ISSN 1681-6374

As drogas em destaque

O.E.D.T.
Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Nota 1 bimensal

O papel essencial do tratamento de substituição

Grande disseminação em toda a UE

O tratamento de substituição para consumidores de droga problemáticos encontra-se agora disseminado em toda a União Europeia (UE). O tratamento, sobretudo com metadona, começou a ser utilizado a título experimental em finais dos anos 60, em especial na Europa setentrional. Em meados dos anos 90, estava já implementado em todos os Estados-Membros da UE. Na Europa, existe um forte consenso quanto aos benefícios deste tratamento, embora em determinados países continue a ser um tema delicado.

Está provado cientificamente que o tratamento de substituição pode contribuir para reduzir a criminalidade, as doenças infecciosas e as mortes relacionados com o consumo de drogas, bem como para a melhoria do bem-estar físico, psicológico e social dos toxicodependentes. Alguns argumentam que o tratamento não é uma cura mas sim uma resposta tímida que não oferece uma solução real para os problemas relacionados com o consumo de drogas. O OEDT acredita que o debate político sobre este assunto não se deve confinar a uma análise das vantagens e desvantagens e que o tratamento de substituição deve ser visto como mais um elemento numa vasta gama de respostas ao problema do consumo de estupefacientes, que inclui também o tratamento livre de drogas de substituição.

Calcula-se em cerca de meio milhão os toxicodependentes de todo o mundo que recebem tratamento de substituição. Mais de 300 000 na Europa e cerca de 110 000 nos EUA [1].

A metadona, embora já de forma menos exclusiva do que em anos anteriores, continua a ser a substância mais frequentemente utilizada no tratamento de substituição. O uso da buprenorfina é predominante em França. Outros Estados-Membros da UE iniciaram já programas experimentais com substâncias como a di-hidrocodeína, a morfina de libertação lenta e o levoalfacetilmetadol (LAAM).

A utilização desta última substância foi, no entanto, suspensa por recomendação da Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos (AEAM), na sequência de relatos de distúrbios cardíacos graves em indivíduos submetidos a terapêutica com LAAM. A utilização da própria heroína para ajudar a estabilizar o número de consumidores crónicos de opiáceos está a ser testada nos Países Baixos desde 1997, na Alemanha, mais recentemente, e está a ser debatida noutros Estados-Membros. No Reino Unido, há algumas décadas que tem vindo a ser prescrita em pequena escala, de forma selectiva.

A existência de factos, números e análises constitui, como é óbvio, um requisito prévio para um debate racional sobre este assunto. Até há pouco tempo, as informações actualizadas a nível da UE sobre a avaliação e a qualidade do tratamento de substituição eram escassas. Em finais do ano 2000, contudo, o OEDT publicou na sua série *Insights* uma visão completa das práticas actuais intitulado *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union* [1].

Definição: O tratamento de substituição é uma forma de tratamento médico para os dependentes de opiáceos (em especial da heroína) baseado na utilização de uma substância semelhante ou idêntica à droga normalmente consumida. Pode ter duas formas: *manutenção*, em que se fornece ao paciente uma quantidade suficiente para reduzir comportamentos de risco e danos relacionados com o consumo, e *desintoxicação*, em que a quantidade de droga é reduzida gradualmente até ser atingido o consumo zero. O tratamento pode ou não ser acompanhado de apoio psicossocial.

Panorama das questões políticas fundamentais

1. **O tratamento de substituição é uma componente essencial de uma abordagem global ao tratamento da toxicodependência. Pode revelar-se eficaz na redução dos riscos de infecção pelo HIV, de *overdoses*, de uso de drogas lícitas e ilícitas e da criminalidade relacionada com o seu consumo.**
2. **Existem razões para associar o tratamento de substituição a um apoio psicossocial. Na prática, no entanto, esse apoio muitas vezes é inexistente e a tónica é colocada mais na substituição do que no tratamento propriamente dito.**
3. **As substâncias de substituição normalmente utilizadas são a metadona, a buprenorfina, a di-hidrocodeína, a morfina de libertação lenta e a heroína. Em quase todos os Estados-Membros predomina o uso de uma substância. Globalmente, a metadona é a substância mais comum. Para um efeito óptimo, tanto a escolha do produto de substituição como a sua dosagem devem ser feitas de acordo com cada caso individual.**
4. **O acesso ao tratamento de substituição na UE é muito variável. Alguns países e programas limitam o acesso através de critérios estritos (alto limiar), outros exigem apenas como requisito de acesso a dependência de opiáceos (baixo limiar).**
5. **Na maioria dos países da UE, o tratamento de substituição é dispensado por médicos de clínica geral ou por centros especializados. O ideal seria uma combinação dos dois. É necessário, contudo, tomar precauções para evitar os riscos de desvio de substâncias para fins ilícitos através de toxicodependentes que obtêm receitas médicas de várias fontes e acabam por traficar essas substâncias.**
6. **A percentagem estimada de consumidores problemáticos de opiáceos em tratamento de substituição nos países da UE varia de um mínimo de cerca 10% a um máximo de mais de metade (ver quadro 1, p. 3) [2].**

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, P-1149-045 Lisboa • Tel.: (351) 218 11 30 00 • Fax: (351) 218 13 17 11 • http://www.emcdda.org

O tratamento de substituição — Visão global

1. Uma componente essencial dos sistemas de tratamento da toxicodependência

Está demonstrado que o tratamento de substituição pode contribuir para a redução da transmissão do HIV, do consumo de drogas, dos riscos de *overdose* e da criminalidade relacionada com o consumo de drogas, bem como para a melhoria da saúde geral dos toxicodependentes. Uma análise da literatura da matéria [3] concluiu que o tratamento com metadona reduziu drasticamente os níveis de infecção pelo HIV e a sida, assim como a frequência do consumo de heroína por via endovenosa, a partilha de materiais de injecção e a prostituição para compra de drogas.
Um estudo de quatro anos realizado na Alemanha [4] sobre o tratamento ambulatório com metadona revelou que o consumo de drogas tinha diminuído, ao mesmo tempo que tinham melhorado as competências e relações sociais.
Uma avaliação grega do programa de tratamento de substituição com metadona em Atenas [5] demonstrou uma queda acentuada do consumo paralelo de heroína.

*«Em muitos países, o tratamento de substituição desenvolveu-se — após uma oposição inicial — em resposta ao risco de contaminação pelo HIV associado ao consumo de opiáceos e outras drogas por via endovenosa.
O tratamento deu provas da sua validade. Em conjunto com outras medidas de redução de danos e de uma maior consciencialização geral, o tratamento contribuiu para suster o aparecimento de novos casos de contaminação pelo HIV entre os consumidores de drogas por via endovenosa na maioria dos países da UE nos anos 90.»*

GEORGES ESTIEVENART,
DIRECTOR EXECUTIVO DO OEDT

2. Substituição em vez de tratamento?

A legislação sobre os tratamentos de substituição da maioria dos Estados-Membros da UE estipula que o tratamento deve ser acompanhado por um apoio psicossocial. Estudos levados a cabo confirmam que o sucesso do tratamento assenta em larga medida nesse acompanhamento. Muitas vezes, porém, verifica-se um fosso entre a teoria e a prática, e as intervenções acabam por se centrar mais na *substituição* do que no *tratamento*. Estudos demonstram que os toxicodependentes em tratamento com metadona, bem como outros toxicodependentes, estão particularmente expostos a riscos de distúrbios psiquiátricos e outros problemas de saúde, bem como de exclusão social, o que reforça a necessidade de um acompanhamento psicossocial [6]. O papel do apoio psicossocial deve ser analisado como um possível catalisador na passagem da dependência para a abstinência.

Os cuidados prestados aos consumidores de drogas com patologia mental associada dependem da articulação entre os serviços psiquiátricos e os serviços para toxicodependentes. Em alguns países foram estabelecidas ligações muito positivas com a criação de secções especializadas em duplos diagnósticos; noutros países, contudo, a articulação entre os dois serviços é deficiente.

«O objectivo do tratamento da toxicodependência é ajudar as pessoas a recuperar o controlo sobre as suas vidas. Os médicos devem avaliar continuamente se os pacientes em tratamento de substituição estão aptos para se libertarem das drogas através de um processo de desintoxicação. Nesta fase, o apoio psicossocial e prático é particularmente importante.»

MIKE TRACE, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO OEDT

3. O que são as substâncias de substituição?

Quase todos os Estados-Membros da UE optaram pela utilização de uma única substância de substituição [7]. Em mais de 90% dos tratamentos de substituição por opiáceos, a substância utilizada é a metadona, excepto em França, em que predomina a buprenorfina.
O número estimado de toxicodependentes em tratamento com metadona na UE aumentou seis vezes entre 1993 e 1997 [1].

Todas as substâncias de substituição têm características diferentes. A buprenorfina não comporta o risco de *overdose* e inibe o efeito da heroína quando utilizada em paralelo. A metadona é de fácil administração e económica (os custos rondam os 8 euros por semana por paciente, contra 65 euros para a buprenorfina).

Alguns especialistas preferem a buprenorfina para consumidores jovens e a metadona para consumidores mais velhos, numa perspectiva de longo prazo. A buprenorfina parece também ser mais apropriada para o tratamento em mulheres grávidas, por causar menos problemas neonatais do que a metadona.

Os programas de tratamento com heroína estão a ser testados na Alemanha e nos Países Baixos e debatidos noutros Estados-Membros da UE. Estes programas pressupõem que se disponibilize, em condições medicamente controladas e a consumidores extremamente problemáticos, a própria droga de que são dependentes. Com todas as substâncias é importante adaptar individualmente a dosagem de substituição à quantidade de droga que era anteriormente consumida.

4. Quão acessível é o tratamento?

O acesso ao tratamento de substituição, não obstante o seu significativo alargamento ao longo da última década, é ainda muito desigual na UE. Na Grécia, Noruega, Finlândia e Suécia, por exemplo, a cobertura é limitada.

O tratamento de substituição é quase exclusivamente em regime de ambulatório. Nestas condições, tem a vantagem de ser económico e permitir que os consumidores tenham uma vida normal. No entanto, relativamente aos pacientes em tratamento, alguns encontram-se relativamente bem integrados, muitas vezes com uma actividade profissional remunerada, enquanto que outros são marginalizados, e vivem em situações de grande degradação, muitas vezes na rua. Por isso, muitos pacientes podem necessitar de uma maior assistência do que aquela que um sistema de serviço ambulatório pode proporcionar.

As condições de acesso ao tratamento de substituição também variam muito entre os Estados-Membros. Alguns, como a Grécia e a Suécia, têm programas de tratamento de alto limiar de exigência que têm em conta a idade, o número de anos de dependência, o número de tratamentos que não foram bem sucedidos, etc. Outros, como a Dinamarca, a Espanha, a Itália e os Países Baixos, exigem apenas como requisitos ser dependente de opiáceos e a intenção de fazer um tratamento.

A abordagem de alto limiar permite o acesso a indivíduos do mesmo tipo com necessidades semelhantes, mas pode excluir os que necessitam de ajuda mas que não preenchem as condições de admissão a tratamento.

A abordagem de baixo limiar, por seu lado, abrange a maioria dos potenciais pacientes, mas nem sempre inclui o seu variado leque de necessidades. O ideal seria que os programas se complementassem.

A disponibilidade do tratamento de substituição em meio prisional é também muito variável entre os Estados-Membros.

Quadro 1: Tratamento de substituição entre consumidores problemáticos de droga

País	Estimativa da prevalência do fenómeno do consumo de droga (1)	Estimativa do número de pacientes que seguem um tratamento de substituição	Taxa de cobertura dos tratamentos de substituição (%) (2)
Bélgica	20 200	7 000 (1996)	35 (3)
Dinamarca	12 752–15 248	4 398 (4 298 com metadona, 100 com buprenorfina) (1 de Janeiro de 1999) (4)	27–34
Alemanha	80 000–152 000	50 000 (2001) (4)	33–63
Grécia	n.d.	966 (1 de Janeiro de 2000) (4)	n.d.
Espanha	83 972–177 756	72 236 recebem metadona (1999)	41–86
França	142 000–176 000	71 260 (62 900 que recebem buprenorfina e 8 360 que recebem metadona) (Dezembro de 1999) (4)	40–50
Irlanda	4 694–14 804	5 032 (31 de Dezembro de 2000) (4)	34–100 (5)
Itália	277 000–303 000	80 459 (1999) (4)	27–29
Luxemburgo	1 900–2 220	864 [164 no programa oficial e +/-700 com Mephenon® (metadona sob a forma de comprimidos) por médico de clínica geral; 2000] (4)	38–45
Países Baixos	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Áustria	15 984–18 731	4 232 (1 de Janeiro de 2000) (4)	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1 de Janeiro de 2000)	7–33
Finlândia	1 800–2 700 (6)	240 (170 com buprenorfina e 70 com metadona)	9–13
Suécia	1 700–3 350 (6)	621 (31 de Maio de 2000) (4)	19–37
Reino Unido	88 900–341 423 (7)	19 630	6–22
Noruega	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12

NB: n.d. = dados não disponíveis.

(1) Os métodos de cálculo do consumo problemático de drogas variam fortemente entre os Estados-Membros da UE. Para mais pormenores sobre a prevalência nacional e o consumo problemático, consulte a secção sobre consumo problemático de droga no capítulo 1 (*Relatório Anual 2001* do OEDT) e o quadro 1 OL no seguinte endereço: http://annualreport.emcdda.org
As estimativas sobre o consumo problemático são referentes sobretudo ao consumo de opiáceos, excepto para a Finlândia e a Suécia, em que o consumo de anfetaminas é significativo. Neste quadro, as estimativas da Finlândia e da Suécia excluem os consumidores de anfetaminas.
(2) Percentagem estimada de consumidores problemáticos em tratamento de substituição.
(3) Os números sobre a prevalência cobrem apenas os consumidores de drogas por via endovenosa, o que pode resultar numa sobreestimação da taxa de cobertura do tratamento de substituição.
(4) Informações recolhidas directamente do ponto focal nacional.
(5) Uma taxa de cobertura de 100% do tratamento de substituição afigura-se pouco provável, o que leva a crer que a prevalência estimada de 4 694 pode subestimar a prevalência actual.
(6) Apenas consumidores de opiáceos.
(7) Dados mais precisos para o RU: prevalência do consumo problemático (opiáceos) = 162 000-244 000; pacientes em tratamento de substituição = 35 000; taxa de cobertura = 14-22%.

5. Como é disponibilizado o tratamento de substituição?

Geralmente, o tratamento de substituição é disponibilizado por médicos de clínica geral ou por centros especializados que dispõem de serviços especialmente adaptados às necessidades dos toxicodependentes. Cada um tem as suas vantagens: os médicos de clínica geral oferecem uma vasta cobertura geográfica, enquanto que os centros especializados são detentores de uma experiência e de uma perícia consideráveis. Quase todos os Estados-Membros optam por uma destas formas. A combinação das duas, aliada a um sistema para evitar o desvio de substâncias para fins ilícitos, seria mais eficaz. É óbvio que existem também desvantagens. Os serviços disponibilizados pelos médicos de clínica geral variam consideravelmente, e os toxicodependentes podem sentir-se pouco à vontade entre os pacientes habituais.

Os centros especializados, por seu lado, não se encontram distribuídos uniformemente em termos geográficos, o que pode colocar em situação de desvantagem os toxicodependentes residentes em zonas afastadas.

6. Consumidores em tratamento de substituição

O quadro 1 indica o número estimado de consumidores problemáticos de drogas na UE (principalmente consumidores de opiáceos) e as percentagens estimadas de consumidores em tratamento de substituição. Estes últimos números variam significativamente de Estado-Membro para Estado-Membro.
Em alguns países, a percentagem é de apenas 10%, enquanto que em outros a percentagem é de mais de metade.

Há que ter em mente que as estimativas sobre o consumo problemático de drogas continuam a ser pouco fiáveis e comparáveis. A fraca cobertura implica que um vasto número de consumidores de drogas pode estar em risco de *overdose*, danos para a saúde, infecção por HIV e outras doenças infecciosas e exclusão social.

Importa lembrar, no entanto, que a substituição é útil apenas para o problema da dependência de *opiáceos*, não existindo uma solução idêntica para as anfetaminas ou para a cocaína.
Nos Estados-Membros do Norte da UE há mais problemas decorrentes das anfetaminas do que da heroína e, na UE de um modo geral, o problema da cocaína não pode ser ignorado.

Não obstante a expansão do tratamento de substituição nos últimos anos, a maioria dos Estados-Membros ainda refere a falta de controlo da qualidade, de acompanhamento e de avaliação dos programas individuais.

Conclusões

Tratamento de substituição — Considerações sobre as políticas

A presente nota sobre políticas sintetiza algumas das informações e avaliações fundamentais sobre o estado actual do tratamento de substituição na UE e indica as principais fontes para aqueles que desejem obter mais informações. Com base nos descobertas actuais, as conclusões seguintes podem servir de base para o futuro debate político nesta matéria.

1. **A substituição deve ser considerada como parte de um sistema global de tratamento para os dependentes de opiáceos. Deve ser uma componente essencial das estratégias de prevenção da infecção por HIV em países com um grande potencial de transmissão devido ao consumo de drogas por via endovenosa.**
2. **O tratamento de substituição deve ser sistematicamente acompanhado de apoio psicossocial.**
3. **Deveria existir uma gama mais vasta e diversificada de substâncias e programas de substituição para ir ao encontro dos perfis dos pacientes que se submetem a tratamento.**
4. **A disponibilidade e a acessibilidade do tratamento de substituição deveriam ser reforçadas com oferta de opções, tanto de alto como de baixo limiar, como parte de uma abordagem equilibrada.**
5. **Tanto os médicos de clínica geral como os serviços especializados deveriam ser envolvidos na prestação deste tipo de tratamento.**
6. **A percentagem de consumidores problemáticos em tratamento de substituição deveria ser objecto de estudos regulares, por região geográfica, no sentido de se garantir um acompanhamento da prestação dos serviços.**

Principais fontes

[1] Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union,* série *Insights* do OEDT, n.º 3, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo, 2000.
(Contém uma ficha bibliográfica completa sobre tratamento de substituição.)

[2] Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2001), *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia — 2001,* quadro 1: Tratamento de substituição entre consumidores problemáticos de droga, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo, 2001, p. 33.

[3] Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. and Alcabes, P. (1998), «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and metadona maintenance on the ecology of HIV». *AIDS,* 12 (suppl. A), pp. 217-230.

[4] Küfner, H., Vogt, M. and Weiler, D. (1999), *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution,* Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

[5] Base de dados EDDRA (2001), *Second unit of the metadona substitution programme in Athens,* (http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra), OEDT, Lisboa.

[6] Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. and Meltzer, H. (1998), «Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey». *Addictive Behaviors,* 23, No. 6, Elsevier Science Ltd, Oxford, pp. 909-918.

[7] Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia — 2000* quadro 1: Substâncias de substituição na UE, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo, 2000, p. 37.

Na Internet

OEDT (tratamento da toxicodependência):
http://www.emcdda.org/responses/themes/drug_treatment.shtml

OEDT (base de dados legal):
http://eldd.emcdda.org

Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level:
http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm#

Euro-Methwork:
http://www.q4q.nl/methwork

National Treatment Outcome Research Study:
http://www.ntors.org.uk

As drogas em destaque é uma série de notas sobre políticas, publicada pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), de Lisboa, seis vezes por ano nas onze línguas oficiais da União Europeia e em norueguês. Versão original: inglês. Podem ser descarregados do *website* no seguinte endereço: http://www.emcdda.org. Reprodução autorizada mediante citação da fonte. Para obtenção gratuita de exemplares, contacte por correio electrónico: info@emcdda.org. Consulte o *site* do OEDT para actualizações sobre novos produtos.

EDITOR OFICIAL: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2002.

DIRECTOR EXECUTIVO: Georges Estievenart.
EDITORES: Kathy Robertson e John Wright.
AUTORES: Margareta Nilson, Ulrik Solberg, Danilo Ballotta e Lucas Wiessing.
COMPOSIÇÃO GRÁFICA: Dutton Merrifield, UK.
Printed in Italy