

Resumo: Nesta terceira parte do estudo prospectivo histórico do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do Centro de Atendimento a Toxicodependentes das Taipas comparámos os utentes que singraram melhor em tratamento (altas) e os que evoluíram pior (abandonos e excluídos), no que respeita às variáveis demográficas e referentes à história do consumo, colhidas à entrada em tratamento de substituição.

Não foram encontradas associações entre o tipo de evolução e as variáveis consideradas.

Palavras-chave: Metadona; LAMM; Ficheiro desactivado; Estudo descritivo

Résumé: Dans cette partie du travail nous avons toujours étudié prospectivement les toxicomanes qui ont été traités dans le CAT Taipas et inclus dans un programme de substitution.

Ont a comparé ceux qui ont eu la meilleure évolution avec ceux qui ont eu la pire des évolutions.

On a essayé de trouver une association entre l'évolution et nombre de variables recueillies au début du traitement.

Ont n'a pas trouvé de telle association.

Mots clé: Metadone; LAMM; Fichier desactivé; Étude descriptif.

Abstracts: This is the last part of a historic prospective study of patients that left a substitution treatment at CAT Taipas.

We tried to establish an association between demographic and drug use characteristics and evolution with opioid substitution treatment.

We could not establish such an association.

Keywords: Methadone; LAMM; Inactivate file; Cross sectorial study.

A porta grande e a porta do cavalo (ou a da cocaína) - parte 3 Uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas

António Costa

Introdução

O presente trabalho é um estudo prospectivo histórico que foi desenvolvido com o intuito de identificar variáveis demográficas ou da história progressa do consumo de psicotrópicos que apresentassem uma associação com a evolução de sujeitos heroinómanos em programa terapêutico com opióide de substituição. Os sujeitos estudados tinham sido seguidos no Centro de Atendimento a Toxicodependentes das Taipas (CAT Taipas) de acordo com o Modelo Integrado de Tratamento.

Para tal recorremos à análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas (STM) do CAT Taipas, apurando aí o grupo dos que tinham apresentado melhor evolução (altas) e o grupo dos que tinham apresentado pior evolução (abandonos + casos de exclusão)⁽¹⁾. Procurámos então, nos registos, diferenças entre esses dois grupos no tocante às características dos utentes à entrada em programa.

Trata-se de uma questão de interesse relevante para quem trabalha num programa terapêutico com estas características já que, aprofundado o estudo, poderíamos ficar na posse de informação que nos permitisse compreender melhor quais os indivíduos que exigem mais cuidados, que condições convém mudar ou mesmo quais os indivíduos com e sem indicação para este tipo de abordagem terapêutica.

Trata-se de um objectivo já perseguido por outros autores (De Leon *et al.*, 1997; Higgins *et al.*, 1994; Margolin *et al.*, 1995; Roberts *et al.*, 1996; Walterman, 1995) mas ou sem resultados conclusivos ou com resultados díspares entre os vários trabalhos, de modo a levar-nos a pensar que as associações encontradas variam de acordo com as características dos indivíduos, com o meio social onde vivem, com o seu estilo de vida e com as características do próprio programa de tratamento em que estão inseridos.

Procurámos assim detectar algumas dessas associações na população com a qual trabalhamos, caracterizando-a dentro do possível de modo a que outros possam eventualmente servir-se das conclusões a que chegámos.

No presente trabalho procurámos tão só associações sem olhar à sua eventual causalidade já que a nossa perspectiva era eminentemente prática, a daquele que gere e administra um tratamento com as características descritas.

Na primeira parte do presente trabalho deixámos expresso que, à luz das variáveis disponíveis, os utentes do programa com LAAM e os utentes do programa com metadona não apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre si ao iniciar tratamento com opióide de substituição.

No quadro 1 deixo um resumo do que foi então apurado.

Quadro 1 - Ficheiro desactivado do S.T.M. do CAT Taipas: resumo do estudo comparativo entre os utentes em tratamento com LAAM e os utentes em tratamento com metadona - situação à entrada em programa de substituição

Variáveis analisadas	Teste empregue para comparar as amostras provenientes dos dois programas	P bicaudado ou p
Idade	teste T	0.5516
Género	Teste Exacto de Fisher	0.3068
Escolaridade	Qui quadrado	0.8129
Tempo de consumo de heroína	Teste T	0.6075
Quantidade de heroína diária	Mann-Whitney	0.5921
Via de consumo de heroína	Teste Exacto de Fisher	0.2560
Consumo de cocaína	Teste Exacto de Fisher	1.0000
Abuso de etanol	Teste Exacto de Fisher	0.1145

Outras variáveis também consideradas na primeira parte deste trabalho e relacionadas com as condições na habitação (tipo de habitação e companhia) eram claramente idênticas porque praticamente universais. Também não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no referente à frequência da ocorrência de um cônjuge/companheiro consumidor (valor de P bicaudado de 0.4630), ao estado civil ($p=0.91714881$) e à situação no trabalho (valor de P bicaudado de 1.0000, mas aqui só tendo informação sobre cerca de metade dos casos).

Na segunda parte do trabalho deixei evidente que a evolução dos dois grupos também não tinha apresentado diferenças significativas. No quadro 2 deixo um resumo do que foi encontrado sobre essa matéria.

Quadro 2 - Ficheiro desactivado do S.T.M. do CAT Taipas: resumo do estudo comparativo entre os utentes em tratamento com LAAM e os utentes em tratamento com metadona - razões da saída de programa

Modo de saída	Teste estatístico aplicado para comparar as duas populações	Valor de P bicaudado
Atas	Teste Exacto de Fisher	0.8335
Abandonos	Teste Exacto de Fisher	0.0816
Exclusão	Teste Exacto de Fisher	1.0000

Deste modo, nas duas primeiras partes deste trabalho demonstrámos que os indivíduos que faziam parte do ficheiro desactivado, independentemente do medicamento usado, tinham características idênticas ao iniciar o tratamento de substituição e tinham evoluído também de forma idêntica. Face a isto considerámo-los como um único grupo de indivíduos dependentes de heroína em tratamento segundo o modelo integrado, com os quais se tinha recorrido à substituição opióide em programa terapêutico. Este exercício tornou-se necessário devido ao pequeno número de utentes proveniente do programa de substituição com metadona que faziam parte do ficheiro desactivado. Mais ainda porque, no referente a alguns deles, a informação constante no processo era parcialmente omissa.

Partimos assim para a terceira parte deste trabalho com uma população de 117 utentes, na expectativa de vir a perceber melhor quais as características que, à entrada, nos poderiam ter alertado para a evolução que depois tiveram.

Material e métodos

Usámos então a população cuja colheita e caracterização constituem as duas primeiras partes deste trabalho.

Desta vez começámos por expurgar os casos de morte e de transferência e dividimos o grupo que assim sobrou em duas partes, separando os que tinham a melhor evolução daqueles que tinham apresentado a pior evolução.

Numa segunda fase procurámos perceber se a distribuição de alguma das variáveis demográficas ou referentes à história dos consumos diferia entre os dois grupos.

Para tal usámos a informação colhida através da revisão dos processos que faziam parte do ficheiro desactivado do STM do CAT Taipas. Com essa informação compusemos 12 tabelas de contingência, cada uma para a sua variável.

Resultados

Começámos por distinguir os casos que tinham saído do tratamento de substituição com opióide por motivo de alta, de abandono e de exclusão (ver tabela 1)(2).

Tabela 1 - Distribuição dos casos por modo de saída do programa de substituição com opióides

Origem	Abandono	Exclusão	Alta	Total
LAAM	31	10	18	59
Metadona	19	6	13	32
Total	44	16	31	91

Obtivemos 91 casos que dividimos em dois grupos: a um grupo que continha só as altas (31 casos) passámos a chamar "grupo com melhor evolução" e ao que continha os casos de abandono e de exclusão (60 casos) passámos a chamar "grupo com pior evolução".

Apesar do que já fora apurado nas duas primeiras partes deste trabalho e que fica resumido nos quadros 1 e 2, organizámos ainda uma tabela de contingências que nos permitiu consolidar a ideia de que não existiam diferenças significativas entre as populações vindas dos programas com LAAM e do programa com metadona no referente aos tipos de evolução agora considerados, mesmo quando divididos nos dois grupos actuais (ver tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição dos casos por evolução e por programa de tratamento de proveniência

Grupo	Casos provenientes do programa com LAAM	Casos provenientes do programa com metadona	Total
Grupo c/ melhor evolução	18	13	31
Grupo c/ pior evolução	41	19	60
Total	59	32	91

A esta tabela aplicámos o Teste Exacto de Fisher que apresentou um P bicaudado com o valor de 0.3612, mostrando claramente não haver diferença significativa entre as duas amostras.

Uma vez assim consolidados estes dois grupos passámos a analisar as variáveis consideradas.

Começámos por nos debruçar sobre a idade dos sujeitos. Dividimo-los em duas classes: os que, à entrada, tinham menos de 30 anos (29 casos) e os que tinham 30 ou mais anos (62 casos). O Teste Exacto de Fisher que aplicámos

apresentou um valor de P bicaudado de 1.0000, considerado não significativo.

A fim de determinar a distribuição dos indivíduos dos dois grupos de acordo com o grau de escolaridade dividimo-los em dois grupos: os que tinham menos de 9 anos de escolaridade (40 casos) e os restantes (49 casos). Mais uma vez o Teste Exacto de Fisher apresentou um valor de P bicaudado não significativo: 0.8234.

No tocante ao género apurámos a existência de 15 mulheres e de 76 homens. Mais uma vez nenhum dos grupos parecia evoluir melhor do que o outro (o valor de P bicaudado foi 0.7664).

No que respeita ao estado civil dividimos os utentes no grupo dos que viviam acompanhados pelo seu parceiro (casados e em união de facto) e no grupo dos restantes (divorciados + separados + solteiros). Aqui também o Teste Exacto de Fisher aplicado a uma tabela de contingências elaborada com os valores referentes a estas variáveis apresentou um valor de P bicaudado não significativo: 0.8129.

Do mesmo modo a avaliação da influência do abuso de etanol, do uso de haxixe, do abuso de benzodiazepinas e do uso de cocaína não mostrou sinais de que estas variáveis se distribuíssem de modo diferente pelos dois grupos (ver quadro 3).

Quadro 3 - Resumo da análise da distribuição dos dois grupos pelas variáveis consideradas

Variáveis consideradas	N	Teste aplicado	Valor de P bicaudado ou p
Grupo etário	91	Teste Exacto de Fisher	1.0000
Escolaridade	89	Teste Exacto de Fisher	0.8234
Género	91	Teste Exacto de Fisher	0.7664
Estado civil	89	Teste Exacto de Fisher	0.8129
Abuso de etanol	91	Teste Exacto de Fisher	0.1751
Uso de haxixe	91	Teste Exacto de Fisher	1.0000
Abuso de benzodiazepinas	91	Teste Exacto de Fisher	0.1588
Uso de cocaína	91	Teste Exacto de Fisher	0.1158
Dose diária de heroína	74	Teste Exacto de Fisher	0.1177
Modo de consumo	76	Teste Exacto de Fisher	0.1210
Cônjuge consumidor	32	Teste Exacto de Fisher	0.7200
Anos prévios de consumo	89	Qui quadrado	0.7103

Ao analisarmos a influência da quantidade de heroína consumida diariamente antes da entrada em programa de tratamento com opióide de substituição, dividimos os

sujeitos num grupo que consumia menos de 1 grama e noutro que consumia 1 grama ou mais. A aplicação do Teste Exacto de Fisher à tabela de frequências elaborada com os 74 casos sobre os quais tínhamos informação, apresentou um valor de P bicaudado de 0.1177.

Por outro lado a análise dos 76 casos considerados para avaliar a distribuição dos indivíduos dos dois grupos de acordo com o modo de consumo de heroína à entrada em programa foi feita considerando o grupo dos que inalavam e o grupo dos que injectavam a heroína. O Teste Exacto de Fisher apresentou um valor de P bicaudado de 0.1210.

Também o facto de o cônjuge/companheiro ser, à partida, consumidor parecia não ter influenciado a evolução destes casos: os 32 casos analisados com recurso ao Teste Exacto de Fisher produziram um valor de P bicaudado de 0.7200.

Finalmente, a fim de avaliarmos a distribuição dos indivíduos dos dois grupos de acordo com os anos prévios de consumo de heroína, dividimos os 89 casos sobre os quais tínhamos informação em 4 classes (menos de 10 anos de consumo, mais de 9 e menos de 15, mais de 14 e menos de 20 e, mais de 19 anos prévios de consumo). O Qui quadrado com 3 graus de liberdade apresentou um valor de p de 0.7103.

Discussão e considerações finais

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com boa evolução e o grupo com má evolução no que respeita à distribuição das variáveis estudadas.

Esta ausência de associação entre as variáveis e as evoluções não nos permite pensar em alguma daquelas como eventual indicador da evolução em tratamento segundo o Modelo Integrado com inclusão do uso terapêutico de opióide de substituição, neste grupo de utentes.

Temos de deixar expresso que o presente trabalho apresenta algumas limitações que se prendem, na maioria das vezes com a quantidade e a qualidade da informação contida nos processos revistos. Nomeadamente os resultados do estudo só podem ser válidos para esta população ou para uma outra com as mesmas características (e, no entanto, uma caracterização será sempre incompleta). Nesta linha de pensamento torna-se notória a falta do estudo do

perfil psicológico dos utentes - ao comparar os utentes em tratamento com LAAM e os utentes em tratamento com metadona teria sido importante considerar essa variável. Acresce ainda que, tratando-se de utentes tratados de acordo com o Modelo Integrado, outros recursos terapêuticos poderiam estar a ser ou ter sido usados com cada um deles; ora, nos processos revistos, não encontramos descrição desses recursos.

O presente trabalho deixa também claro que a compreensão que temos da toxicod dependência é muito incompleta e difícil de melhorar. Uma tal melhoria exige um esforço continuado que poderá ter de passar pelo repensar do fenómeno. De qualquer modo o esforço terá de ser assumido e planeado. Apesar das boas intenções o presente trabalho deixou clara a insuficiência da informação que se pode colher dos processos, não tanto pelo desenho destes como pelo seu incompleto preenchimento. Claramente (para quem, como eu, trabalha nesse serviço) a insuficiência dos recursos humanos existentes para se levar a cabo o atendimento está na base do problema: o tempo não chega e passa-se por cima daquilo que, na altura, surge como acessório. Só assim se pode compreender o não preenchimento preferencial de algumas das questões dos formulários de admissão.

Ao contrário do que seria de esperar trata-se de um problema que se vem agravando, tanto devido ao aumento da procura dos nossos serviços como à dificuldade em preencher de forma completa a ficha do utente, o que se explica por insuficiência de pessoal.

Temos consciência de que outros serviços trabalham em piores condições, que a pressão criada pela própria situação social pode exigir, nalguns locais, acção imediata e preferencial em áreas que não têm a ver com a investigação ou a avaliação do trabalho feito. Mas a própria dificuldade da situação torna mais imperioso que se compreenda aquilo com que se está a lidar, o que se está a fazer e no que isso está a resultar.

Trata-se basicamente de perceber a importância desta necessidade e de lhe dar resposta. Levar a cabo este tipo de tarefa implica preparação e disponibilidade. Sem elas o risco que corremos é não saber muito bem o que estamos a fazer, com que resultados e porquê. Creio que muitos dos leitores se terão surpreendido, por exemplo, por os sujeitos que faziam parte da população deste

pequeno estudo não terem apresentado uma evolução pior ao ter o cônjuge em casa a consumir. Mas nenhum dos leitores compreendeu seguramente porquê, embora alguns possam ter avançado hipóteses nas suas cabeças. Qual terá sido a história destes cônjuges? Eles próprios entraram em tratamento? Se sim, em que tipo de tratamento? Mas para responder a questões como estas o Serviço tem de estar devidamente capacitado em meios e em saber. ■

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.

António Costa

Médico Chefe de Serviço de Psiquiatria, Coordenador do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT das Taipas.

Notas

(1) Costa, António (2000; 2001). "A porta grande e a porta do cavalo (ou a da cocaína) - uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas", partes 1 e 2, *Toxicodependências*, 6 (1), 31-36 e *Toxicodependências*, 7 (1) 35-44.

(2) A caracterização desta população encontra-se nas duas primeiras partes deste trabalho.

Referências Bibliográficas

De Leon, George, Melnick, Gerald e Kressel, David (1997). "Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Cocaine and Other Drug Abusers", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23 (2), 169-189.

Higgins, Stephen T., Budney, Alan J., Bickel, Warren K. e Badger, Gary J. (1994). "Participation of Significant Others in Outpatient Behavioral Treatment Predicts Greater Cocaine Abstinence", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20 (1), 47-56.

Margolin, Arthur, Avants, S. Kelly, Kosten, Thomas R. (1995). "Mazindol for Relapse Prevention to Cocaine Abuse in Methadone Maintained Patients", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21 (4), 469-481.

Roberts, Amelia C. e Nishimato, Robert H. (1996). "Predicting Treatment Retention of Women Dependent on Cocaine", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22 (3), 313-333.

Walterman, Douglas (1995). "Key Ingredients to Effective Addictions Treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (6), 429-439.