emcdda.europa.eu

Co-morbidity

EMCDDA 2004 selected issue

In *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Tema específico 3

Co-morbilidade

Introdução

A co-ocorrência de doenças psiquiátricas e de perturbações causadas por consumo de substâncias, comummente designada por co-morbilidade ou diagnóstico duplo, não é um fenómeno novo. Contudo, nos últimos anos, a questão ganhou força na esfera da discussão política e profissional, à medida que se foi tornando evidente que existe um grande, e provavelmente crescente, número de pessoas que sofrem deste problema. Neste capítulo, a questão central será a coexistência das perturbações da personalidade e psiquiátricas e o consumo de drogas ilícitas. De facto, muitas das vezes, é correcto falar de multimorbilidade, na medida em que, frequentemente, os indivíduos afectados sofrem também de doenças somáticas, por exemplo, o vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou a infecção pelo vírus da hepatite C, bem como de perturbações sociais, tais como problemas familiares, desemprego, reclusão ou a situação de sem-abrigo. Habitualmente, os serviços de assistência e tratamento estão insuficientemente equipados para fazer face ao diagnóstico e às necessidades de tratamento deste grupo de pacientes, descurando e/ou sendo incapazes de dar resposta cabal aos problemas que estes apresentam. O resultado é, frequentemente, uma situação de «porta giratória», em que os indivíduos que necessitam enormemente de tratamento são enviados de um serviço para outro, sendo que a sua situação se vai deteriorando durante todo esse tempo.

Registe-se que a relação específica entre o consumo de *cannabis* e as perturbações psiquiátricas é considerada mais em profundidade no tema específico dedicado à *cannabis* (p. 82).

Definição

Co-morbilidade, ou diagnóstico duplo, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a «co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psico-activas e uma outra perturbação psiquiátrica» (OMS, 1995). De acordo com Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC), uma pessoa com diagnóstico duplo é uma «pessoa diagnosticada como tendo um problema de abuso de álcool ou droga em conjunto com outros diagnósticos, habitualmente do foro psiquiátrico, por exemplo alterações do estado de humor, esquizofrenia» (UNODCCP, 2000).

Por outras palavras, a co-morbilidade neste contexto remete para a coexistência temporal de duas ou mais perturbações psiquiátricas e da personalidade, sendo uma delas o consumo problemático de substâncias.

Etiologia

Determinar a etiologia da co-morbilidade acaba por ser a questão da galinha e do ovo: quem apareceu primeiro? A investigação actual sobre as relações causais entre as perturbações psiquiátricas e as perturbações por consumo de substâncias é inconclusiva. Os sintomas das perturbações mentais e os problemas da dependência interagem e influenciam-se mutuamente.

Os dados da investigação indicam que as perturbações psiquiátricas e da personalidade acontecem habitualmente antes das perturbações por consumo de substâncias, isto é, elas aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos a esse tipo de problemas (por exemplo, Kessler *et al.*, 2001; Bakken *et al.*, 2003); contudo, as perturbações do foro psiquiátrico podem também ser agravadas pelo consumo de drogas (por exemplo, em relação à depressão: McIntosh e Ritson, 2001) ou sucedem em paralelo.

O consumo de drogas pode também ser entendido como uma componente ou sintoma de uma perturbação psiquiátrica ou da personalidade e como uma tentativa de automedicação (por exemplo, Williams *et al.*, 1990; Murray *et al.*, 2003). O facto de o consumo de substâncias atenuar sintomas de angústia encoraja o desenvolvimento da dependência. Uma vez interrompido o consumo de drogas, por exemplo, através da desabituação física ou do tratamento de substituição, os sintomas podem reaparecer. As psicoses agudas induzidas pelo consumo de drogas manifestam-se, em especial, nos consumidores de cocaína, anfetaminas e alucinogénicos e, habitualmente, serenam rapidamente. Poderá, no entanto, ser extremamente difícil diferenciar entre sintomas decorrentes do consumo de substâncias tóxicas e episódios psicóticos isolados.

Krausz (1996) sugere quatro categorias de diagnóstico duplo:

- um diagnóstico primário de doença mental, com um subsequente diagnóstico (duplo) de abuso de substâncias que afectam adversamente a saúde mental;
- um diagnóstico primário de dependência de droga com complicações psiquiátricas que conduzem à doença mental;

- diagnósticos concomitantes de abuso de droga e perturbações psiquiátricas;
- diagnóstico duplo de abuso de droga e alterações do estado de humor, ambos resultantes de uma experiência traumática subjacente, por exemplo, perturbações de *stress* pós-traumático.

Da mesma maneira, o Relatório Nacional da Suécia faz uma distinção entre os pacientes psiquiátricos que sofrem de co-morbilidade e os pacientes toxicodependentes com perturbações da personalidade que são agravadas pelo consumo de drogas e que nem sempre são devidamente diagnosticadas.

Morel (1999) faz uma distinção entre perturbações psiquiátricas não específicas que se encontram entre toxicodependentes e as complicações especificamente ligadas ao consumo de drogas. As perturbações frequentemente encontradas entre os consumidores de droga incluem:

- perturbações de ansiedade-depressão;
- perturbações do sono, resultantes da depressão, perturbações ligadas à ansiedade, ou psicoses;
- comportamento agressivo ou violento, indicando perturbações ligadas a uma personalidade anti-social, psicopática, esquizofrénica ou paranóica.

Os problemas especificamente ligados ao consumo de drogas incluem:

- farmacopsicoses induzidas por drogas alucinogénicas ou anfetaminas;
- síndromes de confusão.

Estudos neuropsicológicos e neurobiológicos recentes, bem como o aparecimento de técnicas que permitem visualizar os processos cerebrais, têm viabilizado hipóteses sobre as interacções entre o trauma físico e mental, o desenvolvimento cerebral, os efeitos da droga, o *stress* e o desenvolvimento mental. O sistema de recompensa é essencial no desenvolvimento da dependência, e esta está ligada a mudanças estruturais e adaptação do cérebro aos níveis micro e macro (Nestler, 2000).

Outras teorias ligam drogas específicas a perturbações específicas de ordem mental, por exemplo, tem sido aventada a hipótese de que a heroína poderá reduzir o *stress*, atenuar a dor e abolir vozes ameaçadoras em pacientes esquizofrénicos e com patologia *borderline;* contudo, os pacientes com doenças mentais graves não consomem heroína. A cocaína, sugere-se, poderá reduzir os estados depressivos, permitir uma desinibição do comportamento e fazer com que personalidades narcisistas se comportem com ostentação. A *cannabis* poderá aliviar a tensão e o *ecstasy* libertar as inibições sociais (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

O Relatório Nacional da Irlanda de 2002 analisou especificamente a depressão entre os consumidores de droga, com base nos resultados de vários estudos, e concluiu que há uma forte associação entre o problema do consumo de drogas, em especial, o consumo de opiáceos e benzodiazepinas, e elevados níveis de depressão. Na Alemanha, investigações sobre a relação entre perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, depressão e suicídio concluíram que o risco de suicídio é muito maior entre aqueles que sofrem de perturbações depressivas (Bronisch e Wittchen, 1998). É possível que alguns indivíduos em estado de depressão possam automedicar-se com opiáceos e benzodiazepinas: os pacientes integrados em programas de tratamento registam graus de depressão mais baixos do que os pacientes integrados nos serviços de porta aberta (Rooney *et al.*, 1999) ou em início de tratamento (McIntosh e Ritson, 2001).

Um inquérito realizado na Noruega (n = 2 359) concluiu que uma elevada percentagem de consumidores de drogas teve graves problemas familiares durante a infância e adolescência. Setenta por cento experimentaram problemas de aprendizagem e comportamentais na escola, 38% foram vítimas de intimidações e 21% receberam tratamento psiquiátrico durante a infância e adolescência (Lauritzen *et al.*, 1997). Os consumidores de droga do sexo feminino que sofrem de co-morbilidade psiquiátrica foram, na maioria das vezes, vítimas de abusos sexuais traumáticos (por exemplo, Beutel, 1999).

Diagnóstico

A avaliação de rotina das perturbações psiquiátricas e da personalidade nem sempre faz parte dos processos normais de diagnóstico realizados no início do tratamento nos serviços de luta contra a droga. Excepto em serviços particularmente atentos e/ou especializados, os sintomas e as perturbações mentais raramente são exploradas nos centros de tratamento por consumo de drogas.

De toda a forma, a co-morbilidade é francamente difícil de diagnosticar. A toxicodependência e o comportamento destrutivo que esta provoca dominam, na maioria das vezes, o quadro clínico e mascaram os sintomas das doenças psiquiátricas. Além disso, o abuso de drogas pode causar sintomas psiquiátricos que dificilmente se distinguem das perturbações psiquiátricas (Berthel, 2003), embora a desabituação física de uma substância ou a intoxicação aguda possam também assemelhar-se a qualquer dessas perturbações (Liappas, 2001). Por outro lado, depressão ou ansiedade podem ser consideradas como sintomas inerentes ao ciclo intoxicação-desabituação física, sintomas esses que habitualmente são atenuados pelas drogas e que passam a ser manifestos no decurso da abstinência ou do tratamento de substituição.

Há avanços metodológicos que têm melhorado o diagnóstico quer de perturbações psiquiátricas quer de perturbações por consumo de substâncias. Hoje em dia, está disponível uma vasta gama de instrumentos normalizados e validados para avaliar os sintomas de perturbações psiquiátricas e perturbações de personalidade,

como são vários os instrumentos que avaliam o nível de padrões de consumo de drogas e de dependência. O Índice de Gravidade da Dependência (ASI — *Addiction Severity Index*) é um instrumento multifuncional que pode ser utilizado no diagnóstico, no planeamento do tratamento e respectivo acompanhamento, bem como na investigação. O ASI tem a vantagem de ser multidimensional, de avaliar problemas passados e actuais em sete áreas: situação ao nível da saúde, emprego e auto-suficiência, consumo de álcool, consumo de drogas, situação legal, relações familiares e sociais e sintomas psiquiátricos (Krausz, 1999a; Öjehagen e Schaar, 2003). Trata-se de um instrumento normalizado e foi traduzido do inglês para a maioria das outras línguas europeias (EuroASI) ([172]). O Instituto Trimbos desenvolveu e testou protocolos para o diagnóstico e tratamento de pacientes toxicodependentes com a Síndrome de Hiperactividade/Défice de Atenção (ADHD) (Eland e Van de Glint, 2001).

Prevalência

Para medir a prevalência de perturbações psiquiátricas e da personalidade, bem como de padrões do consumo de drogas na população em geral e entre pacientes psiquiátricos e consumidores de droga, fora e dentro dos serviços de tratamento, realizaram-se vários estudos. Os resultados, tanto em termos de números como de diagnósticos, varia grandemente, sendo que a validade e fiabilidade dos instrumentos de diagnóstico utilizados, assim como o período do estudo, dependem da disponibilidade e selecção da população, dos métodos de amostragem, da competência e técnicas de diagnóstico.

Numa análise dos vários estudos, Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000) concluíram que o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre consumidores de droga é a perturbação da personalidade, afectando 50-90%, seguida das perturbações de ordem afectiva (20-60%) e das perturbações psicóticas(20%). Entre 10% a 50% dos pacientes apresentam co-morbilidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica.

Numa análise de estudos internacionais sobre psicopatologias em sujeitos dependentes de drogas, Fridell (1991, 1996) definiu um quadro clínico de co-morbilidade na toxicodependência que foi confirmado pelos seus próprios estudos em Lund, Suécia. É possível identificar três grupos principais de perturbações: perturbações da personalidade (65-85%), estados de depressão e ansiedade (30-50%) e psicoses (15%). Verheul (2001), na sua análise de seis estudos sobre dependentes tratados, concluiu que as perturbações da personalidade anti-social (23%), patologia *borderline* (18%) e paranóica eram particularmente prevalentes.

Muitos profissionais ligados à problemática da droga acreditam que a prevalência da dependência de drogas em combinação com perturbações mentais está a aumentar, embora alguns defendam que tal se deve a uma maior consciência desta questão e/ou a mudanças no diagnóstico e na classificação das doenças psiquiátricas e/ou na reestruturação dos sistemas de cuidados de saúde. Na Finlândia, de acordo com o Registo Hospitalar de Altas, o número de períodos de tratamentos associados a problemas relacionados com o consumo de drogas em simultâneo com outros problemas de saúde mental aumentou de 441 em 1987 para 2 130 em 2001. Os períodos de tratamento para o consumo de opiáceos combinado com outras perturbações psiquiátricas triplicaram desde 1996. Isto é coerente com o aumento no consumo de drogas, muito embora não seja sugerida uma causalidade directa. Na Irlanda, a taxa de primeiras admissões de consumidores de droga a serviços psiquiátricos de internamento quase quadruplicou entre 1990 e 2001.

O Relatório Nacional da Espanha nota que o aumento observado na co-morbilidade poderá ficar a dever-se, em parte, a um aumento da dependência de psicoestimulantes.

Prevalência de co-morbilidade em ambientes de tratamento

O quadro 7 fornece detalhes de alguns estudos de co-morbilidade em diferentes ambientes de tratamento por consumo de drogas e psiquiátricos nos Estados-Membros, tal como apresentados nos relatórios nacionais. Dados sobre as perturbações por consumo de substâncias num contexto psiquiátrico não estão tão facilmente disponíveis como dados sobre as perturbações psiquiátricas em ambientes de tratamento por consumo de drogas. Embora os estudos apresentados nesta análise não sejam comparáveis, eles dão efectivamente uma indicação da situação existente nos países da UE. Verificam-se divergências consideráveis nas populações estudadas, nos critérios seleccionados para o diagnóstico, nos instrumentos utilizados e no tempo de diagnóstico. Pelas razões acima discutidas, é provável que em muitos casos se faça um subdiagnóstico.

Um estudo comparativo realizado na Grécia e em França concluiu que, embora os níveis globais de psicopatologias nos consumidores de opiáceos em tratamento fossem bastante semelhantes nos dois países, os padrões psicopatológicos variavam: a prevalência das perturbações afectivas era mais elevada nos consumidores de droga em França do que na Grécia (19% contra 7%), ao passo que os padrões de personalidade anti-social registavam maior prevalência na amostra grega (20% contra 7%). Os autores atribuíram esta diferença à prevalência mais baixa de consumo de drogas na Grécia: quanto mais limitada for a dimensão do comportamento socialmente inaceitável maior probabilidade há de os indivíduos com um comportamento socialmente desviante estarem envolvidos no consumo de drogas (Kokkevi e Facy, 1995).

Um estudo norueguês analisou diferenças ao nível do género entre os policonsumidores de substâncias (dos quais 85% eram consumidores de heroína) e os alcoólicos puros. A amostra incluiu uma percentagem muito elevada de sujeitos com perturbações da personalidade e psiquiátricas

([172]) Ver Banco de Instrumentos de Avaliação do OEDT (http://eib.emcdda.eu.int).

Quadro 7: Prevalência da co-morbilidade em unidades de tratamento de diversos Estados-Membros da UE

País	Unidade de tratamento	População	N.º	Prevalência da co-morbilidade (%)	Diagnóstico	Fonte
Bélgica	Hospitais psiquiátricos e serviços de psiquiatria em hospitais gerais	Admissões por toxicodependência (1996-1999)	18 920	86	Esquizóide, paranóico, tipo de esquizofrenia: 86% Depressão: 50% Perturbações da personalidade: 43%	Base de dados psiquiátricos Minimum (1)
República Checa	Comunidades terapêuticas	Utentes residenciais (2001-2002)	200	35	Perturbações da personalidade: 14% Depressão: 7% Perturbações neuróticas: 6% Distúrbios alimentares: 5%	Relatório Nacional da República Checa (1)
Alemanha	Centros de tratamento	Opiómanos	272	55	*Stress* e perturbações somatoformes: 43% Perturbações da afectividade: 32% Fobias: 32% Episódios depressivos: 16%	Krausz (1999b) (1)
Grécia	Estabelecimento prisional e serviços de tratamento	Homens dependentes de opióides	176	86	Ansiedade: 32% Perturbações da afectividade: 25% Esquizofrenia: 6%	Kokkevi e Stefanis (1995) (1)
Espanha	Serviço de metadona	Pessoas dependentes de opiáceos	150	n.d.	Patologia *borderline*: 7% Perturbações anti-sociais: 6% Fobia social: 6% Depressão: 5%	Relatório Nacional da Espanha (1)
França	Serviço de metadona	Pessoas dependentes de opiáceos	3 936	n.d.	Ansiedade: 4% Depressão: 3% Perturbações comportamentais: 3% Distúrbios alimentares: 2%	Facy (1999) (1)
Irlanda	Serviços psiquiátricos em regime de internamento	Primeiras admissões com diagnóstico de toxicodependência (2001-2002)	1 874	26	Depressão: 21% Esquizofrenia e outras psicoses: 11% Perturbações da personalidade: 19%	Sistema nacional de comunicação de dados psiquiátricos de pacientes em regime de internamento (1)
Itália	Serviços de saúde mental	Toxicodependentes ao longo da vida	58	> 22	Perturbações do humor: 22% Ansiedade: 21% Esquizofrenia: 16%	Siliquini *et al.* (2002) (1)
Luxemburgo	Serviços especializados no tratamento da toxicodependência	Pacientes com contacto anterior com serviços psiquiátricos, excluindo desintoxicação (1996-2002)	380	32	n.d.	AST/RELIS (2002) (1)
Países Baixos	População neerlandesa	Toxicodependentes com idades entre os 18 e os 64 anos (1996)	n.d.	n.d.	Depressão: 29% Fobia social: 29% Doença bipolar: 24% Distimia: 22%	Ravelli *et al.* (1998) (1)
Áustria	Serviços de tratamento distintos (revisão)	Consumidores de droga	n.d.	41-96	Perturbações da personalidade, perturbações anti-sociais, patologia *borderline*, narcisismo	Relatório Nacional da Áustria (1)
Portugal	Centro de Atendimento (CAT) de Xabregas	Toxicodependentes	596	> 73	Perturbação obsessiva-compulsiva: 73% Depressão: 72% Somatização: 60% Ideação paranóide: 58%	Relatório Nacional de Portugal (1)
Finlândia	Hospitais	Períodos de tratamento hospitalar por problemas de droga (2002)	2 180	29	Ideação paranóide: 58% Distúrbios psicóticos: 32% Perturbações do humor: 28% Perturbações neuróticas: 10% Perturbações da personalidade: 29%	Registo hospitalar de alta de pacientes
Suécia	Hospital universitário, Lund	Pacientes nos serviços de desintoxicação (1977-1995)	1 052	83	Perturbações anti-sociais: 23% Qualquer psicose: 14% Perturbação depressiva: 11%	Fridell (1996) (1)
Reino Unido	Serviços de tratamento comunitários e residenciais	Pacientes toxicodependentes, 90% dependentes de opiáceos	1 075	> 33	Psicose Ansiedade Depressão Paranóia	Marsden *et al.* (2000) (1)

Nota: n.d.: dados não disponíveis. Os dados deste quadro são referentes a diferentes períodos de tempo (por exemplo, ao longo da vida ou ano anterior).
(1) Para mais pormenores sobre este estudo, consultar na versão em linha do Relatório Anual o Quadro 12 OL: Co-morbilidade por país.

(93%). Regra geral, as mulheres registam números significativamente mais elevados de grande depressão, fobia simples e patologia *borderline* do que os homens. A co-ocorrência de uma perturbação da personalidade anti-social era mais elevada em policonsumidores de substâncias do sexo masculino (Landheim *et al.*, 2003).

Prevalência — Prisões e tratamento obrigatório

A população prisional merece particular atenção. A prevalência de disfunções psiquiátricas, tal como a prevalência de consumo de drogas, é mais elevada na população prisional do que entre a população em geral. Dados provenientes da Irlanda sugerem que 48% dos reclusos do sexo masculino e 75% do sexo feminino têm perturbações mentais, enquanto 72% dos homens e 83% das mulheres na prisão referem uma experiência ao longo da vida de consumo de drogas (Hannon *et al.*, 2000). Em 1999, 23% dos consumidores problemáticos de droga detidos no Centro de Detenções da Polícia de Viena acusavam problemas psiquiátricos (Dialog, 2000). A taxa de recaída entre consumidores de droga que cumpriram penas de prisão é elevada, e cada vez mais se reconhece que a reclusão pode contribuir para um agravamento dos problemas de saúde mental. A situação é ainda mais dramática nas prisões de alta segurança e nos casos de penas de longa duração.

Na Suécia, concluiu-se que entre 72% a 84% dos adultos obrigados a receber tratamento sofrem de problemas psiquiátricos para além do consumo de substâncias (Gerdner, 2004). De 46 raparigas dependentes de substâncias obrigadas a submeterem-se a tratamento direccionado para crianças e jovens, dois terços tinham diagnósticos psiquiátricos ou perturbações de personalidade (Jansson e Fridell, 2003).

Obstáculos ao tratamento da co-morbilidade

Um dos principais obstáculos ao diagnóstico e tratamento da co-morbilidade reside no facto de o pessoal psiquiátrico possuir geralmente poucos conhecimentos de tratamento da toxicodependência e o pessoal de tratamento da toxicodependência possuir poucos conhecimentos sobre psiquiatria. Os paradigmas das duas especialidades são bastante diferenciados: um baseia-se nas disciplinas da medicina e da ciência, o outro baseia-se nos métodos e teorias psicossociais. Além disso, a filosofia dos serviços de saúde mental tem geralmente como principal preocupação preservar a segurança de cada indivíduo e do público, ao passo que os serviços de toxicodependência esperam que os seus utentes estejam motivados, até certo ponto, para seguirem o tratamento. Estes diferentes pontos de partida impedem frequentemente uma percepção global e integrada.

Tal como acima descrito, tanto as equipas psiquiátricas como os serviços relacionados com o consumo de substâncias ilícitas falham com regularidade na identificação de uma quantidade significativa de pacientes com co-morbilidade. Quando os pacientes com diagnóstico duplo procuram tratamento, os seus sintomas psiquiátricos agudos são frequentemente confundidos com sintomas induzidos pelo consumo de drogas, ou, pelo contrário, fenómenos de desabituação ou intoxicação são incorrectamente interpretados como doenças do foro psiquiátrico. É com demasiada frequência que os profissionais de saúde mental enviam pessoas com co-morbilidade para serviços de assistência à toxicodependência, que prontamente as devolvem à proveniência — ou vice-versa. A continuidade dos cuidados dispensados torna-se impossível nestas circunstâncias. Mesmo quando a co-morbilidade é diagnosticada, deixa frequentemente de ser considerada nas intervenções terapêuticas subsequentes (Krausz *et al.*, 1999). O mesmo se aplica aos pacientes em tratamento psiquiátrico e a quem são diagnosticados problemas relacionados com o consumo de drogas, os quais normalmente não são objecto de quaisquer intervenções a nível do consumo (Weaver *et al.*, 2003). Obviamente que estas generalizações não excluem o facto de alguns serviços psiquiátricos e alguns serviços de assistência à toxicodependência obterem óptimos resultados em pacientes com co-morbilidade.

Além disso, quando identificados, os toxicodependentes deparam-se frequentemente com a suspeição da parte dos serviços psiquiátricos, que podem recusar a sua admissão, o mesmo podendo suceder aos toxicodependentes que se encontram estáveis em tratamento de substituição. De modo similar, pode haver utentes excluídos de tratamento à toxicodependência devido aos seus problemas mentais. Em Espanha, por exemplo, a maior parte dos serviços psiquiátricos exclui utentes com perturbações resultantes do consumo de drogas e o pessoal dos seus quadros não possui formação adequada. Um inquérito realizado entre psicoterapeutas austríacos revelou que apenas alguns estão dispostos a admitir pacientes toxicodependentes (Springer, 2003). De Itália, vem o relato de que não existem regras claras para o encaminhamento de utentes dos serviços de tratamento da toxicodependência para os serviços de saúde mental, havendo resistência da parte dos serviços de saúde mental devido à falta de conhecimentos especializados. Na Noruega, é assinalada a dificuldade de encaminhamento para tratamento psiquiátrico a partir dos serviços de porta aberta para assistência à toxicodependência.

Na Grécia, 54% dos programas de tratamento da toxicodependência não admitem consumidores de droga com perturbações do foro psiquiátrico. No tratamento em regime de internato sem drogas, na Eslovénia e em outros países, os programas de tratamento exigem como requisito de admissão que os pacientes se encontrem livres de drogas. No caso dos pacientes com diagnóstico duplo, este facto constitui um sério impedimento, dado que a total abstinência implicaria o fim de outros tratamentos, o que nem sempre é possível.

Estruturas de tratamento

A literatura internacional descreve três modalidades de prestação de serviços para o tratamento da co-morbilidade:

1. *Tratamento sequencial ou em série.* As perturbações psiquiátricas ou por consumo de drogas são tratadas

consecutivamente, havendo reduzida comunicação entre os serviços. Primeiro, os pacientes recebem geralmente tratamento para os seus problemas mais graves, e, logo que esse tratamento esteja concluído, recebem tratamento para os restantes problemas. No entanto, esta modalidade pode dar origem a que os pacientes passem por vários serviços, sem haver um que consiga satisfazer as suas necessidades.

2. *Tratamento paralelo.* O tratamento das duas perturbações é realizado ao mesmo tempo, com os serviços de assistência à toxicodependência e os serviços de saúde mental a cooperarem entre si, de modo a prestarem os seus serviços em simultâneo. As duas necessidades de tratamento são frequentemente satisfeitas com duas abordagens terapêuticas diferentes, podendo o modelo médico da psiquiatria colidir com a orientação psicossocial dos serviços de assistência à toxicodependência.

3. *Tratamento integrado.* O tratamento é proporcionado no seio de um serviço de psiquiatria ou de tratamento da toxicodependência ou inserido num programa ou serviço especial para a co-morbilidade. É evitada a intervenção de outras entidades. Os tratamentos incluem intervenções motivacionais e comportamentais, prevenção de recaídas, farmacoterapia e abordagens de carácter social (Abdulrahim, 2001).

O estado actual do tratamento da co-morbilidade na UE, tal como descrito nos relatórios nacionais, não se deixa facilmente classificar nestes três grupos. O tratamento integrado é visto como o modelo de excelência, mas trata-se de um padrão difícil de atingir. A investigação mais relevante vem geralmente de fora da Europa. O Projecto Australiano sobre Co-Morbilidade (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) concluiu, a partir de uma análise da literatura existente, que as abordagens à gestão e aos cuidados dos utentes portadores de co-morbilidade não foram sistematicamente estudadas ou avaliadas com rigor, em parte devido à dificuldade em estudar pessoas em que coexistem a doença mental e perturbações associadas à toxicodependência, entre outras razões devido ao estilo de vida irregular destas pessoas. Uma outra análise concluiu pela existência de provas de que o tratamento integrado para pessoas com diagnóstico duplo é benéfico para a obtenção de resultados quer ao nível da saúde mental quer ao nível do consumo de drogas (Drake *et al.*, 1998). Apenas um estudo comparou as abordagens integrada e paralela, mas não encontrou diferenças significativas, não tendo nenhum estudo comparado as abordagens integrada e sequencial.

Tratamento sequencial

Alguns especialistas, por exemplo na Dinamarca (Andreason, 2002), Reino Unido (Department of Health, 2002a) e Noruega (Sosial- og helsedepartementet, 1999), crêem que os serviços de tratamento, pelo menos para os portadores de doenças mentais graves com problemas de consumo de drogas, deveriam ter como base a psiquiatria, envolvendo eventualmente terapeutas externos da área da toxicodependência. Na Dinamarca, foram estabelecidas ligações formais entre os hospitais psiquiátricos e os serviços locais de tratamento da toxicodependência. No Luxemburgo e na Noruega, os serviços psiquiátricos deram início a medidas específicas para chegar até indivíduos nas fases iniciais da esquizofrenia, muitos deles com graves problemas de abuso de substâncias ilícitas, dado que a investigação indica que o tratamento precoce melhora o prognóstico.

O relatório nacional checo sugere que os problemas relacionados com a toxicodependência devem ser considerados como mais urgentes do que os problemas de saúde mental, dado ser mais difícil tratar perturbações psiquiátricas quando a toxicodependência distorce o quadro clínico. No entanto, actualmente, 10-20% dos utentes dos centros de tratamento da toxicodependência checos tomam medicação prescrita por um psiquiatra, algo que teria sido totalmente inimaginável há alguns anos atrás. Também na Grécia, a medicação prescrita para sintomas psiquiátricos é extremamente rara no tratamento dos utentes toxicodependentes. No entanto, a justiça penal grega prevê que as perturbações mentais prevaleçam sobre a toxicodependência, dando os infractores portadores de co-morbilidade entrada em hospitais psiquiátricos, quer em prisão quer em comunidade (K. Matsa, comunicação pessoal, 2004). Na Espanha, os consumidores de droga são normalmente acompanhados dentro do sistema de tratamento da toxicodependência e só são encaminhados para serviços psiquiátricos quando a gravidade das perturbações torna necessária a hospitalização.

Durante muito tempo, alguns profissionais defenderam a necessidade de evitar qualquer tipo de farmacoterapia nos toxicodependentes, devido ao risco de toxicodependência combinada, por exemplo, da heroína e das benzodiazepinas, mas este ponto de vista começa a ser reconsiderado (por exemplo, Popov, 2003). Em alguns casos, existe uma tendência para prescrever indiscriminadamente medicação psicofarmacológica aos toxicodependentes, em parte devido à falta de tempo para conduzir as necessárias investigações. O relatório nacional austríaco chama a atenção para o facto de o insuficiente cumprimento por parte dos toxicodependentes dificultar o tratamento farmacológico dos problemas psiquiátricos, podendo adicionalmente dar-se o caso de a utilização combinada de substâncias narcóticas e de medicamentos, se não for devidamente supervisionada, originar interacções entre os medicamentos ilícitos e os prescritos ou neutralizar o efeito do medicamento prescrito.

Tratamento paralelo

A responsabilidade partilhada em relação a um utente, entre um serviço de saúde mental e um serviço de tratamento da toxicodependência, numa modalidade de tratamento paralelo, parece ser algo de raro na prática. No entanto, os grupos de trabalho locais, envolvendo representantes dos serviços de tratamento da

Quadro 8: Serviços de tratamento integrados em diversos países europeus

País	Serviços de tratamento integrados
Bélgica	O desenvolvimento de serviços de tratamento integrados está em fase de estudo de viabilidade.
Alemanha	As primeiras iniciativas datam de há 20 anos. A oferta de tratamento integrado é ainda insuficiente.
Grécia	Foi iniciado um programa integrado, lançado em 1995, que fornece duas opões de tratamento, consoante a gravidade da perturbação psiquiátrica. Os resultados têm sido positivos.
Espanha	185 centros atenderam 4 803 pacientes com co-morbilidade em 2002. Existência de uma unidade integrada especializada, na Catalunha, e de uma comunidade terapêutica, na Cantábria, para pacientes com co-morbilidade que carecem de tratamento residencial.
Países Baixos	Existência de dois serviços de tratamento integrado especializado em regime de internato. Está em curso uma avaliação de processos, com vista ao desenvolvimento de melhores práticas.
Áustria	Cooperação entre o serviço de toxicodependência e um hospital psiquiátrico próximo; alguns dos psicólogos do hospital trabalham na unidade de tratamento da toxicodependência. Os utentes permanecem em tratamento da toxicodependência e apenas são encaminhados para o hospital se os sintomas psiquiátricos se tornarem demasiado graves.
Reino Unido	Existem diversos serviços integrados em várias instalações comunitárias. Médicos de diferentes especialidades nomeados, com base nos serviços que se ocupam da dependência ou das equipas de saúde mental.
Noruega	Existência de um projecto integrado ligado a um centro psiquiátrico em Oslo. Acompanhamento e avaliação até dois anos, incidindo nas necessidades de base, tais como habitação, trabalho, benefícios sociais e relações sociais.

toxicodependência e representantes dos serviços de saúde mental, constituem frequentemente um importante veículo de mudança, cooperação e trabalho em rede. Na França, Itália e Países Baixos, regulamentos oficiais ou protocolos obrigam os serviços de tratamento da toxicodependência a manter ligações de proximidade e a estabelecer preferencialmente acordos regionais formais com serviços psiquiátricos relativamente aos procedimentos para encaminhamento de pacientes e para troca de informações clínicas (Olin e Plaisait, 2003). No entanto, mais de metade dos pacientes neerlandeses com diagnóstico duplo estão convencidos de que tais acordos não conduzem a uma melhoria dos cuidados dispensados (Van Rooijen, 2001).

No Luxemburgo e na Áustria, os técnicos de tratamento da toxicodependência podem fazer o acompanhamento dos seus utentes que foram encaminhados para hospitais psiquiátricos. As linhas de orientação adoptadas no Reino Unido sublinham o facto de os serviços de tratamento da toxicodependência e os serviços de saúde mental deverem estar ambos envolvidos no planeamento dos cuidados a dispensar a um utente com diagnóstico duplo, de modo a estabelecer prioridades nas vias a seguir (Department of Health, 2002a).

Tratamento integrado

Segundo este modelo, a mesma equipa procede ao tratamento de ambas as perturbações. Este modelo tem a vantagem de o utente não ser confrontado com duas mensagens contraditórias. Em alguns países, a separação dos sistemas administrativos (por exemplo, Espanha) ou os diferentes sistemas financeiros (por exemplo, Alemanha) dificultam esta integração.

Na maior parte dos países, existem apenas alguns programas integrados especializados ou unidades para pacientes com co-morbilidade, estando a sua disponibilidade muito longe de satisfazer a sua procura, tal como demonstrado pelo quadro 8, onde é apresentada a informação disponível.

A implementação mais comum de um modelo de tratamento integrado consiste em empregar psiquiatras em serviços de tratamento da toxicodependência e/ou técnicos destes serviços em centros de saúde mental. Esta poderia ser a solução mais prática em regiões de menor dimensão, onde a existência de clínicas integradas especializadas não constitui uma solução viável. Na Espanha, desde 2002 que os clínicos gerais que trabalham no tratamento da toxicodependência têm a possibilidade de obter o título de «especialista em psiquiatria», sob condição de se submeterem a um exame e comprovarem documentalmente a sua experiência no tratamento de doentes com perturbações mentais. Em Portugal, para a acreditação e certificação de um centro de tratamento, é obrigatório que o seu quadro de pessoal integre pelo menos um psiquiatra. No entanto, nem todos os psiquiatras ao serviço de um centro de tratamento da toxicodependência possuem os conhecimentos e formação necessários para tratar toxicodependentes, podendo ser exigida formação específica adicional.

Gestão de casos

A gestão de casos, enquanto método para coordenar o tratamento dos utentes por forma a assegurar a prestação individualizada de cuidados sequenciais ou simultâneos ou também para ajudar os utentes a orientarem-se ao longo do sistema de tratamento, parece ser pouco frequente na UE. De França chega a indicação de que está a ser estabelecida cooperação entre serviços de tratamento da toxicodependência e serviços psiquiátricos com vista à organização de admissões conjuntas e gestão de casos para pacientes com distúrbios psiquiátricos e toxicodependência;

no entanto, este tipo de colaboração é frequentemente limitado a um caso particular. No Luxemburgo, assim como nos Países Baixos, os profissionais chegaram à conclusão de que a gestão de casos constitui o método mais eficaz para tratar os pacientes com diagnóstico duplo, mas trata-se de uma abordagem que envolve dispêndio de recursos e de tempo, além de requerer aptidões profissionais específicas. No entanto, em alguns países, está a ser implementado um tipo de gestão de casos conhecido como «tratamento comunitário assertivo» (ver abaixo).

Métodos de tratamento e boas práticas

O tratamento de utentes portadores de co-morbilidade é caracterizado por muitos problemas, colocando enormes exigências aos técnicos e sendo frequentemente pouco gratificante. Os utentes são muitas vezes de trato difícil, devido ao seu comportamento social disruptivo e agressivo, em especial aqueles que apresentam os tipos mais «dramáticos» de distúrbios da personalidade, e também devido à sua instabilidade emocional. É frequente a resistência ou a incapacidade para cumprir as regras e requisitos do tratamento, respeitando, por exemplo, a comparência às consultas ou tomando a medicação, sendo o consequente desapontamento agravado por relações pessoais pouco gratificantes. A taxa de sucesso é geralmente baixa e as taxas de desistência são elevadas, o que torna o tratamento dispendioso em termos de tempo e recursos gastos, além de ser frustrante para os profissionais envolvidos, os quais não é de admirar que passem por frequentes situações de impaciência, agressão reprimida e sintomas de esgotamento. A falta de procedimentos de acompanhamento e de cuidados posteriores ao tratamento conduz a elevadas taxas de recaída, fazendo com que se tornem crónicas as perturbações mentais e as causadas pela toxicodependência. Por outro lado, muitos utentes tiveram já encontros negativos com os serviços de assistência, o que os pode tornar relutantes ou indisponíveis para se submeterem a tratamento.

Apesar desta difícil situação, os profissionais procuram permanentemente encontrar e desenvolver abordagens mais eficazes. Discussões regulares e interdisciplinares sobre determinados casos e uma cooperação intensa poderiam colmatar esta falta de entendimento mútuo entre os profissionais. Este tipo de abordagem proporciona a todos os envolvidos informações mais pormenorizadas sobre os utentes e facilita o desenvolvimento de boas práticas ou estratégias para a prestação de cuidados. A qualidade do tratamento constitui o factor mais importante para a obtenção de bons resultados.

Tal como em muitas áreas relacionadas com a toxicodependência, a documentação, a avaliação e a investigação no domínio do tratamento da co-morbilidade são deploráveis. A fundamentação em provas está longe de ser clara no que se refere ao tipo de tratamento com maior êxito. A «Cochrane Collaboration» analisou programas de tratamento psicossocial (Ley *et al.*, 2003). O material em análise era limitado: seis estudos, quatro dos quais de pequena dimensão, possuindo na sua totalidade baixa qualidade de concepção e redacção. A principal constatação é que «não existem provas claras em abono da vantagem de qualquer tipo de programa de toxicodependência para os portadores de perturbações mentais graves relativamente ao valor dos cuidados clássicos». A conclusão é que «a implementação de novos serviços especializados no domínio da toxicodependência, destinados aos portadores de perturbações mentais graves, deve situar-se dentro do contexto de testes clínicos controlados, simples e bem concebidos.»

Uma análise global da investigação internacional sobre tratamento do alcoolismo e da toxicodependência deparou-se com apenas oito estudos aleatórios sobre o tratamento de toxicodependentes com graves perturbações mentais (Jansson e Fridell, 2003). A taxa de desistência já era extremamente elevada mesmo antes do início do tratamento. O acompanhamento a curto prazo revelou que o tratamento em regime de internamento, especialmente em comunidades terapêuticas, produz melhores resultados em termos de condições de vida e consumo de substâncias, mas não em termos de sintomas psiquiátricos.

Algumas características são relevantes para todas as situações de tratamento. As recomendações que se apresentam em seguida foram retiradas de análises e meta-análises de estudos controlados e aleatórios, publicados internacionalmente, sobre o tema do tratamento da toxicodependência (Berglund *et al.*, 2003):

1. Deve haver uma constante incidência sobre a alteração do(s) hábito(s) relacionado(s) com a droga.
2. As intervenções devem possuir um elevado nível de estruturação.
3. As intervenções devem continuar durante tempo suficiente para terem impacto.
4. As intervenções devem continuar durante pelo menos três meses, preferencialmente por mais tempo.

No Reino Unido, linhas de orientação do Ministério da Saúde (Department of Health, 2002b), projectos de investigação e análises de literatura (por exemplo, Crawford, 2001) trouxeram o diagnóstico duplo para a ordem do dia. No entanto, a fundamentação em provas é predominantemente norte-americana, sendo menos de 10% dos resumos de Crawford provenientes de estudos do Reino Unido.

Segundo uma análise neerlandesa de estudos internacionais, um modelo potencialmente eficaz de gestão de casos é o tratamento comunitário assertivo que inclua aspectos estruturais (casos distribuídos, trabalho em equipa, cooperação com outros profissionais de saúde), organizativos (critérios implícitos de inclusão, admissão limitada de novos utentes, serviço de intervenção permanente em caso de crise) e de conteúdo (apoio e cuidados prestados em situações diárias, uma abordagem activa, contactos frequentes) (Wolf *et al.*, 2002).
Em Birmingham, Reino Unido, equipas de tratamento comunitário assertivo estão a receber formação mediante

utilização de uma abordagem baseada em manual, tratamento comportamental cognitivo integrado. Às equipas é oferecido apoio permanente para as intervenções, sendo estas avaliadas no que se refere ao seu processamento e ao seu resultado final (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). Na Noruega, estão a ser testadas algumas equipas integradas, baseadas no tratamento comunitário assertivo.

A análise seguinte contém a comprovação das boas práticas reportadas pelos pontos focais nacionais Reitox:

- Um estudo de acompanhamento de 219 toxicodependentes de opiáceos em tratamento nos serviços de atendimento a toxicodependentes de Hamburgo evidenciou um decréscimo no consumo de heroína e cocaína durante dois anos. Quarenta e sete por cento apresentam uma alteração positiva no que se refere a perturbações psiquiátricas (Krausz *et al.*, 1999).

- Um estudo italiano chegou à conclusão de que os resultados do tratamento de manutenção com metadona não diferiam substancialmente em pacientes com sintomas psiquiátricos graves ou ligeiros em termos de retenção ou de consumo de heroína. Parece, no entanto, que os utentes com distúrbios psiquiátricos mais graves necessitavam de doses médias de metadona mais elevadas (Pani *et al.*, 2003).

- A terapia comportamental dialéctica ([173]) constitui uma opção de tratamento que parece ser particularmente adequada para mulheres consumidoras de substâncias ilícitas e portadoras de graves perturbações da personalidade (patologia *borderline*) e/ou tendências suicidas. No entanto, a comprovação está limitada a apenas alguns estudos. Uma experiência neerlandesa controlada no domínio da terapia comportamental dialéctica concluiu que tanto o grupo experimental como o grupo «de tratamento normal» beneficiaram em termos das reduções patenteadas a nível do comportamento autodestrutivo. O grupo experimental apresentou reduções significativamente maiores de consumo de álcool, mas não foram encontradas diferenças em termos de consumo de drogas (Van den Bosch *et al.*, 2001).

- Num estudo sueco, a repetida distribuição do questionário ASI ao longo do período de tratamento, no quadro de um modelo sustentável de gestão da qualidade, revelou que, no acompanhamento dos 2 anos após a alta, 46% dos pacientes mantiveram-se abstinentes. Os pacientes com diagnóstico duplo apresentavam um perfil de problema mais grave no ASI do que os pacientes sem psicose. De um modo geral, houve pequenas alterações dos perfis de personalidade e sintomas, mas para muitos pacientes a qualidade de vida era superior e a situação de vida mais estável aquando do acompanhamento (Jonsson, 2001).

- No Reino Unido, Barrowclough *et al.* (2001) concluíram que a combinação de entrevistas motivacionais, terapia cognitiva comportamental e intervenções familiares produziram melhorias em pacientes com esquizofrenia e distúrbios resultantes do abuso de substâncias.

- Uma análise global dos estudos noruegueses sobre o tratamento de utentes com co-morbilidade concluiu que o comportamento agressivo e impulsivo tinha um melhor tratamento por meio de terapia de grupo estruturada e confrontacional. Os pacientes deprimidos ou ansiosos beneficiam mais da psicoterapia individual e da terapia de grupo de apoio (Vaglum, 1996).

Investigação

Teve início recentemente um projecto de investigação sobre diagnóstico duplo no âmbito do quinto Programa-Quadro de Investigação da Comissão Europeia. Este estudo multicentrado e prospectivo, incluindo a Dinamarca, França, Polónia, Escócia, Inglaterra e Finlândia, foi concebido para descrever a prestação de serviços a pacientes com diagnóstico duplo em sete centros psiquiátricos europeus e para comparar, durante um período de 12 meses, a morbilidade e a utilização do serviço entre pacientes com diagnóstico duplo e pacientes com diagnóstico simples. Os dados estudados incluirão a gravidade da dependência, os sintomas psiquiátricos, a conformidade do tratamento, o funcionamento psicossocial, a rede social, as recaídas e a mortalidade. São aguardados resultados em 2005 ([174]).

Formação

Na maior parte dos países, médicos e enfermeiras em formação recebem muito pouca instrução sobre toxicodependência e ainda menos sobre o tema da co-morbilidade. Na Itália, aumentou a formação conjunta de profissionais de saúde mental ou de tratamento da toxicodependência. Nos Países Baixos, o Instituto Trimbos organiza cursos de formação para profissionais das áreas da saúde mental ou da toxicodependência envolvidos no tratamento de pacientes com diagnóstico duplo. Outros países dão conta da existência de cursos de formação em exercício, mas a implementação é descoordenada e desigual.

No Reino Unido, o *Royal College of Psychiatry* levou a cabo uma análise das necessidades de formação (Mears *et al.*, 2001) com uma série de grupos profissionais, quer ao nível dos serviços de saúde mental quer dos serviços de luta contra a droga. Cinquenta e cinco por cento dos inquiridos referiram que não se sentiam devidamente preparados para trabalhar com utentes portadores de co-morbilidade e manifestaram a necessidade de aumentar a sua formação neste campo.

([173]) A terapia comportamental dialéctica (DBT — *dialectical behaviour therapy*) constitui a aplicação de uma vasta parafernália de estratégias terapêuticas cognitivas e comportamentais à patologia *borderline*, incluindo comportamentos suicidas.

([174]) Ver http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.