

Resumo: Se quisermos resumir numa frase a experiência de 20 anos dos programas de substituição da região esta podia ser: o programa de substituição com agonista opiáceo é mais uma forma de levar heroíno-dependentes a uma situação de abstinência. Há duas características fundamentais que tornam a substituição especialmente atractiva para os heroíno-dependentes: não obriga a um corte abrupto com os opiáceos e a abstinência é alcançada ao fim de vários anos, num ritmo que é, à partida e ao longo de todo o processo, definido pelos próprios utentes do programa. O objectivo último dos programas de substituição é o abandono do consumo de todas as drogas, inclusivamente a própria droga de substituição!

Résumé: Si nous voulons résumer dans une seule phrase l'expérience de 20 ans de programmes de substitution dans la région du nord, nous devrions dire: le programme de substitution aux agonistes opiacés est une façon d'aide aux héroïnomanes en vue de l'abstinence! Il y a deux caractéristiques fondamentales qui rendent la substitution particulièrement attrayante chez les héroïnomanes: elle n'implique point une rupture abrupte avec les opiacés; l'abstinence arrive au bout de plusieurs années dans un rythme qui, soit au début soit au long du processus, est défini par les usagers eux-mêmes. Le but dernier des programmes de substitution est l'abandon de la prise de toutes drogues y compris la drogue de substitution elle-même.

Abstract: Shortening in a single phrase 20 years of substitution programs in the region, we could say: opiate agonists substitution programs is one of the ways that lead drug addicts to abstinence. There are two basic characteristics that make substitution particularly attractive to heroin addicts: it doesn't force to leaving opiates abruptly and abstinence is met several years later, in a rhythm defined, at the beginning and through out the whole process, by program users themselves. Substitution programs aim at the abandonment of all drugs including substitution drugs!

Breve história das terapêuticas de substituição em Portugal - conclusões principais

Carlos Vasconcelos

Breve história das terapêuticas de substituição

Quando metemos a ombros a tarefa de fazer a história de determinados acontecimentos, temos a tendência de tentar definir períodos que sejam homogêneos e que permitam entender melhor os saltos evolutivos que vão acontecendo. No caso da história das terapias de substituição há duas fases fundamentais:

A primeira iniciou-se em 1977 e durou até ao final de 1992. Esta é a fase dos modelos institucionais - cada centro preconiza o seu modelo que considera superior a todos os outros.

Há uma fase intermédia que corresponde aos anos que vão de 87 ao final de 92. Durante este período desenvolve-se uma luta de ideias interna no CEPD/Norte e que leva a que a partir de 1989 estejam disponíveis dois programas de tratamento incompatíveis até ali: programa de substituição e programa de manutenção com antagonista. O CEPD/Norte foi na prática o único centro a ser capaz de realizar esta revolução, o que lhe deu uma credibilidade maior para poder influenciar o rumo dos acontecimentos a partir de 92.

A segunda fase inicia-se no final de 1992 e dura até ao início de 1998. A segunda fase da história que estamos a descrever tem duas características fundamentais: assiste-se ao alargamento da rede de substituição com metadona e ao aparecimento dum segundo agonista opiáceo de substituição designado de LAAM.

a) O aparecimento em Portugal do modelo Dole&Nyswander da metadona

A história das terapêuticas de substituição em Portugal é, entre 1978 e 1992, a história do CEPD/Norte. Durante esse período, esta foi a única instituição a disponibilizar

um programa de metadona. O Centro de Estudos da Profilaxia da droga - Centro Regional do Norte, foi criado em 1977 e esteve inicialmente dependente da Presidência do Conselho de Ministros. É integrado em 14/3/82 no Ministério da Justiça, de acordo com o decreto-lei 365/82. A partir de 1987, o Ministério da Saúde inicia a criação de estruturas específicas para o tratamento de toxicodependentes - os CAT's. A integração dos CEPD's e dos CAT's num único serviço, o SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, acontece em Abril de 1989. Mantêm-se ainda assim as diferenças de designação entre os dois tipos de estruturas, que acabam por desaparecer com o Decreto - Lei n.º 43/94 de 17 de Fevereiro. É nesta data que o CEPD/Norte passa a designar-se de CAT da Boavista. Ao longo do texto iremos empregar as duas designações, de acordo com o momento histórico que estamos a analisar.

O CEPD/Norte foi uma das primeiras clínicas de metadona a ser criadas no continente europeu (ver quadro I). Não obstante o seu pioneirismo, permaneceu durante cerca de 15 anos, o único Centro em Portugal a administrar metadona a heroínod dependentes.

Quadro I: Os PMM na Europa

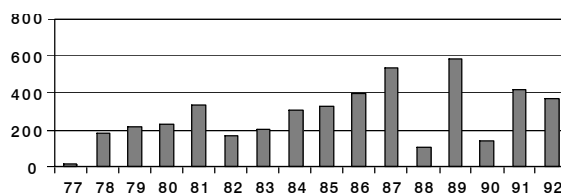
Integração do doente no Sistema de Saúde
Diminuição dos comportamentos de risco associados à disseminação do VIH
Melhoria da adesão às terapêuticas médicas do SIDA ou outras
Melhorar a qualidade geral do funcionamento psicossocial
Melhorar a auto-satisfação e a qualidade de vida apesar das limitações da infecção

O fundador deste Centro, o Dr. Iduíno Lopes, trouxe dos Estados Unidos a sua experiência de trabalho numa clínica de metadona. A substituição com metadona tinha sido iniciada em New York, em 1963, pelos Drs. Dole e Nyswander. A funcionamento do programa no Porto, desde 1978, seguiu estritamente este modelo e as normas federais americanas definidas através da FDA e o DEA. Até ao final de 1992, ainda se utilizavam os textos de termo de consentimento e das normas de funcionamento do programa de metadona, que eram traduções literais dos originais americanos. Não houve, assim, uma adaptação dos programas de substituição americanos à nossa realidade.

A outra razão tem um fundamento mais histórico. Estávamos, em Portugal, na época dos modelos institucionais e isso levou a enormes dificuldades na divulgação do método. Cada centro utilizava um método único de tratamento, que considerava superior a todos os outros, o que levou à formação duma "clientela" específica. A percepção da realidade da situação da toxicodependência em Portugal era condicionada pelas características do tipo de utentes que cada centro atraía. Assim temos que, para além de modelos institucionais diferentes, havia diferentes linguagens e diferentes realidades percebidas em relação a um mesmo fenómeno (Alegoria das Cavernas).

A evolução das admissões ao longo dos anos verificou-se da forma representada na tabela 1.

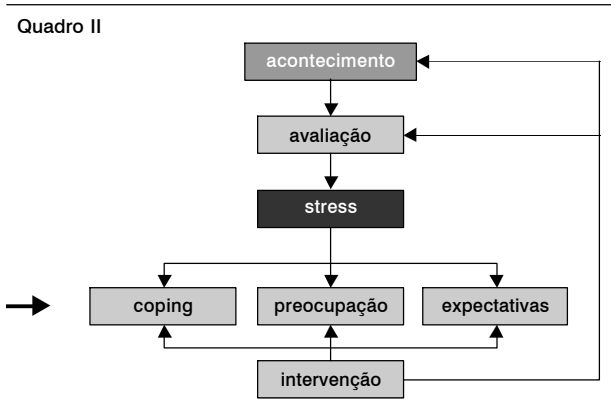
Tabela I: Admissões no CEPD/Norte



Desde 77 até ao final dos anos 80, os profissionais que trabalharam no CEPD/Norte utilizaram o método substitutivo com metadona para as desintoxicações de opiáceos, realizando um ou dois programas sucessivos de redução de 21 dias. As manutenções só eram iniciadas a partir de duas tentativas fracassadas de desintoxicação em 21 dias. A redução de dose de metadona iniciava-se a partir dum curto período de estabilização de 2 ou 3 dias, em que era definido o nível de tolerância aos opiáceos. Era habitual a existência de dois ritmos de descida: um mais rápido até às 20 mg e outro mais lento a seguir. Esta era uma forma de tornar mais tolerável o agravamento da sintomatologia de privação que era característico na última fase.

O uso exclusivo da metadona era preconizado para o tratamento de todas as situações em que estava envolvida a heroína. Isso incluía algumas situações de politoxicod dependência, em que a dependência de heroína ocupava um lugar muito limitado em relação às dependências de depressores do S.N.C. ou do álcool. Dado

o carácter bastante abrangente do programa de metadona, uma grande maioria dos toxicodependentes da cidade do Porto esteve em tratamento de substituição com a metadona. Um número enorme de heroín dependentes do resto do País também se deslocou para o Porto a fim de beneficiar deste programa, que não existia em mais nenhum CEPD em Portugal (Quadro II). Este fenómeno prende-se com a época dos modelos institucionais que marcou o período de existência destas instituições até ao ano de 1989.



Ao longo de cerca de 15 anos, os terapeutas do CEPD/Norte aprenderam, aplicaram e desenvolveram diversas técnicas psicoterapêuticas, tais como a terapia familiar, a terapia de casal (para os casais de toxicodependentes) e as terapias individuais de inspiração mais dinâmica ou cognitivo-comportamental. Isto permitiu que os terapeutas do CEPD/Norte tivessem conseguido quebrar com espírito criador e com um certo virtuosismo, a monotonia da intervenção farmacológica com metadona, aplicando os diversos modelos psicoterapêuticos à realidade dos utentes em substituição⁽¹⁾.

Mas, como é infelizmente habitual nestes Centros, havia um desequilíbrio ao nível da componente médica. Esta situação só foi resolvida em finais de 1987, quando o

CEPD/Norte pôde recrutar três novos psiquiatras, dois oriundos do Hospital Psiquiátrico de Magalhães de Lemos e o terceiro do Departamento de Saúde Mental do Hospital de S. João. De imediato, as intervenções de natureza psicofarmacológica que estavam relativamente atrofiadas neste Centro foram impulsionadas. Isto, apesar de se tratar dum centro em que a substituição com metadona era privilegiada, mas que tinha, paradoxalmente, desenvolvido mais as intervenções psicoterapêuticas.

A introdução das terapias não-opiáceas com o α_2 agonista e a naltrexona realizou-se no início de 89 e permitiu desenvolver um modelo que foi internamente designado de *alternativo*. Através da experiência indirecta doutros centros, como o Centro das Taipas e o CAT do Porto, e da experiência clínica própria que acumulámos a partir de 89, comprovámos que era possível levar a cabo uma desintoxicação num curto período de uma semana e com duas consultas. O aparecimento dos tratamentos alternativos coincidiu com o momento em que o programa de substituição com metadona no CEPD/Norte se viu confrontado com um número extraordinariamente elevado de utentes (cerca de novecentos) e, ao mesmo tempo, dificuldades no stock de metadona, criando-se uma situação de ruptura técnica. Houve, desta forma, condições propícias ao desenvolvimento deste programa. As desintoxicações de 21 dias com metadona só faziam sentido se houvesse possibilidade de prescrição da manutenção, no caso do utente falhar o desiderato da abstinência e isso acontecia três em quatro vezes. As desintoxicações rápidas com o método α_2 agonista/tramadol/naltrexona acabaram por substituir os programas de desintoxicação com metadona de 21 dias e assim passaram a existir dois programas ambulatoriais de tratamento - um programa de manutenção com naltrexona e um programa de manutenção com metadona.

Houve alguma euforia em relação ao êxito do modelo alternativo, mas cedo verificámos que o método substitutivo com metadona não podia deixar de existir. Todos os programas, quando aparecem, têm esta virtude: o seu êxito é grande. Isto tem unicamente a ver com a maior atenção dos terapeutas aos seus utentes, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, melhorando a componente psicossocial do tratamento. Acaba por ser

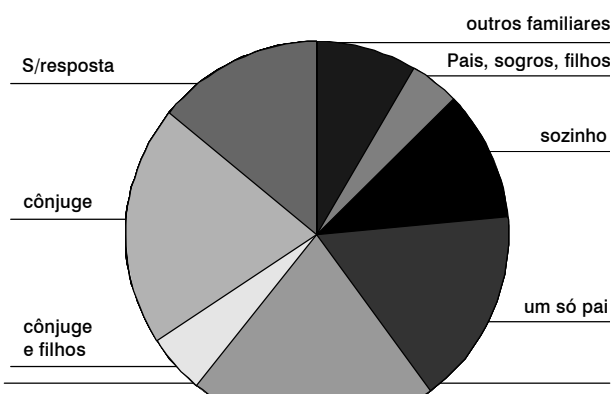
mais eficaz a parte psicossocial do tratamento, do que aquela que é assegurada pelos fármacos⁽²⁾. Daí que seja tão complicado decidir quais os métodos farmacológicos mais eficazes, quando postos em confronto.

A existência destes dois métodos em simultâneo permitiu aumentar a resposta aos utentes que procuravam o tratamento, sobretudo os dependentes que não queriam de modo nenhum ser incluídos em programas de substituição com metadona e ser confundidos com os seus utentes.

b) A fase da expansão da rede de substituição opiácea e o aparecimento do LAAM

A mudança da direcção do CEPD/Norte, ocorrida em 29 de Fevereiro de 1992, veio permitir novas condições de desenvolvimento dos programas de substituição em Portugal. Durante os dois anos seguintes, o CEPD/Norte desenvolveu um importante trabalho de esclarecimento e de formação na área das terapias de substituição, colaborando na formação de técnicos, não só na região norte mas também noutras áreas, como Algarve, Leiria, Coimbra e Santarém (ver Quadro III).

Quadro III



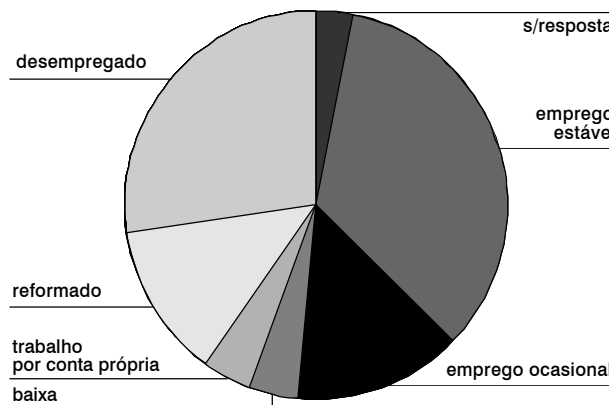
O trabalho realizado pelo técnicos do CEPD/Norte foi extremamente importante. Praticamente sem recursos e animados somente do seu entusiasmo e disponibilidade de ensinar o que sabiam a outros companheiros do SPTT, construíram numa forma quase invisível uma rede de norte a sul, que permitiu transformar o modelo do CEPD/Norte numa modalidade terapêutica do SPTT. Em Maio de 1994, Portugal tem acesso à utilização

clínica dum novo agonista opiáceo designado de LAAM. Há alguns aspectos históricos da introdução do LAAM em Portugal que têm estado esquecidos e que mereciam um maior destaque. Inicialmente o LAAM estava para ser distribuído na Europa por uma companhia farmacêutica espanhola, mas foi uma empresa portuguesa que conseguiu esse objectivo. Isso não aconteceu por acaso. Foi muito importante para a tomada de decisão dos americanos estes saberem que estaria um centro português com uma experiência de mais de quinze anos em terapêuticas de substituição com metadona, a lidar com o LAAM. A mesma empresa portuguesa iniciou e concluiu o processo de licenciamento do LAAM na Agência do Medicamento em Londres e tem desenvolvido o trabalho com o LAAM em toda a Europa.

Em 1994 surgiram dois programas de LAAM: o primeiro no Centro das Taipas e o segundo na Extensão de Gondomar. Em relação ao Centro das Taipas, a abertura dum programa de substituição com o LAAM tem uma importância histórica. Foi a primeira vez que o maior centro português de tratamento assumiu na prática um programa de substituição. E este é um momento de viragem, pois as terapêuticas de substituição nunca mais deixaram de ter um papel cada vez mais importante no tratamento de heroíno-dependentes. No caso da extensão de Gondomar, o LAAM foi a condição sine qua non para a sua abertura, pois a carência de recursos humanos que se sentia no CAT da Boavista não permitia de modo nenhum o deslocamento duma equipa completa a tempo inteiro para uma extensão. A partir desta altura, o crescimento dos programas desenvolveu-se sem qualquer constrangimento. Assiste-se ainda a duas atitudes fundamentais a nível dos CAT's: há CAT's que adoptam o LAAM como agonista de substituição preferencial, outros que mantêm a metadona; alguns CAT's mantêm programas de carácter mais selectivo, com um reduzido número de utentes, outros têm programas mais abrangentes e com mais utentes.

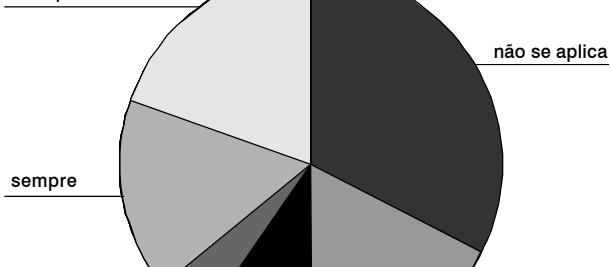
A partir do final do ano de 1998 entra-se numa terceira fase, em que há um enorme crescimento dos utentes em programas de substituição. As preocupações com a redução de riscos levam a que se verifique um aumento dramático dos utentes em programas de

Quadro IV: Abertura dos programas de substituição em Portugal



substituição. Analise-se o quadro V. A metadona, particularmente no Sul do País, passa a ser privilegiada em detrimento da utilização do LAAM e passa a ser assumida uma política mais liberal de entrega das doses. Enquanto no Norte se verifica uma aplicação muito estrita da Ordem de Serviço nº 1/96, emanada do Conselho de Administração, em que preconizava, no seu artigo 7, que as doses de estupefaciente substituto deveriam "ser tomadas pelos doentes nas unidades responsáveis pelo programa..." e no artigo 9 "excepcionalmente, e apenas a título transitório (...), poderá o estupefaciente substituto ser ministrado na residência dos doentes, sob responsabilidade de terceira pessoa", verifica-se a existência de algumas discrepâncias no desenvolvimento dos programas por parte de diversos CAT's, que funcionam numa forma em que o utente só tem de vir ao Centro uma vez por semana e as restantes doses são disponibilizadas a um elemento da família.

Quadro V
S/resposta



Para entender esta situação, é preciso ter em conta as críticas que mais frequentemente aparecem em relação ao LAAM:

- O preço do LAAM é muito elevado em relação à

metadona;

- O LAAM não pode ser usado em utentes com disfunção hepática, em grávidas e é de modo geral mais tóxico (particularmente nos seus efeitos cardíacos);
- O LAAM é mais difícil de ajustar;
- Os utentes preferem a metadona.

Os argumentos favoráveis são estes:

1. O preço do LAAM é mais elevado, mas a possibilidade de organizar um serviço de administração de um agonista opiáceo que funcione três vezes por semana, permite poupanças efectivas nos custos com o pessoal;
2. Desde que o LAAM seja ajustado a partir da metadona, as dificuldades serão mínimas;
3. É possível utilizar o LAAM em doentes com insuficiência hepática e verifica-se mesmo a possibilidade de administração 2X por semana nestas situações. Na experiência que temos não verificámos perda de eficácia;
4. Em relação aos efeitos opiáceos de tipo euforizante, menos expressivos no que respeita ao LAAM, eles são uma vantagem pois preparam o utente de uma forma mais eficaz para um estado em que não está num programa de substituição;
5. Em relação à opção que os utentes têm pela metadona, penso que não deveremos deixar ultrapassar o critério clínico, pela opção dos utentes. Isto poderá acontecer em países em que o sistema de tratamento pertence ao Serviço Social, mas não num País em que o serviço de tratamento a toxicodependentes pertence ao Ministério da Saúde e em que a toxicodependência é considerada uma doença de acordo com um modelo médico.

Voltaremos a esta questão mais à frente.

O potencial esquecido dos programas de substituição

Quem tem experiência em programas de substituição sabe que estes têm um tremendo potencial terapêutico, além de serem insubstituíveis para determinados utentes. É assim que, na minha opinião, restringir os programas de substituição à redução de riscos é impedir o

desenvolvimento daquele potencial terapêutico. Num programa de redução de riscos é assumido, *a priori*, que quase não há regras para os seus utentes: podem consumir drogas, podem faltar às tomas, não estão sujeito a controles de urinas e a confrontos. O objectivo é que a administração dum agonista opiáceo, a metadona, possa fazer diminuir as necessidades habituais de consumo de opiáceos e levar progressivamente o utente a um programa terapêutico com maior nível de exigência.

Os programas de redução de riscos têm características mais sociais e a componente terapêutica está reduzida à sua expressão mais simples. O facto da metadona ser prescrita por um médico, ou de ser administrada por um enfermeiro, não chega para tornar o programa terapêutico. Terapêutico traz sempre implícito a existência dum programa psicossocial. Não é para nós motivo de espanto ouvir alguns toxicodependentes referir, perante os jornalistas (nunca os media se preocuparam tanto com as terapias de substituição), que a dose de metadona não era suficiente para eles e que ainda lhes era necessário consumir heroína. Também não é motivo de espanto, o aumento crescente dos consumos de cocaína, nos utentes destes programas, referido em alguns trabalhos jornalísticos. Isto não deixa de acompanhar um fenómeno de características mais gerais: nós temos vindo a assistir a um crescimento progressivo dos consumidores de cocaína, que é directamente proporcional à disponibilidade desta droga no mercado.

A cocaína é uma droga pior que a heroína, pois produz efeitos estimulantes psicomotores, podendo dar origem a crises de agitação psicomotora, ou ainda a quadros indistinguíveis da esquizofrenia. Não há ainda agonistas nem antagonistas desenvolvidos pela investigação e disponíveis para utilização clínica. Não há, em suma, tratamento eficaz. Quem trata dependentes há mais de dez anos sabe que, nessa altura, era raro encontrar cocainómanos e que, actualmente, essa é a regra. Cocainómanos puros encontram-se frequentemente nas consultas de admissão e não raras vezes um cocainómano, que faz consumos ligeiros de heroína, é incluído num programa de tratamento de heroína. Estas são as dificuldades dum sistema desenhado para heroínómanos e que tem dificuldade em se adap-

tar aos novos padrões de consumo, que passam pela cocaína e outros estimulantes. Verificam-se situações pontuais de consumos descontrolados de cocaína durante os programas de manutenção com naltrexona e também nos programas de substituição. Estas situações ocorrem independentemente da qualidade e quantidade de prestação de cuidados a um utente em acompanhamento.

Quando não há tempo para um acompanhamento correcto do utente, quando as doses do narcótico de substituição são insuficientes, quando não é estabelecido desde logo o objectivo da abstinência, quando o terapeuta não acredita na possibilidade do utente poder evoluir para a abstinência através dum programa de substituição, então as coisas vão seguramente correr mal. A assunção de que os utentes poderão consumir heroína, leva muitas vezes os terapeutas a usar doses de metadona muito abaixo das necessidades. Como consequência e por que a dose de metadona não consegue sustentar o utente, este continua a consumir heroína embora em menor quantidade e outras drogas tais como a cocaína, o álcool, os depressores do sistema central ou um cocktail de todos os tóxicos que referimos atrás. A ideia que nós temos dum programa de substituição, seja ele de que limiar for, é que a tolerância do utente aos opiáceos tem que ser definida clinicamente e que a dose de metadona deve ser ajustada ao nível de tolerância.

A substituição opiácea feita com todas as regras da arte e o tratamento psicossocial são coisas indissociáveis. Juntas podem significar o sucesso, separadas podem tornar-se um fracasso!

A experiência empírica pessoal que temos acumulado nos últimos 12 anos leva-nos a concluir que se administrarmos uma dose adequada de agonista opiáceo, cerca de 50% dos utentes do programa deixa de consumir drogas ilícitas. Se pudermos levar a cabo um programa psicossocial, tal como terapia individual ou de grupo, acompanhado de formação profissional, então poderemos aumentar a percentagem dos que não consomem para 80%. A existência de 20% de consumidores é um valor mais ou menos fixo que vamos

encontrar em todos os programas de médio limiar. E estes 20% não significam, por norma, consumos contínuos, mas sim consumos esporádicos de fim de semana, que são detectados nos testes de rotina que frequentemente são realizados.

Os programas ditos de alto limiar, com percentagens muito elevadas de abstinência, são o resultado do expurgo do programa daqueles utentes que consomem eventualmente heroína ou cocaína. Significa uma selecção da amostra e levanta muitos problemas relativamente aos utentes, que não se conseguem adequar a tal nível de exigência, pois não conseguem encontrar alternativa de tratamento⁽³⁾.

Desde que haja um acompanhamento dos utentes e que se realize um confronto sistemático, que passa por ajustamentos de dose, prescrição de fármacos antidepressivos ou neurolépticos, assim como a mobilização da família sempre que se revele necessário, nós conseguimos uma melhoria da qualidade de tratamento e resultados excelentes.

A evolução que ocorreu em Portugal nos últimos dois anos tem permitido que um número crescente de heroínodependentes tenha vindo a ser incluído num programa de substituição. Em algumas regiões, os tempos de espera são mínimos. No entanto, há áreas em que os programas não têm capacidade de crescimento, porque se encontram limitados fisicamente - os CAT's são demasiado pequenos. Apontamos, num anterior artigo, a necessidade de trazer os programas de substituição para fora do SPTT e da rede pública. A fundamentação que utilizámos é que o SPTT tinha atingido um limite de crescimento, quer do ponto de vista orçamental, quer do ponto de vista dos recursos humanos. Há ainda um potencial de crescimento que poderá ser feito com a colaboração dos cuidados primários, dos Departamentos de Saúde Mental/Hospitais Especializados de Psiquiatria, das Farmácias e dos Estabelecimentos Prisionais. No entanto e de acordo com a prática corrente, estes utentes continuam a ser seguidos do ponto de vista terapêutico nos CAT's, onde têm o seu médico, o seu psicólogo e o seu assistente social. Há limites físicos para esse acompanhamento. Um médico ou um psicólogo não pode realizar centenas de consultas por mês, sem um

custo bastante elevado na qualidade de trabalho e nos resultados terapêuticos. O crescimento da rede de administração de narcótico de substituição foi feito de acordo com o princípio da descentralização da administração de metadona, continuando a estar centralizado o acompanhamento médico e psicossocial. É em relação a este acompanhamento que os problemas existem, não em relação à dispensação de metadona. Já verificamos isso historicamente com o CEPD/Norte, há dez anos, em que 900 utentes acorriam diariamente ao centro. O grande problema residia na incapacidade de acompanhamento. Quantos utentes passaram largos meses, quiçá anos, sem serem observados pelos seus terapeutas?

Na realidade, a capacidade de dispensação pode ser bastante elevada. Os novos dispensadores automáticos, controlados informaticamente, podem fazê-lo sem necessidades acrescidas de pessoal de enfermagem. Administrar uma dose e ainda ter tempo para um curto diálogo com o utente, num minuto, está neste momento ao alcance de qualquer centro. Uma dose por minuto pode significar 60 utentes por hora e em 7 horas de abertura, 430 utentes!

Outro fenómeno que está a acontecer actualmente é que, ao contrário do que acontecia há 10 anos, começam a existir carências de clínicos gerais, de psiquiatras e enfermeiros, limitando as possibilidades de crescimento do SPTT. Provavelmente o SPTT cresceu até ao seu limite. Há poucos candidatos em determinados grupos profissionais⁽⁴⁾ que querem vir trabalhar connosco e perante a concorrência doutros serviços ligados à saúde mental, começamos também a sofrer uma sangria de técnicos que nos abandonam. A solução não poderá passar pelo transformismo do SPTT numa estrutura de redução de riscos. Como demonstrei atrás, não é uma solução eficaz.

Por outro lado, acaba por não se perceber, salvo intervenções pontuais em problemas concretos em Lisboa e Porto (o Casal Ventoso e o Projecto "Há Porto Contigo")⁽⁵⁾, que tipo de estrutura poderá desenvolver programas de redução de riscos, onde poderão ser criadas e com que profissionais. As organizações não governamentais, como a Cruz Vermelha e a Caritas, que em Espanha têm um protagonismo tão elevado na

criação de estruturas dedicadas aos programas de substituição, não se têm preocupado, em Portugal, com este problema e estão mais disponíveis para os tratamentos em comunidade terapêutica.

Que dizer então dos projectos "como salas de chuto" e de algumas posições que preconizam a administração de drogas sobre prescrição médica, particularmente programas de heroína?

A minha opinião é que, enquanto tivermos listas de espera de dependentes que pretendem beneficiar de tratamentos com características terapêuticas e que querem abandonar o consumo de drogas ilícitas, a discussão sobre a administração "terapêutica" das drogas não está na ordem do dia.

Por outro lado, a discussão sobre a forma como deve ser aumentada a capacidade de inclusão em programas de substituição não deve ser mais adiada. Todas as propostas que têm vindo à luz do dia, preconizam o controlo dos CAT's sobre os programas a lançar em Centros de Saúde, ou em parceria com organizações de solidariedade social e têm recusado liminarmente a hipótese destes programas terem capacidade de autogestão de forma a serem libertados da tutela dos CAT's. Quantos utentes poderão ser controlados por um CAT?

Os programas de substituição, no que se refere ao ajustamento de dose da agonista opiáceo, são bastante simples. Considero muito mais difícil o ajustamento de dose dum antidepressivo ou de um neuroléptico. Julgo bastante vantajosa a ideia de supervisão do CAT através de reuniões periódicas de discussão de casos clínicos. Além do mais, a colaboração dos nossos parceiros será muito menos empenhada se eles se sentirem afastados das decisões que se referem aos utentes.

Outro aspecto polémico é o afastamento liminar da possibilidade da clínica privada estar afastada dos programas de substituição. A clínica privada pode criar comunidades terapêuticas, pode desenvolver programas de ambulatório livres de droga ou de manutenção com antagonistas opiáceos. Porque não a possibilidade de utilizar as terapias de substituição? Há a preocupação de que possa haver uma utilização menos ética destes programas. No entanto, trata-se da única modalidade terapêutica que se encontra vedada à Clínica Privada. Há que criar um protocolo de funciona-

mento destes programas, definir uma comparticipação estatal para os tratamentos com agonista opiáceo e permitir que organizações de solidariedade social e a clínica privada possam ter estes programas. Há que, finalmente, fiscalizar o bom ou mau funcionamento destes programas. Estas medidas poderão resolver o problema de centenas de dependentes de heroína que não conseguem parar os consumos e que, por problemas pessoais e/ou profissionais, não se podem expor a um tratamento em que têm de se deslocar várias vezes por semana a um CAT. Nesta perspectiva, poderão ser desenvolvidos programas não estatais com agonista opiáceo e com elevada intensidade psicoterapêutica, que não poderá ser proporcionada nos programas superlotados dos CAT's.

Perante esta questão, que tenho colocado diversas vezes, não tenho assistido senão a um silêncio como resposta.

Como é que funciona o programa de substituição do CAT de Gondomar?

O programa de substituição do CAT de Gondomar foi iniciado em 19 de Maio de 1994, baseado na utilização clínica do LAAM. Este foi o segundo programa europeu com LAAM, uma semana depois do início do programa de LAAM do Centro das Taipas. Os elementos da equipa terapêutica que "arrancou" com esta estrutura (nessa altura ainda como extensão do CAT da Boavista), tinham presentes todos os problemas existentes com as largas centenas de utentes do CAT da Boavista. Nós quisemos pôr em prática um programa de substituição baseado num programa terapêutico, cujo objectivo final era a abstinência de todas as drogas, inclusivamente do próprio agonista de substituição e com objectivos imediatos muito concretos, tais como a abstinência de todas as drogas ilícitas e a estabilização e integração familiar, social e laboral.

Nós beneficiámos dum trabalho prévio, desenvolvido pela Divisão Psicossocial do CEPD/Norte, que nos abriu as portas da autarquia de Gondomar. Isto permitiu que a decisão de abertura da extensão de Gondomar tenha sido tomada no início de Abril de 94 e concretizada um mês depois, o que tornou o processo de abertura desta extensão um caso exemplar (de rapidez, pelo menos).

Existia ainda um pequeno programa no Centro de Saúde de S. Pedro da Cova, dinamizado pelo seu Director, o Dr. Joaquim Madureira. Este tinha feito uma formação no CAT da Boavista em 1993, após um contacto que desenvolvemos na ARS do Norte com diversos directores de centros de saúde⁽⁶⁾. O Centro de Saúde de S. Pedro da Cova tinha responsabilidades assistenciais sobre uma área bastante degradada, em que tinha sido contabilizado, através da simples consulta dos processos familiares, mais de cinco centenas de dependentes de drogas. A abertura da extensão de Gondomar correspondia, assim, a uma necessidade assistencial imediata e à vontade da autarquia e de outras estruturas de saúde do concelho. Mas como é sabido, o CAT da Boavista tinha uma situação muito complicada em termos de recursos humanos e utentes inscritos: uma equipa minúscula para alguns milhares de toxicodependentes. A abertura lenta de programas de substituição, dentro e fora do Porto, não foi de molde a aliviar o CAT da Boavista das centenas de utentes que tinha em excesso.

O LAAM, devido ao seu peculiar tempo de semivida, com três tomas por semana, permitiu a abertura desta extensão. É assim que a extensão de Gondomar se tornou uma clínica satélite de LAAM, um conceito desenvolvido pelo Dr. Walter Ling. A preferência pelo LAAM foi assim imposta por esta realidade incontornável: sem o LAAM não podia ser aberto o programa de substituição da extensão de Gondomar. Por sua vez, este programa necessitava do apoio de programas de substituição com metadona, já que o método que utilizámos baseava-se no recurso à metadona, para definir o nível de tolerância aos opiáceos, para logo de seguida, através dum factor multiplicativo (1,2 ou 1,3) encontrarmos a dose mais adequada de LAAM.

Havia mais algumas características que tornavam o LAAM especialmente atractivo:

- Em primeiro lugar, a sua acção euforizante marcadamente discreta. Todos nós tínhamos bem presente as conversas intermináveis com utentes que pretendiam mais metadona e que apresentavam sinais objectivos de intoxicação alcoólica e de tranquilizantes. Há um intervalo relativamente estreito para o LAAM, que separa o estado de conforto, ou

de um estado de privação de opiáceos ou, por outro lado, de um estado de excesso de opiáceos. Tomar uma dose de LAAM acima das necessidades produz mal estar nos utentes - uma acção estimulante nas primeiras 24 horas, queixas gastrointestinais, cefaleias, etc.;

- A sua estabilidade ao longo do seu tempo de duração de efeitos. Esta opção é especialmente interessante para os utentes que são metabolizadores rápidos de metadona;

- A possibilidade de organizar melhor a actividade do Centro podendo, numa perspectiva de administração do LAAM, 2ª, 4ª e 6ª feira, destinar a 3ª e 5ª feira para as admissões, para os utentes de programa de antagonista, para as reuniões clínicas;

- Em relação aos utentes com mais problemas físicos e com necessidades constantes de internamentos, tivemos o cuidado de os colocar num programa com metadona.

A evolução da actividade clínica da extensão de Gondomar desde Maio de 94 e do CAT de Gondomar desde Setembro de 95, levou à existência, no momento actual, dum programa de substituição com LAAM com cerca de 148 utentes e dum programa de substituição com metadona com cerca de 24 utentes no CAT de Gondomar e com cerca de 22 utentes no Centro de Saúde de S. Pedro da Cova (dados de Fevereiro de 2000). Estes anos de experiência que temos com o LAAM e a metadona levaram-nos a algumas conclusões que, por sua vez, consubstanciam uma filosofia de tratamento de substituição com narcótico substituto. Nesta filosofia temos de considerar os critérios de inclusão e as normas de funcionamento do programa.

Critérios de inclusão

1. Poderão ser incluídos em programa de substituição os utentes que não conseguem chegar à abstinência, após diversas tentativas de desintoxicação medicamente apoiadas em ambulatório ou em internamento.
2. Ausência de apoio de um familiar ou de um envolvente que assegurem a manutenção com antagonista.
3. O doente já ter realizado anteriormente um pro-

grama de substituição e o seu desejo expresso de voltar a ser readmitido num programa de substituição.

4. Condições físicas especiais, correspondentes a gravidez, cardiopatias, fases terminais de doenças crónicas, que tornem a desintoxicação rápida desaconselhável.

5. Patologia psiquiátrica que produza séria redução da capacidade de autocritica .

Critérios de não inclusão

1. Primeiro tratamento num heroíno dependente e que não possua qualquer critério de inclusão.

2. Politoxicod dependência em que a heroíno dependência tem pouca expressão em relação ao consumo de cocaína, álcool e outros depressores do S.N.C.

3. Não existirem condições objectivas que assegurem assiduidade ao programa de substituição (residência longínqua do CAT).

Estes critérios são conhecidos por todos os técnicos do CAT e são dados a conhecer aos utentes quando fazem a sua consulta de avaliação inicial prévia ao tratamento.

Normas de funcionamento do programa de substituição

1. Marcação das admissões - por norma, quando se toma a decisão de admissão a um programa de substituição, é feita a marcação dum data, que pode ser antecipada no caso de ocorrerem desistências da lista de espera. O procedimento contrário suscita pressões enormes por parte do utente e familiares e normalmente perdas de tempo.

2. As tomas são também um acto terapêutico, devendo ser realizadas no CAT - as tomas de metadona ou LAAM são realizadas sempre que possível no CAT, perante o elemento de enfermagem. A dose de metadona de domingo deverá ser entregue a um familiar responsável, que será sempre o mesmo e terá a incumbência de a guardar em local seguro e de a administrar de forma correcta, de forma a que não seja possível a utilização de outra via que não a oral. O CAT, em condições excepcionais, permite a entrega de duas doses de LAAM aos familiares, mas exigindo a vinda do utente ao CAT uma vez por semana (geralmente ao

sábado). Para que esta autorização possa ser dada, deverá haver uma confirmação por parte do Serviço Social da situação laboral do utente e da sua impossibilidade de vir ao CAT durante o horário de abertura.

3. Critérios para usar o LAAM ou a metadona - a orientação que tem sido imprimida neste CAT, em relação aos critérios de inclusão num ou noutro agonista opiáceo, dá a preferência ao LAAM em quase todas as situações. O LAAM é administrado três dias por semana, a metadona sete dias por semana. O LAAM é mais estável que a metadona e é de primeira escolha para os utentes que são metabolizadores rápidos de metadona. O LAAM dá ao utente um estado de normalidade distante do estado da metadona, em que há ainda uma acção euforizante, muitas vezes potenciada propositadamente pelos utentes, através da ingestão de bebidas alcoólicas ou de depressores do S.N.C. As excepções têm a ver com estados de gravidez ou de estádios terminais de doenças e que implicam frequentes internamentos.

4. A lotação do programa de Gondomar. As normas federais americanas apontam para uma lotação correspondente a 1 m² por utente. No caso do CAT de Gondomar estamos praticamente no limite de crescimento, devendo o crescimento ulterior ser feito à custa de extensões, dos programas de farmácias ou ainda de programas de redução de riscos. A situação para a qual contemplaríamos a possibilidade de criação dum programa de redução de riscos, para além da disponibilidade de uma ONG para esse efeito, seria a criação dum programa de metadona de lista de espera para um programa de substituição.

5. A realização de análises toxicológicas de urina - é ponto assente, na equipa terapêutica do CAT de Gondomar, que devem ser feitas análises à urina com periodicidade pelo menos quinzenal. Estes resultados são importantes porque nos permitem aferir a eficácia do programa e realizar um controlo individual dos utentes. A suspensão de utentes que prevaricam sistematicamente em relação aos consumos é uma decisão rara, mas

só é tomada após vários ajustamentos de dose e de vários confrontos com o utente. Chegamos à conclusão que o ajustamento para as doses correctas faz muitas vezes a diferença. No caso do LAAM, é ao domingo que se colocam os maiores problemas, pois é o dia final dum período de 72 horas em que o utente não toma o LAAM. O ajustamento à sexta-feira muitas vezes não é suficiente e é preciso proceder a ajustamentos finos das doses de segunda e quarta-feira.

6. A equipa terapêutica - o programa de substituição do CAT de Gondomar e também o programa de manutenção com antagonista, assentam num programa psicoterapêutico. Está estabelecido que os utentes dos programas de substituição tenham consultas periódicas, que frequentemente abrangem os familiares. A colaboração com a família é um elemento extremamente importante no nosso trabalho e sempre que é possível obter a sua colaboração activa os resultados são manifestamente superiores. No entanto, as características específicas do trabalho médico e psicoterapêutico levam a que este trabalho seja feito basicamente pelos psicólogos, sob supervisão médica. A relação óptima que deverá existir entre um médico e um psicólogo será de um para três.

Ainda a questão das tomas de agonista opiáceo

Como acabámos de escrever, as tomas de metadona são realizadas por norma perante um elemento de enfermagem. Como o CAT se encontra encerrado ao domingo, têm de existir necessariamente entregas de metadona. A dose deverá ser guardada em local seguro e deve ser administrada de forma a que não seja possível a sua administração por via endovenosa. É importante avisar claramente o portador de que a metadona em dose de 100mg é mortal para um indivíduo não tolerante. O aviso ao utente e familiares deve ser claro e insistente. É vulgar guardar-se a dose de metadona diluída em sumo (Tang) no frigorífico, o que desperta a atenção de crianças, levando-as a uma ingestão acidental. A questão das doses de metadona tomadas em casa

torna-se crucial nos utentes em fases terminais de doenças crónicas. Os doentes não têm forças para se deslocar ao Centro. Nestas circunstâncias, entregamos as doses em número limitado a um familiar. Nunca conseguimos pôr em prática a administração domiciliária por parte duma enfermeira do Centro de Saúde. Temos esbarrado sempre com o problema típico da falta de recursos humanos.

Embora tenhamos defendido que o LAAM não devia ser administrado no domicílio, ao fim de algum tempo consideramos a hipótese de entrega de doses de LAAM. Há situações típicas, tais como consultas hospitalares ou situações laborais, em que tal se torna necessário. Hoje em dia é vulgar que trabalhadores de algumas firmas estejam a realizar trabalhos bastante longe do local de residência. A saída de casa, bastante antes da hora de abertura e o regresso bastante depois, impede na prática a toma no CAT. Para estas situações, temos um grupo menor de utentes que toma o LAAM à 3^a, 5^a e sábado. As doses de 3^a e 5^a são disponibilizadas ao familiar responsável.

Em relação às tomas para casa de metadona e de LAAM, temos uma ideia muito clara. O LAAM oferece riscos muito menores de diversão para o mercado negro do que a metadona. O efeito euforizante é discreto e ocorre várias horas depois da administração e as doses eficazes para controlo do síndrome de privação têm que ser ajustadas com bastante habilidade. Com uma dose acima das necessidades é muito fácil o utente sentir-se mal, com vómitos, cefaleias e insónia. Já com a metadona isto não ocorre. Pode ser injectada e por via oral o efeito euforizante ocorre meia hora depois. Tem "valor" no mercado negro.

Preocupa-nos bastante a prática que está a ocorrer em vários pontos do País, em que o utente vem tomar uma vez por semana ao CAT e leva (o familiar responsável) seis doses. Talvez este não seja um grande problema em zonas em que haja bastante oferta de lugares para programas de substituição. Mas todos nós sabemos que essa situação não existe na maior parte do País e que a situação mais habitual é a existência de listas de espera. Assim, bastará ao utente queixar-se de sintomas de privação para poder ter a sua dose mais elevada e poder, assim, "dispensar parte da sua dose" a

outro utente que esteja em carência. É quase impossível assegurar o rigor e a segurança das doses para casa e é por esta razão que temos tido uma postura mais conservadora. Preferimos que o utente venha ao CAT.

A preferência dada ao LAAM

São várias as razões que nos levam a preferir o LAAM, algumas delas já referidas ao longo do texto.

Todos nós que trabalhamos em exclusivo com a metadona nos lembramos das filas para tomar metadona, das discussões intermináveis com os utentes em relação às subidas de dose, das situações de impossibilidade de toma de dose (consultas, idas a tribunal, problemas laborais, etc.) que ocorrem com mais frequência com um agonista opiáceo de toma diária, dos ajuntamentos nas imediações do CAT, etc. Esta situação criava o "burn-out" dos técnicos, suscitava a oposição dos moradores e criava problemas de ordem pública.

O LAAM veio alterar completamente este cenário, pois os utentes vêm três dias por semana e dispomos, assim, de dois dias por semana, em que nos podemos dedicar aos utentes que fazem terapêutica antagonista, à análise das admissões e readmissões, à reunião de serviço. O que se ganhou no CAT de Gondomar em termos de ambiente de trabalho e da capacidade de resposta às situações que implicam a substituição, compensa largamente a opção tomada. Dito de outra forma, podemos tratar mais utentes em programa de substituição desta forma do que se tivéssemos optado simplesmente pela metadona.

As doses de LAAM mantêm bastante tempo a sua eficácia após um período de 2 a 3 semanas, em que é necessário proceder a diversos ajustamentos. O LAAM resolve com eficácia o problema dum grupo de utentes que metaboliza rapidamente a metadona, em que uma dose diária não chega (é preciso proceder à administração de duas doses diárias). O LAAM dá ao utente um estado de normalidade, distante do estado característico da metadona, em que há uma acção euforizante, muitas vezes potenciada propositadamente pelos utentes através da ingestão de bebidas alcoólicas ou de depressores do Sistema Nervoso Central.

Afinal, o LAAM é mais caro que a metadona?

Do ponto de vista prático, nós só podemos comparar aquilo que é comparável. Esta é uma questão das mais elementares em Estatística. Se formos comparar um programa de metadona de tipo de redução de riscos com um programa de LAAM de características terapêuticas, nós temos o seguinte quadro comparativo:

	N	Percent
Metadona	22	30,1
Diagnóstico HIV	2	2,7
Desgostar estatuto de toxicodependente	1	1,4
Causas financeiras	1	1,4
Motivos de saúde	1	1,4
Motivos existenciais	3	4,1
Motivos circunstanciais	1	1,4
À ajuda do cônjuge	2	2,7
À ajuda técnica	2	2,7
À ajuda familiar	3	4,1
À decisão própria/força de vontade	35	47,9
Total	73	100,0

Neste quadro, colocámos uma equipa terapêutica minimalista, levando a cabo um seguimento mensal, sem realização de análises no que se refere à metadona. Em relação ao LAAM, colocámos a situação para nós correcta, em termos daquilo que um programa de substituição deve proporcionar a um utente. Este programa, do ponto de vista psicoterapêutico, permite mudanças, o programa de metadona atrás descrito não permite. Como é referido em muitos locais, é um programa de redução de riscos. Mas se quisermos ser justos, devemos comparar aquilo que é comparável, isto é um programa terapêutico para a metadona e para o LAAM. Assim teremos de mudar toda a coluna esquerda do Quadro VI e fazer novamente uma comparação.

Gostaria ainda de acrescentar que, no caso do programa de LAAM acima descrito, os profissionais estarão disponíveis para outros programas em dois dias por semana, enquanto que no caso da metadona, os profissionais enumerados estarão completamente vinculados ao programa.

Quadro VII		
	N	Percent
Desinvestimento	1	14,3
Uso instrumental	1	14,3
Pelo prazer	3	42,9
Medo da ressaca	2	28,6
Total	7	100,0

Como conclusão, podemos adiantar que o LAAM tem um custo que é 2,2 vezes superior ao da metadona, se considerarmos um programa de redução de riscos e que este diferencial baixa para 1,1 quando comparamos programas com os mesmos objectivos terapêuticos. ■

Carlos Vasconcelos
Psiquiatra
CAT Gondomar
Rua Caminho de Pevidal, r/c
S. Cosme
4420 Gondomar

Notas

(1) Era ponto assente para muitos psicoterapeutas que a psicoterapia era impossível de aplicar em utentes de substituição e que somente era viável um aconselhamento.

(2) Está demonstrado que intervenções psicossociais, por si só, podem justificar uma taxa de sucesso de 60%.

(3) É eticamente condenável este procedimento quando o utente só tem a alternativa de continuar os consumos de heroína. O utente deve poder ser transferido para outro programa de limiar mais baixo.

(4) Refiro-me a médicos e enfermeiros.

(5) Resultando duma colaboração excepcional de diversos organismos oficiais e de solidariedade social.

(6) Dentro duma linha geral de acção de romper com o isolamento do CEPD/Norte, nós fizemos contactos ao nível dos cuidados primários e das unidades hospitalares especializadas.

Bibliografia

C. VASCONCELOS (1993). O uso de agonistas e antagonistas no tratamento de toxicod dependentes. *Psiquiatria e Clínica Geral*. Edição Colégio de Psiquiatria.

C. VASCONCELOS (1995). Proposta de reestruturação dos programas de substituição. *Confrontações*. Maio 1995. 3º ano n.º 4.

C. VASCONCELOS (1995). Linhas gerais duma proposta para a reestruturação dos programas de substituição. *Toxicod dependências*. Junho de 1995. 1º ano n.º2.

C. VASCONCELOS (1995). Tratamento de dependência de heroína. Programa de substituição com o "ORLAAM" - A experiência do CAT de Gondomar. *APMA News*. Nº 2 Julho Setembro de 1995.

C. VASCONCELOS (1996). Two years of experience with LAAM at the CAT (Center of Addiction Treatment) of Gondomar. Publicação da SIPACO Internacional.

C. VASCONCELOS (1998). Os programas de substituição são programas sociais ou são programas terapêuticos? *Anamnesis*. Ano 7 - nº 66 - Abril de 1998.

Joyce Lowinson, Ira Marion, Herman Joseph and Vincent Dole (1992). *Methadone Maintenance. Substance Abuse*, 2º edição. Williams & Wilkins.