

1

Programa de manutenção de metadona do C.A.T. Loures. Estudo longitudinal: alguns dados sócio-demográficos e sintomáticos

MARIA EDUARDA MELO¹

RESUMO

Procede-se ao estudo longitudinal de pacientes em programa de terapia de substituição opiácea com metadona. Aplica-se o Inventário de Depressão de Beck e a SCL-90 à entrada no programa e passados 5-7 anos. Encontram-se diferenças significativas para a depressão no teste-reteste com redução para níveis sub-clínicos. Os resultados na SCL-90 permitem definir três perfis sintomáticos à entrada para o programa. Referem-se estudos que correlacionam acompanhamento terapêutico em programa com redução de consumos de cocaína, e alerta-se para o impacto negativo de consumos de álcool em programa.

Palavras-chave: Programa de manutenção de metadona; Estudo longitudinal; Inventário de Depressão de Beck; SCL-90.

RÉSUMÉ

On a fait une étude longitudinale sur des patients dans un programme de maintien à la methadone en appliquant l'Inventaire de Depression de Beck et le SCL-90 au moment de l'entrée et après 5-7 ans. On a trouvé des différences significatives portant sur le symptôme dépression qui est tombé aux niveaux sub-cliniques. Les résultats au SCL-90 permet d'identifier trois profils symptomatiques à l'entrée au programme. On a cité des études qui mettent en rapport le travail thérapeutique en programme et la réduction de l'usage de cocaïne et on alerte à l'impact négatif de l'usage d' alcool en programme

Mots-clé: Traitement d'entretien à la méthadone; Étude longitudinale; Inventaire de Dépression de Beck; SCL-90.

ABSTRACT

A follow-up study of patients in a methadone program was carried out using the Beck Depression Inventory and the SCL-90 on entering the program and 5-7 years later. Significant changes occurred with levels of depression dropping to sub-clinical levels at follow-up. SCL-90 results reveal three symptomatic profiles when entering the program. A review is made of studies that correlate counseling in methadone programs with reduction of use of cocaine and attention is drawn to the negative impact of use of alcohol in program.

Key Words: Methadone maintenance program; Longitudinal study; Beck depression inventory; SCL-90.

1 – INTRODUÇÃO

Na procura de estabelecer e manter uma aliança de trabalho com indivíduos heroíno-dependentes em regimes de vida oportunistas (rendimento económico incerto de fonte incerta em local incerto), os programas de manutenção opióide com metadona nos CAT foram prontamente reconhecidos como fornecendo, para além do alívio farmacológico, um enquadramento terapêutico – um espaço clínico/tempo "sem fim" – em que o trabalho psicoterapêutico assenta. Se em tempos se tinha valorizado sobretudo as virtudes dos tratamentos "livres de drogas", a experiência vivida desde o início do funcionamento do CAT Taipas e a mudança dramática introduzida pela prevalência nesta população de doenças infecto-contagiosas obrigou a repensar as estratégias e objectivos do tratamento.

As mortes directa e indirectamente resultantes do consumo de substâncias, com estudos (Ravndal & Vaglum 1999; Joseph *et al.* 2002; Kreek & Vocci 2002) que apontam níveis de mortalidade devido a consumos muito maiores que na população geral, são sem dúvida um dos aspectos mais determinantes para esta nova perspectiva. O progressivo adoecer da população toxicodependente devido ao HIV, HCV, tuberculose e outros (níveis dramáticos como os referidos pelo CAT de Setúbal de infecção pelo HIV de 67% em 1999) constitui outro vértice para esta mudança de perspectiva. Outro ainda o abandono frequente, pelos toxicodependentes, dos tratamentos ambulatoriais sem manutenção opióide, que se impõe como elemento para ser pensado. Acresce a estes três aspectos mais um: a progressiva tomada de consciência pelos técnicos de que persistiriam, apesar da existência há anos de uma rede de CAT, franjas de heroíno-dependentes muito degradados que se movimentariam fora de qualquer rede clínica de apoio e para os quais os cuidados paliativos seriam certamente uma primeira intervenção com vista à criação de uma eventual disponibilidade para a mudança (por pequena que fosse). A este propósito ver Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência – Novas Perspectivas (Goulão 2006).

Estes vectores criam no psicoterapeuta, desde que este não reproduza o funcionamento algo autístico ou

rigidificado do paciente, disponibilidade para trabalhar noutros moldes. Perante esta realidade caberá ao terapeuta, agora como sempre, procurar ajustar-se às necessidades/vicissitudes do paciente (Coimbra de Matos 2002). Trata-se de oferecer uma relação que convide ao pensamento ("sempre que um paciente diz: "nunca tinha pensado nisso", está a ficar bom. Se ele fica confuso, também está bom" – seminário clínico de Zimerman em Lisboa em Outubro de 2006, a propósito do pensamento em Wilfred Bion) e de preservar a vitalidade e saúde dessa relação terapêutica.

Vale a pena citar alguns dados recentes relativos a taxas de retenção em programas de substituição de metadona, significativamente superiores às obtidas noutras formas de tratamento ambulatorio. Dione Padre-Santo *et al.* (2001) encontra taxas de retenção de 69,3% ao fim de 24 meses; Cacciola *et al.* (2001) encontra taxas de retenção variando entre 65,1% e 83,6% após 7 meses, dependendo de comorbidade, Torras (2000) encontra retenção de 87% ao fim de 9 meses e de 70% ao fim de 4 anos.

Vários estudos têm procurado avaliar a evolução dos pacientes nos programas de substituição em metadona bem como identificar factores preditivos do tipo de evolução em programa. Torras (2000) encontra melhorias ao fim de 9 meses que se mantêm ou acentuam ao fim de 4 anos. Define como áreas em que houve mudança positiva (1) a das relações interpessoais (família de origem, companhia, relações sociais), (2) saúde, higiene e condutas de risco, (3) actividades ilegais e (4) situação económica. Na área (5) laboral, de formação profissional e de tempo livre considera não ter havido melhorias significativas, apesar dos pacientes referirem melhoras. Na área (6) de consumo de drogas, considera haver melhorias para quase todas as substâncias de consumo. Para a heroína encontra 5% consumo diário ao fim de 5 anos em comparação com 97,5% 6 meses antes de entrada no programa. Reconhece que persiste o consumo de álcool (60%), de cannabis (42,5%) e de tabaco (95%), não fazendo referência no texto ao consumo de cocaína. Gossop *et al.* (2003a; 2003b) encontra uma redução significativa na frequência de consumo de heroína, de metadona não-

-prescrita e de benzodiazepinas, de comportamento de injeção e de partilha de material de injeção. Esta redução é visível ao fim de um ano e ou se mantém ou se acentua até 4-5 anos depois. No que respeita a consumos de álcool constata não ter havido nenhuma alteração neste comportamento ao fim de 1 ano, 2 anos e de 4-5 anos.

Este autor refere ainda o trabalho de Kreek (1980) em que se mostra a relação entre abuso crónico de álcool e complicações médicas entre toxicodpendentes. Outros estudos de Gossop (2000; 2003a) encontram relação entre uso de álcool por toxicodpendentes e outros problemas associados a drogas, comprovando-se um risco aumentado de overdose e mortalidade. E. Ravndal (1999) encontra relação entre tentativas de suicídio e consumo mais elevado de álcool em heroinodpendentes, o que chama a atenção para a importância de procurar intervir de forma a conseguir conter estes consumos nesta população.

Joseph *et al.* (2002) cita um trabalho que identifica o álcool como sendo responsável por 26% das interrupções dos tratamentos de manutenção de metadona, acrescentando que 80% dos pacientes que tinham problemas com o álcool à entrada do programa de metadona mantinha este consumo. Faz referência à solução encontrada no estado de Nova Iorque e que passa pelo internamento dos pacientes com metadona que são alcoólicos em programas dos centros de reabilitação alcoólica.

Amato *et al.* (2005) estuda resultados de programas de substituição de metadona no que respeita à retenção no tratamento, uso de heroína e outras drogas durante o tratamento, mortalidade, actividade criminosa, qualidade de vida, comparando com outras formas de tratamento. Realça a eficácia de programas de manutenção de metadona em doses apropriadas na retenção no tratamento, e na supressão do consumo de heroína, mostrando fraca eficácia nos outros indicadores acima referidos.

Um estudo de Rao (2004) relaciona consumos de cocaína em programa com detenções, e aponta para valor preditivo de pontuação nas dimensões Depressão e Hostilidade da SCL-90. De acordo com este estudo uma pontuação mais elevada em Depressão à entrada

para o programa estaria correlacionada negativamente com o consumo de cocaína e com o número de detenções em programa. Inversamente, uma pontuação elevada em Hostilidade seria preditiva de mais consumo de cocaína em programa. Outro dado relevante deste estudo é o do efeito protector que o tratamento de manutenção de metadona parece ter em indivíduos com níveis mais elevados de Hostilidade, havendo incremento significativo no número de detenções após saída de tratamento.

Viegas & Viana (1999) num estudo de pacientes em programas de metadona do CAT da Boavista faz uma revisão bibliográfica de outros trabalhos sobre o consumo de cocaína em pacientes em programa de metadona. Refere a relação entre o consumo de cocaína e o abuso de outras substâncias, comorbilidade psiquiátrica, degradação social, actividades ilegais, prostituição e parceiros consumidores. Não é feita referência a consumos de álcool pelos pacientes em programa no CAT da Boavista.

Torna-se relevante que vários estudos longitudinais referem melhorias em algumas áreas do funcionamento do paciente após um período relativamente curto em programa. Gosso (2003a) refere reduções numa série de problemas de funcionamento detectáveis após 1 ano em programa e constata haver relativa estabilidade destas mudanças com o tempo. É citado estudo de Sells & Simpson (1980) que encontra que a maioria das melhorias de longo-prazo (12 anos) foram observáveis ao fim de apenas 3 anos. Um trabalho de Scherbaum *et al.* (2005) encontra efeitos positivos de permanência no programa ao fim de 20 semanas em critérios como o da redução de consumo de heroína.

O mesmo trabalho encontra diferenças entre dois grupos, passando um deles por 20 sessões de terapia de grupo cognitiva-comportamental dirigida especificamente à redução de consumos de cocaína. A redução de cocaína no grupo que tinha passado pela terapia mantém-se passados 6 meses sobre o término da mesma. Os autores citam outros estudos, de Rosenblum *et al.* (1995), que encontram efeitos retardados de terapia cognitivo-comportamental sobre o consumo de cocaína no período pós-tratamento. Também Herman

Joseph refere redução no consumo de cocaína com aconselhamento individual, em grupo de cocainómanos anónimos ou através de terapias cognitivas.

Muitos estudos debruçam-se sobre a comorbilidade como factor preditivo da evolução em programa de manutenção de metadona. Os trabalhos de Woody *et al.* (1984) e de Carroll *et al.* (1993) demonstram que a comorbilidade em heroíno-dependentes está em correlação com um começo mais precoce do comportamento de consumo e com um consumo actual mais intenso. Em Krausz *et al.* (1999) faz-se referência à forte correlação encontrada entre dependência de substâncias e perturbação anti-social da personalidade, para dizer que a perturbação de personalidade anti-social, paranóide ou *border-line* provavelmente correspondem a comportamentos ou experiências decorrentes do consumo alcoólico ou de drogas. Este estudo encontra uma evolução globalmente positiva para a sintomatologia mental em aproximadamente metade dos dependentes de opiáceos (47%), e refere uma correlação forte entre condição física, situação legal e relações sociais, por um lado, e a evolução da sintomatologia mental, por outro.

Outro trabalho, de Cacciola *et al.* (2001) não encontra diferenças na evolução apresentada por dois grupos, com e sem comorbilidade, em manutenção de metadona, nos critérios retenção em tratamento e consumo de substâncias ao fim de 7 meses. As diferenças residiam na situação médica e psicossocial dos pacientes com comorbilidade, inferior, e no atrito maior que estes pacientes provocavam na instituição de tratamento. Os autores referem que os participantes comorbidos receberam tratamento psiquiátrico, o que pode explicar a ausência de diferenças entre estes e os que não apresentavam comorbilidade.

Um estudo de Neto (1996) encontra, para a depressão, utilizando o inventário de Depressão de Beck e a SCL-90, valores de gravidade média à entrada para o tratamento, e que passam para valores subclínicos em observações efectuadas aos 4, 8 e 12 meses. É-nos dito que esta evolução acontece sem o recurso a medicação antidepressiva, em doentes abstinentes e a tomar antagonista opiáceo. De acordo com o autor,

esta depressão regride devido à abstinência sustentada e a intervenções terapêuticas familiares sustentadas. O estudo de E. Ravndal & Vaglum (1999) utiliza como instrumentos o MCMI e a SCL-90 e encontra correlação entre tentativas de suicídio e ser categorizado ou *border-line* ou deprimido. Os autores sugerem que no primeiro caso o tratamento deve focar a impulsividade enquanto que no segundo caso é a depressão que deve ser tratada.

O presente trabalho aborda duas vertentes do estudo de heroíno-dependentes em tratamento de manutenção opióide com metadona. Pela aplicação, no momento de entrada no programa, do Inventário de Depressão de Beck e da SCL-90, obtém-se uma caracterização da sintomatologia psicopatológica. A avaliação efectuada ao fim de 5-7 anos com nova aplicação dos mesmos dois instrumentos permite apreciar a evolução destes pacientes em critérios tais como a permanência no programa e o uso de drogas, mas também em relação a variáveis psicopatológicas. O estudo pretende contribuir para o esclarecimento de várias questões:

- se estes dois instrumentos permitem definir, à entrada no programa, vários perfis de sintomatologia psicopatológica;
- se estes dois instrumentos são congruentes;
- se os pacientes apresentam evolução na sintomatologia psicopatológica e se esta evolução é diferencial de acordo com o perfil em que se situam.

2 – MÉTODOS

2.1 – Participantes no estudo

Os participantes foram todos os pacientes que entraram para o programa de manutenção com metadona do CAT Loures no período entre Julho de 1999 e Outubro de 2001 e que se mostraram na disposição de colaborar neste estudo no fim da primeira semana de toma de metadona.

A amostra de reteste é constituída por todos os que tinham feito a primeira aplicação, que puderam ser contactados e acederam a colaborar. Destes 7 pacientes, 2 são mulheres. No reteste procurou-se saber se os pacientes tinham feito medicação anti-depressiva, tendo apenas um paciente confirmado a toma conti-

nuada durante o tempo em programa (sujeito 3), outros tendo sido medicados mas tendo descontinuado a toma ao fim de pouco tempo. Foi possível fazer o reteste a 4 pacientes que já tinham saído do programa. No momento do reteste aos pacientes que já tinham saído do programa (4 ao todo) três afirmaram estar abstinentes para a heroína e para a cocaína desde a saída do programa, não tendo sido feita confirmação por análise a metabolitos na urina. O quarto referiu ter tido uma recaída e estar sem consumos há mais de um ano. Obteve-se assim uma amostra de 7 pacientes para os quais se tem informações de teste e reteste: 3, 6, 8, 10, 13, 14, 16.

2.2 – Instrumentos

Foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck e a SCL-90.

2.3 – Beck

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala de auto-preenchimento que permite avaliar a intensidade da depressão no paciente, composta por 21 itens de escolha múltipla que se dividem por duas sub-escalas: a Cognitiva-Afectiva e a Somática. De acordo com a pontuação total, a cotação para a população portuguesa é a seguinte: 0-11 – ausência de depressão, 12-17 – depressão ligeira, 18-24 – depressão moderada, 25-63 – depressão grave

2.4 – SCL-90

A SCL-90 é uma lista de 90 itens para auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional. Avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias: Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo. Os valores obtidos nas dimensões podem ser: 0 – o sujeito não experiencia sofrimento; 1 – o sujeito experiencia um sofrimento irregular e de pouca intensidade; 2 – o sujeito experiencia um sofrimento regular e de intensidade moderada; 3 – o sujeito experiencia um sofrimento regular e de intensidade moderada a alta; 4 – o sujeito experiencia um sofrimento bastante

regular e de intensidade alta.

Por uma questão de comodidade, atribuiu-se uma letra para designar cada dimensão. Assim: S – somatização; O – obsessões-compulsões; I – sensibilidade interpessoal; D – depressão; A – ansiedade; H – hostilidade; F – ansiedade fóbica; Z – ideação paranóide; P – psicoticismo.

2.5 – Procedimentos

A equipa do programa de substituição opiácea dava informação de pacientes que tivessem iniciado toma há uma semana. O paciente era abordado pessoalmente dentro do CAT aquando da toma de metadona, pelo técnico que aplicava as provas, e convidado a colaborar neste estudo. Era-lhe dito que voltaria a ser contactado futuramente. Em Novembro de 2006 procedeu-se ao reteste dos pacientes. Para esse efeito alguns foram abordados no CAT aquando da toma, tendo havido 3 que se recusaram a colaborar (pacientes 2, 11 e 17). Outro (4) estava em estado terminal com SIDA, pelo que se decidiu pela não-aplicação. Decidiu-se pela inclusão de um indivíduo (10) que fez recentemente um transplante hepático. Fez-se contacto telefónico com os demais, tendo sido impossível contactar 8 dos pacientes (1, 5, 7, 9, 12, 15, 18, 19) e tendo sido possível fazer o reteste aos restantes 6 (3, 6, 8, 13, 14, 16) de entre os 19 iniciais.

2.6 – Análise de Dados

Parâmetros de estatística descritiva foram calculados para as várias variáveis envolvidas neste estudo. As relações entre algumas variáveis nomeadamente o total e as duas sub-escalas do teste de Beck com a dimensão D (depressão) do teste SCL-90 foram testadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Foi realizada uma análise grupal (cluster analysis) com os pacientes à entrada para o programa de substituição opiácea nas 9 dimensões da SCL-90. Os clusters e a respectiva árvore foram obtidos a partir de uma matriz de distância Euclidiana entre os sujeitos e aglomeração por "single linkage". As diferenças entre os clusters foram testadas pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis e quando significativas as diferenças duas a

duas foram testadas pelo teste U de Mann-Whitney. Finalmente, as diferenças nas várias dimensões do SCL-90 e no Inventário de Beck, no teste e no reteste dos pacientes foram testadas pelo Wilcoxon matched pairs test.

Todas estas estatísticas foram realizadas com recurso ao Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v13 e Statistica v7, ambos licenciados à Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.

3 – RESULTADOS

Dados sócio-demográficos e de consumo desta amostra estão sistematizados no Quadro I que passo a descrever:

Esta amostra de 19 pacientes é constituída por 4 mulheres e 15 homens, estando sublinhados os que fizeram o reteste. A média de idades dos pacientes é de 34.84 anos à data de entrada para o programa, variando entre os 27 anos e os 44 anos. Valores médios semelhantes, ligeiramente inferiores, 31.8 e 31.2, são referidos para pacientes em programa de substituição com metadona noutros CAT (Costa 2000; Padre-Santo *et al.* 2001).

A idade de início de consumo de heroína é muito variável, entre os 13 e os 40 anos com uma média de 22 anos, havendo 4 situações em que não foi possível obter esta informação (ND-não disponível). No respeitante ao início de consumos de cocaína, surgem 5 situações classificadas como NS (não-significativas) pelo facto dos pacientes ou não terem experimentado cocaína ou fazerem dela apenas um consumo esporádico e oportunista.

A data da 1ª consulta mostra, para além de duas situações para as quais não dispomos de dados, que em 11 dos 17 casos a primeira consulta ocorreu ao mesmo tempo ou após a abertura do programa de substituição com metadona. Este dado pode sinalizar a procura por parte de indivíduos consumidores de longa data, de poder ingressar num programa de manutenção com metadona.

O intervalo de tempo médio entre o início do consumo de heroína e a primeira consulta num CAT foi de 11 anos, variando entre os 3 e os 17 anos, o que expressa

a existência na zona abrangida pelo CAT, de grupos de toxicodependentes a que a rede de estruturas de saúde e, nomeadamente, de tratamento da toxicodependência não tinha chegado.

Pode ver-se que até Novembro de 2006, 3 dos 19 pacientes foram readmitidos em programa. O tempo médio de permanência no programa para a amostra total é de 44.44 meses, ou seja, aproximadamente 4 anos, variando entre os 5 meses e os 88 meses.

A informação respeitante aos consumos durante a permanência no programa é diferente da referida por outros estudos (Viegas & Viana 1999; Torras 2000; Padre-Santo *et al.* 2001; Costa 2001a; Joseph *et al.* 2002; Gossop *et al.* 2003a) havendo um paciente para o qual esta informação não está disponível e apenas dois para os quais há registo de consumos (C – cocaína; H – heroína) neste período (11%). Estes resultados foram obtidos através de análise à urina para pesquisa de metabolitos com colheita não-presencial. Considerou-se sem consumos os pacientes que apresentassem apenas uma análise positiva isolada no decurso do tempo total de tratamento e não se atendeu aos consumos de heroína e/ou cocaína efectuados durante as primeiras duas semanas de toma de metadona.

Apenas 3 de entre os 19 pacientes saíram com alta. 5 abandonaram o programa e, entre estes, apenas 1 tinha análises positivas. De notar que por abandono entende-se quer a interrupção do programa por parte do paciente quando ainda a tomar metadona, qualquer que seja a dose, quer a saída progressiva do programa por vontade do paciente e contra o parecer da equipa técnica, quer a redução progressiva de doses pelo paciente sem conhecimento da equipa (nos casos em que o paciente não faz toma diária presencial). Falta informação para se poder concluir pela saída do programa por razões de ruptura/conflicto com a equipa do programa, por razões de ordem socioprofissional ou outras.

QUADRO 1 – Caracterização do conjunto de dezanove Pacientes envolvidos no estudo. Linhas a cinzento indicam Pacientes com retestes

Ind.	Data de nascimento	Idade de entrada no progra.	Idade de início de consumo heroína	Idade de início de consumo cocaína	1ª consul.	Período entre início consumo e 1ª cons.	Entrada no programa	Saída do programa	Read. no programa	Tempo total em prog. (meses)	Consumos durante o programa	Causas de saída	Acomp. terapêutico	HIV	HCV
1	Nov/61	39	29	NS	Set/01	11	Out/01	Nov/05		49	SC	Abandono	ND	ND	ND
2	Dez/63	35	19	20	Jun/96	14	Jul/99	Per.		88	SC	Permanece	Mantém	-	+
3	Abr/68	31	19	18	Jun/99	12	Jul/99	Fev/05		55	SC	Alta	Interrompe	-	-
4	Dez/58	41	19	NS	Mai/92	15	Jul/99	Out/99	Out/99	87	SC	Permanece	Mantém	+	-
5	Out/61	38	25	NS	Jan/89	3	Set/99	Set/01		24	SC	Abandono	ND	ND	ND
6	Set/59	40	25	35	Jun/94	10	Set/99	Jun/01		21	SC	Abandono	Interrompe	+	+
7	Fev/70	30	17	20	Fev/00	13	Mar/00	ND		ND	ND	Transferido	ND	ND	ND
8	Dez/67	32	20	17	Fev/00	13	Mar/00	Mai/02		26	SC	Abandono	Mantém	-	-
9	Mai/69	30	14	14	Fev/00	17	Mar/00	Jan/03		34	SC	Transferido	ND	ND	ND
10	Jun/62	37	ND	ND	Jan/93	ND	Abr/00	Per.		79	SC	Permanece	Mantém	-	+
11	Mai/57	42	22	22	ND	ND	Abr/00	Ago/01	Jun/06	21	SC	Permanece	Mantem	+	+
12	Dez/72	27	ND	ND	ND	ND	Mai/00	Out/00		5	CHC	Abandono	ND	ND	ND
13	Nov/66	33	ND	ND	Mar/97	ND	Mai/00	Ago/02		27	SC	Alta	Interrompe	-	+
14	Jun/70	29	24	NS	Mar/99	5	Mai/00	Per.		78	SC	Permanece	Mantém	-	-
15	Jul/60	40	ND	ND	Jul/00	ND	Jul/00	Ago/02		25	SC	Alta	Interrompe	ND	ND
16	Jul/73	27	13	24	Abr/00	14	Jul/00	Per.		76	SC	Permanece	Mantém	+	+
17	Jul/56	44	40	NS	Jul/00	4	Jul/00	Fev/04	Jul/04	71	SC	Permanece	Mantém	-	+
18	Mar/73	28	14	15	Jul/01	14	Ago/01	Ago/03		24	SC	Outro	ND	ND	ND
19	Fev/62	39	30	30	Mai/01	9	Jun/01	Abr/02		10	CH	Transferido	ND	ND	ND

Este programa exige que o paciente esteja em acompanhamento psicológico. Consta-se que interromperam o processo terapêutico todos os que tiveram alta do programa de metadona, bem como todos menos um dos pacientes que abandonaram o programa. Este facto será abordado mais adiante.

A informação relativa à infecção pelo HIV e pelo HCV é incompleta, dispondo-se de informação para apenas 11 dos 19 pacientes. Destes, 4 são positivos para o HIV (36,4%) e 7 são positivos para o HCV (63,5%), valores mais baixos que os obtidos no CAT Taipas (Costa 2001b) e no CAT Setúbal (Padre-Santo *et al.* 2001), semelhantes aos apresentados num estudo do CAT da Boavista (Viegas & Viana 1999)(28,7% e 63,15% respectivamente).

Obtiveram-se correlações positivas significativas entre

as variáveis testadas, nomeadamente entre a pontuação obtida na escala de Beck e a dimensão Depressão na SCL-90 ($r=0.775$ $gl=15$ $p<0.001$), na subescala cognitiva-afectiva de Beck e a dimensão Depressão na SCL-90 ($r=0.824$ $gl=15$ $p<0.001$), e na sub-escala somática de Beck e a dimensão Depressão na SCL-90 ($r=0.564$ $gl=15$ $p<0.001$).

O Inventário de Depressão de Beck foi preenchido por 18 dos 19 pacientes que constituem a amostra. A Figura 1 mostra as pontuações na subescala afectiva, na subescala somática e pontuações totais por indivíduo. Temos pois: Sem depressão: 7 pacientes (1; 4; 11; 13; 14; 15; 18); Depressão Ligeira: 4 pacientes (8; 10; 12; 17); Depressão Moderada: 4 pacientes (2; 7; 16; 19); Depressão Grave: 3 pacientes (3; 6; 9).

FIGURA 1 – Pontuação de cada paciente à entrada para o programa de substituição opiácea: na subescala cognitiva-afectiva; na subescala somática; pontuação total. 0-11: ausência de depressão; 12-17: depressão ligeira; 18-24: depressão moderada; 25-63: depressão grave

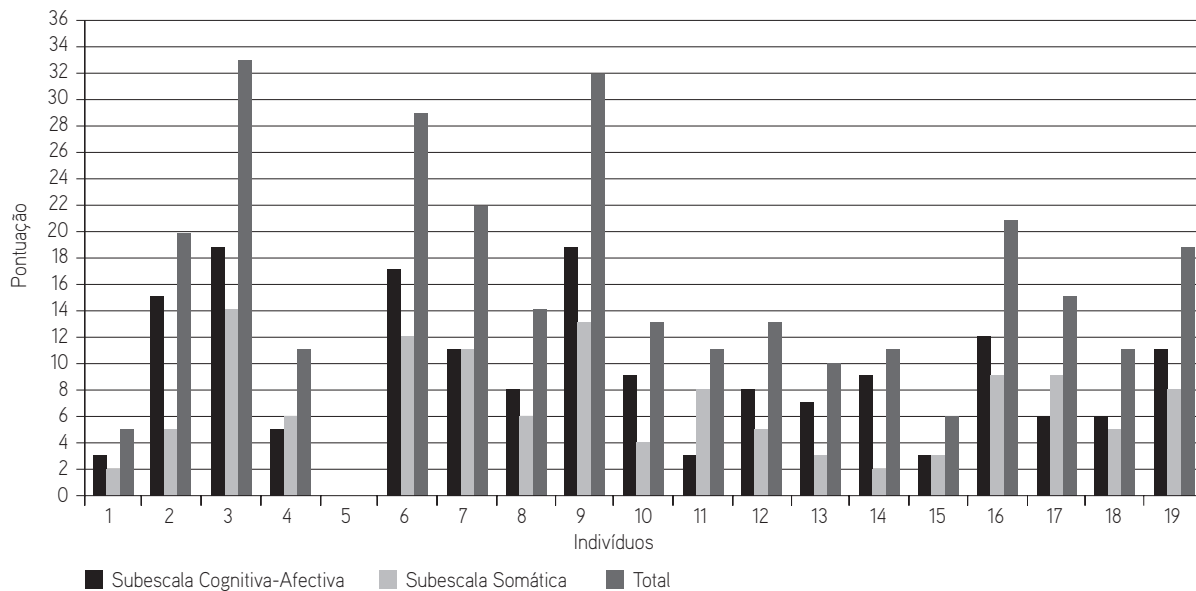
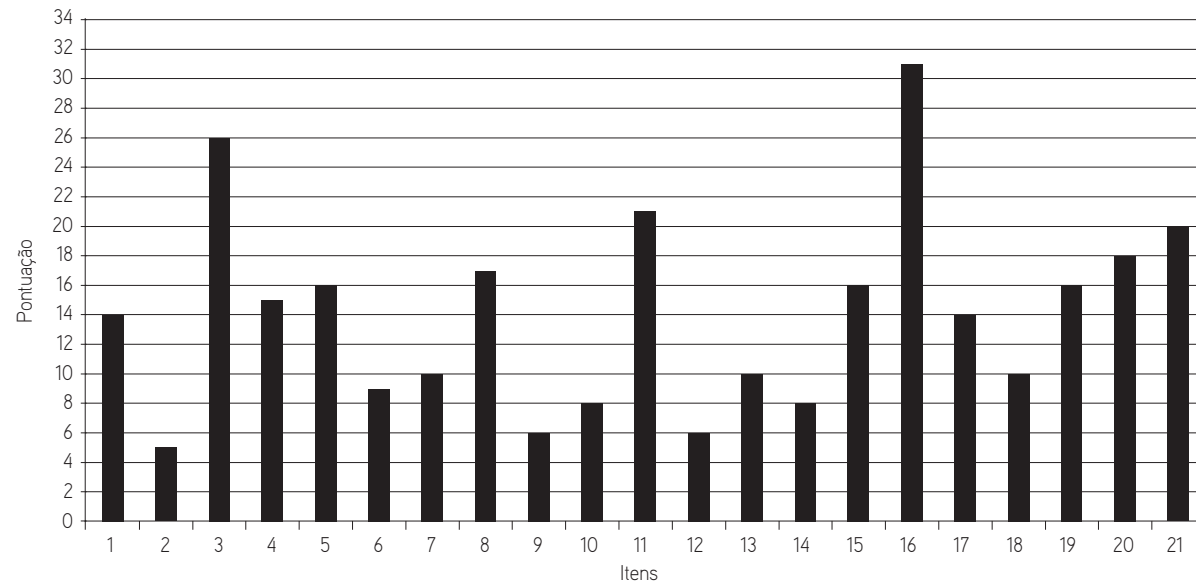


FIGURA 2 – Pontuação dos 18 pacientes, à entrada para o programa de substituição com metadona, em cada um dos 21 itens do Inventário de Depressão de Beck.

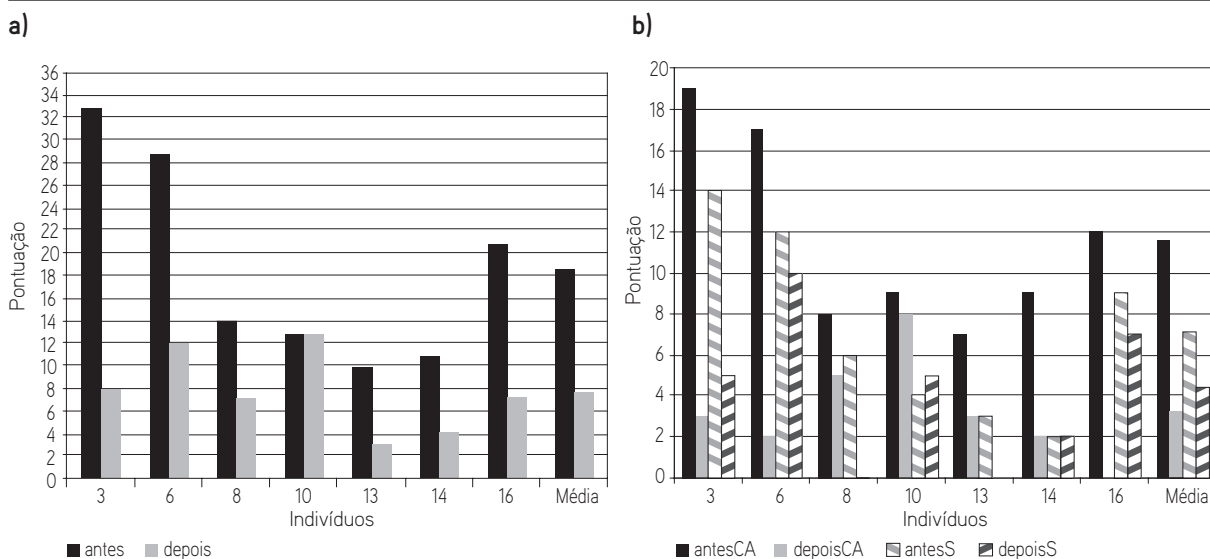


A Figura 2 mostra pontuações totais para cada item do Inventário de Beck na primeira aplicação do instrumento, permitindo destacar 3 temáticas depressivas a que o conjunto de pacientes atribuiu maior intensidade: o sentimento de fracasso, a irritabilidade e a perturbação do sono.

A Figura 3a apresenta, para os 7 pacientes, para os quais dispomos de teste e reteste, pontuações totais. Em todos os pacientes menos um (o sujeito 10 que foi submetido a um transplante hepático um mês antes da segunda

aplicação do Inventário) houve um decréscimo na pontuação. Acresce que as diferenças mais acentuadas entre o teste e o reteste ocorrem para os pacientes que na primeira aplicação do instrumento obtiveram valores mais elevados, parecendo que no reteste as pontuações tendem a situar-se na categoria Sem Depressão. Igual resultado tinha sido referido por Neto (1996). Estas diferenças são estatisticamente significativas (Teste de Wilcoxon: $T=0.00$ $n=7$ $p=0.0277$).

FIGURA 3 – a) Pontuação no Inventário de Depressão de Beck para 7 pacientes e respectiva média à entrada no programa de substituição de metadona e em Novembro de 2006; b) – Pontuação no Inventário de Depressão de Beck – subescala cognitiva-afectiva (CA) e subescala somática (S) – para 7 pacientes e respectiva média à entrada no programa de substituição de metadona e em Novembro de 2006.



A Figura 3b apresenta, para os mesmos 7 pacientes, pontuações na subescala cognitiva-afectiva no teste e no reteste que são estatisticamente significativas (Teste de Wilcoxon: $T=0.00$ $n=7$ $p=0.0179$). Apresenta também, para estes 7 pacientes, pontuações na subescala somática no teste e no reteste. Parece haver uma redução pouco acentuada no reteste da subescala somática em indivíduos portadores de HIV (6; 16), por comparação com a redução na subescala afectiva-cognitiva nestes mesmos pacientes, contudo continua a ser uma redução estatisticamente significativa (Teste de Wilcoxon: $T=1.00$ $n=7$ $p=0.0464$). Observa-se aumento

no reteste da subescala somática do indivíduo 10, a que já se fez referência no texto descritivo da figura 3a. A análise grupal das dimensões estudadas do SCL-90 permitiu seleccionar três clusters como sendo a solução mais heurística e superior à selecção de apenas dois clusters (Figura 4). Os testes de Kruskal-Wallis mostram sempre diferenças significativas entre os valores de cada uma das dimensões dos 3 clusters obtidos. O teste de Mann-Whitney mostra que existem diferenças significativas em todas as dimensões entre o cluster 1 e o 3, que entre o cluster 1 e 2 apenas há diferenças significativas na dimensão O, D e Z e

que entre o cluster 2 e 3 são todas as diferenças são significativas menos para a dimensão H e Z.

Estes três clusters formam três perfis sintomáticos: um que apresenta pontuações mais elevadas em todas as escalas, com picos nas escalas de Somatização, Obsessões-Compulsões, Ansiedade e, sobretudo, Depressão (verde); um que apresenta pontuações mais elevadas nas dimensões Hostilidade e Ideação Paranóide (vermelho); um que não apresenta sintomas em nenhuma das dimensões (azul).

A Figura 4 apresenta os valores médios para cada um dos três clusters e para cada uma das dimensões do perfil sintomatológico dos 18 pacientes na SCL-90 à entrada para o programa de substituição de metadona. Assim: cluster 1, representado a azul, de perfis assintomáticos (abaixo da pontuação 1); cluster 2, representado a vermelho, de perfis com pico na dimensão Ideação Paranóide; cluster 3, representado a verde, de perfis com pico na dimensão Depressão.

FIGURA 4 – Valores médios para cada um dos três clusters detectados e para cada uma das dimensões do perfil sintomatológico dos 18 pacientes na SCL-90, à entrada para o programa de substituição de metadona. Para todas as dimensões obtiveram-se diferenças significativas entre os valores médios dos clusters (Teste de Kruskal-Wallis). S – somatização, O – obsessões-compulsões, I – sensibilidade interpessoal, D – depressão, A – ansiedade, H – hostilidade, F – ansiedade fóbica, Z – ideação paranóide, P – psicoticismo.

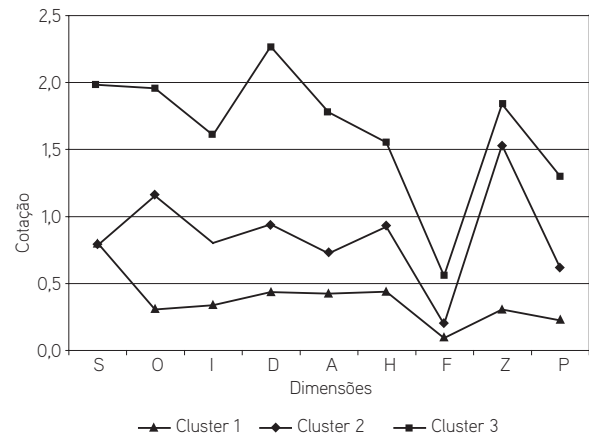


FIGURA 5 – a) – Perfil sintomatológico dos 7 pacientes com reteste na SCL-90 nas 9 dimensões, a) à entrada para o programa de substituição de metadona e b) reteste, em Novembro de 2006. S – somatização, O – obsessões-compulsões, I – sensibilidade interpessoal, D – depressão, A – ansiedade, H – hostilidade, F – ansiedade fóbica, Z – ideação paranóide, P – psicoticismo.

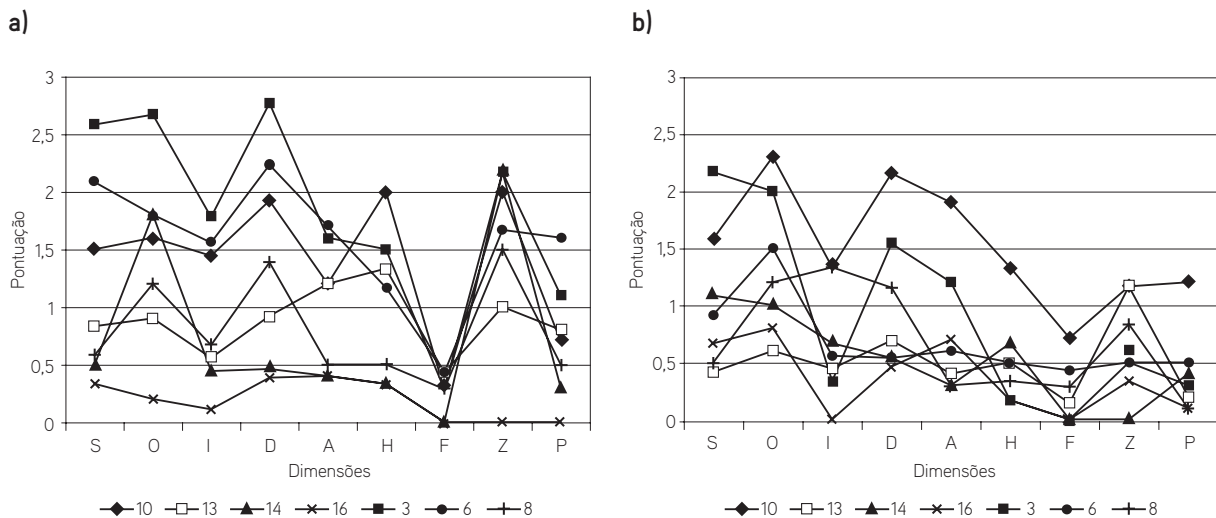
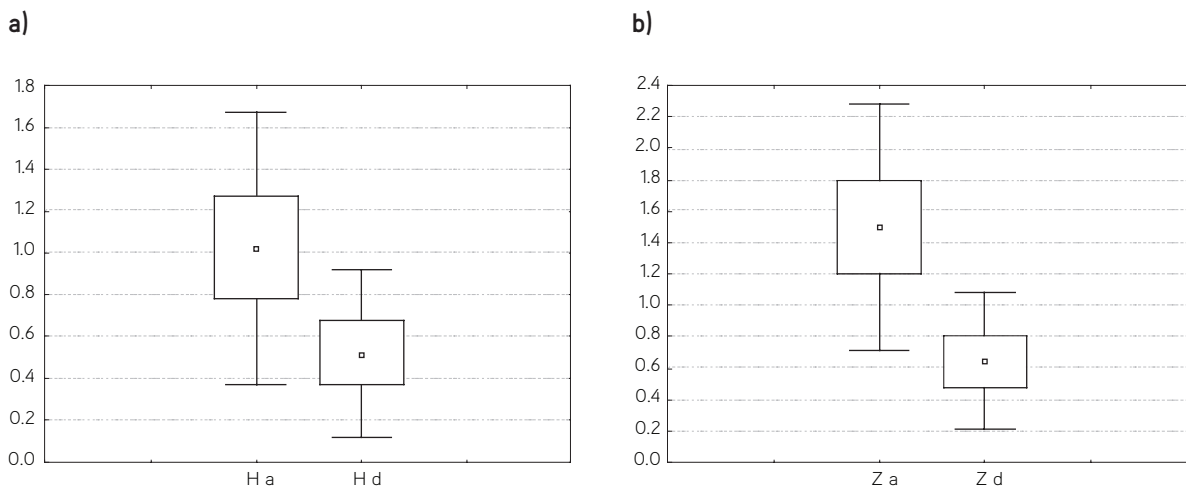


FIGURA 6 – Gráficos de bigodes dos valores médios, erro-padrão e desvio-padrão; a) dimensão Hostilidade (H), à entrada no programa de substituição de metadona (Ha), e em Novembro de 2006 (Hd); b) dimensão Ideação Paranóide (Z), à entrada no programa de substituição de metadona (Za), e em Novembro de 2006 (Zd).



A Figura 5a apresenta os perfis sintomatológicos no SCL-90 dos 7 pacientes à entrada para o programa. Verifica-se para o paciente 3 sofrimento significativo (definido como pontuação acima de 2,5) em torno das dimensões primárias: Somatização, Obsessões-Compulsões e Depressão. Para todos os 7 pacientes menos um (16), à entrada para o programa parece haver sintoma (entendido como pontuação igual ou superior a 1) nas dimensões Hostilidade e Ideação Paranóide e a mesma tendência, menos clara, ocorre nas dimensões Obsessões-Compulsões e Depressão. Na figura 5b vemos os perfis sintomatológicos dos 7 pacientes no reteste da SCL90. Assiste-se tendencialmente a uma redução nas pontuações. A exceção é o perfil sintomatológico do paciente 10 (transplantado) que se destaca dos demais.

Fomos investigar se havia diferenças significativas no teste-reteste da SCL-90 para cada uma das 9 dimensões. Verificou-se não haver diferenças significativas para nenhuma das dimensões. Para duas dimensões, todavia, as diferenças são quase significativas. Uma é a dimensão Hostilidade (H) (Teste de Wilcoxon; $T=3.000$

$n=7$ $p=0.062980$) para a qual apresentamos valores médios, erro-padrão e desvio-padrão, à entrada no programa de substituição e em Novembro de 2006 (Figura 6a). Outra é a dimensão Ideação Paranóide (Z) (Teste de Wilcoxon; $T=3.000$ $n=7$ $p=0.062980$) para a qual temos valores médios, erro-padrão e desvio-padrão, à entrada no programa de substituição e em Novembro de 2006 (Figura 6b).

4 – DISCUSSÃO

O conjunto de dados de que dispomos, sendo limitado, é todavia bastante robusto e coeso. Isto torna possível a sinalização quer de alguns padrões de sintomas e/ou de comportamentos, quer de algumas mudanças com significado estatístico.

Já foi dito acima que não foi possível contactar 8 dos 19 pacientes a quem foi feita a avaliação inicial, valor superior ao obtido noutros estudos em que se obtém um valor de 24% ao fim de 5 anos (Gossop *et al.* 2003a); e um valor de 30% ao fim de 4 anos (Torrás 2000).

Verifica-se uma boa taxa de retenção em programa com apenas um paciente a sair ao fim de 5 meses com

análises positivas para heroína e cocaína, e isto apesar dos pacientes terem em média 11 anos de consumo de heroína. O elevado número de abandonos em pacientes que apresentaram análises sempre negativas e que permaneceram em média 44 meses (mais de 3 anos e meio) levanta questões respeitantes ao intervalo de tempo óptimo em programa. Joseph *et al.* (2002) refere evoluções mais favoráveis para um tempo de permanência em programa superior a dois anos.

Outro dado é o de que interromperam o processo terapêutico todos os pacientes que tiveram alta do programa de metadona, bem como todos menos um dos pacientes que abandonaram o programa. Vários factores podem ter contribuído para isso. O tempo médio, longo, de permanência em programa, sem consumos, pode ter criado no paciente a ideia de já não precisar de ajuda. Também pode ter contribuído para o abandono da terapia o facto de a maioria destes pacientes ter mudado de terapeuta uma ou mais vezes no decurso do tratamento. Dispomos pois de uma amostra de pacientes envelhecidos, com muitos anos de consumo de heroína, alguns deles doentes, que todavia aderiram ao programa e se mantêm em programa, sem consumos assinaláveis. Falta informação acerca da adesão-progressão paralela em aconselhamento terapêutico e das razões para o abandono.

A revisão bibliográfica aponta a necessidade de vigiar e abordar o consumo de álcool pelos pacientes em programas de manutenção, quer pelas implicações que este consumo tem para a saúde, quer pelo risco associado de overdose e suicídio, quer ainda por ser um dos factores que se sabe conduzirem ao abandono dos programas de substituição com metadona. Verificamos no entanto que muitos programas de substituição continuam a não rastrear/apresentar dados relativos a este consumo.

Outro consumo que persiste em alguns pacientes em alguns programas de substituição, e que tem um impacto significativo aumentando os comportamentos de risco, é o da cocaína. Apesar de haver dados de vários autores que convergem, identificando o apoio terapêutico como sendo o factor determinante na redução deste consumo, considero importante que se

procure sistematizar a informação disponível relativa ao consumo de cocaína por heroinodependentes em programas de substituição.

Passemos à análise dos dados obtidos através do Inventário de Depressão de Beck e da SCL-90:

Importa começar por dizer que se comprovou a consistência dos dois instrumentos utilizados no estudo, havendo uma correlação positiva entre a dimensão Depressão da SCL-90 e o Inventário de Depressão de Beck.

O Inventário de Beck revela uma mudança muito significativa depois de 5-7 anos de tratamento. À entrada para o tratamento 11 de entre os 18 sujeitos que preencheram este questionário apresentavam quadro depressivo ligeiro (4), moderado (4) ou grave (3). No entanto, no reteste todos os pacientes apresentavam valores sub-clínicos para a depressão. Este dado é mais significativo quando se sabe que apenas um dos pacientes refere ter feito tratamento farmacológico para a depressão e vai no sentido dos resultados obtidos por Neto (1996). Valia a pena esclarecer em que medida o efeito decorre do apoio terapêutico e em que medida decorre da abstinência prolongada. Conhecendo os 21 itens do Inventário de Beck intui-se que a dependência de heroína, melhor dizendo, a forma de estar na vida a que a dependência de heroína constrange, contribui para a elevação da pontuação neste inventário.

Outro elemento a merecer o nosso olhar é o da manutenção dos índices somáticos relativamente elevados (por comparação com os índices cognitivo-afectivos nos mesmos sujeitos) nos pacientes seropositivos para o HIV. Parece sinalizar o peso que esta doença tem, mesmo quando a situação está a ser vigiada e está compensada por medicação (o que será provável visto haver um esforço grande da equipa de orientação destes pacientes para a consulta de infecto-contagiosas dos hospitais da zona, com quem há protocolos e reuniões regulares).

Quando se analisa os resultados do Inventário de Beck item a item, para todos os sujeitos à entrada para o programa, destacam-se três temáticas: o sentimento de fracasso, a irritabilidade e a perturbação do sono. A temática da irritabilidade parece-nos ir ao encontro da elevação da dimensão Hostilidade na SCL-90 e ser

em grande medida decorrente do consumo de heroína e dos seus epifenómenos, descritos com clareza por Miguel (2006): "as ânsias", desejo de consumir; a procura frustrada da repetição do prazer inicial pela repetição do consumo; a falta de interesse por tudo. A presença expressiva do sentimento de fracasso nestes pacientes pode sinalizar uma área importante de intervenção clínica. Constitui possivelmente um factor explicativo de algumas atitudes de evitamento e da intolerância a falhas em pacientes abstinentes.

Como se viu, a SCL-90 dá conta da existência, à entrada no programa, de 3 perfis sintomatológicos bem distintos. Um é definível pelo resultado mais elevado sobretudo na dimensão Depressiva mas também na dimensão Somática, Obsessiva-Compulsiva e Ansiosa. Outro distingue-se pela elevação relativa da dimensão Ideação Paranóide e, de forma menos expressiva, da dimensão Hostilidade. O terceiro grupo apresenta resultados consistentemente baixos em todas as dimensões. O número de casos é muito pequeno. Apesar disso podemos dizer que no perfil denominado cluster 3 tende a haver no reteste uma redução da dimensão Depressão mas também, de forma menos expressiva, da dimensão Ideação Paranóide. No perfil denominado cluster 2, no reteste, redução acentuada das Dimensões Hostilidade e Ideação Paranóide. Destes três perfis (clusters) apetece dizer: o primeiro depressivo, o segundo anti-social e o terceiro assintomático. Este achado vai ao encontro de outros resultados (Fabião 2002).

A informação dada pela comparação teste-reteste para cada dimensão no SCL-90 permite-nos avançar um pouco mais. Essa comparação revela não haver diferenças significativas teste-reteste para cada dimensão, para o conjunto dos 7 pacientes. No entanto há duas dimensões que estão perto de apresentar diferenças significativas entre teste e reteste: a Ideação Paranóide e a Hostilidade. Este resultado é do maior interesse porque parece decorrer da abstinência sustentada após entrada no programa de manutenção com metadona.

A situação é então da existência dum perfil de perturbação de personalidade anti-social, mas que de facto é contingente ao consumo de heroína, havendo uma redução marcada nas dimensões de Ideação

Paranóide e Hostilidade quando o paciente abandona o consumo opiáceo. É de realçar ainda o facto de se assistir a uma redução nestas duas dimensões, menos acentuada, nos pacientes do cluster 3, apesar destas não serem as dimensões mais expressivas para este cluster. Este achado parece corroborar o de outros estudos que apontam para uma delinquência que nestes indivíduos seria secundária, quer dizer, função dos consumos (Cacciola *et al.* 2001). Este dado tem ainda relevância porque dá conta, não apenas da redução do comportamento criminoso dos pacientes em programa, como também de uma outra forma de posicionamento/perspectivação social nestes indivíduos, menos defensiva. O estigma social associado à toxicoddependência e, por extensão, aos programas de manutenção com metadona pode estar a dificultar ou impedir que as potencialidades maiores de reintegração social e profissional dos pacientes em manutenção opióide possam ser realizadas. Parece-nos uma área de intervenção importante.

CONTACTOS:

MARIA EDUARDA MELO

Psicóloga clínica no CAT Taipas desde 1988, no CAT Loures desde 1998, em funções na ET de Loures.

E.T. Loures.

R. Da República 76

2670-470 LOURES

eduarda.melo@netcabo.pt

NOTAS:

1 – Tratamento estatístico por Octávio S. Paulo da F.C.U.L.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amato L., Davoli M, Perucci C.A., Ferri M., Faggiano F., Mattick R.P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28: 321-329.

Cacciola J.S., Alterman A.I., Rutherford M.J., Mckay J.R., Mulvaney F.D. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence* 61: 271-280.

- Carroll K.M., Power M.E.D., Bryant K., Rounsaville B.J. (1993). One-Year Follow-Up Status of Treatment-Seeking Cocaine Abusers – Psychopathology and Dependence Severity As Predictors of Outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181: 71-79.
- Coimbra de Matos A (2002). *O Desespero*. Climepsi, 478 pp.
- Costa A. (2000). A porta grande e a porta do cavalo (ou da cocaína) – parte 1. Uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas. *Toxicodependências* 6: 31-36.
- Costa A. (2001a). A porta grande e a porta do cavalo (ou da cocaína) – parte 2. Uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas. *Toxicodependências* 7: 35-44
- Costa A. (2001b). A porta grande e a porta do cavalo (ou da cocaína) – parte 3. Uma análise do ficheiro desactivado do Serviço de Terapias Medicamentosas do CAT Taipas. *Toxicodependências* 7: 3-12.
- Fabião C. (2002). Toxicodependência: Duplo Diagnóstico, Alexitimia e Comportamento. Uma revisão. *Toxicodependências* 8: 37-51.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Kidd T. (2003a). The National Treatment Outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 98: 291-303.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Rolfe A. (2000). Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers 1-year follow-up results. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19: 45-50.
- Goulão J. (2006). Plano Nacional contra a Droga e a Toxicodependência. Novas perspectivas. *Toxicodependências* 12: 3-6.
- Joseph H., Stancliff S., Langrod J. (2002). Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM): Revisión histórica y problema clínicos. *Revista de Toxicomanias* 8-27.
- Krausz M., Verthein U., Degkwitz P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5: 55-62.
- Kreek M.J., Schechter A.J., Gutjahr C.L., Hecht M. (1980). Methadone Use in Patients with Chronic Renal-Disease. *Drug and Alcohol Dependence* 5: 197-205.
- Kreek M.J., Vocci F.J. (2002). History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23: 93-105.
- Miguel N. (2006). Da escuta atenta e interessada à elaboração de um olhar diferente. *Toxicodependências* 12: 79-84.
- Neto D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno dependentes*. Universitária Editora.
- Padre-Santo D., Lopes V., Costa H., Godinho J. (2001). Evolução do Programa de Substituição Opiácea no CAT de Setúbal – terceira avaliação. *Toxicodependências* 7: 3-7.
- Rao S.R., Broome K.M., Simpson D.D. (2004). Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. *Addiction* 99: 579-589.
- Ravndal E., Vaglum P. (1999). Overdoses and suicide attempts: Different relations to psychopathology and substance abuse? A 5-year prospective study of drug abusers. *European Addiction Research* 5: 63-70.
- Rosenblum A., Magura S., Foote J., Palij M., Handelsman L., Lovejoy M., Stimmel B. (1995). Treatment Intensity and Reduction in Drug-Use for Cocaine-Dependent Methadone Patients – A Dose-Response Relationship. *Journal of Psychoactive Drugs* 27: 151-159.
- Scherbaum N., Kluwig J., Specka M., Krause D., Merget B., Finkbeiner T., Gastpar M. (2005). Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment – A controlled trial. *European Addiction Research* 11: 163-171.
- Sells S.B., Simpson D.D. (1980). The Case for Drug-Abuse Treatment Effectiveness, Based on the Darp Research-Program. *British Journal of Addiction* 75: 117-131.
- Torrás E. (2000). Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona. *Adicciones* 12: 383-394.
- Viegas E., Viana L. (1999). Estudo dos doentes em tratamento com Metadona no CAT da Boavista: Análise de regularidades na frequência à consulta e resultados dos metabolismos urinários. *Toxicodependências* 5: 49-60.
- Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P., Blaine J., Fox S., Herman I., Beck A.T. (1984). Severity of Psychiatric-Symptoms As A Predictor of Benefits from Psychotherapy – the Veterans Administration Penn Study. *American Journal of Psychiatry* 141: 1172-1177.