

Rocha Almeida, Médico Psiquiatra:

Quatro décadas de tratamento com metadona em Portugal – Qual o impacto?



Fez o ano passado 40 anos que se iniciaram, em Portugal, os tratamentos de substituição com Cloridrato de Metadona (metadona) a dependentes de opiáceos. A data não mereceu qualquer motivo especial de referência, talvez porque hoje em dia a dimensão dos problemas com o consumo de opiáceos já não tenham a visibilidade e a gravidade que tiveram anteriormente na sociedade portuguesa ou porque este programa terapêutico continue a ser controverso para alguns setores da saúde e mesmo da sociedade em geral. Mas há também quem tanto fale do sucesso e dos resultados positivos da política portuguesa sobre drogas e se esqueça de referir que este modelo sempre assentou numa abordagem integrada com intervenções nas áreas da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção. Felizmente que há quem assim o entenda e escreva como é o caso de Werner Sipp, President of the International Narcotics Control Board, organismo das Nações Unidas, quando em 2015 se referia à política portuguesa de drogas “Obviously, the drug situation in Portugal has been improving in several areas since its establishment. This might be at least partly due to the specific “dissuasion policy” of this country, but probably also to other efforts undertaken by the Portuguese Government, namely the introduction of health and social policy reforms and the expansion and improvement of prevention, treatment and social reintegration programmes for drug users. It must be noted that one of the reasons that the Portuguese experience has shown promise has been the willingness of the Portuguese State to invest the resources needed for the comprehensive implementation of this ambitious reform”.

Um modelo que se baseia realmente no direito à saúde dos cidadãos com problemas de adição tem de valorizar todas estas áreas intervenção, bem como a multidisciplinaridade dos técnicos intervenientes nas ações desenvolvidas e é grave que, em Portugal, se esqueçam de o referir.

Dentro desta política de saúde na área das adições a introdução do programa de metadona deu contributos significativos para que no-

vas abordagens de intervenção pudessem ser implementadas, nomeadamente na área do tratamento e da redução de riscos e minimização de danos. A evolução e os resultados deste tipo de programa poderão ser melhor compreendidos conhecendo a realidade portuguesa que existia nessa época no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

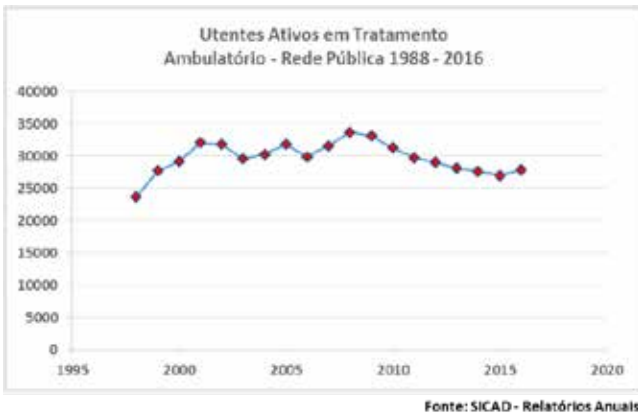
Nos anos 70, Portugal, começa a ter os primeiros problemas com o consumo de heroína, surgem alguns quadros de dependência e os consequentes pedidos de apoio para tratamento.

Com a revolução do 25 de Abril de 1974 o fenómeno do consumo de drogas passou a ter maior relevância na sequência da ocorrência de mudanças sociais profundas e rápidas. Houve um desenvolvimento muito rápida no consumo de drogas, e a sociedade não foi capaz de responder de imediato para enfrentar as “novas necessidades” criadas pelos consumidores de drogas. Como consequência, um número considerável de consumidores problemáticos de drogas surge e sem possibilidade de acesso ao tratamento.

É neste contexto que surgem os Centros de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD, 1976) no Porto, Lisboa e Coimbra, serviços que tinham competência não só no tratamento, mas também na prevenção e reinserção social.

Em 1977 o CEPD do Porto inicia o tratamento com metadona nos dependentes de heroína ou de outras substâncias opiáceas. O diretor desse serviço, Eduíno Lopes médico psiquiatra, regressava a Portugal vindo dos EUA e tinha uma vasta experiência em tratamentos com metadona adquirida em Boston onde trabalhou em centros especializados que tinham introduzido a metadona como tratamento a dependentes de heroína. Portugal foi mesmo o primeiro país europeu a realizar tratamento com metadona para a dependência de opiáceos. Eduíno Lopes, o “homem da metadona” como lhe chamou Luís Fernandes, trazia para o Porto um programa terapêutico que na altura gerou grande controvérsia entre técnicos que trabalhavam nesta área e em outras áreas de saúde que questionavam as vantagens deste programa, muitos não o consideravam como tratamento uma vez que os utentes continuavam dependentes de um opiáceo, outros consideravam que se estava a retirar a possibilidade de entrar noutros tipos de programas terapêuticos nomeadamente os programas livres de drogas. Outras dificuldades surgiram pelo caminho, desde o modo como se preparava a metadona, era adquirida em pó e era no próprio serviço que se passava à fórmula líquida para poder ser administrada, às dificuldades no acesso dos utentes ao programa, houve utentes que tiveram de mudar a sua residência para o Porto para poderem tomar metadona diariamente uma vez que, durante vários anos, só havia metadona no CEPD do Porto. A tudo isto, a equipa multidisciplinar desse serviço ia procurando dar resposta no sentido de valorizar este modelo de tratamento e é neste âmbito que alarga a intervenção com metadona às prisões do Porto.

Souberam também adaptar o programa de metadona à realidade dos consumidores portugueses de acordo com a evolução que iam registando. No início o tratamento realizava-se em regime de internamento (mais tarde também em ambulatório) com um programa de curta duração, 21 dias, e o objetivo era a abstinência. Tratava-se de um programa de desintoxicação mas rapidamente se chegou



à conclusão que o tempo era curto não permitindo a estabilidade física e psíquica. Passou então a haver um programa de média duração de 6 a 12 meses, em ambulatório, mas o objetivo final era o mesmo, a abstinência. Perante as frequentes recaídas entendeu-se que o programa de metadona não devia ter um período de duração estipulado e daí se ter passado a denominar este programa terapêutico como programa de manutenção com metadona.

O que me parece importante realçar neste período é que neste programa terapêutico, associado da toma da metadona foi sempre valorizado a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico, o que vem ao encontro dos estudos científicos atuais que referem uma evolução mais positiva destes programas para aqueles que têm acompanhamento psicoterapêutico associado à toma da metadona quando comparados por aqueles que só vão aos serviços para tomar a metadona.

Com o aumento do consumo de heroína, houve necessidade de alargar este tipo de tratamento a todo o país, de modo a facilitar o acesso ao tratamento desta população toxicodependente que cada vez mais pedia respostas para o seu problema.

Na verdade, nas décadas de 80/90 do século passado, Portugal tinha dois graves problemas com o consumo de heroína: 1) um elevado número de consumidores, no final do Séc. XX, a nível europeu, Portugal tinha um dos mais elevados índices de prevalência de consumidores problemáticos de heroína; 2) as graves consequências associadas a estes consumos, problemas de saúde pública (infeção VIH/SIDA, hepatites, tuberculose), aumento da pobreza e da criminalidade, disfuncionalidade familiar, problemas na econo-

mia como o desemprego e o aumento da dependência de apoios sociais, um número elevado de mortes por overdose, graves problemas de insegurança pública (os cidadãos consideravam o consumo de drogas como a principal preocupação para a sociedade portuguesa).

O consumo de drogas atingia agora todas as idades e todos os grupos sociais e minorias étnicas.

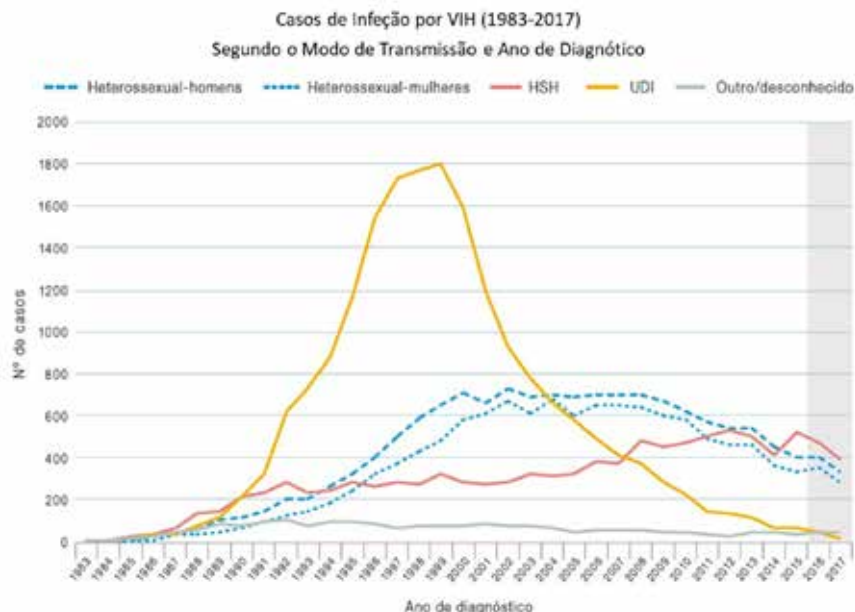
A complexidade da situação exigia que fossem tomadas medidas que visassem reverter este ciclo, e foram várias as mudanças que aconteceram em Portugal sendo a mais importante a lei da descriminalização de drogas aprovada pelo governo no ano 2000.

Alarga-se a rede de serviços de tratamento, Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), pelo menos um por distrito, o que vai permitir uma maior facilidade de acesso ao tratamento. Serviços que passam a disponibilizar vários tipos de tratamentos de modo a responder às necessidades dos toxicodependentes, tendo em atenção a gravidade da dependência, circunstâncias pessoais, motivação e resposta às intervenções. Não existe um único tratamento que seja eficaz para todas as toxicodependências e é neste âmbito que, ultrapassadas as controvérsias, todos estes serviços passam a disponibilizar programas de metadona para os seus utentes.

Surgem também os primeiros programas de intervenção na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD), uma intervenção de maior proximidade junto de toxicodependentes que tinham grandes dificuldades em chegar aos CAT. O programa "Diz não a uma seringa em segunda mão" (1993), mais conhecido como programa de troca de seringas, foi o primeiro e tinha como principal objetivo prevenir a transmissão do VIH/SIDA entre os consumidores de drogas por via injetável através da distribuição de material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado. Entre 1993-2017 distribuíram-se/recolheram-se mais de 56 milhões de seringas. Outras estruturas de RRMD foram sendo implementadas: a) Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; b) Centros de acolhimento; c) Pontos de contacto e de informação; d) Programas de substituição em baixo limiar de exigência; e) Equipas de rua.

Estruturava-se um novo tipo de intervenção que vinha associar-se a outras ações de prevenção, de tratamento e de reinserção, através de um trabalho integrado propondo aos consumidores de drogas percursos alternativos que os levem a uma aproximação das estruturas de tratamento de modo a evoluir para um processo de estabilização, recuperação e reabilitação familiar e social.

Sabemos que muitos daqueles que apresentam uma adição têm múltiplas recaídas depois do tratamento, que podem acontecer du-

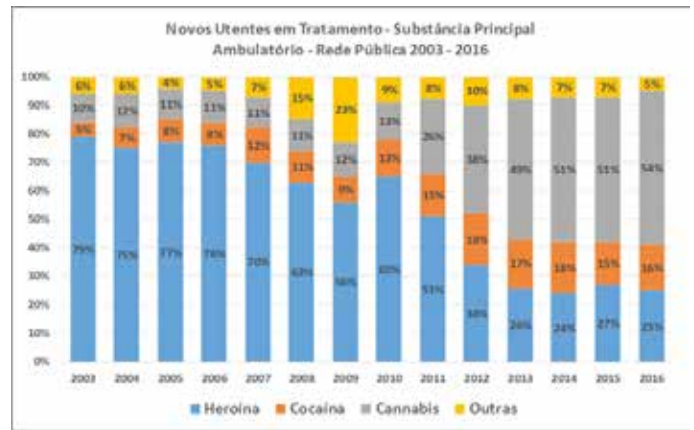




rante muitos anos ou mesmo por toda a vida, há uma grande vulnerabilidade nestes utentes para a recaída. No caso da dependência de opiáceos (a grande maioria de heroína) a evidência científica mostra-nos que o melhor tratamento resulta da terapia farmacológica associada à psicoterapia de apoio e à reinserção social. O objetivo é aumentar a retenção dos utentes no tratamento e prevenir a recaída. É neste contexto que os programas de substituição se revelam os medicamentos mais eficazes para a maioria da população com dependência de opiáceos.

A metadona tem sido o mais utilizado, por ter sido o primeiro medicamento de substituição a ter indicação para esta dependência e por ser gratuito para aqueles que procuram os serviços especializados. Em Portugal há ainda disponíveis outros medicamentos deste tipo, buprenorfina (1999) e mais recentemente buprenorfina com naloxona, sendo que estes medicamentos não são gratuitos como a metadona e têm de ser adquiridos nas farmácias. O LAAM um medicamento semelhante à metadona mas de ação mais prolongada, não tinha que ser administrado todos os dias, foi também disponibilizado por um curto período mas acabou por ser retirado na Europa devido aos efeitos secundários. Está provado que todos estes medicamentos são importantes para diminuir o consumo de opiáceos, de overdoses, de transmissão de doenças infectocontagiosas, de violência e criminalidade, ao mesmo tempo que contribuem para aumentar a retenção destes doentes em tratamento permitindo uma mais rápida reabilitação e reinserção social e familiar e a melhoria da qualidade de vida.

O programa de metadona abrangia cada vez mais toxicodependentes. Sob supervisão médica estabiliza-se o utente com uma dose de metadona eficaz e estável de modo a não sentir sintomas de privação ou "craving" da heroína. A manutenção e monitorização posterior é importante e daí a intervenção da equipa multidisciplinar no apoio psicossocial. As intervenções psicossociais, tais como aconselhamento e outras terapias psicossociais, sempre integraram estes programas de tratamento e revelam-se eficazes na estabilização do utente.

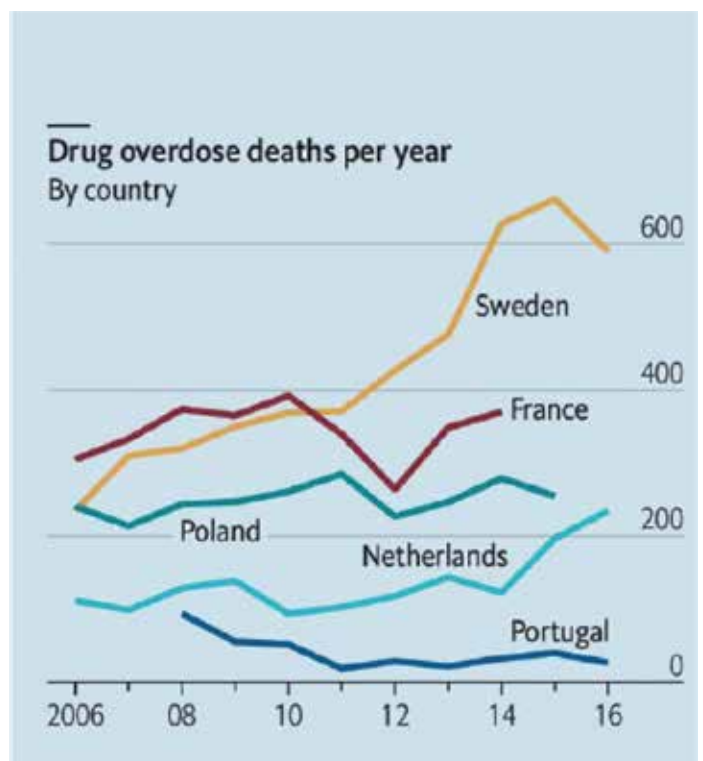


Fonte: SICAD - Relatórios Anuais

Qual o Impacto?

Em Portugal, no ano de 1997 havia nos serviços públicos de tratamento em ambulatório 2 115 utentes em programa de metadona, em 1999 já estavam no programa 6 040 utentes e em 2001 eram 11 043 utentes. No ano de 2016 estavam em programa de metadona 11 948 utentes e a tomar buprenorfina ou buprenorfina com naloxona havia 4 420 utentes. A taxa de retenção destes utentes nos serviços de tratamento é elevada tendo em consideração que o número de utentes em tratamento nos serviços públicos não sofre grandes oscilações ao longo dos anos.

É muito significativo o contributo dado pelos programas de substituição, principalmente com metadona, para a diminuição do número de novos casos positivos para o VIH na população com consumo de drogas por via endovenosa (UDI). Desde 2001 que se regista na população toxicodependente uma diminuição de mais de 90% de novos casos de seropositividade para o VIH. De acordo com o último relatório anual do Instituto Ricardo Jorge (2018) sobre a situação do VIH/SIDA, dos 1 068 novos casos de infeção para o VIH detetados em Portugal no ano de 2017, apenas 1,8% diz respeito a utilizadores de drogas injetadas.





Também a percentagem de condenados por crimes ligados à droga baixou mais de 20% desde 1999. Com a entrada do programa de metadona nos estabelecimentos prisionais, registou-se uma diminuição de situações de conflito devido aos problemas causados pelo consumo de heroína, nomeadamente sintomas de privação que muitas vezes obrigavam a ter de recorrer ao serviço de urgência dos hospitais gerais. Recentemente tive ocasião de ouvir um guarda prisional num congresso que referia que com o programa de metadona nas prisões diminuíram significativamente as idas ao serviço de urgência com reclusos com queixas que tinham a ver com o consumo de drogas, queixas que surgiam mais frequentemente nos períodos da noite que eram sempre os mais problemáticos.

O número de overdoses diminuiu significativamente em Portugal. Nos anos 90 registavam-se em média uma morte por overdose por dia, em 2016 ocorreram em Portugal 27 mortes por overdose. Se comparamos com o que está a acontecer neste momento nos EUA vemos que neste país em 2016 registaram-se mais de 42 000 mortes por overdose (Nora Volkow, 2018), as mortes por overdose já ultrapassam as mortes ocorridas em acidentes de viação, estando o consumo de opiáceos a ser considerado como uma verdadeira epidemia.

Em Portugal, embora o consumo de heroína esteja a diminuir, o panorama ainda é muito marcado pelas consequências do seu consumo, continuamos a ter novos pedidos de tratamento para esta substância ao mesmo tempo que há uma população dependente de opiáceos que se mantém em tratamento nos nossos serviços.

Mas se compararmos a realidade portuguesa com a que ocorre neste momento nos EUA vemos que neste país tem havido um aumento significativo no consumo de heroína, entre 2005 e 2015 nos EUA a percentagem de novos consumidores de heroína aumentou de 8,7% para 33,3%, (Nora Volkow, 2018).

A metadona como primeiro agonista a ser introduzido em Portugal mostrou ser uma alternativa eficaz não só para o tratamento de dependentes de opiáceos, mas também para a redução de riscos e minimização de danos que estavam associados aos consumos.

Passou, por isso, a ser uma terapêutica acessível a quem dela necessitava. Posteriormente surgiram no mercado novas terapias de substituição opiácea que também tiveram o seu papel para a evolução positiva deste problema.

No entanto, para alguns médicos e outros técnicos de saúde continua a sentir-se alguma resistência com os programas de metadona, ao considerarem que estamos a substituir uma substância por outra que também dá dependência, alegam que o tratamento não é eficaz. Por outro lado, o facto de haver, em alguns utentes, consumos associados de substâncias, principalmente álcool, cocaína e heroína e por vezes mau uso da metadona, tenta-se passar a ideia de que este tipo de comportamento é geral o que não corresponde totalmente à verdade, uma vez que há uma grande maioria de utentes que cumpre o programa. Alguns médicos reagem a estas críticas fazendo programas curtos com metadona ou buprenorfina, o que na maioria das vezes vai originar ciclos de tratamento com recaída, novo tratamento e assim sucessivamente. É importante referir que estamos perante uma doença crónica e à semelhança da maioria das doenças crónicas, os tratamentos de manutenção opiácea serão por longos períodos de tempo, vários anos, procurando assim diminuir o consumo de opiáceos, a morbilidade e a mortalidade associada a esses consumos, bem como melhorar a reabilitação e a reinserção sócio familiar.

O que é que acontece se não tratarmos?

Em 2012 o National Treatment Agency for Substance Misuse publicava um documento Why invest?, onde é salientada a necessidade de tratar os dependentes de substâncias ao mesmo tempo que alertava para as consequências que, caso nada se fizesse, podem surgir como o aumento de doenças, de overdoses, de apoios sociais e de criminalidade. Esta foi uma realidade que já existiu em Portugal e que, através de políticas ajustadas ao momento e com intervenções integradas nas áreas da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, da dissuasão, do tratamento e da reinserção, soubemos dar resposta com resultados que são considerados muito positivos.