Revista TOXICODEPENDÊNCIAS
® Edição SPTT
Ano 5 • Número 1 • 1999
pp. 35 – 48

Toxicodependentes em tratamento: Estudo Sagital de 1997

Nuno Felix da Costa (FML e ISCS)

RESUMO: São apresentados os resultados de um inquérito aos terapeutas de todos os Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) referente a cada consulta realizada em dois dias consecutivos. O estudo tem sido implementado anualmente desde 1991 e o presente trabalho corresponde a 1997. É obtido um corte sagital descritivo da população utente em termos da caracterização sócio-demográfica, padrões de consumo, história clínica, recursos terapêuticos utilizados e resultados obtidos.
A amostra integra 1228 respostas a inquéritos. Os resultados seguem, no geral, as tendências reportadas em anos anteriores, confirmando uma assinalável consistência interna do método: tendência ao envelhecimento da população, histórias de droga mais arrastadas, menor utilização da via endovenosa na administração de drogas, tendência de aumento do consumo associado de cocaína, registando-se contudo um paradoxal aumento dos que reportam história de partilha de seringas e partilha de seringas no último mês.
É apresentada a globalidade dos resultados e discutidas algumas das suas implicações.

RÉSUMÉ: Sont présentés les resultats d'un enquête fait aux therapeutes des Centres de Soins pour Toxicodépendents (CAT), concernant les consultations réalizées en deux jours consécutifs. L'étude est effectuée annuellement depuis 1991 et ce travail correspond à 1997. On a obtenue un coupe sagital descriptif de la population d'usagers en ce qui concerne la caractérisation socio-démographique, les modèles de consommation, l'histoire clinique, les outils thérapeutiques utilisés et les résultats obtenus.
L'échantillon recueille 1228 réponses aux enquêtes. Les résultats suivent, dans la majorité, les tendances exprimmées aux années antérieures, en confirmant une remarcable consistance interne de la méthode: la tendance au vieillissement de la population, les histoires de drogues plus entraînées, une moindre utilisation de la voie endoveineuse, dans la prise de drogues, tendance à augmenter la comsommation associée de cocaïne; néanmoins, on remarque une augmentation paradoxale parmi ceux qui ont une histoire de partage de seringues et de partage de seringues dans le dernier mois.
La globalité des résultats est presentée et leurs implications sont aussi discutées.

ABSTRACT: Results from a survey to therapists working at all Drug Addicts Care Centers (CAT's) are presented concerning each consultation taking place in two consecutive days. This study has been implemented in an annual basis since 1991 and the present work shows the results concerning 1997. A descriptive sagital section of the using population is obtained in terms of socio-demographic characterization, consumption patterns, medical history, used therapeutic resources and obtained results.
The sample is composed of 1228 answers to inquiries. The results follow the tendencies of earlier years, confirming an obvious internal consistency of the method: tendency to population aging, more dragged drug histories, less injecting drug use, tendency to the increase of cocaine associated use, paradoxical increase of needles sharing history and needles sharing during last month.
Global results are presented and some of their implications are discussed.

1. OBJECTIVOS

A dimensão pandémica do problema das drogas com as suas pesadas repercussões a nível médico e psicológico, mas também familiar, social e político tem levado a tentativas dos governos no sentido de encontrar formas de contenção do problema ou de minorar as suas consequências. Os esforços de prevenção secundária têm sido reconhecidos como eficazes meios de redução da procura e como contribuindo para a diminuição da prevalência e gravidade do problema das drogas. Nesse sentido, uma parte importante das políticas das drogas passam pela criação de oportunidades de tratamento para os consumidores de drogas que queiram parar os seus consumos. Em Portugal esta estratégia traduziu-se pela criação de uma rede de Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) que tem aumentado substancialmente os seus efectivos.

Os estudos Sagitais surgiram da necessidade de informação objectiva sobre a prática dos CATs. Embora desde o início, em 1991, os estudos sagitais contivessem um estudo da população em tratamento, os objectivos eram, através deste retrato, obter informação relevante na definição de políticas preventivas para a toxicodependência conforme a incumbência do Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências (SPTT), entidade de tutela dos CATs. Assim, a um nível clínico, a metodologia permite uma caracterização sócio-demográfica, uma caracterização clínica, uma caracterização da intervenção terapêutica e uma caracterização dos resultados obtidos. Estes dados, obtidos a nível nacional, têm tido, por si, um valor de referência (Observatório VIDA, 1997, OEDT, 1997). Contudo, um dos objectivos que levaram à implementação do "Sagital" foi a necessidade de obter informação estratégica em termos de distribuição de recursos, designadamente as necessidades de subamostras definidas por comportamentos específicos (grande ou pequeno consumo de consultas prévias, abstenção ou manutenção dos consumos, integração social, etc.) ou antes de subamostras a quem foram administrados certos tratamentos, ou com respostas clínicas insatisfatórias.

Na escassez de estudos longitudinais de toxicodependentes em tratamento, os psicoterapeutas conjecturam sobre o que acontece aos seus doentes quando abandonam as consultas. Tanto mais que tem sido reconhecida a relação entre a duração da estadia em tratamento e a qualidade dos resultados terapêuticos (DeLeon, et al., 1982, entre muitos outros autores). Assume, assim, importância uma relação terapêutica duradoura e estabilizada numa lógica reconstrutiva dos danos da toxicodependência, que encontra a personalidade numa fase crítica do desenvolvimento. Sem, obviamente, substituir a necessidade de estudos longitudinais, a caracterização dos toxicodependentes em tratamento numa instituição em função do acumulado de consultas pode, não só comparar padrões de utilização dos serviços, como esboçar a acção dos serviços sobre populações diferentes.

Múltiplos estudos têm incidido sobre a prospecção de factores que influenciem a retenção dos toxicodependentes em tratamento (Gainey, RR, Wells, EA, Hawkins, JD & Catalano, RF, 1993)). Estes resultados podem estar enviesados pela própria natureza do problema, i.e., pode acontecer que os que têm maior retenção em tratamento sejam os que melhor se adaptem ao próprio tratamento e não necessariamente acontecer as estadias mais curtas associarem-se a piores resultados. Esta questão já foi anteriormente discutida. Mesmo que, em muitas séries, a associação entre duração e eficácia terapêutica seja significativa, existem subpopulações que conseguem bons resultados clínicos com um menor recurso aos serviços. Este problema tem incidências relevantes a nível clínico - se existissem factores de bom prognóstico fiáveis, a gestão de cada caso poderia ser modulada consoante critérios de gravidade. Mas não apenas: também a nível da rentabilização dos custos de funcionamento de uma estrutura assistencial cada vez mais extensa - e dispendiosa, estas respostas, em termos de quem e como tratar, seriam pertinentes.

Com metodologias próximas e com os mesmos objectivos, estudos semelhantes têm sido implementados em diversos países, designadamente europeus, proporcionando uma caracterização da população toxicodependente em tratamento no espaço comunitário que aparece no relatório anual do

Observatório Europeu das Drogas e das Toxicodependências (OEDT, 1997). Embora existam diferenças sensíveis entre países nas metodologias de recolha de informação sobre o fenómeno da droga que limitam a comparabilidade dos resultados (Bless, Korf & Freeman, 1993) e que guardam paralelo com as respectivas políticas para o problema das drogas, o alinhamento dos dados disponíveis tem proporcionado um retrato da situação suficientemente compreensivo e regista-se uma nítida tendência de aproximação de critérios. De qualquer modo é consensual o reconhecimento da necessidade de informação sobre o fenómeno da droga para intervir responsavelmente nesta problemática - a necessidade de monitorizar as intervenções e controlar os seus efeitos. É reconhecida também a penúria dessa informação, (Zwart, 1996).

2. METODOLOGIA

População

Foi estudada a população toxicodependente em tratamento nos CATs. Em 1997 havia CATs e extensões cobrindo todos os distritos do país, o que significa mais quatro pontos de consulta que em 1996.
Para a implementação deste estudo tem sido pedido aos directores dos CATs que providenciem o apoio logístico local bem como a sua divulgação junto dos terapeutas. Aos terapeutas pede-se que preencham um questionário por cada doente consultado nesses dois dias definindo assim a amostra.

Amostra

A metodologia de amostragem constitui um corte sagital correspondendo a dois dias de consulta do mês de Novembro (4ª e 5ª feira) em todos os CATs do país, procedimento em tudo semelhante ao dos anos anteriores. Os critérios de inclusão na amostra foram:

— ser toxicodependente em tratamento num CAT;
— estar presente na consulta em um dos dois dias determinados para o estudo.

Como critério de exclusão:

— apesar de toxicodependente, estar presente no CAT nos dias do estudo por qualquer outra razão fora do quadro de uma consulta, tal como ocorre na administração de metadona ou numa reunião de acolhimento.

Instrumento de notação

O instrumento de notação descende do elaborado em 1991 para o primeiro estudo sagital. Trata-se de um formulário sucinto de escolha múltipla que permite ser respondido em poucos minutos pelo terapeuta para cada consulta realizada nos dois dias em que o inquérito foi aplicado. Houve a preocupação de manter inalterada a estrutura deste primeiro questionário tendo sido alargado, nos anos seguintes, o espectro das perguntas, de modo a obter uma caracterização da população toxicodependente e ulteriormente, dos comportamentos.
Em 1997 as variáveis inquiridas foram as seguintes:

1. Caracterização sócio-demográfica:

— sexo,
— idade,
— classe etária,
— escolaridade,
— estado civil,
— situação laboral,
— residência.

2. Caracterização dos hábitos de consumo:

— Droga principal e droga secundária actuais, i.e. à data da consulta (heroína, cocaína ou estimulantes, cannabis, ou álcool).
— Tempo total de abuso - relativo à droga principal e registado em anos ou meses.
— Via de administração - também da droga principal, endovenosa ou fumada.
— Partilha de seringas - foram inquiridos antecedentes de partilha de material de injectar em toda a vida e no mês anterior à presente consulta.

3. Caracterização do tratamento:

— Número de consultas anteriores - no presente centro e número de consultas no último ano.
— Tipo de intervenção terapêutica - intervenção principal e associada que podia ser medicamentosa, terapia de grupo, terapia familiar, psicoterapia, socioterapia e grupo de acolhimento.
— Frequência da consulta - diária, bissemanal, semanal, quinzenal, mensal ou ocasional.
— Tipo de psicofármacos utilizados – discriminando a medicação principal e a associada. As escolhas eram (fármacos ou grupos) as seguintes: Naltrexona, Metadona, Tranquilizantes, Antidepressivos e Alfa-2-Agonistas.

4. Caracterização da situação clínica:

— Sintomas residuais actuais - de privação, depressão, ansiedade, insónias ou outros.
— Situação quanto ao HIV - se é ou não portador do vírus ou se não fez testes e, portanto, desconhece.
— Situação quanto aos vírus da hepatite - também se é ou não portador do vírus ou se desconhece a sua situação.
— Resultado do teste de tuberculina - se tem ou não imunidade ou se desconhece a sua situação.

5. Caracterização dos resultados:

— Resultados sobre os consumos – medido em tempo (meses ou semanas) de abstinência de drogas até ao momento da presente consulta.
— Resultados sobre a reinserção sócio-laboral - é inquirida a melhoria de três tipos de relações: familiares, profissionais e sociais, avaliada pelo terapeuta.
— Contactos com o meio da droga - se foi ou não feito o corte com o meio da droga.
— Actividade profissional ou académica existente ou não.

Análise dos resultados

Os dados foram sujeitos a um tratamento estatístico descritivo de contagem da frequência de ocorrência das variáveis na totalidade da amostra. Dada a grande prevalência dos dependentes de heroína na amostra onde representam 95,4% da totalidade, o tratamento analítico das variáveis foi feito exclusivamente sobre estes doentes. Tal como em anos anteriores daremos especial ênfase ao estudo de grupos específicos sendo as respectivas variáveis usadas como dependentes. Empregou-se o teste do Qui quadrado para avaliar a significância dos resultados. O processamento das respostas e o tratamento estatísitco foi realizado na ODEC, Lisboa, segundo um formato definido pelo autor.

O trabalho de interpretação dos resultados e redacção do presente trabalho foi realizado pelo autor em autonomia relativamente ao SPTT, a instituição avaliada.

3. RESULTADOS

Recebemos 1228 respostas o que representa um aumento de 18,4% relativamente ao ano anterior. Em 1996 o número de pontos de consulta cresceu de 35 para 39.

3.1 Caracterização da Amostra

A distribuição da amostra por sexo é de 77,5% para o sexo masculino (952) e 18,8% para o sexo feminino (231). Não responderam 3,7% (45).

A idade média da amostra é de 28,2 anos (DP=6,2 anos). A distribuição por grupos etários é: com menos de 19 anos, 4,7% (58), entre os 20 e os 24 anos, 24,4% (300), entre os 25 e os 29 anos, 30,0% (369), entre os 30 e os 34 anos, 21,3% (261), entre os 35 e os 39 anos, 11,7% (144) e com mais de 40 anos, 4,3% (53). Não houve resposta em 3,5% dos casos (43 respostas).

Quanto ao estado civil, 65,6% da amostra (805 sujeitos) são solteiros ou separados e 30,0% (369) são casados ou vivem juntos com alguém. Em 4,4% dos inquéritos não houve resposta (54 casos).

Residem com os pais 82,5% da amostra (966), 11,9% não residem com os pais (139); 5,6% dos inquéritos não tiveram resposta (66).

No que refere à escolaridade, 0,2% dos sujeitos são analfabetos (3), 9,4% têm o ciclo básico (116), o 2º ciclo, correspondendo a 6 anos de escolaridade, são as habilitações de 25,8% (317), o secundário (3º ciclo) é a escolaridade atingida por 49,6% (609), o 12º ano de escolaridade por 6,4% (79), 3,5% (43) são universitários; não houve resposta em 5% dos inquéritos (61).

O uso de heroína é o principal problema de droga em 95,4% dos casos (1171), a cocaína é o problema principal para 1,2% (15 sujeitos) e a cannabis para 1,9% (23). Não houve resposta em 1,5% dos inquétritos (18).

O consumo associado de cocaína existe em 32,6% da amostra (400), o de cannabis em 24,3% (298); o álcool é reportado associado à droga principal por 5,0% da amostra (62); não houve respostas em 36,8% (452) inquéritos.

A duração média do abuso da droga principal na amostra é de 8 anos e um mês. Um tempo total de uso da droga principal inferior a 2 anos acontece em 11,6% da amostra (142), 36,6% têm uma história de uso de droga principal entre 2 e 6 anos (450 sujeitos), entre 6 e 10 anos há 26,8% (329) e com mais de 10 anos 19,2% (236); 5,8% dos inquéritos não tinham resposta (71).

A via de administração actual da droga principal é a endovenosa em 41,9% dos casos (514), referindo-se à subamostra dos utilizadores de heroína, e a fumada em 47,8% (587 das respostas); não tivemos resposta 10,3% (127).

A história de partilha de seringas existe para 40,1% (492) dos dependentes de heroína, e é negada por 47,1% (578); não houve resposta em 12,9% dos casos (158).

A partilha de seringas no último mês prévio à presente consulta é reportada por 12,6% (62) dos que alguma vez partilharam seringas e negada por 80,1% (394); não deram resposta em 7,3% dos inquéritos (36).

Quanto ao VIH está testado 81,6% da amostra (1002) existindo 13,0% de não testados (160); 11,6% são seropositivos (143) e 70,0% dos casos testados são VIH negativos (859).

Quanto aos marcadores das hepatites virais está testada 80,5% da amostra (988) existindo 11,2% de não testados (138); 23,0% são positivos para a hepatite B (282), 21,1% são positivos para a hepatite C (259) e 36,4% dos casos testados são negativos (447).

Quanto à imunidade para o bacilo de Koch 23,2% da amostra (285 pessoas) está testada, 61,8% não está testada; são positivos 1,8% (22) e negativos 21,4% (263) da amostra estudada.

A abstinência dos consumos de drogas é o objectivo terapêutico mais assinalado em 65,8% dos casos (770), segue-se a prevenção de recaídas em 52,3% dos casos (613), a reinserção psico-social em 42,3% dos casos (495), o controlo de sintomas em 15,0% dos casos (176) e o apoio a situações limite em 7,6% dos casos (89). Foram assinalados outros objectivos terapêuticos em 5,7% dos casos (67); não houve resposta em 1,7% dos inquéritos (20).

A abordagem terapêutica mais utilizada em exclusivo é a psicoterapia em 19,1% dos casos (235); a psicofarmacoterapia exclusiva é usada em 6,8% da amostra (83). A psicofarmacoterapia com psicoterapia associada é usada em 19,2% dos casos (236) enquanto as psicoterapias com psicofarmacoterapia associada são usadas em 23,5% dos casos (288).

A abordagem terapêutica julgada principal é a psicoterapia em 44,5% da amostra (547), a psicofarmacoterapia em 29,0% (356), a terapia de grupo em 5,4% (66), a terapia familiar em 2,5% (31), o grupo de acolhimento em 0,7% (8) e a socioterapia em 1,7% (21). Não houve resposta em 16,2% dos casos (199).

Dos toxicodependentes em psicofarmacoterapia exclusiva ou associada (N=687) a medicação principal mais prescrita é a naltrexona em 53,3% da população (366), segue-se a metadona prescrita a 19,4% doentes (133), os tranquilizantes prescritos a 7,3% (50) e os alfa-2-agonistas a 5,1% (35) dos casos.

O número médio de consultas anteriores, excluindo a presente consulta, é de 25,6 (DP=38,0) por doente (N=608). O número médio de consultas anteriores no último ano, excluindo a presente consulta é de 12,8 (DP=16,6) por doente (N=953).

A frequência das consultas é bissemanal para 3,0% (37) dos casos, semanal para 34,3% (421), quinzenal para 31,5% (387), mensal para 17,6% (216) e ocasional para 7,5% dos casos (92). Não houve resposta para 6,1% dos casos (75).

Considerando os resultados à data da consulta sobre o sintoma consumo da droga principal, a abstinência há mais de uma semana acontece em 67,0% (822) da

totalidade da amostra, dos quais 26,2% (322) estão abstinentes há mais de 6 meses, 11,2% (137) há mais de 3 meses, 16,9% (207) há mais de 1 mês e 12,7% (156) há mais de uma semana. Mantêm consumos 23,3% (287) dos doentes dos quais 14,3% com as mesmas quantidades, 7,9% reduziram as doses, 0,4% aumentaram-nas (5) e 1,1% mudaram de droga de abuso (13). Não obtivemos resposta em 9,2% dos inquéritos (108).

O sintoma actual clinicamente mais relevante é a ansiedade em 13,3% doentes (163), as insónias em 8,7% (107), os sintomas de privação em 6,4% dos indivíduos (79), a depressão em 12,2% (150), a agressividade em 4,6% (56 casos). Não foram reportados doentes psicóticos. Não foram assinalados sintomas em 54,8% da população (673 casos).

Da totalidade da amostra 57,7% dos casos (709) trabalham ou estudam, 35,9% não trabalham nem estudam (441). Em 6,4% dos casos não houve resposta (78).

A melhoria do funcionamento familiar social ou profissional foi conseguido por 72,2% dos dependentes de heroína (679) enquanto 27,8% (261) não melhoraram as suas relações sociais a nenhum nível. Não houve resposta em 40 casos.

A ruptura com o meio da droga avaliada pelo terapeuta acontece em 57,2% (670) dos dependentes de heroína e não se deu em 30,9% (362) da subamostra; (127 não respostas).

3.2 Estudo de populações específicas

Tal como nas anteriores edições dos estudos sagitais estudámos subamostras escolhidas em função do seu interesse estratégico. Assim, fixámos, sucessivamente, como variável independente, as consultas acumuladas, a terapêutica principal e a associada, o tipo de psicofármacos utilizados e os resultados clínicos sobre os consumos.

Nos quadros seguintes apenas são mostrados os resultados estatisticamente significativos.

3.2.1 Características da amostra quanto às consultas acumuladas

Considerando o número de consultas anteriores como relevante na caracterização de padrões distintos de utilização dos recursos disponibilizados nos CATs, à semelhança do que foi realizado em edições anteriores do estudo, clivámos a amostra em três subamostras de dimensões comparáveis. A subamostra com menos de seis consultas integra 11,6% da amostra total (136), a dos que têm entre seis e dezasseis consultas, 15,9% do total (186) e a subamostra com mais de dezasseis consultas integra 22,6% (265) da amostra total. Não responderam a esta questão 49,9% dos inquéritos (584). Note-se que, nos estudos iniciais, a estes critérios de clivagem, correspondiam subamostras de dimensões muito próximas; com a maior retenção em consulta, a primeira subamostra encolheu relativamente às restantes.

As características sócio-demográficas não distinguem os grupos com excepção do melhor nível educacional e mais idade no grupo com mais de 16 consultas. Este grupo tende a ter histórias de toxicodependência mais duradouras e carregadas: maior utilização da via EV e história de partilha de seringas, uso associado de álcool; e mais complicações: testes positivos para as hepatites B e C. A resposta institucional tende a ser psicoterapêutica, quinzenal e uso associado de fármacos.

O grupo com consultas entre seis e dezasseis tende a estar a trabalhar ou estudar, a estar testado para o VIH e hepatites mas não para o BK, e a estar contagiado com o vírus da hepatite C. A resposta institucional tende a ser psicoterapêutica, mensal ou ocasional, recorrendo a fármacos e/ou à naltrexona.

O grupo com menos de seis consultas tende a não trabalhar nem estudar, a ter história de partilha de seringas, a não estar testado para o VIH, para as hepatites ou para o BK e a mais frequentemente apresentarem depressão. A resposta institucional tende a ser mais intensiva: semanal, tranquilizantes, uso associado de antidepressivos.

3.2.2 Características da amostra quanto à terapêutica principal e associada

Considerando as quatro terapêuticas prevalentes na amostra tentou-se a caracterização de perfis de utilizadores de cada modalidade cruzando-a sucessivamente com as características sócio-demográficas, e

Consultas	menos de 6	6-16	mais de 16
Idade - 25-29 anos			28,0%
- >40 anos			42,0%
média etária	28,7; DP=6,4	28,6; DP=5,7	29,5; DP=5,9
sexo - masculino		17,7%	
trabalha ou estuda - sim		17,9%	
- não	15,0%		
escolaridade - 12º			36,6%
- universitário			40,0%
tempo de uso de droga - 6-10 anos			27,6%
última via de administração - EV			27,1%
partilha de seringas - sim			28,9%
partilha no último mês - sim	20,7%		
droga secundária - álcool			33,9%
testes VIH - não testado	19,5%		
- testado		17,5%	26,1%
- VIH -		18,3%	25,9%
testes hepatites - não testado	21,5%		
- testado		17,7%	25,8%
- hepatite B +			30,7%
- hepatite C +		21,5%	28,5%
tuberculina - não testado	13,0%	17,5%	
sintomas actuais - depressão	17,6%		
consultas anteriores acumuladas	3,0; DP= 1,4	19,6; DP=2,9	47,6; DP=48,6
consultas no último ano	8,4; DP=11,1	10,0; DP=7,0	16,9; DP=17,4
frequência de consultas			
semanal	14,9%		
quinzenal			27,6%
mensal		24,8%	
ocasional		27,0%	
terapêutica principal - psicoterapia		19,1%	29,3%
- terapia de grupo	73,0%		
terapêutica associada - fármacos		22,7%	29,3%
medicação principal - naltrexone		22,2%	
- tranquilizantes	26,5%		
medicação associada			
antidepresivos	36,8%		
resultados - abstinente			25,7%
- mantém consumos	16,6%		
trabalha ou estuda - sim		17,9%	
- não	15%		
regularizou relações - sim			24,9%
- não	16,4%		
ruptura c/ meio da droga - sim			25,7%
- não	14,9%		

Quadro 1 - Percentagens na horizontal, isto é, para cada condição mencionada à esquerda, a percentagem dos que têm menos de 6 consultas anteriores, de 6 a 16 e mais de 16. ($p<0,05$).

	só fármacoterapia	só psicoterapia	fármaco + psicoterapia	Psicoterapia + fármaco
média etária	28,1 DP=5,8	28,3; DP=6,3	29,1; DP=6,3	28,0; DP=6,0
grupo etário - 20-24A		23,2%		
- 35-38A			27,5%	
escolaridade - primária			27,7%	
- universitário		32,5%		
tempo de uso de droga principal	7A 8M DP=55	7A 3M DP=53	8A 5M DP=64	6A 9M DP=51
droga secundária - cocaína				27,8%
- canabis	9,5%		25,0%	
- álcool				35,5%
última via de administração - EV	8,8%			
- fumada				28,6%
partilha de seringas - sim			28,4%	
testes VIH - não testado	11,4%			
- testado			20,7%	25,8%
- VIH -		20,3%		27,9%
testes hepatites - não testado	11,5%			
- testado		19,9%		26,1%
- hepatite B +				
- hepatite C +				28,5%
tuberculina - não testado				27,8%
frequência de consultas				
quinzenal				33,0%
mensal			26,7%	
ocasional		19,1%		
consultas anteriores acumuladas	16,0 DP=17	27,2 DP=37	20,0 DP=19	29,3 DP=41
consultas no último ano	9,5 DP=9	12,7 DP=12	11,5 DP=12	13,2 DP=11
sintomas actuais - privação	14,1%			
- insónias	13,3%		30,5%	
medicação principal - naltrexone				56,2%
- metadona			53,4%	
medicação associada				
tranquilizantes			47,5%	
resultados - abstinente				29,8%
- mantém consumos	12,1%	23,0%		
trabalha ou estuda - sim		22,7%		27%
- não	9,2%		22,8%	
vive c/família - sim				25,1%
regularizou relações - sim				24,9%
- não	12,1%			
ruptura c/ meio da droga - sim				29,9%
- não	9,7%			

Quadro 2 - Percentagens na horizontal, isto é, para cada condição mencionada à esquerda, a percentagem dos que mantêm ou não sintomas (resultados significativos para p<0,05).

clínicas, a restante caracterização terapêutica e os resultados obtidos.

A psicoterapia em exclusivo (19,1% da amostra) associa-se ao grupo etário 20-24 anos, a trabalhar ou estudar, a ser VIH - e a estar testado para as hepatites e a ter suspendido os consumos há mais de seis meses - 27,2% dos que o fizeram estão em psicoterapia, mas 26,3% mantém os consumos.

A psicofarmacoterapia exclusiva (6,8% da amostra) associa-se a não trabalhar ou estudar, ao uso actual de cannabis, à via EV como última via de administração de drogas, a não estar testado para o VIH nem para as hepatites, a uma frequência ocasional de consultas, ao síndrome de privação e a insónias. Dos que mantém os consumos 14,4% estão em farmacoterapia exclusiva.

A psicoterapia com psicofarmacoterapia associada (23,5% dos casos) associa-se a trabalhar ou estudar, ao uso de cocaína, ao uso de álcool, à via inalatória como última via de administração de drogas, a estar testado para o VIH, a ser negativo para o VIH, a estar testado para as hepatites, a ser positivo para a hepatite C, a não estar testado para o Bacilo de Koch, a uma frequência quinzenal de consultas e a estar a fazer naltrexona. Dos que suspenderam os consumos há mais de 3 meses 32,6% têm esta terapêutica, tal como 37,5% dos que o fizeram há mais de um mês, e 31,1% dos que que suspenderam há mais de uma semana.

A psicofarmacoterapia com psicoterapia associada (19,2% dos casos) associa-se ao grupo etário 35-39 anos, a não trabalhar nem estudar, ao uso actual de cannabis, a história de partilha de seringas, a estar testado para o VIH, a uma frequência mensal de consultas, a insónias, a estar em metadona e a estar com tranquilizantes.

3.2.3 Características da amostra por tipo de psicofármacos

Com a finalidade de identificar eventuais perfis de utilizadores dos diferentes fármacos empregues no tratamento da dependência de heroína procurámos as associações significativas entre as características sócio-demográficas e de hábitos de consumo de drogas dos doentes e cada medicamento referido. Os resultados significativos são apresentados no quadro seguinte:

A maioria do grupo etário 25-29 anos (67%) faz naltrexona, tal como faz naltrexona 70% dos que trabalham ou estudam, 73% daqueles cuja última via de administração de heroína foi fumada, 68% dos que estão em consultas com uma frequência mensal, 63% dos que são VIH-, 70% dos que têm serologias das hepatites negativas, 67% dos não testados para o Bacilo de Koch e 71% dos que afirmam nunca ter partilhado seringas.

Cerca de 31% das mulheres fazem metadona, a única associação com o género. Quanto à escolaridade 39,7% dos que têm instrução primária fazem metadona. A metadona é mais prescrita nos grupos etários mais idosos: a 39% dos do grupo 35-39 anos e a 69,2% dos que têm mais de 40 anos; a idade média destes doentes é 32,2 anos quando a média da amostra total é 28,4 anos. Daqueles cuja escolaridade se restringe à primária 40% estão em metadona. Da subamostra que não estuda nem trabalha 28% estão em metadona tal como 41,9% dos que têm um tempo de uso de drogas superior a 10 anos, 35% daqueles cuja última via de administração de drogas foi a EV, 33% dos que partilharam seringas; estão em metadona 24% dos testados para o VIH tal como 51% dos VIH+, 24% dos que fizeram a serologia das hepatites, 35%

	sexo	escolarid	est civ	idade M	idade	trab/estud	temp abus	última via	consultas acumuladas	consultas último ano	freq consulta	partil sering
Naltrex				27,7	25-29 A	sim		fum	21,6	12,5	mensal	não
Metad	fem	primária		32,2	35-39 e >40	não	> 10 A	ev	34,4		15,5	sim
Tranq				27,7		não	2-6 A		25,8	7,3	semanal	
Antidep			solt	28,0					38,4	16,3		
a-2-agon				26,5	20-24 A				14,5	13,4	semanal	

Quadro 3 - Resultados significativos para p<0,05; N=1171.

dos portadores do vírus da hepatite B e 29% dos portadores do vírus da hepatite C; 41% dos testados para o Bacilo de Koch estão em metadona tal 40% dos que são negativos neste teste.
Não trabalham nem estudam 15,5% dos que usam tranquilizantes, 11,7% dos que têm entre 2 e 6 anos de consumo de heroína usam tranquilizantes, tal como13,5% dos que têm uma frequência de consulta semanal.
Dos solteiros ou separados 5,9% usam antidepressivos.
Do grupo etário 20-24 anos 11,4% estão com a-2-agonistas tal com estão com a-2-agonistas 13,5% dos que têm uma frequência de consulta semanal.

3.2.4 Características da amostra por psicofármacos e por resultados

O quadro mostra os resultados terapêuticos explorados em relação ao psicofármaco instituído.
Fazem naltrexona 77% dos que estão em psicoterapia com medicação associada. Dos que vivem com a família 62,3% estão em naltrexona tal como 70,0% dos abstinentes, 67,8% dos que regularizam algumas das suas relações e 69,0% dos que rompem com o meio da droga.
Fazem metadona 33% dos que estão em farmacoterapia com psicoterapia associada. Dos que não vivem com a família 35,9% estão em metadona.
Fazem tranquilizantes 17,6% dos que estão deprimidos, 37,5% dos que mantém consumos, 24,6% dos que não regularizam nenhumas das suas relações, 18,8% dos que não rompem com o meio da droga.
Fazem antidepressivos 12,3% dos que não regularizam nenhumas das suas relações.
Fazem a-2-agonistas 17,2% dos que não regularizam nenhumas das suas relações e 13,6% dos que não rompem com o meio da droga.

3.2.5 Características dos abstinentes e dos que mantém consumos

Considerando abstinentes os casos de suspensão dos consumos de drogas ilícitas superior a um mês (N=634), correspondendo a 54,1% da amostra total, comparámo-los com os que mantém os consumos, independentemente de os terem reduzido ou aumentado (N=265), perfazendo 22,6% da amostra. O quadro mostra as características significativas das duas subamostras.
A abstinência associa-se ao género masculino, a uma idade superior a 40 anos, a trabalhar ou estudar, ao uso actual do álcool, a um tempo de uso de drogas inferior a dois anos, à via inalatória de administração de drogas, à não partilha de seringas, a serem VIH -, hepatite B - mas hepatite C+. A resposta institucional associa-se à psicoterapia, à naltrexona ou à metadona como medicação principal e à frequência de consulta quinzenal mas especialmente à mensal.
A não abstinência associa-se ao género feminino, a não trabalhar ou estudar, ao uso da via EV, à partilha de seringas e à partilha de seringas no último mês antes do tratamento. A resposta institucional associa-se à farmacoterapia, ao uso de tranquilizantes os a-2-agonistas e à frequência semanal ou ocasional de consultas.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

O estudo de populações em tratamento, tal como o estudo de populações prisionais, constitui a face mais visível da toxicodependência; reúne aqueles cujos padrões de consumo tiveram consequências negativas, seja a nível de um funcionamento psicológico julgado insatisfatório, seja porque conduziram à transgressão de normas legais. Embora à instituição de saúde interesse particularmente obter

	abstinência	sintomas	trab/estud	terapêutica principal	vive c/famíl	regulariza relações	rompe c/MD
Naltrexona	sim	sem	sim	psicoterapia	sim	sim	sim
Metadona		sem	não	medicação	não		
Tranquilizantes	não	com	não			não	não
Antidepressivos		com				não	
a-2-agonistas		com				não	não

Quadro 4 - Resultados significativos para p<0,05); N=666.

	abstinente	manté
consumo		
sexo - masculino	55,7%	
- feminino		30,5%
média etária	28,8; DP=6	28,2; DP=5
idade - >40 anos	68,0%	
tempo de uso		
da droga principal	7A 5M DP=58	7A 6M DP=55
uso da droga principal		
inf a 2 anos	62,5%	
sintomas actuais		
- sínd. privação		78,2%
droga secundária - alcool	67,7%	
última via		
de administração - EV		26,3%
- fumada	60,2%	
partilha de seringas - sim		25,8%
-não	59,1%	
partilhou seringas		
no últ. mês - sim		44,8%
- não	56,3%	
intervenção terapêutica principal		
psicoterapia	62,9%	
medicação		40,5%
intervenção terapêutica associada		
medicação	62,9%	
objectivos terapapia		
abstinência		27,1%
apoio situações limite		43,8%
controlar sintomas		29%
prevenir recaídas	66,1%	
medicação principal		
naltrexona	72,2%	
metadona	65,6%	
tranquilizantes		61,2%
alfa-2-agonistas		57,1%
consultas anteriores		
acumuladas	28,9 DP=42	19,8 DP=26
consultas no último ano	14,0 DP=15	10,6 DP=16
consulta		
semanal		29,5%
quinzenal	61,1%	
mensal	91,7%	
ocasional		47,2%
análises		
HIV-	61,4%	
Hepatite B -	64,1%	
Hepatite C +	61,7%	
Tuberculina -	62,8%	
trabalha ou estuda - sim	67,4%	
- não		33,1%
vive c/ família - sim	55,6%	
ruptura c/ meio da droga - sim	78,2%	
- não		9,7%

Quadro 5 - Percentagens na horizontal, isto é, para cada condição mencionada à esquerda, a percentagem dos que estão ou não abstinentes (resultados significativos para p<0,05).

informação sobre os seus utentes, é relevante conhecer as necessidades terapêuticas de outras populações no sentido de lhes poder proporcionar uma resposta eficaz, e, é claro, estes resultados não retratam essas populações. Mesmo no interior da amostra, os resultados, se dão um panorama do problema das drogas na sua vertente assistencial, falham em identificar populações particulares com necessidades específicas. Na verdade, a própria análise bivariada ao excluir variáveis pouco representativas que iriam impossibilitar o tratamento de dados, distorce-os centrando os resultados nos valores médios, nos padrões prevalentes e nas associações entre variáveis mais habituais.

No entanto os resultados terapêuticos conseguidos com esta população são muito aceitáveis - 67% abstinentes há mais de uma semana, embora ligeiramente inferior ao resultado de 1996, 71,1% da totalidade da amostra, mantém o mesmo nível de qualidade dos anos transactos, quer no que refere ao controlo dos consumos quer no que toca à reinserção e à ruptura com o meio da droga. A tese de que a melhor forma de prevenção primária é a prevenção secundária, i.e., de que a melhor maneira de diminuir a prevalência da toxicodependência na população geral é tratar os toxicodependentes, encontra aqui alguma justificação (Gersteis & Green, 1993).

Alguns autores têm apontado factores pessoais, como o menor envolvimento com o meio das drogas, menos complicações relacionadas com as drogas, a existência de estabilidade e suporte social, a motivação para o tratamento, ou factores sócio-demográficos como estando associados a uma melhor resposta terapêutica ou, meramente com uma maior retenção em tratamento (Baekelund & Lundwall, 1975). Outras séries sugerem que a existência de depressão ou mal estar psicológico pode ser um factor de retenção em tratamento. De uma forma geral os nossos resultados têm mostrado uma ausência de associação, ou apenas associações ocasionais entre as características sócio-demográficas e a resposta terapêutica. Apenas o género condiciona o comportamento da amostra sendo o sexo feminino em geral um factor de pior evolução. Na verdade a percentagem de mulheres toxicodepen-

dentes com maus resultados é superior à dos homens; mantêm mais sintomas e têm mais dificuldade na inserção social através do trabalho ou do estudo. A resposta terapêutica que lhes é proporcionada é também diferente: estão mais frequentemente em metadona ou em consulta semanal. Se a primeira situação se explica pelo acesso preferencial que têm a lugares em programas de metadona pela circunstância da gravidez em mulher toxicodependente, a segunda parece reflectir uma maior preocupação com esta subpopulação.

Por outro lado, a abstinência dos consumos associa-se a uma história de uso de drogas menos carregada não confirmando a hipótese do "é preciso bater no fundo". Um resultado interessante é a maior percentagem de abstinentes de drogas ilícitas entre os medicados com naltrexona do que entre os medicados com metadona, provavelmente segue a mesma explicação: os casos são seleccionados para metadona também em função da gravidade da história clínica.

Relativamente à questão da relação entre maior retenção em tratamento e os respectivos resultados, neste estudo mantêm-se a tendência registada em anos anteriores de, ao número mais elevado de consultas anteriores, se associar uma história de drogas mais arrastada e nociva, e, contudo, relativamente bem sucedida em termos de reinserção. O consumo de consultas pelos toxicodependentes segue, assim, um critério de gravidade: a subamostra com mais de 16 consultas tem histórias de droga mais complicadas que a subamostra que tem entre 6 e 16 consultas. A subamostra com menos de 6 consultas não obteve ainda efeitos terapêuticos significativos.

Este ano mantêm-se a tendência a um maior espaçamento das consultas o que sugere um aumento da população servida pelos CATs maior que o crescimento de 18,4% na dimensão da amostra relativamente a 1996. Na valorização deste achado tem que se tomar em conta existirem mais quatro pontos de atendimento e a evolução do próprio quadro de terapeutas.

A farmacoterapia tende a ser utilizada nas fases iniciais do tratamento, ou em doentes com um padrão de consultas ocasional, com o objectivo de controlar sintomas. No que toca à metadona continua a verificar-se um padrão restritivo marcado pelas características de gravidade da população servida. A psicoterapia com naltrexona associada parece servir uma população que mantém alguns consumos de cocaína e álcool mas com resultados favoráveis em termos de reintegração.

Comparativamente com os resultados dos anos anteriores (Felix da Costa et al, 1993, 1994, 1996, 1997), mantêm-se as tendência ao envelhecimento da população (de 27,0 em 1996 para 28,2 em 1997), a par de maior tempo de uso da droga principal - cresceu de 14% para 19% as pessoas com um tempo de uso da droga principal superior a 10 anos, manutenção da tendência de aumento do consumo associado de cocaína (subiu de 28% para 32,6%), enquanto desceu o de canabis, tornando-se menos frequente que o de cocaína, diminuiu a percentagem dos utilizadores da via endovenosa (de 44,7% para 41,9%) mas, curiosamente, cresce a percentagem dos que reportam história de partilha de seringas e partilha no mês anterior à consulta (de 8,4% para 12,6%) sugerindo existir um sector da população toxicodependente muito pouco permeável às abundantes mensagens preventivas da transmissão do VIH e de redução de riscos. O álcool aparece pouco referenciado nos consumos associados à droga principal e raramente aparece como droga principal. Dada a tolerância cultural para o álcool, pode acontecer dar-se uma desvalorização da gravidade das consequências do seu abuso, particularmente nocivas para os usuários concomitantes de outras drogas. Noutros países o problema do álcool é tratado a par das restantes drogas e, dadas as semelhanças entre psicopatogenias e problemáticas, poderia fazer sentido seguir esta opção já que a clivagem lícito/ilícito não parece relevante neste contexto.

São desde há muito reportados os riscos acrescidos de morbilidade e mortalidade entre os toxicodependentes (Bewley et al, 1968). Em países como a Grã-Bretanha existem registos governamentais (inconstitucionais em Portugal e pouco defensáveis) de etapas na carreira do toxicodependente que permitem monitorizar a nocividade das drogas e controlar os resultados dos tratamentos, mesmo quando se tratava de manutenção em heroína (Bewley et al, 1968).

Em função desta análise é possível planear formas de intervenção. Em Portugal os dados restringem-se a populações em tratamento ou judiciárias. No caso da mortalidade por SIDA os toxicodependentes continuam a ser a categoria de transmissão mais representada - 39,9% do total de casos em Portugal em 1998, embora possa estar a acontecer, pela primeira vez, uma inversão da tendência de crescimento de novos casos diagnosticados, tal como aconteceu com os totais nacionais divulgados pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida. Neste estudo sagital houve ainda um significativo aumento de 7,5% em 1996 para os actuais 11,5% em 1997 dos casos de seropositividade para o VIH. Esperemos uma redução para 1998.

No que refere à serologia das hepatites, pela primeira vez este ano foi discriminada a resposta para as hepatites B e C resultando dados não comparáveis já que a positividade de uma pode ser acumulada com a de outra. Contudo, a soma de ambas - 44,1%, corresponderia ao valor máximo possível, é próximo do resultado de 1996 - 40,1%; por outro lado, desceu a percentagem de serologias negativas - de 39,6% para 36,4%, o que faz pensar manter-se ainda a tendência de aumento da positividade para as hepatites.

A amostra não se encontra suficientemente estudada quanto à imunidade para o Bacilo de Koch e não houve uma melhoria desta situação no decorrer do ano.

Continua a verificar-se uma significativa consistência interna nos resultados produzidos pela metodologia sagital de avaliação, quer quanto aos resultados produzidos cada ano, quer se perspectivados através das suas sete edições (Felix da Costa & Freire, 1998). Poderia ser interessante realizar uma avaliação cruzada que confirmasse estes resultados, entre muitas outras iniciativas de investigação possíveis numa área sobremaneira carenciada. ■

Nuno Felix da Costa
Contacto:
Rua da Misericórdia, 76
1200 - Lisboa
Telef.: 321 01 00

Agradecimentos: O autor agradece a colaboração de todos os terapeutas dos CATs do SPTT, bem como às respectivas direcções, nas avaliações clínicas dos seus doentes sem as quais este estudo não seria realizado.

BIBLIOGRAFIA

BAEKELUND, F & LUNDWALL, L (1975). Dropping out of treatment: A critical review. Psychol Bull, 82, 738-783.

BEWLEY, TH, BEN-ARIE, O & JAMES, IP (1968). Morbidity and mortality from heroin dependence 1: Survey of heoin addicts known to home office. British Medical J, 1, 725-726.

BEWLEY, TH & BEN-ARIE, O (1968). Morbidity and mortality from heroin dependence 1: Study of 100 consecutive inpatients. British Medical J, 1, 727-730.

BLESS, R, KORF, D & FREEMAN, M (1993). Urban Drug Policies in Europe 1993. The Amsterdam Bureau of Social Research and Statistics.

COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA, (1998). SIDA - A situação em Portugal a 30 de Junho de 1998. Instituto Nacional de Saúde, Lisboa.

DELEON, G, WEXLER, HK & JAINCHILL, N (1982). The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment. Int J Addict, 17, 703-747.

DE ZWART, WM (1996). Treatment and assistance. In ed. IP Spruit, Trimbos-institut. The Dutch Annals of Addiction - 1996. Utrech.

FAUPEL, CE & HANKE, PJ (1993). A comparative analysis of drug-using women with and without treatment histories in New York City. The Intern J Addictions. 28, 233-248.

FELIX DA COSTA, N (1993). Dois dias de consultas de toxicodependências em Portugal. Acta Med Port, 6, 507-516.

FELIX DA COSTA, N, VIANA L & CORREIA, J (1996). Dois dias de consultas de toxicodependências em Portugal - resultados de 1994. Toxicodependências, 1, 3-20.

FELIX DA COSTA, N, CORREIA, J & FERRAZ DE OLIVEIRA, F (1996). Tratamento da Toxicodependência - estudo sagital de 1995. Toxicodependências, 3, 39-53.

FELIX DA COSTA, N, CORREIA, J & FREIRE, S (1997). Tratamento da Toxicodependência - estudo sagital de 1996. Toxicodependências, 3, 39-53.

FELIX DA COSTA, N & FREIRE, S (1998). Evolução do atendimento de toxicodependentes em Portugal de 1991 a 1996. Toxicodependências, 4, 55-69.

FRENCH, MT (1995). Economic evaluation of drug abuse treatment programes: Methodology and findings. Am J Drug Alchool Abuse. 21, 111-135.

GAINEY, RR, WELLS, EA, HAWKINS, JD & CATALANO, RF (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. Int J Addictions, 28, 487-505.

OBSERVATÓRIO VIDA, (1997). Relatório Nacional do Fenómeno da Droga 1996. Lisboa, 1997.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DAS DROGAS E DAS TOXICODEPENDENCIAS (1997). Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 1997. EMCDDA, Lisboa.