



emcdda.europa.eu

Substitution treatment

EMCDDA 2000 selected issue

In EMCDDA 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Questões específicas

Este capítulo salienta a importância de três questões específicas relacionadas com o problema da droga na Europa: o tratamento de substituição, a punição das infracções à legislação em matéria de droga e os problemas enfrentados pelas mulheres consumidoras de droga e os dos seus filhos.

Tratamento de substituição

O tratamento de substituição apareceu pela primeira vez nos EUA, em finais da década de 1960, em resposta ao consumo emergente de opiáceos. À medida que este tipo de consumo se espalhava, os serviços de substituição foram-se desenvolvendo, embora a sua prática variasse — e ainda varie — consideravelmente. A legislação nesta matéria, as práticas de prescrição e a organização geral dos serviços de substituição também variam fortemente na UE.

Os consumidores de droga que efectuam o tratamento de substituição recebem, mediante prescrição médica, uma substância substituta semelhante ou idêntica à droga normalmente consumida. Deve-se distinguir entre desintoxicação — redução gradual da quantidade de droga até atingir um consumo zero — e manutenção — fornecer ao consumidor uma quantidade suficiente para reduzir o seu comportamento de risco e outros danos

conexos durante um período mais longo. Os consumidores de heroína (ou outros opiáceos) são os principais pacientes do tratamento de manutenção, ao passo que aos restantes consumidores, geralmente, são prescritas substâncias de substituição para a desintoxicação. Esta parte trata exclusivamente do tratamento para a dependência de opiáceos.

Substâncias de substituição

As substâncias de substituição (ver tabela 1) podem ser agonistas — substâncias que activam os receptores de opiáceos no cérebro desencadeando o efeito do consumo de droga — ou agonistas-antagonistas — substâncias que, simultaneamente, activam os receptores de opiáceos no cérebro e limitam ou eliminam os efeitos de outros opiáceos ou opióides consumidos. Certas substâncias como a buprenorfina, combinam as características agonísticas e antagonísticas. As substâncias de substituição utilizadas para tratar a heroínodependência são opiáceos — substâncias derivadas da dormideira como a morfina ou

Tabela 1

Substâncias de substituição na União Europeia

Substância de substituição	Características da substância	Países que comunicaram a utilização da substância (1)	Estimativa do preço médio semanal do tratamento (em euros) (2)	Substância utilizada para desintoxicação ou para manutenção
Buprenorfina	Opióide agonista-antagonista de acção muito prolongada	Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Reino Unido	65	Ambas
Dihidrocodeína	Opióide agonista fraco, de acção curta, semi-sintético	Alemanha, Bélgica, Luxemburgo	40	Ambas
Heroína	Opiáceo agonista forte, de acção curta	Países Baixos, Reino Unido	200	Manutenção
LAAM	Opióide agonista sintético, de acção prolongada	Alemanha, Dinamarca, Espanha, Portugal	45	Ambas
Mephenon ^R	Opióide agonista sintético, de acção prolongada	Luxemburgo	8	Ambas
Metadona	Opióide agonístico sintético, de longa duração	Todos os Estados-Membros da UE	20	Ambas
Morfina de acção lenta	Opiáceo agonístico, de longa duração	Áustria	40	Ambas

Notas:

(1) As substâncias de substituição referentes a menos de 20 casos não foram incluídas nesta tabela.

(2) Mantendo um consumidor com: 8 mg de buprenorfina por dia; 1 500 mg de dihidrocodeína por dia; 400 mg de heroína por dia; 350 mg de LAAM por semana; 10 comprimidos de Mephenon^R por dia; 50 mg de metadona por dia; ou 400 mg de morfina de efeito lento por dia.

a codeína, bem como a heroína produzida a partir da morfina — ou opióides — substâncias sintéticas com efeitos semelhantes aos opiáceos, como a buprenorfina ou a metadona.

As substância de substituição são eficazes durante períodos de tempo diferentes, o que afecta a forma como são receitadas. A substância com efeitos mais duradouros é o levu-alpha-acetil-metadol (LAAM), que pode ser tomado apenas três vezes por semana. A morfina de efeito lento pode ser tomada em dias alternados, ao passo que a metadona e o MephenonR (metadona sob a forma de comprimido) devem ser tomados diariamente. A heroína e a dihidrocodeína têm de ser tomadas pelo menos duas vezes por dia.

A tabela 1 demonstra que a metadona continua a ser a substância de substituição mais utilizada na UE, embora já não detenha a exclusividade do passado. Entretanto, surgiram outras substâncias que, apesar das suas diferentes características, são utilizadas quer para a desintoxicação quer para a manutenção.

Introdução dos tratamentos de substituição na Europa

Na sequência de uma experiência realizada entre 1994 e 1997, em que se procurou prescrever heroína a consumidores de droga crónicos, sobretudo para efeitos de manutenção, a Suíça continua a utilizar a heroína

como alternativa à metadona. A experiência suíça motivou debates sobre a prescrição de heroína em todos os Estados-Membros da UE e, embora tenham sido propostas experiências semelhantes em muitos deles, apenas os Países Baixos lançaram de facto este tipo de experiência em 1997. Em 1999, foi aprovado na Alemanha o quadro jurídico para a realização destas experiências. Na França, as experiências efectuadas em 1996 com buprenorfina conduziram a experiências semelhantes, em pequena escala, na Alemanha (1999), Áustria (1997) e Dinamarca (1998), bem como ao licenciamento da substância no Reino Unido em 1999 e na Alemanha em 2000. As experiências com LAAM estenderam-se de Portugal, em 1994, à Espanha em 1997 e à Dinamarca em 1998.

Embora se observe novamente a predominância da metadona, a tabela 2 revela ainda o tempo necessário para introduzir a metadona em todos os países da UE. Apesar de em muitos países as novas substâncias de substituição continuarem a ser utilizadas somente a título experimental, a sua importância tem aumentado.

Uma avaliação realizada pelo Instituto de Investigação Terapêutica (IFT), de Munique, sobre o tratamento com metadona ministrado a pacientes em regime ambulatorio na Alemanha, de 1995 a 1999, revelou que o consumo de droga diminuiu e as aptidões e relações sociais melhoraram durante esse período.

Um inquérito holandês de 1997 demonstrou que 90% dos pacientes com uma dose média diária de 50 mg de metadona também consumiam heroína e cocaína e que 70% consumiam álcool. Os primeiros resultados de um inquérito realizado por iniciativa do ministro da Saúde sobre o efeito das diferentes dosagens de metadona nos grupos estudados revelou que aquele que recebia a dose mais elevada registava melhores níveis de estabilidade e uma menor deterioração da sua saúde e aptidões sociais, podendo estas, aliás, melhorar com maior frequência nesse grupo.

Na Áustria, uma avaliação realizada em 1997 revelou que a buprenorfina pode ser receitada a mulheres grávidas, uma vez que os bebés nascidos de mães que consumiam esta substância não apresentaram a síndrome de abstinência associada aos opiáceos, contrariamente aos bebés de mães que tomam metadona.

Enquanto que as experiências de substituição com o LAAM, realizadas nos Países Baixos no início da década de 1990, falharam perante a recusa de participação dos toxicodependentes, Portugal alcançou resultados

Tabela 2

Introdução dos tratamentos de substituição na UE		
País	Introdução do tratamento com metadona	Introdução de outras substâncias de substituição (a)
Bélgica	1994	Utilização ocasional de buprenorfina (b), dihidrocodeína
Dinamarca	1970	Buprenorfina (b,c) e LAAM (ambas 1998) (c)
Alemanha	1992	Dihidrocodeína (1985), heroína (1999) (c), LAAM (1999), buprenorfina (2000) (b)
Grécia	1993	Nenhuma outra substância prescrita
Espanha	1983	LAAM (1997)
França	1995	Buprenorfina (1996) (b)
Irlanda	1970	Nenhuma outra substância prescrita
Itália	1975	Buprenorfina (1999) (b,c)
Luxemburgo	1989	Dihidrocodeína (1994) (c), Mephenon ^R (d)
Países Baixos	1968	Heroína (1997) (c)
Áustria	1987	Morfina de acção lenta (1997), buprenorfina (1997) (b,c)
Portugal	1977	LAAM (1994) (c)
Finlândia	1974	Buprenorfina (1997) (b)
Suécia	1967	Nenhuma outra substância prescrita
Reino Unido	1968	Buprenorfina (1999) (b)

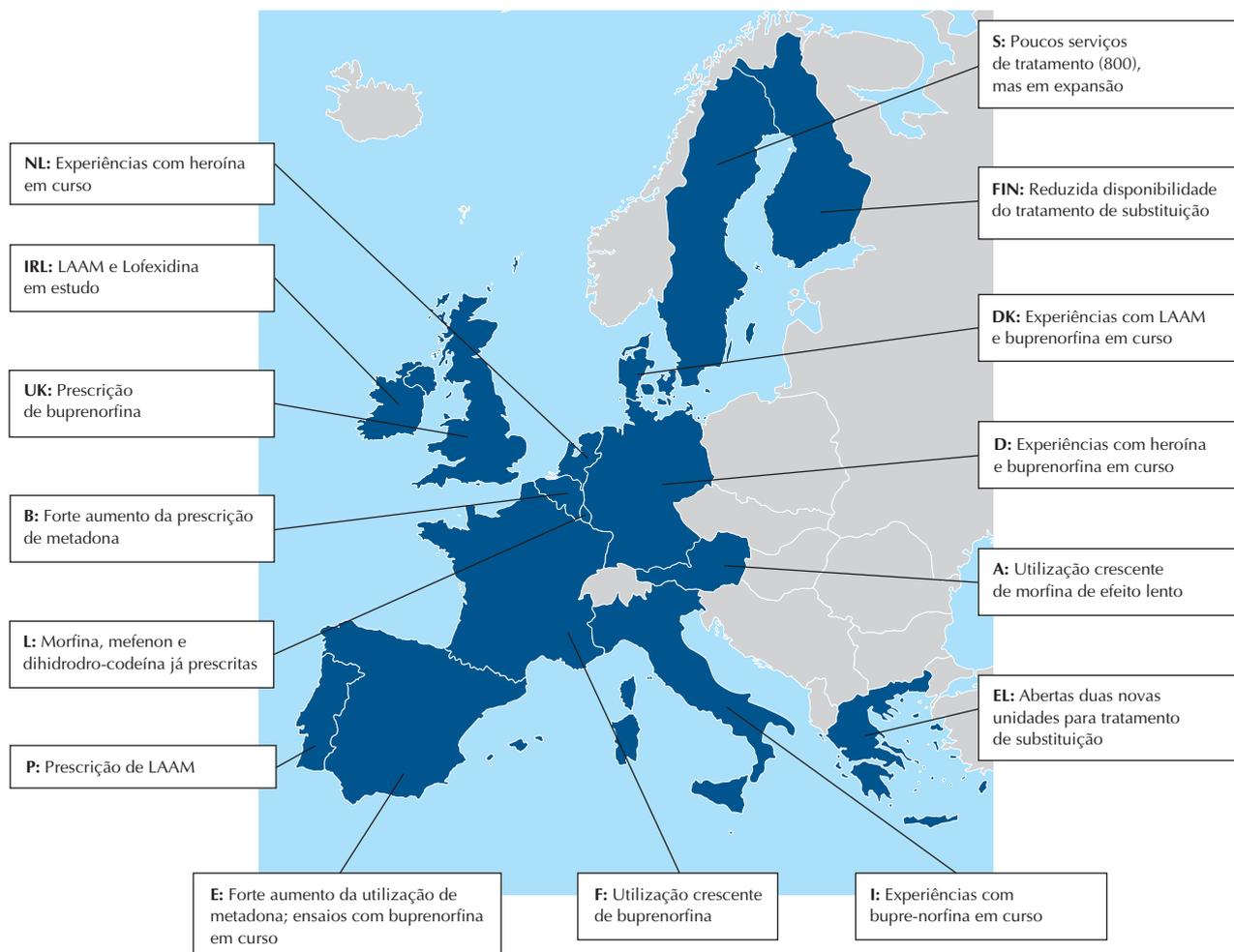
NB: (a) As datas referem-se ao ano em que foi adoptada a decisão política de prescrição da substância.

(b) A buprenorfina é utilizada sob a forma de Subutex^R e não de Temgesic^R, dado que este medicamento apenas contém quantidades reduzidas da substância.

(c) Apenas a título experimental.

(d) Data desconhecida.

Figura 21: Panorama geral dos tratamentos de substituição na União Europeia



globalmente positivos, tendo-se observado que 64% dos 99 participantes não abandonaram o programa. O acompanhamento de 38 pacientes revelou que 61% não reincidiram.

Extensão e localização dos serviços de substituição

Não obstante uma expansão generalizada na UE, ao longo dos últimos 30 anos, o tratamento de substituição (ver figura 21) ainda é raro em alguma regiões e locais. Os serviços da Grécia, Finlândia e Suécia, por exemplo, têm um alcance geográfico limitado, podendo não chegar a potenciais pacientes noutros distritos. A disponibilidade do tratamento de substituição nas prisões também oscila quer no interior quer entre os Estados-Membros.

Poucos Estados-Membros possuem serviços internos para a realização do tratamento de substituição, apesar de, teoricamente, estar prevista a sua existência na UE. Pelo contrário, o tratamento de substituição é efectuado, quase exclusivamente, em serviço ambulatorio, talvez porque esta forma de tratamento seja mais económica

do que o internamento, ou talvez porque o seu impacto na vida quotidiana dos pacientes é mínimo. Todavia, o sistema de serviço ambulatorio não dá resposta ao facto de os pacientes em tratamento de substituição poderem ser desde indivíduos relativamente bem integrados e muitas vezes empregados, até toxicod dependentes que vivem nas ruas, marginalizados e fortemente degradados, que poderão necessitar de uma assistência maior do que aquela que um serviço ambulatorio pode proporcionar.

Embora o número de avaliações sobre o tratamento de substituição tenha aumentado significativamente nos últimos cinco anos, na maioria dos Estados-Membros ainda não existe controlo da qualidade, acompanhamento e avaliação dos programas individuais.