

Resumo: Na primeira parte deste trabalho⁽²⁾ caracterizámos o universo dos utentes que faziam parte do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas e apurámos que, de acordo com as variáveis escolhidas (demográficas e relativas à história dos consumos) não existiam diferenças significativas entre aqueles que tinham estado em programa de metadona e os que tinham feito o seu tratamento com LAAM. Estas variáveis reportavam-se à data da entrada em programa.

Nesta segunda parte do trabalho continuamos a revelar os resultados da análise desse ficheiro, desta vez na tentativa de apurar se existiram diferenças entre os dois programas no que respeita à evolução em tratamento.

Palavras-chave: metadona; LAAM; ficheiro desactivado; estudo prospectivo histórico.

Resumé: Dans la première partie de ce travail⁽²⁾ nous avons caractérisé les usagers qui ont sorti des programme de substitution de Taipas. Aussi nous les avons divisés et comparés selon les produit de substitution.

Dans cette deuxième partie du travail nous cherchons les différences d'évolution entre ceux qui ont pris du LAAM et ceux qui ont pris de la méthadone.

Mots Clé: méthadone; LAAM; fichier inactif; étude prospective historique.

Abstract: In the first part of this paper⁽²⁾ we characterised the clients that left the substitution programmes at Taipas treatment centre. We also divided and characterised them according to the substitution product.

In this second part of the paper we compare the evolution in programme between those who were treated with LAAM and those with methadone.

Keywords: methadone; LAAM; inactive registration; prospective historical study.

A porta grande e a porta do cavalo (ou a da cocaína) - parte 2 uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas

António Costa⁽¹⁾

Introdução

"A porta grande e a porta do cavalo (ou a da cocaína)" é um estudo do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas. Neste Serviço procede-se à administração de metadona e de LAAM no âmbito de programas terapêuticos de substituição opióide.

Com o presente estudo pretende-se responder às seguintes questões:

1. Como eram, à entrada em programa, as pessoas que fazem agora parte do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas?
2. Havia diferenças (à entrada em tratamento de substituição) entre as pessoas que posteriormente saíram do programa de LAAM e as que saíram do programa de metadona?
3. Existiram diferenças entre a evolução nos dois programas, entre a população que faz parte do ficheiro desactivado?
4. Existiam diferenças, à entrada em programa, entre aqueles que singraram melhor com o tratamento (altas) e aqueles que tiveram as piores evoluções (abandonos e exclusões)?

Os pontos 1 e 2 foram desenvolvidos na primeira parte deste trabalho, através de um estudo descritivo. Com ele caracterizámos o universo dos utentes que faziam parte do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas (STM) do CAT Taipas e apurámos que, de acordo com as variáveis escolhidas (demográficas e relativas à história dos consumos) não existiam diferenças significativas entre aqueles que tinham estado em programa de metadona e os que tinham feito o seu tratamento com LAAM. Estas variáveis reportavam-se à data da entrada em programa.

O terceiro ponto será desenvolvido neste texto, através de um estudo prospectivo histórico.

A quarta questão será abordada posteriormente.

Material e métodos

Fizemos assim a avaliação da situação destes indivíduos nos dois programas (LAAM e metadona) no momento em que os interromperam. De seguida procurámos eventuais diferenças dessa evolução entre as populações dos dois programas que faziam parte do ficheiro desactivado. Para tal recorremos à revisão de todos os processos que constituíam o ficheiro desactivado do STM do CAT Taipas no final de Agosto de 1999.

Resultados e discussão

1. Porque saíram?

Ao olharmos um ficheiro desactivado uma das primeiras questões que nos ocorre diz respeito à razão que levou os utentes a sair de programa. A tabela 1 esclarece-nos a esse respeito.

Tabela 1 - Distribuição por razão da saída de programa

Razões da saída	Frequências	Percentagens	Perç. Cumulativas
Abandono	44	37,6%	37,6%
Exclusão	16	13,7%	51,3%
Falecimento	11	9,4%	60,7%
Transferência	15	12,8%	73,5%
Alta	31	26,5%	100,0%
Total	117	100,0%	

1.1. Altas

Um primeiro valor a comentar prende-se com o número de altas. Poder-se-à pensar que 31 altas não é um número particularmente brilhante, muito em particular se nos reportarmos aos 411 utentes que constituem o total dos que foram atendidos no Serviço (ficheiro activo+ficheiro desactivado), já que 31 são 7.5% de 411. No entanto, este valor (que, lembre-se, não corresponde aos utentes abstinentes mas sim àqueles que já não necessitam de programa de substituição para estarem abstinentes de drogas de rua) prova que num programa com as características do actual, um utente que entra em tratamento de substituição não tem de ficar nele para a vida. Na realidade este parece-nos um dos resultados mais encorajadores do presente trabalho.

1.2. Casos de abandono e de exclusão⁽³⁾

Podemos também ver que aproximadamente metade dos utentes que saíram de programa (51,3%) o fizeram devido a abandono ou a exclusão. O número de casos de exclusão (16 em 5 anos e 4 meses) parece-nos baixo.

Tendo o programa um limiar de exigência razoavelmente alto (não sendo permitido aos utentes continuar em programa após serem detectados na urina, em 3 semanas consecutivas, metabolitos da heroína e/ ou da cocaína) seria de estranhar uma taxa de exclusão tão baixa (38.9 %⁽⁴⁾).

A verdade é que, no presente programa, cumprindo os critérios de exclusão, os utentes realizam a redução progressiva da sua dose de medicamento de substituição, sendo este trajecto particularmente demorado para os que só consomem cocaína e que, portanto, teriam um quadro de abstinência desagradável se a redução da dose fosse abrupta. Ora este período de redução da dose do opióide de substituição demora, em regra, meses e é também acompanhado por análises de pesquisa de metabolitos na urina. Acontece que, durante esse período, muitos utentes regressam consistentemente a um regime de abstinência do consumo de drogas de rua. Nestas condições deixa de ser razoável pensar que o programa não está a servir os fins terapêuticos propostos. É então sugerido ao utente que se mantenha em programa o que, de uma maneira geral, é aceite. É provável que este método seja o responsável por tão pequeno número de casos de exclusão.

1.3. Analisando os grupos de utentes provenientes dos dois programas

Por outro lado, para melhor compreendermos a situação, convém não esquecermos o programa de proveniência destes casos (ver tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição por programa de origem

Programa de origem	Frequências	Percentagens
LAAM	70	59,8%
Metadona	47	40,2%
Total	117	100%

É de realçar a elevada percentagem de utentes vindos de programa de LAAM que faziam parte do ficheiro desactivado. Acresce que estes números eram obtidos tendo nós já considerado como "utentes em programa de metadona" aqueles (embora poucos) que, tendo iniciado o seu tratamento com LAAM, tinham posteriormente passado para o programa com metadona (não se incluíram neste grupo os que passaram a tomar metadona só na fase de redução da dose diária, com vistas à saída).

Num programa onde, desde o início, houve 110 utentes medicados com LAAM e 301 com metadona, ter 60% do ficheiro desactivado preenchido por caso vindos do tratamento com LAAM parece-nos digno de análise.

Infelizmente, se por um lado sabemos que os dois grupos que fazem parte do ficheiro desactivado não apresentavam à entrada em programa diferenças significativas entre si, devido a falta de informação o mesmo não podemos garantir em relação ao conjunto de todos os utentes que passaram pelos programas (ficheiro activo + ficheiro desactivado).

Assim sendo continuamos a nossa análise cingindo-nos aos utentes em ficheiro desactivado.

A fim de tentar perceber melhor o que se passara separámos os utentes do programa de LAAM dos do programa de metadona e analisámo-los em relação à razão da saída (tabela 3).

Tabela 3 - distribuição por medicamento e por razão de saída de programa

	Altas	Abandonos	Excluídos	Transições	Falecidos	Total
LAAM	18	31	10	7	4	70
Metadona	13	13	6	8	7	47
Total	31	44	16	15	11	117

Tomando em consideração as frequências registadas na tabela acima desenhámos tabelas de contingência para as várias causas de saída de programa e aplicámo-lhes o Teste Exacto de Fisher.

Avaliando por este meio a diferença entre as altas provenientes dos dois programas, constatamos que o valor apurado para P bicaudado foi de 0.8335, considerado não significativo. Por outro lado, o valor de P bicaudado referente à diferença entre o número de abandonos provenientes dos dois programas foi de 0.0816, considerado não muito significativo.

Quanto às diferenças relativas aos números de casos de exclusão, elas foram igualmente analisadas tendo obtido um valor para P bicaudado de 1.0000, também considerado não significativo.

Por outras palavras: não se apuraram diferenças significativas entre as populações dos dois programas que fazem parte do ficheiro desactivado no que toca à razão da saída de programa.

1.4. Óbitos

Vimos de seguida as diferenças entre os números de óbitos provenientes dos dois programas, apurando que não havia diferença significativa entre eles (o valor encontrado para P foi de 0.1145).

Mas ocorrem-nos mais algumas considerações ao olhar para os números da tabela 3. Um dos valores a comentar são os 11 (9,4%) falecidos (que correspondem a 2,7% do total de 411 utentes que alguma vez foram seguidos no Serviço). Estes números não são uma surpresa uma vez que a população assistida é, logo à entrada, bastante doente como ficou referido na primeira parte do trabalho. Mas vejamos mais de perto estes casos:

Dos 11 falecidos 7 eram provenientes do programa com metadona e os restantes 4 do programa com LAAM.

O tempo médio do seu tratamento antes da morte fora de 530.364 dias, com um mínimo de 60 e um máximo de 1348 dias.

A dose média daqueles que fizeram tratamento com metadona foi 74 mg (mínimo de 32 e máximo de 122 mg) e a dos que fizeram tratamento com LAAM foi de 55 mg (mínimo de 42 e máximo de 84 mg).

Dos 11 falecidos 9 eram portadores do VIH mas só 7 faleceram por razões directamente relacionadas com essa infecção.

Os 4 restantes faleceram devido a: asfixia por aspiração de vómito em indivíduo seropositivo para o VIH e sofrendo de perturbação monopolar (1 caso), suicídio em indivíduo seropositivo para o VIH (1 caso) e um último caso, morte por causa desconhecida mas aparentemente relacionada com a hepatite crónica de que o utente sofria (a fonte de informação é, nestes casos, a família dos utentes falecidos).

Torna-se difícil relacionar (mesmo vagamente) a maioria

destas causas de morte com o tratamento de substituição opióide. No entanto, dois dos casos (o que faleceu por aspiração de vômito e o que faleceu por acidente de viação) mereceram-nos uma atenção mais cuidada:

Assim o primeiro estava em tratamento com LAAM, tomando diariamente 50mg deste produto. Vivia só e frequentava regularmente a consulta com uma periodicidade que o terapeuta considerava aceitável (intervalos de 2 a 3 semanas entre as consultas). Sofria de perturbação monopolar e estava medicado, havia longa data, com 50mg de amitriptilina à noite. Não estava em surto depressivo. Não tinha história progressiva de alcoolismo embora o terapeuta tivesse conhecimento de abusos pontuais de bebidas alcoólicas no passado ("noitadas"). Durante os 735 dias em que o indivíduo frequentou o programa não houve registo de tais abusos. A família (a fonte de informação para estes casos) suspeita ter havido abuso de benzodiazepinas na noite da morte embora não houvesse sinais de intenção de pôr fim à vida. A autópsia não revelou mais do que a asfixia por aspiração de vômito.

O outro utente estava em programa com metadona e tomava 74 mg por dia. Também não tinha história de alcoolismo e estava há 60 dias em programa. Era seropositivo para o VIH e não fazia tratamento com psicotrópicos. De todos os doentes falecidos este era o que estava há menos tempo em programa.

Ambos os utentes estavam abstinentes do consumo de drogas de rua e não tivemos conhecimento de que as suas autópsias tivessem revelado a presença de tais produtos. Nenhum deles fazia tomas em casa. Nenhum deles referia perturbações da vigília, devidas ou não ao programa.

Embora a informação que temos a propósito destes casos seja relativamente parca creio poder concluir com segurança que as mortes não podem ser directamente relacionadas com o programa de tratamento. Nomeadamente nenhuma ocorreu durante o período de indução ou de estabilização das doses terapêuticas o que nos faz crer na segurança do método empregue a esse nível. Por outro lado as doses de medicamento que eram empregues nestes casos estavam muito aquém de um hipotético limiar de segurança.

1.5. Transferências

Debruçando-nos agora sobre os casos dos utentes transferidos para programas fora do CAT Taipas vemos que foram

15. Em tratamento com LAAM estavam 7 e os 8 restantes tomavam metadona. O seu tempo médio de tratamento até à data da saída foi de 414.867 dias, com um desvio padrão de 371.432 (mínimo = 34 dias; máximo = 1004 dias). A dose média de metadona à saída foi de 52 mg (mínimo = 40mg; máximo = 60 mg) e a de LAAM foi de 46.6 mg, com um valor mínimo de 2mg (2 casos, obviamente prestes a sair de programa) e um valor máximo de 92 mg.

2. Quando saíram?

Agora que analisámos as causas da saída do programa de substituição e comparámos o que se passou nos dois programas, passamos a debruçar-nos sobre a análise do tempo decorrido até à saída do programa de substituição:

2.1. Análise do tempo decorrido até à saída (todas as saídas)

Os utentes do Serviço que passaram para ficheiro desactivado permaneceram ao nosso cuidado em média cerca de um ano (a média do tempo em programa até à passagem para ficheiro desactivado foi de 354.957 dias, com um desvio padrão de 368.509, o que dá ideia das grandes diferenças entre os tempos em programa dos vários utentes).

Para melhor compreendermos o que se passou dividimos por classes os tempos em programa de substituição. A tabela 4 mostra claramente que a maioria das saídas ocorreu no primeiro ano, com particular incidência para o primeiro trimestre.

Tabela 4 - Duração do programa de tratamento.

Tempo em programa até à saída	Frequências	Frequências cumulativas	Percentagens	Percentagens cumulativas
[0 a 3] meses	34	34	28.1	28.1
]3 a 6] meses	19	53	16.2	45.3
]6 a 9] meses	15	68	12.8	58.1
]9 a 12] meses	11	79	9.4	67.5
]1 a 2] anos	17	96	14.5	82.0
]2 a 3] anos	14	110	12.0	94.0
>3 anos*	7	117	6.0	100.0
Total	117		100.0	

* - máximo 1485 dias (4.07 anos).

A média dos dias em programa daqueles que fizeram tratamento com metadona (280.298 com um desvio padrão de 334.690) é substancialmente menor da dos utentes que estiveram em programa de LAAM (405.086, com um desvio padrão de 383.764).

2.2. Análise do tempo decorrido até ao abandono do programa de substituição:

Apesar de o desvio padrão ser grande, a média do tempo em programa antes do abandono é de quase 4 meses (114 dias com um desvio-padrão de 108.004)

No entanto a mediana é de 86.5, chamando a atenção para o grande número de casos à esquerda. Na realidade metade dos abandonos ocorrem antes dos 3 meses em programa.

Perguntámo-nos também se um dos programas teria os seus abandonos mais precoces do que o outro? A fim de esclarecermos esta matéria elaborámos a tabela 5.

Embora haja mais abandonos do programa com LAAM e eles ocorram substancialmente mais tarde do que no programa com metadona (a média do tempo em tratamento até ao abandono é de 132 dias no programa de LAAM e de 72 dias no de metadona) o teste T utilizado revelou um valor de P de 0.0922, dando a diferença entre as duas amostras como não muito significativa no que se refere a este parâmetro.

2.3. Análise do tempo decorrido até à exclusão do programa de substituição.

Como vamos ver de seguida os casos de exclusão verificaram-se, em média, mais tarde do que os abandonos. Na realidade a média dos tempos em programa antes da exclusão é de 397 dias (desvio-padrão = 348.130) enquanto a dos abandonos é de 114.364 (desvio-padrão= 108.004).

A tabela 9 dá-nos uma ideia da ocasião do programa em que ocorreram os casos de exclusão.

Tabela 5 - Duração do programa de substituição até ao abandono, por medicamento.

Duração do programa	Frequência metadona	% metadona	Frequência LAAM	% LAAM	Frequência total	% total
0 a 3] meses	8	61.5	15	48.4	23	52.3
3 a 6] meses	4	30.8	8	25.8	12	27.3
6 a 9] meses	0	0.0	4	12.0	4	9.1
9 a 12] meses	1	7.7	3	9.7	4	9.1
1 a 2] anos	0	0.0	1	3.2	1	2.3
Total	13	100.0	31	100.0	44	100.0

Tabela 6 - Casos de exclusão - duração do tratamento até à saída (ambos os programas).

Tempo em programa até à saída	Frequências	Frequências cumulativas	Percentagens	Percentagens cumulativas
0 a 3] meses	4	4	25.0	25.0
3 a 6] meses	2	6	12.5	37.5
6 a 9] meses	2	8	12.5	50.0
9 a 12] meses	1	9	6.3	56.3
1 a 2] anos	3	12	18.7	75.0
2 a 3] anos	4	16	25.0	100.0
Total	16		100.0	

Ou seja: no primeiro ano houve 9 casos de exclusão, no segundo 3 e no quarto 4.

Vemos também que entre os utentes provenientes do programa com LAAM o tempo médio de tratamento até à exclusão é de 476.700 dias de programa (desvio-padrão = 311.361), enquanto no programa com metadona encontramos uma média de 264.167 dias com um desvio-padrão de 393.960 (ver tabela 7).

Tabela 7 - Passagens para o ficheiro desactivado devidas a exclusão, por ano de tratamento e por medicamento.

Tempo da passagem para ficheiro desactivado	Utentes do programa de metadona	Utentes do programa de LAAM
]0 a 1] anos	5	4
]1 a 2] anos	0	3
]2 a 3] anos	1	3
> 3 anos	0	0
Total	6	10

Parece-nos assim que os utentes do programa de LAAM cumprem durante mais tempo os objectivos do programa. No entanto, aqui, a amostra é muito reduzida.

2.4. Análise do tempo decorrido até à alta de programa de substituição.

Embora o tempo médio de permanência em programa

Tabela 8 - Duração do tratamento (altas do programa com metadona).

Tempo em programa até à saída	Frequências	Frequências cumulativas	Percentagens	Percentagens cumulativas
]0 a 12 meses	14	14	45,2	45,2
]1 a 2] anos	7	21	22,6	67,8
]2 a 3] anos	5	26	16,1	83,9
]3 a 4] anos	5	31	16,1	100,0
Total	31		100,0	

antes da alta seja de 583.516 dias (desvio-padrão=420.963) o certo é que 14 dos 31 utentes que saíram do programa por essa via (45.2%) fizeram-no durante o primeiro ano de tratamento.

A alta clínica não é decidida pelo coordenador do programa mas sim pelo terapeuta que envia o utente para o nosso Serviço, em consonância com o próprio utente. Assim, ao longo dos anos foi-se criando esta tendência que, provavelmente, terá a ver com as crenças e expecta-

tivas dos terapeutas e utentes em relação ao tratamento de substituição.

Esta tendência é mais marcada no programa de metadona onde se constata que a média de dias em programa antes da alta é de 367.538, com um desvio-padrão de 289.227 enquanto que os utentes do programa de LAAM se mantêm em tratamento em média 739.5 dias (desvio-padrão = 438.454) antes de terem alta.

A tabela 9 mostra claramente a diferença de ritmo entre as saídas por alta dos dois programas.

Tabela 9 - Passagens para o ficheiro desactivado por ano de programa, devido a alta.

Tempo em programa até à alta	Utentes do programa de metadona	Utentes do programa de LAAM
]0 a 1] anos	9	5
]1 a 2] anos	3	4
]2 a 3] anos	0	5
> 3 anos	1	4
Total	12	10

2.5. Outras considerações.

Debrucemo-nos ainda mais atentamente sobre o significado destes valores no que respeita às diferenças entre os abandonos e entre os casos de exclusão provenientes dos dois programas.

Na realidade, no que respeita ao programa de LAAM, 14 dos 31 abandonos registaram-se no decorrer dos 20 meses iniciais do programa⁽⁵⁾, deixando 17 casos para os 44 meses seguintes. Em 1999 não houve mesmo abandonos (ver tabela 10).

É curioso vermos também que, até finais de 1995, só ocorreu uma exclusão do programa de LAAM (em Julho de 1995)⁽⁶⁾. Somos levados a pensar que, por alguma razão, os utentes se aperceberam de que o programa não lhes servia (abandonando-o) antes de nós o fazermos (exclusão). Poderíamos perguntar a estes utentes que abandonaram o programa em 1994 e 1995 o que os levou a sair. No entanto é convidativo pensar que um programa a princípio mais exigente e avaro de doses como o de LAAM, administrado então por uma equipa menos experiente esteja na base desta razoável debandada inicial.

Também é interessante ver como em 1998 e em 1999 não houve qualquer exclusão, não se tendo, do mesmo modo, registado abandonos neste último ano. Cremos que, de algum modo, o programa se tornou mais adequado. Ao fim e ao cabo os abandonos são um indicador da insatisfação dos utentes tal como os casos de exclusão são indicadores da insatisfação da equipa face à evolução dos utentes.

Tabela 10 - Casos de abandono e de exclusão, por programa e por ano de saída.

Ano de saída do programa	Metadona abandono	Metadona exclusão	LAAM abandono	LAAM exclusão
1994	-	-	4	0
1995	-	-	10	1
1996	1	0	6	4
1997	0	1	4	5
1998	9	3	7	0
1999	3	2	0	0
Total	13	6	31	10

O mesmo não ocorreu com os utentes em programa de metadona. Como ficou referido acima este programa foi iniciado em Outubro de 1996. A tabela 10 mostra que no conjunto dos anos de 1996 e 1997 houve um único abandono e uma única exclusão.

Convém recordar que durante esses anos fomos bastante permissivos face ao não cumprimento das regras de exclusão até nos apercebermos de como isso degradava as condições do programa para os utentes mais capazes de se manterem abstinentes. Quando começámos a ser mais criteriosos na aplicação das referidas regras (1998) começaram também as saídas do programa. Aqui como no programa de LAAM os abandonos superaram os casos de exclusão. Assim somos levados a pensar que os utentes, vistos em conjunto, aderiram melhor a um programa com um limiar de exigência mais baixo.

Se esta hipótese tem algo de verdade (e ela baseia-se não só nos números apresentados mas também na memória do que foi vivido) volta a levantar-se a questão de o CAT Taipas necessitar de desenvolver um programa de substituição de menor limiar de exigência, a par com o actual. A realidade é que a maioria dos utentes que entram em programa de substituição beneficia alguma

coisa dele (por vezes bastante) mesmo que não consiga preencher os requisitos de um programa com o limiar de exigência do nosso. Por outro lado, baixar o limiar de um programa que, à partida, era de alto limiar equivale a diminuir a qualidade do serviço para aqueles que eram capazes de responder aos critérios de manutenção em programa e que, constatámos, acabam por ser "arrastados" para uma qualidade de resposta inferior à que lhes seria possível.

3. Em que condições saíram dos programas de tratamento com opióides de substituição?

Nesta secção do trabalho analisaremos como se encontravam os utentes à saída. A informação que pudemos colher diz respeito a dois parâmetros: a dose de medicamento de substituição e os consumos de drogas de rua (heroína e cocaína).

3.1. Doses de medicamento de substituição à saída de programa

Vamos analisar esta informação considerando separadamente as várias causas de saída de programa.

Assim, começando pelos casos de abandono, podemos constatar que os 13 que se encontravam em programa com metadona saíram com uma dose média de 62.9 mg do medicamento (desvio-padrão = 23.347) enquanto os provenientes do programa com LAAM tomavam em média 53.8 mg (d. p. = 23.779). Havia ainda mais dois casos que, embora viessem do programa com LAAM, tinham muito recentemente passado para o de metadona. Estes utentes estavam a tomar, em média, 61 mg (um tomava 36 e o outro 86 mg).

Acresce que, destes 44 utentes, só 7 tinham menos de 30 dias de tratamento (e 4 desses menos de 15 dias). Na realidade o seu tempo médio de tratamento fora de 114.364 dias com um d. p. de 108.004. Constatamos assim tratar-se de doses um pouco abaixo do que actualmente é habitual no nosso programa (a maior parte dos utentes toma actualmente doses diárias entre os 70 e os 90 miligramas de metadona), muito em particular no que respeita aos casos oriundos do programa com LAAM

(53.8 mg de LAAM têm um efeito terapêutico semelhante a 45 mg de metadona).

Assim é tentador pensar que num Serviço onde há mais pessoas em tratamento com metadona do que pessoas em tratamento com LAAM os abandonos são mais numerosos neste segundo grupo, em utentes que estavam medicados com doses particularmente baixas de medicamento de substituição. No entanto a informação de que dispomos não nos permite apurar a causalidade desta associação.

Convém recordar que no início do funcionamento do STM o único medicamento de substituição empregue era o LAAM. Consequentemente foi com o LAAM que os profissionais de saúde que aí trabalham começaram a adquirir experiência. Assim, nesse tempo, todos nós usávamos de particular prudência, em especial no referente ao aumento das doses, o que parece ter resultado em doses mais baixas para os doentes. Provavelmente a dose foi insuficiente para o bem-estar de alguns. Por outro lado, olhando agora para os poucos casos que saíram de programa devido a exclusão vemos que alguns dos 6 provenientes do programa com metadona tomavam ainda diariamente uma dose substancial. Saídas de programa nestas condições só são compatíveis com consumos regulares de heroína (que estariam na origem da sua exclusão). Face ao que acima já ficou explicado no que se refere à nossa política face ao recurso à exclusão, estes utentes só deram por terminado o seu tratamento antes da redução das doses chegar a 0 por iniciativa própria. Poderíamos chamar-lhes "abandonos a meio do processo de exclusão" mas, neste trabalho, contabilizámo-los como casos de exclusão.

Para além destes, outros 4 utentes saíram ainda a tomar LAAM, em situações muito semelhantes às descritas no parágrafo anterior.

Finalmente importa atentar em 6 casos que, embora provenientes do programa com LAAM tinham reduzido as suas doses a níveis tão baixos que, por comodidade na redução, tinham passado a tomar metadona (isto acontece a partir do momento em que a redução semanal das doses, apesar de lenta, acarta consigo sintomas de abstinência). A sua dose média à saída de programa era de 8.8 mg de metadona com um mínimo de 0 mg e um máximo de 20.

Tabela 11 - Programa com metadona - doses de metadona à saída de programa entre os utentes excluídos.

Dose de metadona a saída (em miligramas)	Frequência de utentes
0	-
1	-
30	-
32	1
74	1
30	-
Total	6

Média = 33.500; desvio padrão = 26.249

Tabela 12 - Programa com LAAM - doses de LAAM à saída de programa entre os utentes excluídos.

Dose de LAAM à saída (em miligramas)	Frequência de utentes
10	-
20	-
31	1
70	1
Total	4

Média = 33.500; desvio padrão = 26.249

3.2. Consumo de drogas de rua à saída de programa de substituição

Continuando a analisar a situação dos utentes à saída de programa vamos agora debruçar-nos sobre a sua situação no referente aos consumos. Para tal analisaremos separadamente os casos de abandono e os de exclusão. Dada a exiguidade da amostra (mais ainda se considerarmos a existência de alguns casos onde não foi possível apurar informação) consideraremos conjuntamente os utentes provenientes dos dois programas.

3.2.1. Análise dos abandonos

Em relação aos abandonos registaram-se (como já foi dito acima) 44 casos, sendo 13 provenientes do programa com metadona e 31 do programa com LAAM.

No seu conjunto, à saída, a situação face ao consumo de

Tabela 13 - Abandonos - consumo de drogas de rua à saída de programa de substituição.

Consumo à saída	Freq. incluída	Freq. LAAM	Freq. conjunta	Percentagens
S/ consumo	2	6	8	18,2%
Cocaína	1	2	3	6,8%
Heroína	2	10	12	27,3%
Her. + coc.	4	8	12	27,3%
S/ registo	4	5	9	20,5%
Total	13	31	44	100,0%

drogas de rua era a que se apresenta na tabela 13.

É curioso observar como 8 dos utentes que abandonaram o programa o fizeram sem que se tivessem detectado metabolitos da heroína ou da cocaína na urina. De imediato surgem-nos duas explicações para esta ocorrência: a primeira é que eles tenham abandonado o programa de tratamento na sequência de uma recaída (ao recaírem no consumo não voltaram ao programa); a segunda é que, simplesmente, apresentavam para análise urina que não era a sua. A sua média de dias em tratamento antes do abandono foi de 121,4, com um mínimo de 26 dias e um máximo de 326, portanto estabilizados nas suas doses.

É igualmente interessante vermos como a cocaína estava presente em 15 dos 35 casos sobre os quais conseguimos apurar informação. Em 12 destes 15 casos o consumo de cocaína aparecia associado ao de heroína. Feitas as contas os abandonos para a cocaína ficaram aquém do que era a nossa expectativa encontrar.

No que respeita ao consumo de heroína, ele estava presente em 24 dos 35 casos e, como acima foi sugerido, talvez em mais alguns dos 8 casos (todos?) que abandonaram o programa sem análises de pesquisa de metabolitos positivas mas a tomar doses consideráveis do medicamento de substituição (a dose de medicamento mais baixa entre estes casos era de 50 mg de LAAM).

3.2.2. Análise dos excluídos.

Por fim, analisando (também no conjunto dos dois programas) os 16 casos de exclusão, constatamos que a presença da cocaína se torna mais marcada. Aqui ela esteve presente em 62,5% dos casos sendo uma causa de exclusão proporcionalmente mais frequente do que no caso dos abandonos. A heroína aparece, neste grupo, 6 pontos percentuais abaixo da cocaína (ver tabela 14).

Tabela 14 - Exclusão - consumo de drogas de rua à saída de programa de substituição.

Consumo à saída	Frequências	Percentagens
Cocaína	4	25,0
Heroína	3	18,8
Heroína + cocaína	6	37,5
Sem registo	3	18,8
Total	16	100

Se juntarmos os consumos à saída dos utentes que abandonaram o programa com os dos que foram excluídos podemos ficar com uma ideia mais robusta da importância que o consumo das diferentes drogas de rua tem no insucesso terapêutico destes programas (ver tabela 15).

Tabela 15 - Drogas de rua consumidas à saída de programa (abandonos + excluídos).

Consumo à saída	Casos de abandono	Casos de exclusão	Abandonos + excluídos	Percentagens
Cocaína	3	4	7	11,7
Heroína	12	3	15	25,0
Her. + coc.	12	6	18	30,0
Sem consumo	6	6	12	19,3
Sem registo	9	3	12	20,0
Total	41	16	57	100,0

Comentários finais

É sabido que este tipo de trabalho é bom para levantar questões e hipóteses e não para estabelecer relações causais.

Assim, do que fica descrito ao longo do texto há que realçar duas situações:

A primeira prende-se com o número desproporcionado de casos de LAAM que se encontrou no ficheiro desactivado. A causa não se pode apurar com base na informação disponível para este trabalho.

A segunda é o desconhecimento das razões que levaram os utentes a abandonar o programa.

Do esclarecimento destas duas questões poderia resultar um melhoramento importante na qualidade do nosso serviço.

Por outro lado, considerando o limiar de exigência dos programas, poderíamos ainda pensar que a ocorrência

de 7,5% de altas (média do tempo até à alta=583), o reduzido número de abandonos e o baixo número de excluídos, atestam da sua utilidade (do ponto de vista do utente) e eficácia.

Parece-mos ainda importante realçar que a recaída no consumo de drogas de rua (onde a cocaína tem um papel importante) está na origem de todos os casos de exclusão e, provavelmente, também na origem de todos os abandonos. Por fim recordemos que nesta Segunda parte do trabalho, em relação aos parâmetros agora analisados, mais uma vez não se apuraram diferenças significativas entre as populações nos dois programas (programa com LAAM e programa com metadona). ■

Contacto:
CAT das Taipas
Rua das Taipas nº 20
1250-266 Lisboa

Notas

(1) Médico Consultor de Psiquiatria, Coordenador do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas.

(2) Costa, António, "A porta grande e a porta do cavalo (ou a da cocaína) - parte 1 - uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas, Toxicodependências, vol. 6, n.º 1, 2000, pp. 31-36.

(3) Convém deixar aqui alguns esclarecimentos a propósito dos casos de exclusão:
Assim, se após a estabilização das doses de opióide de substituição o consumo de heroína ou de cocaína persiste por mais de três semanas consecutivas, o utente é excluído do programa. Embora os utentes também possam ser excluídos por motivos disciplinares ou devido ao abandono da consulta com o seu terapeuta (o programa de substituição é entendido como sendo um elemento terapêutico biológico coadjuvante do trabalho de apoio psicossocial desenvolvido pelo terapeuta) no presente trabalho todos os casos considerados "de exclusão" foram devidos ao consumo reiterado de drogas de rua.

(4) Entendemos a taxa de exclusão como:

$$t. de exclusão = \frac{\text{n.º de utentes excluídos}}{\text{n.º de utentes com fich. desactivado} + \text{n.º de utentes em fich. activo}} \times 100 = 38,9 \%$$

(5) O programa de substituição com LAAM teve início no dia 9 de Maio de 1994

(6) A 31 de Dezembro de cada ano o número de utentes em tratamento com LAAM no CAT Taipas foi: 21 em 1994, 42 em 1995, 1996 e 1997 e 48 em 1998. No que se refere ao programa com metadona o número de casos em seguimento nas mesmas datas foi 0, 0, 21, 75 e 219.

Parte do tratamento dos dados foi feito com recurso ao Epi Info 6
Os testes estatísticos foram executados usando o GrphPad InStat versão 3.01, 32 bit para Windows 95, 1998, GraphPad Software, San Diego California USA, www.graphpad.com.

O autor agradece os conselhos do Dr. Domingos Duran na área da Biostatística, bem como os contributos prestados pela Sr.ª enfermeira Pureza Perestrello e pela Sr.ª auxiliar de acção médica Rosa Durão no apuramento de alguns dos dados necessários à prossecução deste trabalho.