivá-las.

[Teresa Puig]: Então a gente pega uma quantidade de células do tamanho de um grão de areia, coloca uma série de fatores, de estímulos que fazem essas células se converter em células neurais e vão crescendo juntas, né, formando o que a gente chama desses organoides ou neuroesferas em função da célula que a gente parte.

[Leonardo Aquino]: A técnica da reprogramação celular por si não é exatamente inovadora. Ela é usada no estudo de diversas doenças, que vão de alguns tipos de anemia até Parkinson. A novidade é a aplicação numa pesquisa sobre dependência química, especialmente de opioides.

[Teresa Puig]: Estão faltando modelos humanos para estudar os mecanismos envolvidos na dependência e na tolerância a opioides. Tudo que a gente sabe foi estudado em modelos animais ou em modelos de linhagens de células que não tem exatamente as mesmas características das células humanas.

Aqui no Brasil, não existem modelos disso. Existe um trabalho já feito nos Estados Unidos que já avaliou o efeito de algumas substâncias e alguns opioides no cérebro, mas não estudando especificamente os mecanismos de dependência.

[Leonardo Aquino]: O primeiro passo é desenvolver o modelo humano, ou o organoide. O segundo passo é estimular esse organoide com opioides e observar o comportamento das células, especialmente alterações químicas que influenciam na transmissão de impulsos elétricos. E o terceiro e último passo é estudar o efeito de duas classes de substâncias no tratamento da dependência: os canabinoides e, especialmente, os psicodélicos.

[Teresa Puig]: Já tem alguns estudos clínicos que estão começando a ver que os psicodélicos podem ajudar tanto na dependência como na adicção a substâncias, né?

[Leonardo Aquino]: Assim, a dependência química entra numa lista de doenças que oferecem potencial para serem tratadas com os psicodélicos. Lista que já tinha a ansiedade, a depressão, o estresse pós-traumático e a

esquizofrenia. Mas antes de serem um dos hypes da psiquiatria do século 21, os psicodélicos passaram muito tempo com pesquisas engavetadas. No meio do século passado, quando já havia estudos nessa linha, eles foram considerados substâncias com risco de abuso e sem potencial terapêutico. Agora, com as pesquisas retomadas, o caminho está aberto. Já existem estudos que mostram que os psicodélicos funcionam como ativadores da plasticidade neural, que é a capacidade dos neurônios formarem novas conexões. No caso da dependência de opioides, esse potencial abre uma possibilidade de alternativa ao tratamento substitutivo que a gente mencionou agora há pouco.

[Teresa Puig]: Esses tratamentos substitutivos são os únicos que a gente tem no momento e é um tratamento dos sintomas, né? Mas a pessoa continua sendo dependente da substância, de um opioide. Com os psicodélicos, foi visto que tinha pessoas que conseguiam cortar a sua relação com a substância. Isso é muito importante para poder a gente conseguir gerar evidências científicas e que de fato tenham um potencial terapêutico e a gente possa tornar legais essas substâncias e esses tratamentos acessíveis para a população.

[Leonardo Aquino]: A previsão é que a pesquisa da Teresa comece a ter resultados e publicações no final de 2024. Até lá, a opção mais comum para cuidar de um dependente de opioides é o tratamento substitutivo com outro opioide. É uma espécie de redução de danos. Mas essa abordagem nem sempre é considerada.

[André Gama]: Nada fazia sentido para mim. E eu ficava me questionando: o que que eu tô fazendo aqui? Porque, mano... Eu não me identifico com nada do que eles abordam aqui nessa estratégia de tratamento.

[Leonardo Aquino]: Esse é o André Gama, personagem que a gente ouviu na abertura do episódio. Só pra lembrar um pouco da história dele caso você tenha esquecido: ele desenvolveu uma tolerância muito alta aos opioides depois de muitos anos passando por tratamentos e diagnósticos descontraídos para crises de dor.

Pois bem, em setembro de 2022, quando percebeu que nem os opioides mais fortes eram suficientes pra aliviar a dor de um câncer que ele descobriu, André deu entrada numa clínica psiquiátrica privada na região metropolitana do

Recife. Segundo o psiquiatra que o acompanhava antes da internação, André precisava dar um *reset* nos receptores opioides. Mas o caminho foi muito mais sofrido do que deveria ser.

[André Gama]: Ninguém tira de um dependente de opioide, mesmo que seja um dependente da minha classe entre aspas. Mesmo que ele seja mais tolerante do que dependente, não se faz a retirada abrupta da medicação. Isso pode trazer sérios danos à saúde. E foi o que aconteceu comigo na clínica. Suspenderam tudo...

[Leonardo Aquino]: A clínica promoveu uma estratégia que costuma ser chamada de “cold turkey”, “peru frio” numa tradução literal do inglês pro português. Ela consiste na abstinência total da substância da qual a pessoa é dependente, independentemente do efeito rebote que vem depois.

[André Gama]: Eu via um tratamento muito direcionado à pessoa que era, tinha adição por drogas ilícitas, que vendia tudo que tinha para ter o prazer, o lazer. Eu não perdi nada. Eu nunca saí de casa atrás de tomar morfina. Eu só queria, tipo, acabar com a minha dor.

[Leonardo Aquino]: E a abstinência na clínica psiquiátrica não acabou com a dor do André. Pelo contrário. A tolerância aos opioides tinha deixado o limiar de dor dele mais baixo. É a hiperalgesia que eu comentei alguns minutos atrás.

[André Gama]: No meu período de internamento, eu tive um surto de dor. Eu precisei que eles me levassem ao hospital.

[Leonardo Aquino]: No hospital, André fez infusões de xilocaína que aliviaram esse surto de dor. Depois, ele voltou pra clínica psiquiátrica, com ainda mais certeza de que não tava num bom caminho.

[André Gama]: O que vocês fizeram aqui de tirar poderia me causar sérios problemas com abstinência.

[Leonardo Aquino]: Foram 78 dias entre a entrada na clínica e a alta. E embora André considere que conseguiu o tal *reset* nos receptores, as lembranças que ele guarda dessa internação passam longe de um sentimento de recuperação do bem estar.

[André Gama]: Foi uma experiência muito estranha para mim. Pra mim, eu aprendi muito mais sobre o abuso de substâncias com os pacientes e abordagens da clínica para eles do que pude trazer pra minha vida, né? E eu aproveitei muito mais uma internação para resolver, para tentar fechar um diagnóstico psiquiátrico que eu tinha em aberto.

[Leonardo Aquino]: Como é que você descreveria a sua jornada pela dependência química?

[André Gama]: A minha jornada pela dependência, ela se aproxima muito da talvez da decepção com a maneira como a dor ela é manejada no Brasil.

A cada dia que passa formam-se profissionais, né, mais cedo. Então os meninos saem da faculdade com 23 anos. Como é que a universidade, a faculdade, não se compromete em aprofundar o ensino na formação de um médico generalista que vai parar no pronto-socorro e vai tratar mais dor do que de qualquer outra coisa?

Então a minha história com dependência de opioide passa por essa reflexão mesmo.

[Leonardo Aquino]: No próximo episódio de Torpor, a gente vai falar mais sobre o tratamento da dor no Brasil. Vamos ouvir especialistas que acreditam que a dor é subtratada por aqui e que os médicos brasileiros prescrevem menos opioides do que deveriam. Em que fatos e evidências essas teses se sustentam? Você também vai conhecer a história de pessoas que precisam dos opioides para ter o mínimo de qualidade de vida. E ainda: a pesquisa feita no Brasil que busca um candidato a fármaco para o tratamento da dor que possa poupar o uso de opioides.

Torpor é um podcast produzido pela Apneia Conteúdo com o apoio do Instituto Serrapilheira e do Fundo para Investigações e Novas Narrativas sobre Drogas da Fundação Gabo. Eu sou Leonardo Aquino e fiz a produção, reportagem e roteiro, e apresento o podcast junto com a Janaína Versiani dos Anjos, que é a consultora científica. A edição é do Caio Santos, da Griô Podcasts. A identidade sonora e as trilhas originais são do Gabriel Falcão. A identidade visual, as ilustrações dos episódios e o desenvolvimento do site do podcast são da Mariana Tavares. A estratégia de conteúdo e as redes sociais são da Marina

Tavares. A locução foi gravada no estúdio Carranca, no Recife. Este episódio usou áudios da TV Globo, da Band TV, da TV Record, da série Dopesick (disponível no Starplus), da série Império da Dor (disponível na Netflix) e do filme Christiane F (disponível no Prime Video). Para conteúdo adicional, transcrições dos episódios do podcast e links das redes sociais, acesse www.torpor.com.br.