

5

Padrões de Consumo de Álcool em Programas de Substituição de Opiáceos

ANA LEONOR BATISTA HENRIQUES, RUI PAIXÃO

Artigo recebido em 21/05/2009; versão final aceite em 02/11/2009.

RESUMO

Neste estudo avaliam-se os Padrões de Consumo de Álcool (PCA) em utentes em Programas de Substituição com Metadona (PSM) (n=39) e em Programas de Substituição com Buprenorfina (PSB) (n=40). Foram utilizados *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e o *Inventário de Sintomas Breves* (BSI). Os resultados indicam que o PCA está relacionado com o Programa de Substituição, destacando-se uma percentagem significativa de consumo problemático nos doentes em PSM. O PCA é uma função de doses diárias mais elevadas e mais tempo de permanência em tratamento. Associa-se, ainda, ao género masculino, a idades de início de consumo de álcool mais precoces, ao consumo concomitante de cocaína e à presença de perturbação mental. Nos utentes em PSB, o consumo de álcool é menos significativo e parece ser modelado pela situação profissional e pelo consumo concomitante de heroína.

Palavras-chave: Padrões de Consumo de Álcool; Metadona; Buprenorfina; Policonsumos.

RÉSUMÉ

Dans cette étude sont évalués les Standards de Consommation d'Alcool (SCA) chez les usagers des Programmes de Remplacement avec Méthadone (PRM) (n=39) et des Programmes de Remplacement avec buprénorphine (PRB) (n=40). Ont été utilisés *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) et *l'Inventaire des Symptômes Brefs* (BSI). Les résultats obtenus indiquent que le SCA est en rapport avec le Programme de Remplacement, mettant en relief l'existence d'un pourcentage significatif de consommation problématique chez les patients en PRM. Le SCA est associé à des prises journalières plus élevées et des plus longues durées de permanence en traitement. On l'associe, encore, au genre masculin, à un âge précoce de début de consommation d'alcool, à la consommation concomitante de cocaïne et à la présence de perturbation mentale. Chez les usagers en PRB, la consommation d'alcool est moins significative et semble être modelée par la situation professionnelle et la consommation concomitante d'héroïne.

Mots-clé: Standards de Consommation d'Alcool; Méthadone; Buprénorphine; Policonsommation.

ABSTRACT

The present study focus the Patterns of Alcohol Abuse (PAA) in substitution treatment subjects with methadone (n=39) and buprenorphine (n=40). *The Alcohol Use Disorders Identification Test* and the *Brief Symptom Inventory* show that PAA is related with the Substitution Treatment, standing out a significant percentage of a problematic alcohol abuse on PSM users. In this sample, PAA is related with higher daily doses and higher time at the treatment and it can also be associated with manhood, premature beginning of the alcohol use, concomitant use of cocaine and mental disorder presence. On substitution treatment with buprenorphine, alcohol abuse is less significant and appears to be related with professional situation and heroine abuse.

Key Words: Alcohol Abuse Patterns; Methadone; Buprenorphine; Polyabuse.

1 – PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO COM METADONA

Os Programas de Substituição com Metadona (PSM) são uma forma de substituição opiácea amplamente utilizada no tratamento de heroín dependentes. São considerados eficazes, pois retêm os utentes em tratamento, diminuindo o consumo de heroína e os problemas de saúde e criminalidade associados (Bertschy & Calanca, 1993; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2003; Verster & Buning, 2000). No entanto, muitos destes pacientes continuam a consumir diversas drogas, particularmente álcool, com todas as consequências que isso acarreta para o utente e para estes programas.

O uso de bebidas alcoólicas, durante o PSM, potencia os efeitos da metadona (Maremmani & Shinderman, 1999) e expõe o utente a riscos acrescidos (Patrício, 2002), incluindo o de *overdose* (Lowenstein, Gourarier, Coppel, Lebeau, & Hefez 1998). Este fenómeno é agravado pelo facto da investigação ter vindo a evidenciar que muitos destes utentes consomem precocemente, e em excesso, bebidas alcoólicas (Rittmannsberger, Silberbauer, Lehner & Ruschak, 2000; Anglin, Almog, Fisher, & Peters, 1989; El-Bassel, Schilling, Turnbull, & Su, 1993; Schuckit, 1998). Nos estudos de Anglin e colaboradores (1989) e de El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert e Wallace (2001), inclusivamente, a quantidade de consumo de álcool é proporcional ao consumo de heroína: quanto maior o consumo desta substância, menor a probabilidade de consumo de álcool, o que significa, inversamente, uma maior probabilidade de aumento do consumo de álcool durante os programas de substituição com metadona. Este aumento do consumo de álcool funcionaria como uma compensação às doses de metadona estabelecidas no PSM.

De qualquer modo, a investigação na área evidencia dados contraditórios na medida em que alguns estudos sugerem que o consumo de álcool aumenta após a entrada no PSM (Fairbank, Dunteman, & Condelli, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Laíns, 2006), enquanto outros evidenciam que é o tipo de consumo de álcool, antes da entrada em PSM, que é preditivo do tipo de consumo após a entrada no programa (Fairbank, Dunteman, & Condelli, 1993; Stastny & Potter,

1991; Laíns, 2006). No curto prazo, ainda, o PSM pode ter algum efeito na diminuição desses consumos (Caputo *et al.*, 2002), mas esse mesmo efeito parece desaparecer no longo prazo (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Anglin *et al.*, 1989; El-Bassel *et al.*, 2001). Outros estudos têm verificado comportamentos instáveis por parte dos pacientes em PSM, com períodos de consumo elevado interrompidos por períodos de abstinência (Bickel & Rizzuto, 1991).

Stastny e Potter (1991) defendem que o consumo de álcool e de cocaína são os principais responsáveis pela falência dos resultados dos PSM. Mais especificamente, segundo Joseph e Appel (1985), 11% a 26% dos *drop-out* nestes programas estariam relacionados com o consumo de álcool. Outras variáveis associadas a estes consumos excessivos são a falta de ocupação profissional, o baixo estatuto sociocultural, a actividade criminal (Roszell, Calsny, & Chaney, 1986), o maior número de sintomas/problemas psiquiátricos e psicológicos (El-Bassel *et al.*, 1993), o consumo mais frequente de drogas ilícitas e o risco de *overdose* (Best, Gossop, Lehmann, Harris, & Strang, 1999; Ward, Mattick, & Hall, 1998; Wasserman, Weintein, Havassy, & Hall, 1998; Dobler-Mikola *et al.*, 2005; Gossop, Manning, & Ridge, 2006). A população em PSM parece, assim, sofrer de uma dupla adicção e de sintomas psiquiátricos adicionais que podem estar relacionados com estes consumos de álcool (Regier, Farmer, & Mal, 1990; El-Bassel *et al.*, 1993). A co-morbilidade nestes pacientes varia entre 44% (Graham *et al.*, 2001) e 53% (Oken, Blaine, Genser, & Horton, 1997). Taxas semelhantes foram obtidas por Brooner, King, Kidorf, Schmidt e Bigalow (1997). A co-morbilidade psiquiátrica nestes doentes, por outro lado, aparece associada à maior severidade dos consumos.

Outros estudos têm-se focado na relação entre a dose de metadona e o consumo de álcool, assim como de outras drogas, e a presença de psicopatologia nos doentes em PSM (Maxwell & Shinderman, 1999; El-Bassel *et al.*, 1993; Maremmani & Shinderman, 1999; Laíns, 2006). Neste caso, Bertschy e Calanca (1993) sugerem doses de 60mg/dia para a maioria dos pacientes. No entanto, para aqueles que não permanecem abstinentes com a dose determinada,

consideram o aumento dessas doses para 80 mg/dia ou mesmo 100 mg/dia.

Maxwell e Shinderman (1999), Hartel e colaboradores (1995) e El-Bassel e colaboradores (1993), concordam em considerar que doses baixas e inadequadas de metadona (inferiores a 80 mg/dia) levam ao consumo compensatório de opiáceos ilícitos e de álcool. Do mesmo modo, e segundo Maremmani e colaboradores (2000), os utentes com co-morbilidade psiquiátrica e com abuso de álcool concomitante parecem necessitar de uma dose média de metadona mais significativa (84mg/dia) do que os utentes apenas dependentes de heroína (49mg/dia).

2 – PROGRAMAS DE SUBSTITUIÇÃO COM BUPRENORFINA (PSB)

A Buprenorfina tem vindo a ser investigada desde os anos 70 como uma alternativa no tratamento da dependência de opiáceos. Em Outubro de 2002, o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou a buprenorfina sob a forma de comprimidos sublinguais. A buprenorfina é um agonista parcial para o receptor μ e um antagonista parcial para o receptor kappa. Deste modo, como agonista e antagonista parcial e não total, a buprenorfina provoca um efeito sedativo mais suave, assim como parece possuir propriedades anti-depressivas. Causa, ainda, menos dependência física que os agonistas totais e menor risco de depressão respiratória. O efeito da buprenorfina atinge o seu pico 1 a 4 horas depois de tomada a dose inicial, e tem um tempo de semi-vida de 24 a 60 horas (Srivastava & Kahan, 2006).

Uma das consequências do efeito de tecto da buprenorfina consiste no facto da sobredosagem deste químico representar uma menor probabilidade de provocar uma depressão respiratória fatal, em comparação com um agonista total. Este aspecto de segurança pode ser comprometido pelo abuso concomitante de depressores do S.N.C. (benzodiazepinas, álcool e outros opiáceos) ou pela utilização abusiva da buprenorfina.

A buprenorfina pode ser uma alternativa para o tratamento da dependência de opiáceos, embora não substitua a metadona. É viável no contexto de cuidados primários e como escolha inicial em utentes com grande

risco de depressão respiratória, tais como sujeitos mais velhos ou com história de uso de benzodiazepinas. A escolha deste tipo de tratamento depende, também, das preferências, expectativas e experiências de tratamento passadas dos utentes (Srivastava & Kahan, 2006).

Um dos primeiros aspectos a ter em conta, quando se procura comparar o PSM com o PSB, diz respeito às indicações/orientações terapêuticas adoptadas para cada um destes programas. O folheto informativo da buprenorfina, aprovado em 2005 pelo Infarmed, apresenta como contra-indicações ao uso do medicamento: a hipersensibilidade à buprenorfina e/ou qualquer componente do medicamento; a insuficiência respiratória grave; a insuficiência hepática grave; a insuficiência renal grave; a toma de metadona superior a 30 mg/dia; o consumo excessivo de álcool e o *delirium tremens* (Infarmed, 2005). Estas contra-indicações, comparativamente com os critérios de exclusão do PSM, permitem sublinhar alguns aspectos importantes, nomeadamente que o PSB é mais exigente e que, conseqüentemente, o consumo excessivo de álcool tende a ser em menor proporção pelo maior impacto que a buprenorfina tem no fígado e pela menor tolerância ao consumo das duas substâncias devido ao componente antagonista da buprenorfina.

Fortes, Viana e Araújo (2003) avaliaram a eficácia do PSB, estudando as características sociodemográficas, a história toxicológica, os marcadores serológicos das hepatites B, C e do VIH, as dosagens do medicamento e as taxas de permanência em tratamento. Concluíram que os indivíduos menos estruturados devem ser submetidos a outras orientações terapêuticas.

Fischer e colaboradores (1999) e Schottenfeld e colaboradores (2005) sublinham que o PSM apresenta uma maior taxa de retenção do que o PSB. No entanto, indicam que a buprenorfina pode ser uma boa alternativa no tratamento da dependência de opiáceos em grupos específicos.

Ahmadi (2003) sugere que a metadona é mais eficaz que as pequenas doses de buprenorfina (1mg/dia), mas que não se verificam diferenças significativas quando são usadas doses de 3mg/dia e 8mg/dia de buprenorfina. No mesmo sentido, Maremmani e colaboradores (2007)

concluíram que o PSM e o PSB são ambos eficazes na redução do consumo de opiáceos e na melhoria da qualidade de vida. Contudo, ao contrário do que acontece no PSM, o PSB a longo prazo pode, também, ser eficaz na redução do consumo de álcool por este ser uma das contra-indicações à prescrição de buprenorfina.

3 – METODOLOGIA

3.1 – Objectivos e procedimentos

O aumento do consumo de álcool nos pacientes heroíno-dependentes em programas de substituição tem sido descrito na literatura como significativamente problemático, especialmente quando o regime de substituição é feito com metadona (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Bickel & Rizzuto, 1991; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999; Laíns, 2006). Com a buprenorfina o problema parece ser menos evidente, desde logo porque o PSB se apresenta como mais exigente, pois o consumo excessivo de álcool é uma das contra-indicações à sua prescrição (Fischer *et al.*, 1999; Maremmani *et al.*, 2007). É neste enquadramento que o trabalho a seguir apresentado tem como principal objectivo a avaliação do padrão de consumo de álcool (PCA) em heroíno-dependentes em PSM e PSB. Nesta avaliação considera-se a provável relação entre as dosagens diárias do medicamento de substituição e o PCA, uma vez que doses baixas e inadequadas, em especial de metadona (inferiores a 80 mg/dia), parecem estar relacionadas com o consumo de outras drogas e álcool (Maxwell & Shinderman, 1999; Hartel *et al.*, 1995; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999). Serão, ainda, analisadas, a importância das variáveis sociodemográficas (como o género, a situação profissional, as habilitações literárias e a idade de início de consumo de álcool) e clínicas (psicopatologia e idade de início do consumo de heroína) nos PCA (Roszell *et al.*, 1986; Stastny & Potter, 1991; Joseph & Appel, 1985; El-Bassel *et al.*, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000). Neste caso, espera-se que o início de consumo de heroína mais precoce se associe a consumos de álcool menos problemáticos (Anglin *et al.*, 1989; El-Bassel *et al.*, 2001). Também a existência de perturbação emocional é uma variável que se pensa estar relacionada com o con-

sumo de álcool nestes utentes, sobretudo dos que se encontram em PSM (Ward *et al.*, 1998; Wasserman *et al.*, 1998; Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007).

A amostra em estudo foi obtida por conveniência a partir da população de utentes em PSM e PSB seguidos na Equipa de Tratamento de Coimbra (E.T.C.). Todos os participantes foram previamente informados sobre os procedimentos e objectivos da investigação, bem como do carácter estritamente voluntário da sua participação. Foram utilizados como instrumentos de medida *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e o Inventário de Sintomas Breves (BSI)¹.

3.2 – Amostra

A amostra é constituída por 79 indivíduos, 40 em PSB (n_b) e 39 em PSM (n_m). No que se refere ao grupo n_m , a maior parte dos sujeitos é do sexo masculino ($n=26$; 66.7%), com uma média de idades de 38.74 (DP=8.481). Neste grupo, mais de metade dos indivíduos são solteiros ($n=24$; 61.5%), com habilitações literárias variando entre o 1º ciclo ($n=3$; 7.7%), o 2º ciclo ($n=15$; 38.5%), o 3º ciclo ($n=6$; 15.4%) e o secundário/ensino superior ($n=15$; 38.5%). Destes últimos, 14 apresentam o 12º ano completo (35.9%) e apenas um o grau de licenciatura (2.6%). Destaca-se, ainda, que 69.2% ($n=27$) destes utentes se encontravam desempregados e que a idade de início de consumo de álcool varia entre os 12 e os 19 anos ($M=15.03$; $DP=2.109$).

Dos indivíduos em buprenorfina ($n_b=40$), 30 são do sexo masculino (75%), com uma média de idades de 33.30 anos (DP=5.832). Em relação ao estado civil, 55% destes sujeitos são solteiros ($n=22$), 15 estão casados ou em união de facto (37.5%) e os restantes 3 encontram-se divorciados/separados (7.5%). As habilitações literárias variam entre a ausência completa de escolaridade ($n=1$; 2.5%), o 1º ciclo ($n=1$; 2.5%), o 2º ciclo ($n=11$; 27.5%), o 3º ciclo ($n=16$; 40%), o 12º ano ($n=9$; 22.5%) e o grau de bacharelato / licenciatura ($n=2$; 5%). Do conjunto destes indivíduos, 28 estão empregados (70%) e 12 desempregados (30%). A idade de início de consumo de álcool varia entre os 10 e os 20 anos ($M=14.68$; $DP=1.745$).

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 – Variáveis sociodemográficas e PCA

A comparação dos dois grupos (n_m vs. n_b), considerando as variáveis sociodemográficas (gênero, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral actual, residência, companheiro/a e idade de início de consumo de álcool), evidencia diferenças estatisticamente significativas nas variáveis "idade dos sujeitos" [$U=475.000$, $z=-2.995$, $p=.003$] e "situação laboral actual" [$t_{(77)}=4.347$, $p=.000$]. Nestes casos, os utentes em PSM ($n_m=39$) apresentam uma média de idades significativamente superior à dos doentes em PSB ($M=38.74$; $DP=8.481$ vs. $M=33.30$; $DP=5.832$) e estão na sua grande maioria desempregados, ao contrário do que acontece neste último grupo.

A relação entre o PCA e as características sociodemográficas evidencia as seguintes diferenças com relevância estatística: variável "gênero" para a amostra total ($n=79$) [$\chi^2_{(3)}=11.869$, $p=.008$] e para o grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=16.105$, $p=.001$], mas não para o grupo n_b [$\chi^2_{(3)}=1.442$, $p=.696$]; variável "situação profissional" para a amostra total [$\chi^2_{(3)}=19.134$, $p=.000$] e para o grupo n_b [$\chi^2_{(3)}=11.429$, $p=.010$], mas não para o grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=7.180$, $p=.066$]; variável "idade de início de consumo de álcool" para o grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=9.505$, $p=.023$] e para a amostra total [$\chi^2_{(3)}=5.094$, $p=.165$]. No essencial, estes resultados evidenciam que no grupo em metadona, o PCA se relaciona com o "gênero masculino" e com a "idade de início de consumo de álcool" mais precoce. No grupo em buprenorfina, o PCA apenas se relaciona com a situação profissional, apresentando os indivíduos desempregados um PCA mais grave.

4.2 – PCA, Toxicodependência e Psicopatologia

Não se verificaram diferenças significativas, para a amostra total, no PCA, considerando a idade de início de consumo de heroína [$\chi^2_{(3)}=4.436$, $p=.218$]. Também não se revelaram diferenças entre os dois grupos (n_m e n_b) no que se refere à variável "idade de início de consumo de heroína" [$t_{(77)}=.643$, $p=.522$]. Esta variável comparada com o PCA não revelou qualquer significância no grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=3.623$, $p=.305$] ou grupo n_b [$\chi^2_{(3)}=1.637$, $p=.651$].

Considerando a frequência de consumo de outras dro-

gas, nos últimos 30 dias, verifica-se que no grupo n_m há consumos importantes de cannabis (33.3%), cocaína (28.2%), heroína (15.4%) e comprimidos (20.5%). No grupo n_b os consumos mais relevantes são de cannabis (20%) e comprimidos (37.5%). Comparando os dois grupos verificam-se diferenças significativas no consumo de cocaína [$U=374.000$, $z=-4.287$, $p=.000$] e de heroína [$U=358.000$, $z=-4.880$, $p=.000$], apresentando o grupo n_m um consumo mediano superior destas duas drogas ($M_d=50.41$ vs. $M_d=29.85$; $M_d=50.82$ vs. $M_d=20.45$).

Comparando o PCA com o consumo concomitante de outras drogas, na amostra global ($N=79$) e nos últimos 30 dias, (testes ANOVA *One-Way* e *Kruskal-Wallis*) verificam-se as seguintes diferenças significativas: PCA e consumo de cannabis [$F_{(3, 75)}=3.470$, $p=.020$], PCA e consumo de cocaína [$F_{(3, 75)}=10.102$, $p=.000$] e PCA e consumo de heroína [$\chi^2_{(3)}=21.087$, $p=.000$]. Estas diferenças vão no sentido de o maior consumo destas drogas ser acompanhado de um PCA mais grave (dependência). Para o grupo n_m encontraram-se diferenças significativas apenas no consumo de cocaína [$F_{(3, 35)}=4.269$, $p=.011$]. Neste caso, o teste de *Scheffe* revelou diferenças entre os bebedores de risco baixo e os dependentes, com estes últimos a alcançarem valores médios de consumo de cocaína mais altos. Do mesmo modo, no grupo n_b verificam-se diferenças com relevância estatística para o consumo de heroína [$\chi^2_{(3)}=13.522$, $p=.004$] e os bebedores dependentes e de risco médio; de *crack e speedball* [$\chi^2_{(3)}=19.604$, $p=.000$] e os bebedores dependentes e de risco baixo. Em ambos os casos, os bebedores dependentes apresentam maiores consumos de heroína, *crack e speedball*.

Em relação às variáveis clínicas, e numa primeira análise, verificaram-se as ocorrências de perturbação mental para a amostra total e para cada um dos grupos, considerando o Índice de Sintomas Positivos (ISP) do BSI. Para a amostra total verificou-se que mais de metade dos indivíduos não apresentavam valores significativos no ISP (58.2%), mas que 33 (41.8%) apresentavam resultados indicadores de perturbação emocional. A maior contribuição para este resultado advém do grupo n_m , com 51.3% dos sujeitos a apresentarem valores significativos no ISP.

A comparação entre grupos, considerando as nove

dimensões do BSI e os três índices globais, evidenciou a presença de diferenças significativas em oito dimensões, no Índice Geral de Sintomas (IGS) e no Total de Sintomas Positivos (TSP), com o grupo n_m a alcançar valores significativamente superiores aos do grupo n_b . No IGS, o grupo n_m alcançou uma média de 1.35 (DP=0.545) e o grupo n_b uma média de 0.94 (DP=0.468), diferença que se revelou estatisticamente significativa [$t_{(77)}=3.618$, $p=.001$], o mesmo se verificando no TSP [$t_{(77)}=3.122$, $p=.003$]. Só na dimensão "Ansiedade Fóbica" e no ISP, as diferenças não se revelaram significativas. A relação entre perturbação emocional, tal como é medida pelo BSI, e o consumo de cocaína e heroína não revelou diferenças estatisticamente significativas na amostra total (respectivamente [$U=630.500$, $z=-1.375$, $p=.169$] e [$t_{(77)}=-1.497$, $p=.138$]). Para o grupo n_m , os testes também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos perturbados e os não perturbados e o consumo de cocaína [$U=147.500$, $z=-1.222$, $p=.222$] e heroína [$t_{(37)}=-.450$, $p=.655$]. No grupo n_b , os resultados foram semelhantes (cocaína [$t_{(38)}=.169$, $p=.867$] e heroína [$U=141.500$, $z=-1.889$, $p=.059$]). Para a amostra total, a presença de perturbação emo-

cional associa-se significativamente ao PCA [$\chi^2_{(3)}=11.929$, $p=.008$]. Neste caso, os indivíduos perturbados emocionalmente situam-se significativamente acima do risco médio do AUDIT. Estes testes revelam, ainda, a existência de uma relação entre o PCA e a presença de perturbação emocional no grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=7.831$, $p=.050$], mas não no grupo n_b [$\chi^2_{(3)}=3.144$, $p=.370$]. O estudo da relação entre a dosagem do medicamento de substituição e a presença de perturbação mental evidenciou, para o grupo em metadona ($n_m=39$), um valor corrigido para a continuidade de $\chi^2_{(1)}=1.417$, $p=.234$, permitindo concluir que, nesta amostra, não existe uma relação significativa entre a presença de perturbação mental e a dose diária de metadona. No grupo n_b , o valor corrigido foi $\chi^2_{(1)}=.016$, $p=.898$ o que indica, também, a ausência de relação entre as variáveis. A relação entre o PCA e n_m e n_b é descrita no Quadro 1, considerando as frequências absolutas e relativas para a amostra total e para cada um destes grupos. Observa-se que a maioria destes sujeitos apresenta um risco baixo de consumo de álcool. Contudo, o número de sujeitos classificado na zona de dependência é de 11 no grupo n_m contra apenas 1 no grupo n_b .

QUADRO 1 – Distribuição do PCA medido pelo AUDIT por grupo da amostra.

| Grupo da Amostra | AUDIT | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| | Risco Baixo | Risco Médio | Risco Alto | Dependência | Total |
| Metadona (n_m) | 19 (24.1%) | 6 (7.6%) | 3 (3.8%) | 11 (14.0%) | 39 (49.5%) |
| Buprenorfina (n_b) | 27 (34.1%) | 10 (12.6%) | 2 (2.5%) | 1 (1.3%) | 40 (50.5%) |
| Total | 46 (58.2%) | 16 (20.2%) | 5 (6.3%) | 12 (15.3%) | 79 (100.0%) |

4.3 – PCA e Dose de Manutenção de Metadona e de Buprenorfina

Nos utentes em estudo, a média diária de metadona é de 56.72mg/dia (DP=21.44) e a de buprenorfina é de 7.95mg/dia (DP=2.28).

A comparação entre o PCA e as dosagens diárias de metadona e buprenorfina revelam diferenças estatisti-

camente significativas no grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=10.102$, $p=.018$], indicando, ao contrário do esperado, que quanto maior a dose de metadona, maior o número de sujeitos na zona de dependência do AUDIT (cf. Quadro 2). No que se refere à relação entre a dose diária de buprenorfina e o PCA (Quadro 3), o teste não revelou diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 2 – Distribuição da Dose Diária de Metadona em função do PCA e teste do Qui-Quadrado.

| Metadona mg/dia: | AUDIT | | | | |
|------------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| | Risco Baixo | Risco Médio | Risco Alto | Dependência | Total |
| ≤ 55 mg | 15 (38.5%) | 5 (12.8%) | 1 (2.6%) | 3 (7.7%) | 24 (61.5%) |
| > 55 mg | 4 (10.3%) | 1 (2.6%) | 2 (2.5%) | 8 (20.5%) | 15 (38.5%) |
| Total | 19 (48.7%) | 6 (15.4%) | 3 (7.7%) | 11 (28.2%) | 39 (100.0%) |

[$\chi^2_{(3)}=10.102$, $p=.018$]

QUADRO 3 – Distribuição da Dose Diária de Buprenorfina em função do PCA e teste do Qui-Quadrado.

| Buprenorfina mg/dia: | AUDIT | | | Dependência | Total |
|----------------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| | Risco Baixo | Risco Médio | Risco Alto | | |
| ≤ 8mg | 22 (55.0%) | 10 (25.0%) | 2 (5.0%) | 1 (2.5%) | 35 (87.5%) |
| > 8mg | 5 (12.5%) | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) | 5 (12.5%) |
| Total | 27 (67.5%) | 10 (25.0%) | 2 (5.0%) | 1 (2.5%) | 40 (100.0%) |

$[\chi^2_{(3)}=2.751, p=.432]$

4.4 – PCA, admissão/readmissão em PSM e Tempo de Permanência em PSM e PSB

A relação entre PCA e a admissão/readmissão em PSM não evidencia diferenças significativas $[\chi^2_{(3)}= 5.649, p=.130]$.

O tempo de permanência no tratamento de substituição, em dias, e o PCA (ANOVA *One-Way*) evidencia a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do AUDIT, no que se refere ao tempo de permanência em PSM (dias) $[F_{(3, 35)}=7.361, p=.001]$. Os bebedores dependentes são os que se mantêm há mais tempo em PSM com uma média de 2355.91 dias, seguindo-se o risco alto (M=1703.33 / dias), o risco baixo (M=821.05 / dias) e o risco médio (M=632.50 / dias).

Os resultados da possível influência do tempo de permanência em PSB no PCA não evidenciam diferenças estatisticamente significativas $[F_{(2, 36)}=.843, p=.479]$, indicando que para o grupo n_b o PCA não se relaciona com o tempo de permanência em tratamento.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O PCA dos utentes em PSM e PSB revelou a existência de consumos de álcool problemáticos na população estudada (41.8%), particularmente de bebedores de risco médio e alto e com dependência. Mostrou, ainda, que o PCA é mais grave nos utentes em PSM. Estes dados são consonantes com os verificados noutros estudos (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Bickel & Rizzuto, 1991; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999).

A hipótese de que os utentes em PSB apresentam PCA menos graves, tal como apontado por Fischer e colaboradores (1999) e Maremmani e colaboradores (2007), é compatível com os resultados aqui obtidos, embora isso possa ser explicado pelo facto do PSB ser mais

"exigente" em termos de contra-indicações (Infarmed, 2005; Fischer *et al.*, 1999; Maremmani *et al.*, 2007).

Em relação à hipótese que associa o PCA com as dosagens diárias de metadona e de buprenorfina, os resultados apontam para uma relação entre a dose de metadona e o PCA. No entanto, neste caso, são os sujeitos em PSM com doses mais elevadas que apresentam PCA mais problemáticos. Este resultado é contraditório com os estudos que indicam que doses mais elevadas tendem a suprimir outros consumos de tóxicos (Maxwell & Shinderman, 1999; Hartel *et al.*, 1995; Ottomanelli, 1999).

Para o grupo em buprenorfina, os resultados sugerem que a dose diária do medicamento de substituição não se relaciona significativamente com o PCA. Esta evidência pode ser explicada pelo facto da maioria destes sujeitos (87.5%) terem doses diárias iguais ou inferiores a 8 mg, valor considerado como limite mínimo da dose média recomendada, e pelo facto do consumo excessivo de álcool ser uma contra-indicação à prescrição de buprenorfina (Srivastava & Kahan, 2006; Infarmed, 2005).

O PCA não se relaciona com a variável admissão/readmissão em PSM. Este resultado é contraditório com a hipótese do consumo excessivo de álcool ser um dos factores responsáveis pelo abandono do tratamento de substituição com metadona (Joseph & Appel, 1985). O estudo da relação entre o tempo de permanência em tratamento e o PCA sugere que quanto maior é o tempo de permanência em PSM maior é o consumo de álcool, de acordo com a hipótese de Caputo e colaboradores (2002). De destacar, ainda, que estes resultados contrastam com os estudos que evidenciam a ausência de relações entre PCA e o tempo em PSM (Fairbank *et al.*, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000). No grupo n_b

não se verifica a existência de qualquer relação entre o tempo de tratamento e o PCA, o que pode ser explicado pelo facto da maioria destes sujeitos se encontrar há pouco tempo no programa de substituição.

Os resultados obtidos com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicopatológicas clarificam a relação entre o PCA e os programas de substituição. Em relação às variáveis sociodemográficas, verifica-se que o género se relaciona significativamente com o PCA, ao contrário daquilo que acontece noutros estudos onde o alcoolismo em PSM é um problema de ambos os sexos (Schuckit, 1998). No que se refere à relação entre o PCA e a "situação profissional", os resultados indicam diferenças significativas para o grupo total e para o grupo em buprenorfina: nestes dois casos os indivíduos desempregados são os que apresentam, em valores médios, maiores consumos de álcool. A variável sociodemográfica "habilitações literárias" não se relaciona com o PCA em nenhum dos grupos (n_m e n_b). Para a idade de início de consumo de álcool, os resultados apontam para uma relação entre esta variável e o PCA, apenas para o grupo em metadona, indicando que são os sujeitos que começaram a consumir álcool mais cedo os que apresentam consumos mais problemáticos. Assim, a história de consumo de álcool, antes da dependência de heroína, pode explicar os PCA nos programas de substituição com metadona (Schuckit, 1998).

A hipótese que relaciona a idade de início de consumo de heroína com o PCA não é suportada pelos resultados aqui obtidos. Estes parecem aproximar-se mais da hipótese de uma relação inversa entre os dois fenómenos, isto é, quanto mais precocemente se iniciam os consumos de heroína menor a probabilidade de se ser abusador crónico de álcool (Anglin *et al.*, 1989; El-Bassel *et al.*, 2001).

Para o consumo concomitante de outras drogas, os resultados indicam um consumo mais elevado de cocaína e heroína no grupo n_m , comparativamente com o grupo n_b , o que parece revelar uma relação entre os padrões temporais de consumo adicional de cada uma das drogas durante o PSM, ou seja, um paralelismo entre o abuso de heroína e o de cocaína (Dobler-Mikola

et al., 2005). Para o grupo n_m encontrou-se, também, uma associação entre o PCA e o consumo concomitante, nos últimos 30 dias, de cocaína em consonância com outros resultados da investigação na área (Caputo *et al.*, 2002; Ward *et al.*, 1998; Wasserman *et al.*, 1998; Dobler-Mikola *et al.*, 2005). Para o grupo n_b verificou-se que os poucos sujeitos deste grupo que se encontram nos padrões de consumo de álcool mais extremos (risco alto e dependência) são os que mais consumiram, no último mês, heroína, *crack* e *speedball*.

No estudo da sintomatologia psicopatológica, através do ISP do BSI, verificou-se que 41.8% dos indivíduos da amostra total apresentam perturbação emocional. No grupo n_m mais de metade dos indivíduos apresentam indicadores de perturbação emocional (51.3%), mas a maioria dos utentes em buprenorfina não apresenta indicadores significativos deste tipo de perturbação (67.5%). Encontrou-se, ainda, diferenças entre o grupo n_m e o grupo n_b nas dimensões do BSI, mostrando que são os utentes em metadona que apresentam valores mais elevados em oito dimensões. Este resultado parece estar de acordo com a ideia de que os utentes em PSM são uma população mentalmente mais perturbada (Oken *et al.*, 1997; Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007; El-Bassel *et al.*, 1993; Mehrabian, 2001).

A hipótese que associa a presença de perturbação mental com consumos de álcool mais problemáticos evidencia resultados estatisticamente significativos para o total da amostra. Este resultado, no entanto, parece ser influenciado pelo grupo n_m onde os indivíduos perturbados emocionalmente se situam com maior incidência na zona de dependência. De qualquer modo, estes dados corroboram os obtidos noutras investigações, onde se verifica que os indivíduos que apresentam PCA mais preocupantes são, também, mais desestruturados psicologicamente (Rounsaville, Weissman, & Kleber 1982; Roszell *et al.*, 1986; Gerstlcy *et al.*, 1990; Ross *et al.*, 1988). No grupo n_b não se encontraram diferenças com relevância estatística para as variáveis em causa, o que parece indicar que a população em PSB apresenta consumos de álcool menos problemáticos e menores índices de perturbação mental. Não se

encontrou, também, uma relação entre a presença de perturbação mental e a dose diária do medicamento de substituição (metadona ou buprenorfina). Este resultado, no que se refere à dose de metadona, é contraditório com o defendido por alguns autores, quando afirmam que doses mais elevadas tendem a estabilizar os utentes (Maremmani *et al.*, 2000).

6 – CONCLUSÕES

Os resultados obtidos revelam que o PCA em programas de substituição é uma realidade que deve ser considerada, particularmente nos utentes em PSM. Nesta amostra, ainda, o PCA é uma função de doses diárias mais altas e mais tempo de permanência em tratamento.

Os indivíduos alcoólicos em PSM são, sobretudo, do sexo masculino, iniciaram o consumo de álcool em idades muito precoces, consomem concomitantemente cocaína e manifestam sintomatologia psicopatológica. Como esperado, o grupo em buprenorfina apresenta taxas inferiores deste tipo de consumo. Esta população (em PSB) apresenta menor perturbação emocional e o consumo de álcool aparece associado à situação profissional e ao consumo concomitante de heroína e outras drogas.

Estes resultados evidenciam que o problema do consumo de álcool na população toxicod dependente em PSM deve ser considerado com a devida atenção, visto que pode representar um problema grave na estabilidade dos pacientes e no resultado do programa de tratamento. Seria aconselhável, inclusivamente, que o acompanhamento, orientação e tratamento do alcoolismo, nas unidades de tratamento da toxicod dependência, fosse realizado simultaneamente com o programa de substituição de opiáceos e com uma avaliação psicopatológica continuada.

CONTACTOS:

ANA LEONOR BATISTA HENRIQUES

Psicóloga Clínica
Rua Brito Pais nº16
7800-631 Cabeça Gorda Beja
Telemóvel: 967732769
E-mail: anita_ruiva@hotmail.com

RUI PAIXÃO

Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Av. General Humberto Delgado, 47 C, 2º Andar
3030-327 Coimbra
Telefone: 239705581
e-mail: rpaixao@fpce.uc.pt

ENDEREÇO INSTITUCIONAL:

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo
3001-802 Coimbra

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, J. (2003). "Methadone versus Buprenorphine maintenance for the treatment of heroin-dependent outpatients". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24 (3), 217-220.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – TR*. (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Anglin, M.; Almog, I.; Fisher, D., & Peters, R. (1989). "Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug free treatment sample". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 191-207.
- Bertschy, G. & Calanca, A. (1993). "Choix de la dose de méthadone: la souplesse reste d'actualité". *Médecine et Hygiène*, 51 (1994), 2238-2241.
- Best, D.; Gossop, M.; Lehmann, P.; Harris, J., & Strang. (1999). "The relationship between overdose and alcohol consumption among methadone maintenance patients". *Journal of Substance Use*, 4, 41-44.
- BicKel, W. & Rizzuto, P. (1991). "The naturalistic patterns of alcohol consumption in alcoholic methadone patients". *Journal Study Alcohol*, 52 (5), 454-457.
- Brooner, R., King, V., Kidorf, M., Schmidt C. & Bigalow (1997). "Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers". *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 71-80.
- Caputo, F.; Addolorato, G.; Domenicali, M.; Mosti, A.; Viaggi, M.; Trevisani, G.; Gasbarrini, G.; Bernardi, M., & Stefanini, G. F. (2002). "Short-Term Methadone Administration Reduces Alcohol Consumption in Non-Alcoholic Heroin Addicts". *Alcohol & Alcoholism*, 37 (2), 164-168.
- Dobler-Mikola, A.; Hättenschwiler, J.; Meili, D.; Beck, T.; Böni, E., & Modestin, J. (2005). "Patterns of heroin, cocaine, and alcohol abuse during long-term methadone maintenance treatment". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 259-265.

- El-Bassel, N.; Schilling, R.; Turnbull, J., & Su, K. (1993). "Correlates of alcohol use among methadone patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3), 681-686.
- El-Bassel, N.; Witte, S.; Wada, T.; Gilbert, L., & Wallace, J. (2001). "Correlates of partner violence among female street sex workers: Substance abuse, history of childhood abuse and HIV risks". *AIDS Patient Care and STDs*, 15, 41-51.
- Fairbank, J.; Duntzman, G., & Condelli, W. (1993). "Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1 year follow-up". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 465-474.
- Fischer, G.; Gombas, W.; Eder, H.; Jagsch, R., et al. (1999). "Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence" in *Addiction*, 94 (9), 1337-1347.
- Fortes, O.; Viana, L., & Araújo, C. (2003). "Programa de buprenorfina do CAT de Cedofeita: 18 meses de experiência" in *Toxicodependências*, 9 (3), 3-9.
- Gerstlcy, L.; Alterman, A.; McLellan, T., & Woody, G. (1990). "Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis" in *American Journal of Psychiatric*, 147, 173-178.
- Gossop, M.; Manning, V., & Ridge, G. (2006). "Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder". *Alcohol & Alcoholism*, 2 (41), 121-125.
- Graham, H.; Maslin, J.; Copello, A.; Birchwood, M.; Mueser, K.; McGovern, D., & Georgiou, G. (2001). "Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK" in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 448-455.
- Grant, B.; Stinson, F.; Dawson, D.; Chou, P.; Dufour, M.; Compton, W.; Pickering, R., & Kaplan, K. (2004). "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders". *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Hartel, D.; Shoenbaum, E.; Selwyn, P.; Kline, J.; Davenny, K.; Klein, R., et al. (1995). "The importance of methadone dose and cocaine use". *American Journal of Public Health*, 85 (1), 83-88.
- Infarmed. (2005). Folheto informativo da buprenorfina. Acedido em 26 de Outubro de 2009 em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=19286&tipo_doc=fi
- Joseph, H. & Appel, P. (1985). "Alcoholism and methadone treatment: consequences for the patient and program". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11 (1-2), 37-53.
- Lains, M. C. (2006). *Padrões de Consumo de Álcool em Programa de Substituição de Metadona*. Coimbra: Trabalho realizado no âmbito do concurso interno, de acesso à categoria de Assessor da carreira Técnica Superior de Saúde – Ramo de Psicologia Clínica, do I.D.T.
- Lowenstein, W.; Gourarier, L.; Coppel, A.; Lebeau, B., & Hefez, S. (1998). *A Metadona e os Tratamentos de Substituição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- MacManus, E. & Fitzpatrick, C. (2007). "Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment". *Irish Journal of Psychology Medical*, 24 (1), 19-22.
- Maremmani, I. & Shinderman, M. (1999). "Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication?". *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 1, 7-13.
- Maremmani, I.; Pani, P.; Mellini, A.; Marini, G.; Pacini, M.; Pertugi, G., & Lovrecic, M. (2007). "Alcohol and cocaine use and abuse among opioids addicts engaged in a methadone maintenance treatment program". *Journal of Addictive Diseases*, 26 (1), 61-70.
- Maremmani, I.; Zolesi, O.; Aglietti, M.; Marini, G.; Tagliamonte, A.; Shinderman, M., & Maxwell, S. (2000). "Methadone Dose and Retention in Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity". *Journal of Addictive Diseases*, 19 (2), 29-41.
- Mattick, R.; Breen, C.; Kimber, J., & Davoli, M. (2003). "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Maxwell, S. & Shinderman, M. (1999). "Optimizing response to methadone maintenance treatment: Higher dose methadone". *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (2).
- Mehrabian, A. (2001). "General relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology". *The Journal of Psychology*, 135 (1), 71-86.
- Oken, L.; Blaine, J.; Genser, S., & Horton, A. (1997). Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. *NIDA Research Monograph*, 172.
- Ottomanelli, G. (1999). "Methadone patients and alcohol abuse". *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 16 (2), 113-121.
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Regier, D.; Farmer, M., & Mal, D. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and others drugs abuse: Results from the Epidemiologi Catchment Area (ECA) study". *Journal of American Association*, 264, 2511-2518.
- Rittmannsberger, H.; Silberbauer, C.; Lehner, R., & Ruschak, M. (2000). "Alcohol consumption during methadone maintenance treatment". *European Addiction Research*, 6 (1), 2-7.
- Ross, H.; Glasser, F.; Germanson, T., et al. (1988). "The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems". *Archives of General Psychiatry*, 45 (11), 1023-1031.

- Roszell, D.; Calsyn, D., & Chancy, E. (1986). "Alcohol use and psychopathology in opiate addicts in methadone maintenance". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (3), 269-278.
- Rounsaville, F.; Weissman, M., & Kleber, H. (1982). "The significance of alcoholism in treated opiate addicts". *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 170 (8), 479-488.
- Schottenfeld, R.; Chawarski, M.; Pakes, J.; Pantalon, M.; Carrol, K.; Kosten, T. (2005). "Methadone vs. Buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence". *American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 340-349.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Srivastava, A. & Kahan, M. (2006). "Buprenorphine: a potencial new treatment option for opióid dependence". *Canada's leading medical journal*, 174 (13), 1835-1836.
- Stastny, D. & Potter, M. (1991). "Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes". *Addiction*, 86, 307-310.
- Vester, A. & Buning, E. (2000). *Manual de Metadona*. Acedido em 20 de Fevereiro de 2008 em: <http://www.q4q.n1/methwork/guidelines/guidelinesspa/frameguidelinesspa.htm>.
- Ward, J.; Mattick, R., & Hall, W. (1998). *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Wasserman, D.; Weintein, M.; Havassy, B., & Hall, S. (1998). "Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance". *Drug and Alcohol Dependence*, 52 (3), 183-192.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J., & Monteiro, M., (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. 2nd Ed. Geneva: WHO Department of mental Health and substance dependence.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Corty, E.; Ball, J., & Myers, C. (1988). "Psychological symptoms in methadone maintenance patients: prevalence and change over treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 776-777.
- Di Pioggio, A.; Fornai, F.; Paparelli, A.; Pacini, M.; Perugi, G., & Marenmani, I. (2006). "Comparasion between Heroin and Heroin-Cocaine Polyabusers". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1074, 438-445.

