



emcdda.europa.eu

Successful treatment

EMCDDA 2002 selected issue

In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

2002 Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega

No Reino Unido, as orientações oficiais em matéria de prescrição (Department of Health *et al.*, 1999) salientam que não deverão ser prescritos estimulantes aos policonsumidores.

Em todos os países à excepção da Suécia, existem grandes dificuldades em conseguir controlar os opiáceos no tratamento medicamente assistido, por exemplo, com metadona. Noutros países, a vantagem de manter um contacto regular com os consumidores de droga em tratamento de substituição é obviamente considerada mais importante do que a desvantagem do consumo concomitante de outras drogas. Na Suécia, porém, os policonsumidores não são admitidos ao tratamento com metadona, independentemente da gravidade do problema de consumo de heroína.

A co-morbilidade psiquiátrica é frequentemente diagnosticada nos policonsumidores. A Áustria, a Dinamarca, os Países Baixos e a Suécia dão conta de um número elevado e possivelmente crescente de policonsumidores que dão entrada nos hospitais psiquiátricos.

Existem poucas investigações sobre a eficácia do tratamento de policonsumidores. De um modo geral, o ajustamento do tratamento a cada caso específico contribui para o seu êxito. O estudo do NTORS do Reino Unido chegou à conclusão de que, ao fim de um ano, os consumidores de opiáceos que eram consumidores frequentes de estimulantes apresentavam melhorias notáveis em termos de redução dos níveis do consumo de opiáceos e estimulantes (Gossop *et al.*, 1998). A Grécia dá conta de que os programas de substituição consideram que as intervenções de tratamento contribuem para reduzir o policonsumo (KETHEA e NSPH, 2001).

O desenvolvimento de programas de tratamento especiais para grupos específicos tais como policonsumidores é considerado uma necessidade no relatório nacional da Alemanha, e o Reino Unido sugere a divulgação de exemplos de boa prática. A Finlândia afirma a necessidade de formação e estão já em curso algumas acções de formação do pessoal envolvido no tratamento para que aprendam a lidar com os policonsumidores.

Consumidores de droga em contextos recreativos

Alguns países (Espanha, França e Itália) lançaram amplas campanhas nos meios de comunicação social a fim de alertar contra o consumo de múltiplas drogas em locais de diversão. Em Itália, a campanha mereceu o apoio de iniciativas locais no decurso de grandes eventos juvenis. Nem sempre são mencionadas substâncias específicas e as consequências do consumo não são claramente explicadas. Noutros países (Alemanha, Áustria, Bélgica, Paí-

ses Baixos e Reino Unido) estes avisos e conselhos sobre a saúde são veiculados através dos trabalhadores de luta contra a droga ou dos pares e dos grupos de auto-ajuda.

Os projectos relacionados com a análise de comprimidos podem informar os consumidores acerca da presença de substâncias perigosas e não esperadas nos comprimidos, no local, através de revistas e *posters* ou através da Internet. Por exemplo, no Outono de 2000, o *ChEck iT!* austríaco detectou diversos comprimidos que estavam a ser vendidos como *ecstasy* e que continham PMA/PMMA e lançou imediatamente avisos nos locais e através da Internet (Krieger *et al.*, 2001). Em Novembro de 2001, o projecto DIMS neerlandês, por exemplo, lançou um alerta rápido sobre comprimidos que continham PMA.

O tratamento para policonsumidores em contextos recreativos é praticamente inexistente. Uma razão para que tal aconteça poderá ser o facto de a maior parte dos serviços de luta contra a droga só estarem equipados para lidar com opiáceos e problemas graves de toxicod dependência.

Questões de política

É necessário estudar os rituais e os controlos sociais utilizados pelos policonsumidores para obterem os efeitos desejados e reduzirem simultaneamente os riscos, a fim de compreendermos melhor as circunstâncias sociais e ambientais que contribuem para os riscos entre diferentes grupos de consumidores de drogas (Boys *et al.*, 2000 — Reino Unido; Decorte, 1999; Akram and Galt, 1999).

A prevenção, especialmente em locais de diversão, deveria incluir orientações claras e aconselhamento sobre os riscos envolvidos no consumo de múltiplas drogas. É necessário adquirir mais conhecimentos factuais a fim de determinar a melhor maneira possível de tratar os policonsumidores e especialmente os consumidores problemáticos com perturbações mentais.

Para uma melhor compreensão dos riscos farmacotxicológicos decorrentes de combinações específicas, é dada prioridade ao acompanhamento médico dos pacientes suspeitos de intoxicações provocadas pelo consumo de drogas e ao fornecimento de informações factuais sobre os danos agudos e a longo prazo para a saúde.

Tratamentos bem sucedidos

No plano de acção da UE em matéria de luta contra a droga (2000-2004), o terceiro objectivo estratégico consiste em aumentar substancialmente o número de toxicod dependentes cujo tratamento é bem sucedido. Não exis-

Questões específicas

tem dados agregados a nível europeu que permitam medir directamente o nível de realização deste objectivo. No entanto, por toda a Europa foram efectuadas inúmeras avaliações para apurar a eficácia dos tratamentos e qual o tipo de tratamento que obtém melhores resultados. As conclusões relativas aos tratamentos bem sucedidos são aqui apresentadas por tipo de intervenção terapêutica: tratamento de desabitação física, tratamento sem drogas e tratamento medicamente assistido. Os critérios de sucesso variam entre os diferentes tipos de tratamento e estão também relacionados com a reintegração social e a reabilitação após o tratamento.

Tratamento de desabitação física

O tratamento de desabitação física, ou desintoxicação, é geralmente considerado o primeiro passo num processo de tratamento completo. Esta intervenção tem como primeiro objectivo chegar a uma fase em que o paciente está fisicamente livre das drogas, já não tendo necessidade de consumir drogas ilícitas e, como segundo objectivo, o seu encaminhamento para o tratamento sem drogas. Na Finlândia e na Suécia, este processo é um pré-requisito para iniciar o tratamento com metadona.

Foram feitas avaliações relativamente ao tratamento de desabitação física nos Estados-Membros e na Noruega mas, no entanto, e de uma maneira geral, este é o tipo de intervenção terapêutica menos bem avaliado. Globalmente, o tratamento de desabitação física com medicamentos como a naltrexona, a clonidina, a lófexidina e a buprenorfina provou ser eficaz na redução dos sinais e sintomas de abstinência, embora o efeito sobre os diferentes tipos de sintomas varie de um medicamento para outro (Greenstein *et al.*, 1997). A metadona é muito utilizada no tratamento dos sintomas de abstinência, embora a investigação sugira que também surte os seus efeitos no tratamento de manutenção.

O tratamento de desabitação física sem recorrer a medicamentos, também conhecido por «ressaca» a frio («cold turkey»), existe embora não se conheça de facto a sua amplitude. Não existem sequer quaisquer relatórios sobre os efeitos e resultados do tratamento de desabitação física não assistido medicamente comparado com o tratamento medicamente assistido. O recente conceito de desintoxicação rápida com naltrexona sob anestesia geral (por vezes referido como «tratamento de desabitação física turbo») deveria ser investigado mais profundamente.

Uma intervenção em Portugal, que combinou a administração de naltrexona com psicoterapia, concluiu que, após três meses, havia melhorias apreciáveis nas variáveis sociodemográficas e psicológicas assim como no

comportamento de risco (Costa, 2000). Uma experiência na Alemanha desintoxicou utilizadores de metadona com naltrexona sob narcose total. A satisfação dos pacientes foi razoável, mas pelo menos 50% referiram um intenso desconforto no primeiro mês após a intervenção. Seis meses após a alta, um terço dos pacientes não tinha voltado a consumir drogas duras (Tretter *et al.*, 2001).

Embora algumas intervenções terapêuticas de desabitação física tenham sido sujeitas a uma avaliação mais profunda, faltam ainda conhecimentos sobre os prós e os contras das diferentes modalidades e sobre qual o tipo de tratamento a utilizar para cada tipo de paciente.

Tratamento sem drogas

O tratamento sem drogas aplica técnicas físico-sociais com o objectivo de tornar primeiro o paciente abstinente, libertando-o depois a longo prazo da dependência das drogas. O critério essencial de sucesso deste tratamento é a conclusão do tratamento como planeado, sem recurso a drogas, embora outros critérios, como a melhoria do bem-estar psicológico, social e económico, sejam também essenciais. Outros efeitos colaterais importantes são uma redução dos comportamentos de risco e transgressores, assim como uma melhoria da saúde e do bem-estar geral do paciente.

As avaliações das intervenções terapêuticas sem drogas revelaram que, em maior ou menor grau, conseguem atingir estes objectivos (Gossop *et al.*, 2001). Os resultados das avaliações variam muito, mas em geral 30% a 50% dos pacientes que iniciam este tipo de tratamento concluem-no com sucesso. Um estudo efectuado na Dinamarca concluiu que, dependendo do tipo de tratamento sem drogas, as taxas de sucesso variavam entre 17% e 58% dos pacientes admitidos a tratamento (Pedersen, 2000).

Outra noção sobejamente reconhecida é a de que a duração do tratamento está estreitamente relacionada com o seu resultado ou, por outras palavras, quanto mais tempo for despendido neste tipo de tratamento, melhor. Esta ideia é confirmada por um estudo realizado na Alemanha que sugeria que as taxas de permanência/duração dos tratamentos sem drogas estão correlacionadas com os seus resultados (Sonntag e Künzel, 2000). Alguns estudos tentaram identificar o limiar a partir do qual os resultados bem sucedidos do tratamento deverão aumentar. Um estudo concluiu que os pacientes que se mantêm num tratamento sem drogas em regime de internamento durante 90 dias conseguem melhores resultados em termos de abstinência de opiáceos e estimulantes e de redução na utilização de drogas injectá-

veis, um ano após a alta, do que aqueles que abandonam o tratamento antes (Gossop *et al.*, 1998). Isto é confirmado por um estudo proveniente da Grécia que concluiu que os pacientes que abandonam o tratamento nos primeiros três meses apenas reduzem o consumo de heroína em 11% após a alta, comparado com 76% para aqueles que permanecem pelo menos um ano (Kethea, 2001).

No que se refere à questão da eficácia a longo prazo, um estudo austríaco concluiu que um sistema de tratamento centrado nas intervenções sociais e psicoterapêuticas aumentava significativamente as competências sociais e a satisfação subjectiva dos pacientes, o que resulta na sua maior estabilidade a longo prazo (Wirth, 2001).

O *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) foi criado em 1994, a pedido do Ministro da Saúde britânico, com o objectivo de avaliar a eficácia dos serviços de tratamento da toxicod dependência no Reino Unido. Em 1995, o NTORS recrutou 1 075 pacientes para este projecto e acompanhou-os durante os cinco anos seguintes. Uma amostra aleatória estratificada de 650 pacientes foi seleccionada e acompanhada em quatro modalidades de tratamento diferentes: internamento, reabilitação domiciliária, redução com metadona ou manutenção com metadona. A principal conclusão do estudo foi a de que os indivíduos tratados melhoram efectivamente em termos de parâmetros de resultados como o consumo de droga, frequência de injeções, partilha de seringas e saúde mental. O grupo agregado total revelou melhorias estatisticamente significativas no consumo de heroína (cerca de 75% consumiam regularmente heroína no início, comparados com 40%, quatro a cinco anos depois). O consumo regular de metadona não receitada tinha descido de 30% no início para um valor inferior a 10%, e a partilha de seringas tinha diminuído de cerca de 20% no início para cerca de 5%. Os resultados relativos à saúde mental mostravam também melhorias estatisticamente significativas entre o estado no início e o estado quatro a cinco anos depois.

O tratamento sem drogas tem sido avaliado por toda a Europa, aplicando diferentes metodologias e, sobretudo na última década, muito se aprendeu. No entanto, existem ainda áreas em que é necessário prosseguir a investigação para poder responder a fenómenos que têm surgido recentemente. Um exemplo refere-se à eficácia do tratamento sem drogas para consumidores de cocaína predominantemente e para consumidores de anfetaminas assim como para outras subpopulações específicas. Além disso, existem poucos estudos em larga escala

sobre o número de indivíduos que permanecem livres de drogas numa perspectiva de mais longo prazo, depois de concluírem o tratamento com sucesso.

Tratamento medicamente assistido

O tratamento medicamente assistido (que inclui o tratamento de substituição) recorre a medicamentos agonistas ou antagonistas no tratamento dos seus pacientes. Os medicamentos agonistas (por exemplo, a metadona) activam os receptores de opiáceos no cérebro. Os medicamentos antagonistas (por exemplo, a naltrexona) limitam ou eliminam o efeito de outras drogas ilícitas tomadas. O objectivo pode ser a abstinência mas pode ser também a manutenção do paciente sob tratamento médico a longo prazo. Quer o objectivo final seja a abstinência ou a redução dos efeitos nefastos da toxicod dependência, os objectivos intermédios comuns incluem: redução do consumo de drogas ilícitas e do risco de contrair doenças infecto-contagiosas, melhoria do estado físico e mental do paciente e redução da criminalidade relacionada com a droga.

O tratamento de manutenção à base de metadona é o tipo de tratamento medicamente assistido mais amplamente difundido. Como o termo «manutenção» implica, o objectivo deste tipo de intervenção terapêutica não é conseguir a abstinência, mas sim conservar o paciente no tratamento de manutenção, reduzindo assim a criminalidade e os comportamentos de risco (e, conseqüentemente, o risco de contrair doenças infecto-contagiosas), e melhorando a saúde e o comportamento social.

O tratamento medicamente assistido foi profusamente avaliado por toda a Europa e, de uma maneira geral, provou ser eficaz na realização de objectivos como a redução do consumo de drogas ilícitas, da criminalidade e dos comportamentos de risco. Em particular, as intervenções terapêuticas medicamente assistidas com metadona foram avaliadas e consideradas eficazes em relação a esses objectivos (Lowinson *et al.*, 1997; OEDT, 2000), embora a buprenorfina se tenha revelado também eficaz. Uma revisão estruturada da literatura dos testes de buprenorfina concluiu que a sua principal vantagem era a redução do risco de *overdose* e a redução do nível de consumo paralelo de drogas ilícitas (Berglund *et al.*, 2001). Tanto para a metadona como para a buprenorfina, mostrou-se que era imperativo utilizar dosagens suficientes para garantir resultados positivos.

Apesar destes aparentes «sucessos», alguns países consideram que nem a metadona nem a buprenorfina melhoraram suficientemente o bem-estar geral dos toxicod dependentes de rua particularmente carenciados e têm procurado outras alternativas.

Questões específicas

Em Fevereiro de 2002, foram publicados os resultados de um teste aleatório controlado realizado nos Países Baixos, com prescrição simultânea de heroína a pacientes do tratamento com metadona. Os grupos-alvo da intervenção eram consumidores de heroína mais velhos e muito dependentes que não tinham beneficiado muito com o tratamento de manutenção com metadona. Para definir este grupo-alvo, foi estabelecido um conjunto pré-definido de critérios de inclusão e exclusão e os pacientes foram seleccionados a partir do sistema de registo local do tratamento de manutenção com metadona. Foram seleccionados 625 pacientes de seis unidades de tratamento de toda a Holanda, os quais foram divididos aleatoriamente num grupo experimental e num grupo de controlo. Em primeiro lugar, os pacientes eram divididos de acordo com o modo de administração, inalação ou injeção, e depois subdivididos de acordo com a intervenção — os que recebiam apenas metadona e os que recebiam uma combinação de metadona e heroína. A principal conclusão do estudo foi a de que, para os consumidores de heroína mais velhos e muito dependentes, a metadona associada à heroína era mais eficaz do que o tratamento apenas com metadona, independentemente do modo de administração. Além disso, o estudo mostrou que no final do teste, 30% dos pacientes do grupo experimental já não preenchiam os critérios de inclusão (já que a sua condição geral tinha melhorado consideravelmente), enquanto que no grupo de controlo isso acontecia com apenas 11% (van den Brink *et al.*, 2002).

Na Alemanha, foi desenvolvido e aperfeiçoado nos últimos dois anos um teste que envolve a prescrição médica de heroína a dependentes de opiáceos. O teste, que teve início na Primavera de 2002, irá durar três anos, envolvendo a participação de sete cidades alemãs. A principal questão a responder é se e em que condições a prescrição de heroína a um grupo extremamente carente de dependentes de opiáceos pode contribuir para melhorar a sua situação em termos de saúde e dos aspectos sociais e jurídicos. Os participantes submetidos ao teste serão divididos aleatoriamente num grupo experimental e num grupo de controlo. Estes grupos serão posteriormente divididos em dois grupos que serão submetidos a intervenções psicossociais de diferentes tipos — um grupo de «gestão de caso» e outro grupo de «psico-educação». O estudo deverá proporcionar um maior discernimento da intervenção psicossocial e respectiva eficácia no tratamento da dependência de opiáceos. (<http://www.heroinstudie.de/>).

Na Dinamarca, foi lançado um projecto alternativo relativo à heroína para 2000-2002, com o objectivo de desencadear projectos-piloto especiais para toxicode-

pendentes em tratamento com metadona, envolvendo actividades psico-sociais em grande escala. A avaliação qualitativa e quantitativa irá analisar em que medida podem ser alcançados resultados sob a forma de um melhor funcionamento social, mental e em termos de saúde, da redução do consumo de droga, da redução das doenças infecto-contagiosas e da criminalidade, assim como de um alargamento das relações de rede.

Conclusões e perspectivas para o futuro

O sucesso depende do objectivo de uma dada intervenção terapêutica e conseqüentemente esse sucesso deve ser avaliado de acordo com os objectivos preestabelecidos. Existe já um considerável manancial de investigação que, ao comparar objectivos e resultados, permitiu adquirir uma percepção e conhecimentos sobre a eficácia/sucesso de vários tipos de tratamento.

É, por exemplo, um resultado importante que as taxas de permanência sejam decisivas para os resultados ou «sucesso» dos tratamentos, mas é preciso saber mais sobre a forma de manter os pacientes em tratamento ou, por outras palavras, saber quais os elementos do tratamento que são fundamentais para aumentar a taxa de continuidade. A identificação da «substância activa» em qualquer tipo de tratamento é uma tarefa difícil e é por isso essencial melhorar o desempenho dos serviços de tratamento, melhorando assim os resultados do tratamento.

No entanto, possuir o conhecimento teórico, e a percepção, é uma coisa e implementá-lo é outra. Um exemplo disso é a importância das intervenções de acompanhamento psico-social em tratamentos medicamente assistidos, que muitos estudos concluíram contribuir para o sucesso desses tratamentos, mas que no entanto ainda não são adequadamente implementadas na prática.

Nos últimos anos, tem sido colocada uma grande ênfase na expansão dos serviços de tratamento e isso tem sido em larga medida conseguido. O desafio agora é aumentar o leque dos serviços de tratamento e aperfeiçoar as próprias intervenções, contribuindo assim para aumentar o seu sucesso.

Consumo de droga nas prisões

Nas duas últimas décadas, a presença e o consumo de droga mudou radicalmente a realidade das prisões e, hoje em dia, todos os países da Europa têm grandes problemas devidos à droga e às doenças infecto-contagiosas relacionadas com a droga em meio prisional.