



MEMORANDO À ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

JOÃO CURTO, Médico Psiquiatra
ROCHA ALMEIDA, Médico Psiquiatra

1. Breve enquadramento histórico sobre o consumo de drogas em Portugal e as políticas implementadas para o seu combate

A problemática da luta contra a droga é um fenómeno complexo, multifacetado, podendo ser visto de vários prismas: do político, da saúde individual e pública, do impacto quotidiano familiar, social e cultural, da investigação e da cooperação internacional contra o tráfico de droga. A legislação e as políticas a implementar têm necessariamente de ter em conta todos estes aspectos e reuni-los em propostas coerentes e consistentes.

Neste sentido, é importante que as informações sobre a situação em matéria de drogas nos diversos países sejam objectivas, fiáveis e surjam em tempo real. Só assim se pode assegurar que as políticas relacionadas com a droga e os programas para o seu combate sejam conhecidas e baseadas em evidências científicas, procurando criar respostas eficientes a nível local, nacional e internacional.

Ainda no séc. XIX e nos princípios do séc. XX são conhecidos os primeiros escritos sobre a noção de tóxico e de droga e sobre a dependência que algumas dessas substâncias causavam. Será este o início da problematização do consumo de drogas, na medida em que se tornaram como seguros os seus efeitos nocivos.

Em Portugal, o início do fenómeno do consumo de drogas coincide com um período em que as medidas nacionais eram praticamente inexistentes. Até aos finais dos anos 60, o consumo de drogas em Portugal reunia características particulares e muito distintas dos outros países, consequência da conjuntura política, cultural e socioeconómica do país. Ser consumidor de drogas, nesta altura, aparecia envolto numa aura de amadorismo inspirada pelas classes sociais com maior poder económico: “tratava-se de um outro mundo, ao qual os mais abastados tinham acesso” (Carlos Poiares, 1998).

A expansão do consumo de drogas no nosso país assume maior expressão nos anos 70 com a ida de um maior número de jovens para a guerra colonial, sendo por esta altura que começam a surgir os primeiros problemas com os consumidores de substâncias psicoativas.

O consumo de drogas passou também a ter, nesta época, um importante componente vanguardista/elitista, inspirado pelos intelectuais, professores, escritores e artistas, que tinham como pano de fundo os movimentos de luta pelos direitos cívico e de luta contra a guerra.

As drogas com maior predomínio no consumo eram a Cannabis e seus derivados, e o LSD.

Surge então o Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de Setembro que aborda o fenómeno da droga numa perspectiva criminalizadora, baseado num modelo jurídico-moral. É a época da criminalização do consumo, o consumidor/dependente era visto como um indivíduo socialmente perigoso, que deve ser punido e tratado numa perspectiva de defesa social, ignorando aspectos ligados à protecção da saúde pessoal e pública.

Com o processo de descolonização em 1975 os problemas com os consumos de drogas ganham maior dimensão e uma nova estratégia começa a ser implementada. Com a publicação do Decreto-Lei nº 792/76, o combate à droga começa a ser feito, em termos policiais, pelo Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD), que visava a investigação, fiscalização e repressão criminal e, no contexto clínico e psicossocial, pelo Centro de Estudos de Profilaxia da Droga (CEPD), direccionado para o estudo da problemática relativa ao consumo de drogas e seu tratamento médico e social, assim como ao estudo de medidas de prevenção dos consumos. O tratamento “médico-social” começa a fazer parte integrante do processo de toxicodependência. Tratamento que era efectuado com relativa independência em relação a medidas de carácter policial e judicial apesar de, quer o CICD, quer o CEPD, estarem sob a tutela do Ministério da Justiça.

Nos finais dos anos 70 e na década de 80 o consumo de heroína constituiu-se como a tendência dominante, a que se associava muitas vezes o uso e abuso de medicamentos psicotrópicos.

A droga que nas décadas anteriores estava associada às elites, saiu do contexto dos intelectuais e artistas, invadiu as cidades e aldeias, atingindo de forma mais intensa os bairros sociais mais pobres e socialmente mais desfavorecidos.

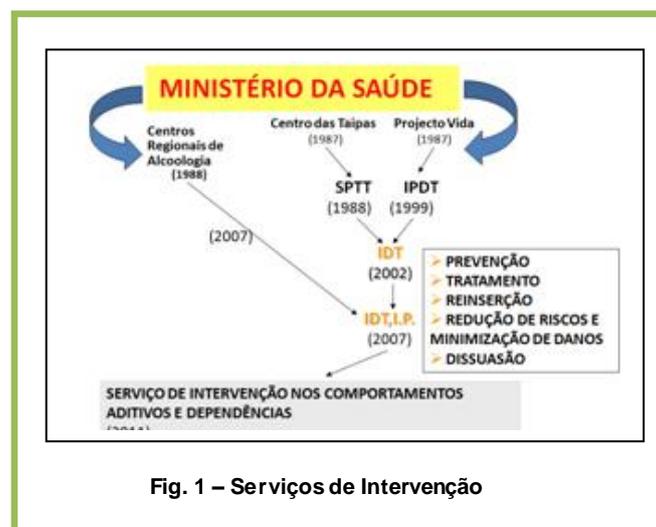
O consumo de drogas tinha então um claro significado social, dando suporte às teorias que as entendiam como um factor causador de desordem social: “é a droga que faz o toxicodependente” e, portanto, se é a substância que faz o mal, é a ela que se deve fazer a guerra.

Nos princípios dos anos 90 o consumo de heroína atinge a sua maior expressão, passando a ser a principal droga de consumo problemático. É também nesta década que se verifica um aumento no consumo de cocaína, na maioria das vezes consumida em associação com heroína.

A procura e o consumo das drogas começam a estar associados a fenómenos de marginalidade e exclusão, com grande predomínio nas áreas mais pobres e desfavorecidas. Ao mesmo tempo, e face ao elevado número de consumidores por via endovenosa, começam a surgir graves problemas de saúde pública, mortes por *overdoses*, aumento de infecções VIH/SIDA, Hepatites B e C, Tuberculose.

Nesta década a maioria da população portuguesa considerava **o problema da droga como a principal preocupação para a sociedade portuguesa.**

Face aos graves problemas de saúde pública e para o próprio toxicodependente, que as dependências estavam a originar, o Ministério da Saúde cria as primeiras unidades de tratamento: o Centro das Taipas, em Lisboa, os Centros Regionais de Alcoologia norte, centro e sul e o Projecto Vida (fig. 1), um serviço que englobava a prevenção primária.



A rutura com a filosofia criminal face ao consumo de drogas adquire saliência a partir de 1995, quando o Ministério da Saúde começa a adoptar uma atitude mais flexível influenciada pelo quadro compreensivo do fenómeno do consumo de drogas numa vertente psicossocial.

Posteriormente foi criado o Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências (SPTT), focalizado para o tratamento das substâncias ilícitas, e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), mais direccionado para os aspectos ligados à prevenção dos consumos. O CEPD é integrado no SPTT.

Em 2002 dá-se a fusão destas duas estruturas surgindo o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), com intervenção nas áreas do tratamento, da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos e da reinserção, dando corpo a um serviço integrado.

Em 2007 o IDT passou a Instituto Público, IDT, I.P. Os Centros Regionais de Alcoologia são integrados no IDT, I.P., que abrangia, na altura, na sua estratégia, cinco áreas de missão, Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento, Reinserção e Dissuasão.

Em 2011 dá-se a extinção do IDT, I.P. e é criado o Serviço e Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), passando a missão do tratamento para a orgânica das Administrações Regionais de Saúde.

Estrutura e políticas de combate ao consumo de droga

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e o Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, aprovados em Conselho de Ministros (fig. 2), passam em 2009 a ser as referências da política de saúde em matéria de dependências em Portugal.



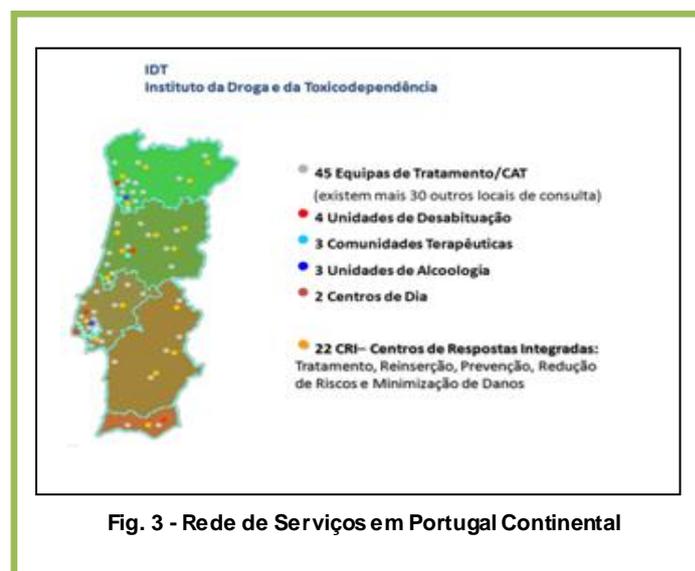
A estratégia concentra-se em dois domínios de ação, a redução da oferta e da procura, visa a implementação de acções com eficácia comprovada que serão sujeitas a avaliação. Entre os princípios orientadores da estratégia salientamos:

- Territorialidade – para melhor conhecer, intervir e avaliar tem de ser posto o enfoque numa gestão e planeamento localizado e territorial.
- Centralidade no Cidadão – a intervenção em toxicodependência não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias, assumindo a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas.
- Abordagens Integradas – as abordagens e respostas devem construir-se de forma integrada, não clivando a realidade individual e social. As fronteiras artificiais entre prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção devem esbater-se progressivamente.

- Melhoria da Qualidade e Certificação – Melhorar a qualidade é um processo que começa com um diagnóstico do ponto de partida e continua pela definição do ponto de chegada, dos indicadores e instrumentos a utilizar na avaliação. A avaliação tem de ser uma cultura institucional.

A rede de serviços públicos deveria garantir a existência de, pelo menos, uma unidade de atendimento de toxicodependentes por cada distrito e de unidades de desabilitação e de comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, na base de uma cama por 100.000 habitantes ou por 10.000 habitantes, respectivamente.

Desde 2005 que a rede de serviços em Portugal Continental contempla as Unidades de Intervenção Local distribuídas de acordo com a fig. 3.



Há ainda a juntar a esta rede pública as estruturas privadas com quem o IDT tem convenções: 7 Centros de Dia para 175 pessoas, 9 Unidades de Desabilitação com 75 camas convencionadas e 67 Comunidades Terapêuticas com 1516 camas convencionadas.

A política portuguesa em relação às drogas tem marcos importantes que estão registados no quadro (fig. 4).

A partir de 1995 instala-se, em Lisboa, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), que tem a seu cargo a monitorização do fenómeno das drogas nos países europeus que, para o efeito, se articula em rede com os Pontos Focais Nacionais (1 em cada Estado Membro).

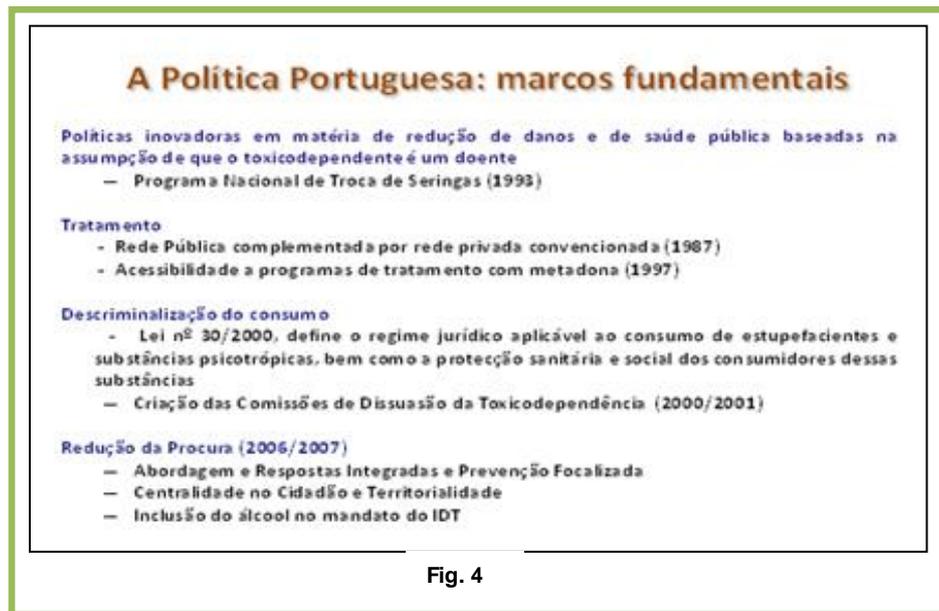


Fig. 4

Em Portugal é ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, IDT, I.P., que cabe essa responsabilidade. Esta recolha de informação sobre diversos indicadores que permitem acompanhar a evolução da situação do problema da droga na Europa, é retratada em relatório divulgado anualmente ao público (fig. 5).

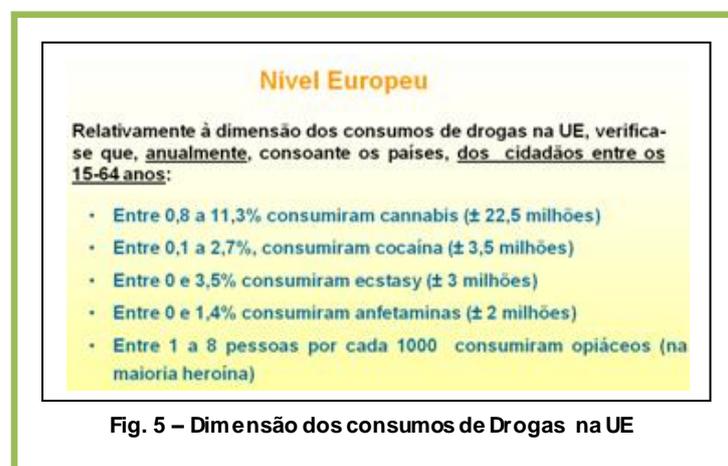


Fig. 5 – Dimensão dos consumos de Drogas na UE

O consumo no Século XXI

O consumo de drogas e suas consequências continua a constituir um problema social e de saúde pública que afecta Portugal e a comunidade internacional no seu conjunto.

Em Portugal, embora o seu consumo esteja a decair, o panorama é ainda muito marcado pelas consequências do uso de heroína, muito associada a contextos de marginalidade e exclusão e que foi dominante nos anos 80 e 90 do século passado.

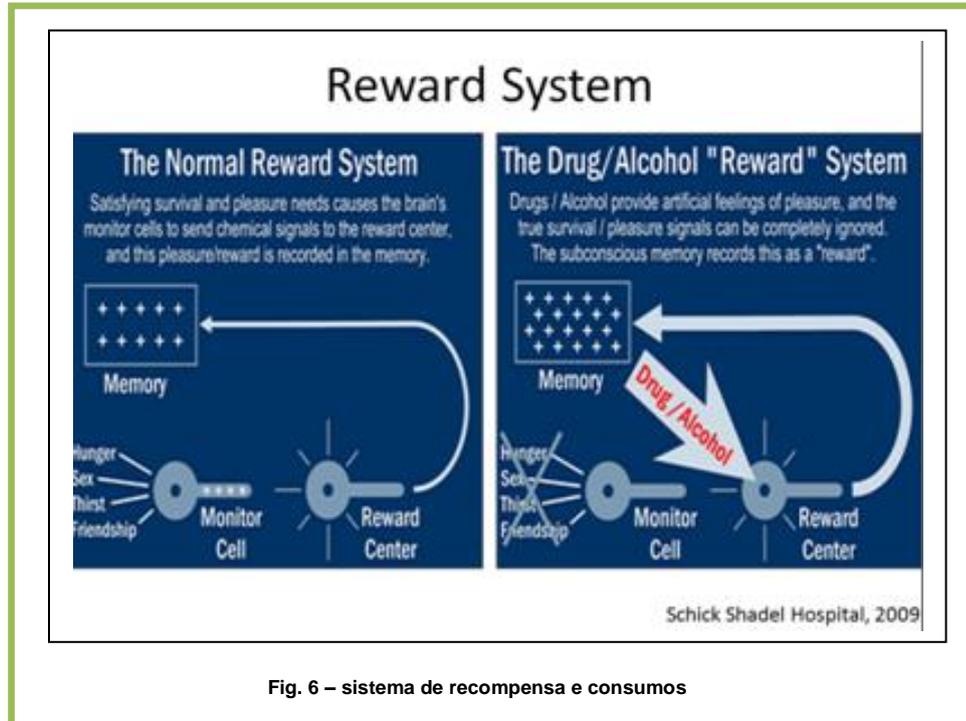
As unidades de tratamento foram muito vocacionadas para dar resposta a esta população e apresentam uma população heroinodependente numerosa, envelhecida e com comorbilidades físicas e mentais.

Hoje, substituindo a associação à marginalidade e exclusão, as drogas estão associadas à cultura do ócio e do prazer.

É neste sentido que já no séc. XXI se começam a verificar mudanças nos padrões de consumo de drogas. Os monoconsumidores são cada vez menos, passando a haver um consumo de várias substâncias, estimulantes, cocaína, álcool, haxixe, ecstasy, drogas sintéticas, etc.

Comparado com os heroinodependentes, estes policonsumidores apresentam um melhor perfil de adaptação: são mais jovens, com um tempo menor de consumo, maior nível educativo e menor índice de desemprego. Por outro lado, este padrão de consumo está ligado a consumidores cada vez mais jovens, a um aumento da população feminina, com fins recreativos e socializantes e de forma descontínua, mais em festas ou aos fins-de-semana (fenómenos de intoxicação rápida e aceleração do tempo).

Observa-se um elevado nível de policonsumo que se centra preferencialmente no consumo de álcool e tabaco com drogas ilegais, cannabis, estimulantes, anfetaminas, cocaína, ecstasy e outras drogas sintéticas, (fig.6).



A percepção do risco entre estes consumidores é menor que entre os não consumidores.

Há um novo mercado de substâncias sintéticas de rápida disseminação, um crescimento do consumo de cannabis muitas vezes misturado com álcool e uma maior incidência de patologia psiquiátrica.

A diversidade destes consumidores e das substâncias consumidas dificultam as estratégias terapêuticas, farmacológicas e/ou psicoterapêuticas, de eficácia demonstrada. Vários problemas complicam o tratamento:

- A baixa consciência da gravidade desta adição - exaltação dos efeitos positivos e minimização dos negativos;
- Espaços recreativos que levam ao consumo destas substâncias;
- Procura de um efeito rápido e imediato;
- Alta probabilidade de recaídas;
- Alta prevalência de comorbilidade psiquiátrica.

Considera-se que a abordagem integrada, farmacológica associada a psicoterapia, é a mais adequada devendo ser o mais individualizada quanto possível e adaptada às necessidades de cada consumidor.

A investigação, nomeadamente na área das neurociências, tem contribuído para a compreensão dos mecanismos subjacentes às adições e na procura de melhores tratamentos.

2. A toxicodependência como doença crónica

A procura de prazer, de leveza, de euforia, de serenidade, de poder, de ausência de dor ou sofrimento, de memória, são anseios normais e legítimos. O problema é quando são procurados através de substâncias com elevado potencial de dependência e adição.

O consumo de substâncias com potencial adictivo provoca comportamentos perturbadores nas estruturas neuroanatómicas, no equilíbrio das funções cognitivas, e na conduta das pessoas que as utilizam de forma abusiva.

O consumo dessas drogas de abuso pode comprometer o natural funcionamento do organismo nos seus variados sistemas, principalmente ao nível do cérebro, comprometendo a plasticidade necessária para aproveitar e seleccionar as solicitações da vida relacional, familiar, sócio cultural, profissional e recreativa.

Devemos salientar a importância de uma abordagem integrada da toxicodependência (fig. 7):

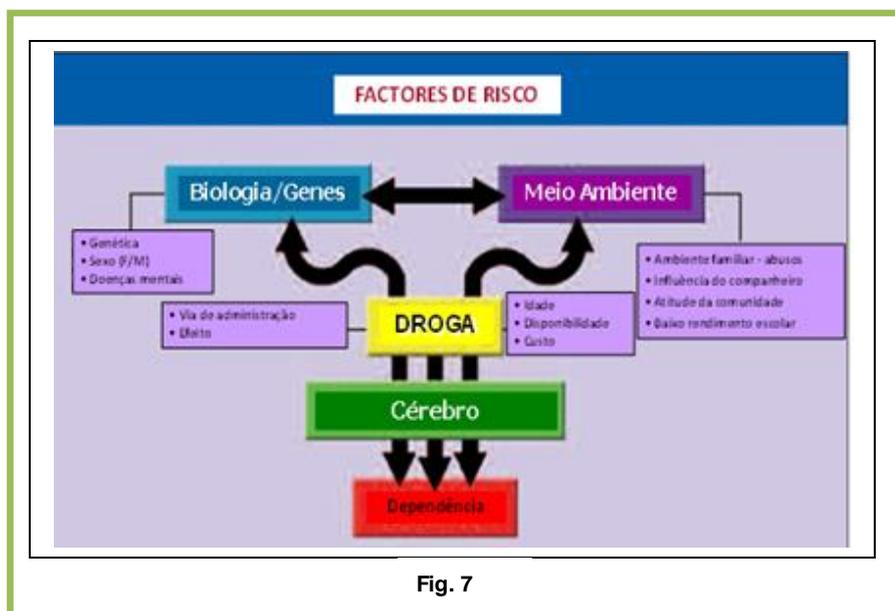


Fig. 7

Compreender as adições a drogas de abuso é ter conhecimento dos sistemas neuronais subjacentes, nas dimensões neuroanatômicas, neurofisiológicas, neuropsicológicas e na dimensão temporal da pessoa doente (T.W.Robins, K. D. Ersche e B.J.Everitt-2008).

Temos de ter em conta todos os fatores de vulnerabilidade biológica da pessoa, “a genética constitui entre 40 a 60% da vulnerabilidade à adição” (N. Volkow, 2008); e aqueles resultantes do contexto geográficosocial económico e cultural que contribuem para a precipitação desta doença tão complexa, crónica e recidivante (Volkow, 1994).

O comportamento voluntário do ser humano é motivado pela procura de prazer (cérebro anterior - corpo estriado, amígdala, tálamo, hipocampo, cortex prefrontal e cingulado, etc. - circuito cerebral da recompensa ou de reforço (Nestler, 2005) e pelo evitar da dor.

Somos capazes de o fazer selecionando entre a variedade de sinais e estímulos, internos e externos, que ocorrem nos nossos sentidos, aquele que mais significado tem naquele momento e naquele lugar, tomando a decisão mais adaptativa para o organismo. Existe uma capacidade de seleção com reflexão crítica, uma vontade, fundamentalmente através da ação do córtex pré-frontal (córtex ventromediano ou orbitofrontal (Edmund T. Rolls, 2003; A. Verdejo, A. Bechara, Andrew J. Lawrence, Luke Clark, 2006), no sentido da preservação de um equilíbrio hemostático, dum bem-estar (Bechara, Dolan & Hindes, 2002).

Sentimos satisfação ao beber água quando temos sede, ao comer um chocolate, quando fazemos sexo, quando ganhamos ao jogo, quando praticamos um desporto mais radical, quando encontramos um amigo que não víamos há muito tempo, quando recebemos uma prenda, etc. Em todos estes comportamentos que despertam satisfação nas pessoas estão relacionados com um aumento significativo, em áreas específicas do cérebro, o sistema mesolímbico, mais especificamente no Núcleo Accumbens, dos níveis de um dos neuromediadores mais ligados ao prazer, ao reforço positivo, a Dopamina, regiões e sistemas neuronais onde afinal acontece o mesmo com as substâncias aditivas (Setephen M. Stahl 1996).

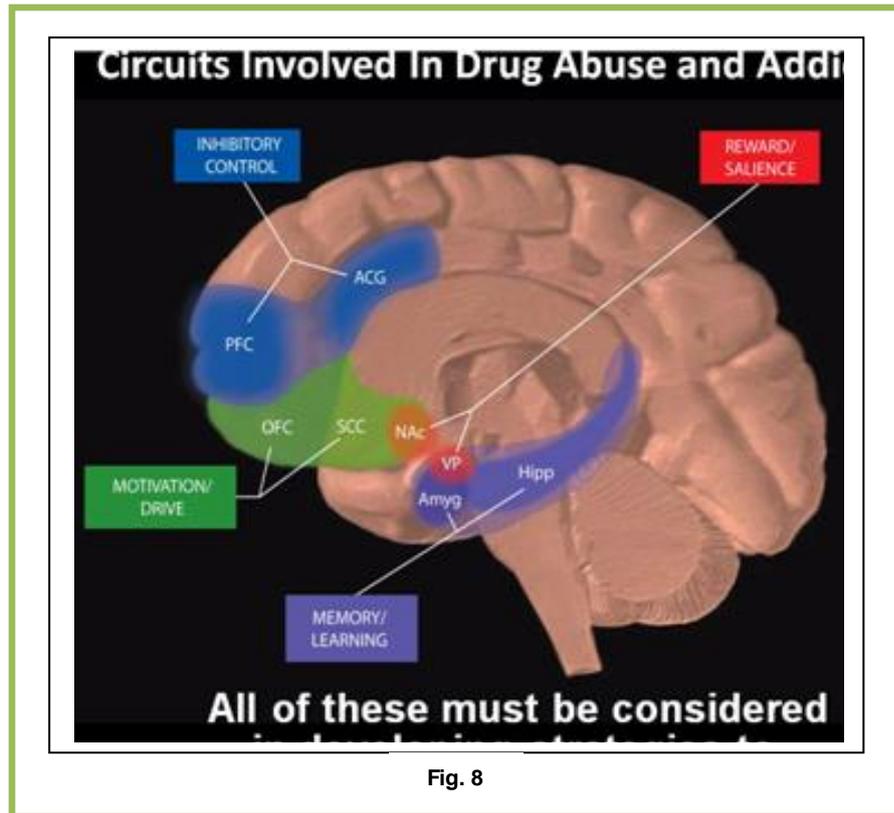
O que é que acontece com uma pessoa que se tornou consumidor continuado de drogas de abuso e que, pelo seu comportamento, parece ter perdido o controlo sobre a capacidade de decidir, e que apesar das drogas perderem progressivamente a sua ação

reforçadora, e pelo contrário, aumentarem as consequências negativas associadas ao consumo, se mantem numa procura compulsiva da droga mesmo que ponha em risco a sua liberdade, perca os laços familiares, profissionais e prestígio social (Verdejo, Aguilar & Pérez, 2004), se envolva em atividades ilegais ou ignore danos graves para a saúde como acidentes de viação, intoxicações graves, doenças transmissíveis como a SIDA ou as Hepatites (Bechara & H. Damásio, 2002)?

Com as substâncias de abuso, o cérebro fica exposto a uma inundação continuada de dopamina que vai para além da sua capacidade de triagem. Este excesso de reforço resulta numa situação do tipo “disco riscado”, em que os neurónios não estão preparados para tal invasão hiperfisiológica de neurotransmissores, e cuja alteração vai provocar um descontrolo comportamental repetitivo, a busca compulsiva da droga, na tentativa de recuperar as alterações fisiológicas que produziram as emoções intensas de euforia aquando dos primeiros consumos (marcadores somáticos, A. Damásio 1994, 2003).

Esta escolha, esta persistência do desejo e busca da substância, com perda de controlo, mesmo em situações de recaída após muitos anos de abstinência, traduz a existência de um desequilíbrio entre os dois sistemas implicados na tomada de decisões e opções de ação: reflexivo e emotivo.

Alterações nos circuitos neuronais de um sistema mais reflexivo e relacionado com as funções executivas (atualização, inibição, flexibilidade e decisão) onde o córtex pré-frontal (orbitofrontal e dorsolateral) assume papel preponderante e um sistema mais emotivo, impulsivo representado pela amígdala ligada ao processamento da afetividade, (fig.8).



Esta disfunção leva a uma deficiente avaliação das situações e a um défice na qualidade das decisões, (Bechara & H. Damasio, 2002; Verdejo, Aguilar & Perez, 2004; Fishbein et al., 2005) levando a pessoa a tomar decisões desadaptadas e socialmente desapropriadas em várias dimensões da sua vida, de não conseguir fazer o que podíamos chamar de escolha mais vantajosa, tendo em conta as consequências futuras (Miopia em relação ao futuro, Damásio & Bechara 1994-2003; Breitner et al. 2001). Ora a permanência de uma memória muito saliente, pode explicar também o seu grande potencial aditivo ao atribuir uma valorização emocional excessiva das recompensas associadas à ação rápida das drogas e desvalorizando as consequências negativas associadas a essas opções (Bechara & Damásio, 2002; Berrydge et al, 2005).

Por exemplo, quando trabalhamos em algo que nos agrada não damos pela passagem do tempo, ao passo que se for incómodo, parece que dura uma eternidade, constatamos como a passagem do tempo é afetada pelos sentimentos de prazer ou desagrado.

É aventado então que o Núcleo Accumbens é uma espécie de centro do prazer, mas que ao mesmo tempo também poderá ter aumentos de Dopamina por estímulos adversos, como um choque eléctrico ou o medo das alturas, o que poderá ajudar a perceber porque é que os adictos continuam a procurar a droga apesar de não sentirem

o mesmo prazer, ou mesmo à procura das mesmas emoções fortes através da ilusão de novas drogas, muitas vezes reformulações das já conhecidas.

São exemplos o fenómeno conhecido com “Spice”, mistura de ervas naturais “potenciadas” com Cannabinoides sintéticos, de que se desconhece estudos clínicos e de toxicidade, e que pode ser vendido como incenso ou fumado, provocando efeitos semelhantes aos da cannabis. O Fentanilo, um opiáceo sintético usado como analgésico para dores crónicas, utilizado como droga recreativa, ou a fácil obtenção, com baixo custo, de produtos industriais quotidianos, é o caso do GBL (Gama-butirolactona) poderoso dissolvente industrial usado para limpeza de jantes e impressoras, e que depois de ingerido metaboliza-se em GHB (Gama hidroxibutirato) produto este proibido, mas não o GBL, que se pode adquirir pela internet por baixo preço, e que produz uma euforia inicial seguida de uma forte acalmia.

A Mefedrona (também conhecido por miau-miau e outros nomes) substância sintética vendida até ao momento nas chamadas “Smart Shops” e cuja ação no cérebro é semelhante às anfetaminas e ao ecstasy, mas bastante mais barata.

Ou seja, será que a libertação de dopamina no Nucleo Accumbens, provocada pelas substâncias aditivas, é fonte do querer, do desejo e motivação para a busca e não tanto o prazer em si mesmo, quer dizer a procura persistente e descontrolada de mais produto?!

Na verdade parece que estas substâncias de abuso têm uma vantagem sobre os estímulos naturais (A comida, a água que mata a sede, a estimulação sexual, os aromas, etc.) pois produzem maiores níveis de descargas dopaminérgicas e estimulação mais prolongada.

Mas há que pensar noutros mecanismos envolvidos, dado que as substâncias de abuso não têm capacidade intrínseca em servir uma necessidade biológica, e no entanto são capazes de gerar comportamentos persistentes e compulsivos. É possível que existam também alterações estruturais nos próprios neurónios e que a persistência desta memória de longo prazo e automatizada das substâncias, tenha a ver com a plasticidade neuronal que é responsável pela reorganização física das sinapses (espaços entre neurónios onde se processam as trocas e passagem de informação) e circuitos neuronais, como foi revelado por estudos sobre a ação da cocaína e das anfetaminas,

cujo consumo crónico revelou alterações morfológicas nas dendrites de neurónios no interior do Nucleo Accumbens e no cortex préfrontal, criando desta forma uma reorganização celular favorável a uma hiper-recetividade na manutenção duma memória aditiva a longo prazo. É esta alteração na estrutura e função das sinapses que gera um fenómeno que se designa por potenciação a longo prazo, provocado pela ação das substâncias de abuso, e que se pensa estar na origem das recaídas.

Esta reminiscência persistente por parte das substâncias de abuso, é como se fosse uma usurpação da nossa casa da memória para instalar a gratificação que elas podem induzir, iludindo a mente com uma aprendizagem errónea e que faz com que o sinal que vem do cérebro seja tido como essencial para a sobrevivência da pessoa, como acontece quando sentimos necessidade de tomar alimentos e água para não morrer e portanto um controlo muito difícil (Verdejo, 2006)

Assim a evidência científica disponível revela que as drogas de abuso provocam alterações estruturais e neurofisiológicas que comprometem o normal funcionamento das funções cognitivas, conduzindo a uma perceção defeituosa das emoções, que se relacionam com um défice nas funções cognitivas, particularmente as executivas nos indivíduos toxicodependentes. Existe um conflito no controlo da decisão e da ação entre dois sistemas neuronais mas complementares que conduz à recaída mesmo após anos de abstinência: a Amígdala, as memórias emocionais e a procura do prazer por um lado, e o Córtex Pré-Frontal reflexivo e as memórias interpretativas por outro, são os primeiros jogadores neste conflito sobre o controlo das decisões nas condutas aditivas.

3. Tratamentos

Segundo a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODOC), em 2009, calculava-se que em todo o mundo havia 149 - 271 milhões de pessoas, com idades entre os 15 - 64 anos, que consumiam substâncias ilícitas, sendo atualmente as mais consumidas e estudadas a cannabis, as anfetaminas, a cocaína e os opiáceos.

A cannabis é a substância com mais consumidores, 125-203 milhões (2,8-4,5%). As anfetaminas 14-56 milhões (0,3-3%) de consumidores. Com cocaína 14-21 milhões (0,3-0,5%) de consumidores e com opiáceos estimavam-se 12-21 milhões de consumidores com idades entre os 15-64 anos. Ainda segundo a UNODOC, entre 11-

21 milhões destes consumidores usam a via endovenosa como forma de administração da substância.

Os países mais desenvolvidos, os países produtores e próximos de áreas de grande produção de substâncias ilícitas, apresentam números mais elevados de consumidores.

O consumo de cannabis está muitas vezes associado a dependência e perturbações mentais, incluindo quadros psicóticos, mas não parece aumentar significativamente a mortalidade.

O consumo de opióides é a maior causa de morte devido à gravidade da dependência e à maior possibilidade de ocorrerem *overdoses*: em três quartos dos casos referenciados, foi detetada presença de opiáceos (OEDT, 2011).

As doenças transmissíveis e infectocontagiosas, VIH/SIDA, Hepatite B e C, tuberculose, são importantes consequências para os consumidores de opiáceos, cocaína e anfetaminas, muitos deles usando a via endovenosa para consumir.

Problemas de saúde nos quais se incluem as perturbações mentais, acidentes rodoviários, suicídio, marginalidade e violência parecem ser mais predominantes nos consumidores de opiáceos, cocaína e anfetaminas.

Na Europa, a heroína continua a ser a droga de abuso responsável pela maior procura de tratamento, cerca de 50% do total dos pedidos de ajuda (OEDT, 2011).

Calcula-se que existam na Europa cerca de 1,5 milhão de consumidores problemáticos de opiáceos, tendo-se verificado uma estabilização nos consumos no início deste século, mas que os últimos anos vêm registando um novo aumento.

O consumo de opiáceos tem um grande impacto na sociedade, não só porque pode constituir um grave problema individual e de saúde pública, mas também porque os consumos estão muitas vezes associados a contextos de marginalidade, exclusão e criminalidade, à desagregação familiar e decadência da comunidade, incluindo o extenso mercado negro do tráfico de substâncias.

Os tratamentos mais utilizados nas dependências são o resultado de uma associação de tratamentos farmacológicos e psicossociais.

Do ponto de vista farmacológico, vários medicamentos têm sido utilizados nestes tratamentos, mas poucos se têm revelado eficazes. Os que têm revelado mais eficácia, e por isso são os mais utilizados, surgiram antes do desenvolvimento da investigação em neurociências e podem ser agrupados em dois tipos de medicamentos:

1. Medicamentos que bloqueiam os recetores onde as substâncias atuam impedindo que esta provoque qualquer efeito (naltrexona como prevenção de recaídas para a dependência de heroína) ou que provocam, com o consumo da substância, reações desagradáveis (dissulfiram para a dependência do álcool);
2. Medicamentos de substituição da substância aditiva (tratamento de substituição com metadona ou buprenorfina para a dependência de heroína, ou terapia de reposição de nicotina para o tabaco).

Estes últimos medicamentos podem ser utilizados como tratamentos de curta duração para desabituação da substância, ajudando o toxicodependente a sair de todas as substâncias, ou serem utilizados como tratamentos de longa duração, manutenção, para evitar as recaídas e o retorno aos consumos e aos comportamentos de risco.

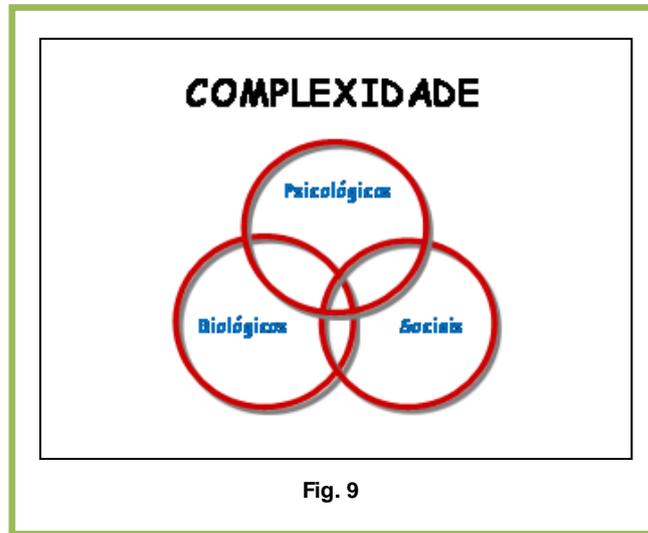
Em 2009, estavam em tratamento de substituição, em toda a Europa, cerca de 700 000 consumidores de opiáceos, (OEDT, 2011).

Os tratamentos psicossociais englobam:

1. Terapias cognitivo comportamentais
2. Terapias de grupo
3. Intervenção familiar
4. Reabilitação e reinserção sócio-familiar

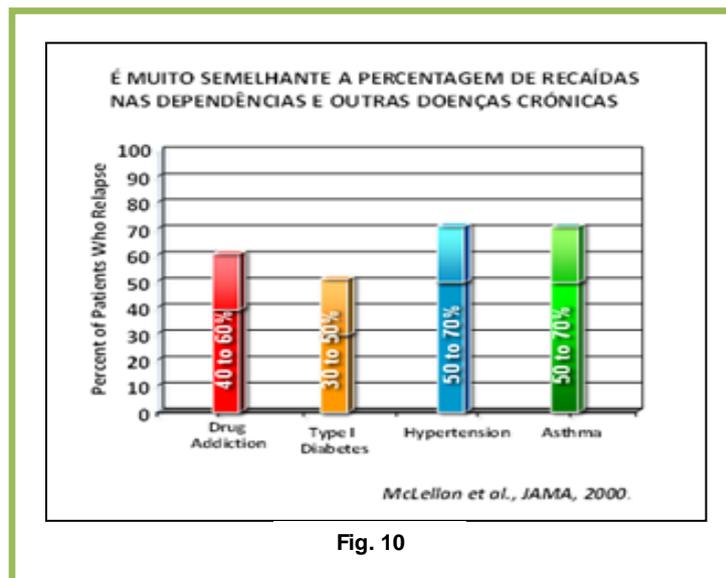
Investigações das neurociências e psicologia cognitiva revelam que os défices cognitivos que o consumo de substâncias provocam, inibem o controlo de impulsos, destacando-se os tratamentos que visem a estimulação cognitiva para melhorar esses défices cognitivos e assim permitir um maior controlo dos impulsos (Volkow e Li, 2005).

A toxicodependência é uma perturbação neurobiológica, mental e social complexa, (fig.9).



Neste sentido, quando falamos de tratamentos, são múltiplas as intervenções a realizar e daí a necessidade de uma equipa especializada e multidisciplinar. Equipa com formação permanente nesta área, que possa dar resposta imediata às solicitações que lhes são pedidas e que perceba que o trabalho multidisciplinar e integrado é importante para tratar todas estas vertentes ligadas às dependências.

As recaídas são outro aspeto que não devemos subestimar nas dependências.



É que quando falamos de doenças crónicas e recidivantes, os dependentes não podem deixar de consumir por uns dias e curar-se, as recaídas podem surgir com alguma frequência. No caso das dependências, as taxas de recaídas são semelhantes às de outras doenças crónicas, como a asma, a diabetes ou a hipertensão.

Em Portugal, o quadro abaixo, mostra a evolução do número de utentes e de novos utentes que estiveram em tratamento especializado na rede pública de tratamento da toxicoddependência, (Relatórios do IDT e da OEDT).

Evolução Número de Utes em Tratamento

UTENTES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primeiras Consultas	6 241	5 216	5 023	4 844	4 745	5 124	7 019	7 643	8 444
Utentes Ativos	31 835	29 596	30 266	31 822	32 460	34 266	38 532	38 875	37 983

“A nível dos utentes que recorreram em 2010 às diferentes estruturas de tratamento da toxicoddependência, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal (entre 37% e 77% consoante o tipo de estrutura). A seguir surge o álcool (entre 8% e 22%), a cocaína (entre 6% e 20%) e a cannabis (entre 1% e 11%), que nos últimos anos têm vindo a surgir de forma mais expressiva nas diferentes estruturas de tratamento da toxicoddependência. Na administração da droga principal continua a predominar a via fumada/inalada”, (IDT, 2010).

No que respeita ao movimento clínico em ambulatório nas Unidades de Alcoologia, encontramos os seguintes dados no relatório de 2010 do IDT, I.P., (fig.11)

	1.as Consultas			TOTAL DE CONSULTAS / INTERVENÇÕES			Utentes activos/ano		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
PORTO	862	937	833	20.437	20.444	20.936	2.905	3.115	2.982
COIMBRA	614	689	622	10.849	12.789	12.218	2.578	2.699	2.755
USBOA	749	861	702	12.186	12.127	11.295	3.230	3.109	2.581
Total	2.225	2.487	2.157	43.472	45.360	44.449	8.713	8.923	8.318

Relatório IDT, I.P. - 2010

Fig. 11

Em relação aos tratamentos para as substâncias ilícitas, verificamos que continua a ser muito marcado pelos dependentes de opiáceos, acentuadamente aos dependentes de heroína.

A principal modalidade de tratamento é o ambulatório, através de equipas multidisciplinares, e onde os programas de substituição no caso dos heroínómanos, abrangeram 72% dos utentes ao longo do ano de 2010, dos quais 80% estiveram envolvidos em programas com metadona.

Evolução Número de Utentes em Tratamento com Agonistas

UTENTES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Agonistas									
Opiáceos	15 768	16 877	19 260	21 054	22 922	24 312	25 808	27 031	27 392

Relatório IDT, I. P., 2010

A percentagem de utentes em programas buprenorfina (isolada e em combinação com naloxona) é inferior à da metadona. Este facto deve-se principalmente ao preço de venda da buprenorfina em farmácias suportado em 63% pelo doente.

Para os médicos, o desvio e mau uso de medicação prescrita são vistos como uma grande preocupação. Este mau uso revela-se através do tráfico ilícito destes medicamentos, do consumo por via endovenosa e mantendo os consumos das drogas para potenciar os seus efeitos.

Apesar de existir medicação disponível com menor potencial de desvio e mau uso (buprenorfina+naloxona), esta não é ainda uma opção que os médicos utilizam para diminuir o problema e isso tem muito a ver com a impossibilidade do utente em conseguir adquirir essa medicação que lhe é prescrita, (Project Access Portugal, 2011).

Os programas com agonistas figuram entre as principais intervenções em matéria de redução de danos, hoje considerada uma parte essencial da estratégia geral de redução das desigualdades no domínio da saúde.

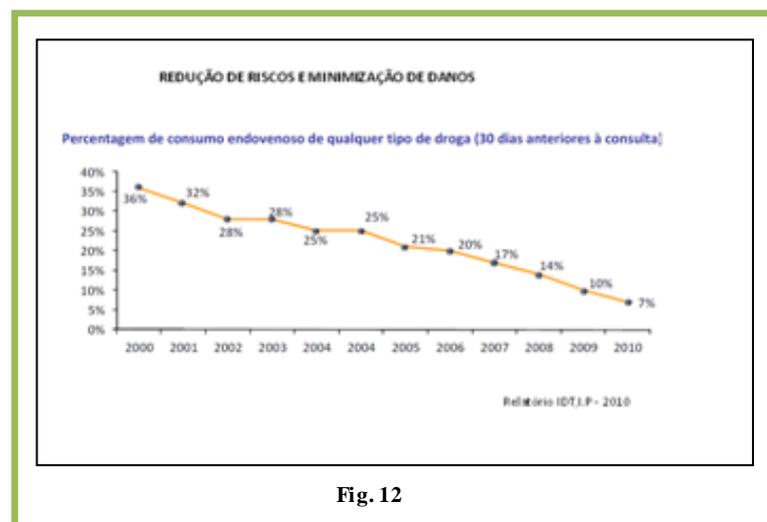


Fig. 12

Em Portugal os resultados dessas mesmas intervenções são já visíveis, tendo diminuído o número de consumidores que usam a via endovenosa, bem como o número de casos de seropositivos em toxicodependentes, Fig.12 e 13).

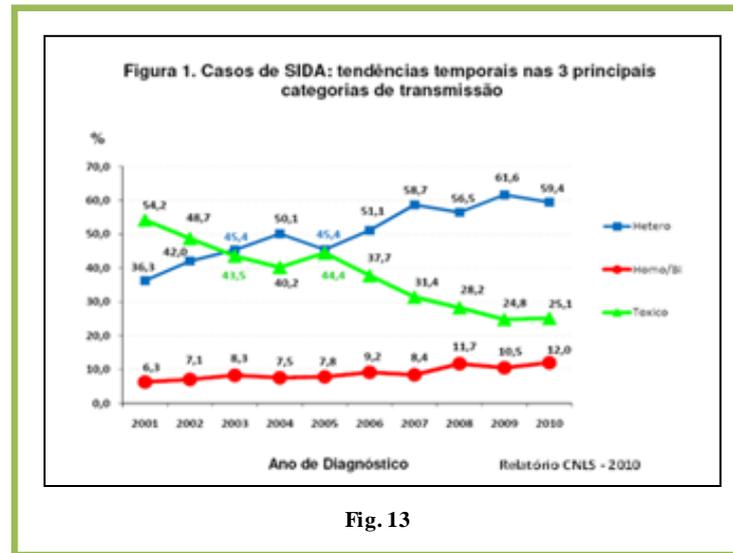


Fig. 13

Os objetivos das intervenções em redução de danos permitem diminuir os efeitos negativos dos consumos, diminuindo a morbilidade e mortalidade devido aos consumos, promovendo o contato com os serviços de saúde e de apoio social, facilitando assim o acesso às estruturas de tratamento para a toxicod dependência.

5. Considerações Finais

A integração, tanto funcional, como administrativa, da rede especializada do IDT,IP nos cuidados gerais de saúde é um processo viável e coloca a oportunidade de aglutinar, numa rede única, a abordagem e o tratamento dos doentes com transtornos aditivos, permitindo:

- O acompanhamento regular da evolução da doença, a deteção precoce de possíveis comorbilidades, com especial relevo para as doenças transmissíveis e patologia psiquiátrica;
- Facilitar o alargamento da intervenção das equipas de prevenção e maximizar o alcance da informação e educação para a saúde, abrangendo um maior número de utentes e famílias;
- Facultar uma estreita colaboração com a comunidade, contribuindo para a diminuição do estigma associado à doença;
- A colaboração dos serviços especializados em dependências, na formação dos profissionais de saúde, no que respeita a prevenções seletivas e indicadas, para aplicação de programas já certificados e dirigidos a populações específicas e contextos especiais.

Neste sentido, dentro do quadro da nova Lei Orgânica 22/2012, a APEDD vê a integração do tratamento das dependências nas Administrações Regionais de Saúde, como uma oportunidade de cumprir uma das metas do Plano Estratégico para 2005-2012: “Integrar a prestação de cuidados de saúde aos utilizadores de drogas, a nível regional e local, oferecendo tratamento na sua área de residência, evitando a discriminação no uso dos recursos de saúde disponíveis, com o objectivo de integrar os indivíduos na comunidade, através dos cuidados primários”.

No entanto, no decorrer do processo de reestruturação do tratamento das dependências, não podemos descurar a experiência acumulada ao longo de três décadas em matéria de intervenção em toxicodependências com reconhecimento internacional, e com profissionais

qualificados e experiência demonstrada nos resultados atualmente reconhecidos como positivos.

Neste sentido, é necessário, por um lado, salvaguardar o que se conquistou na evolução positiva na prevenção, tratamento, diminuição de comportamentos de risco e reabilitação dos toxicodependentes.

Este “saber fazer” de muitos anos constitui um património técnico/profissional e científico desde sempre colocado ao serviço da comunidade e por isso parte integrante de uma política que entendemos que deve ter continuidade.

Por outro lado, consideramos que a actual conjuntura de reestruturação do tratamento das dependências representa também uma oportunidade de melhoramento estrutural, que permita estabelecer objectivos mais ambiciosos para o tratamento da toxicodependência em Portugal, nomeadamente através:

- Da necessidade (referida por vários autores) de estabelecer um conceito mais abrangente das dependências de forma a incluir: 1) as adições clássicas onde predomina o consumo de uma substância; 2) os atuais padrões de consumo onde predomina o policonsumo de substâncias no qual o álcool adquire uma importância crescente e; 3) as adições sem substância, o jogo patológico, as tecnologias de informação, as compras, etc..
- Do empenho nacional na cooperação internacional na luta contra as novas substâncias psicoativas e incentivar os profissionais portugueses a aderir aos grupos europeus que investigam as adições que partilham e são divulgadores de conhecimento.
- Da profissionalização dos serviços de abordagem das dependências e adições, com formação dos diferentes atores intervenientes, ao nível técnico e especializado, em matéria de tratamento, de acordo com padrões internacionais e o estado atual da evidência científica nestas matérias (recomendações da Comissão Europeia enviadas ao Parlamento e Conselho Europeu em matéria de adições, 27/10/2011).
- Da disponibilização dos melhores recursos e estratégias terapêuticas, adaptadas às necessidades dos adictos e ao seu estado de dependência. Poder escolher o

tratamento mais indicado para enfrentar determinados problemas, ou discriminar qual o perfil do adicto que beneficiará de uma ou outra intervenção psicoterapêutica, são objetivos que têm que ser avaliados e atingidos.

- Da disponibilização de maior e melhor informação dirigida aos consumidores de drogas, sobre o risco da cronicidade da doença, opções de tratamento e reabilitação; e ao público em geral, sobre o conhecimento das bases neurobiológicas da doença, no sentido duma melhor compreensão destas patologias.
- Da reintegração social, familiar e laboral, da destigmatização, estabilidade na habitação destes doentes, tornando-os membros produtivos e funcionais da sociedade, de acordo com as orientações da Estratégia Europeia e Nacional que foi sendo implementada ao longo dos últimos anos.

Finalmente, defendemos que o dinheiro do Estado (dos contribuintes) deve ser respeitado e bem utilizado, tendo em conta objectivos mais racionais e defensáveis, isto é, recuperar as pessoas adictas num ambiente seguro para elas e para a sociedade.

Como refere o National Treatment Agency in England *“Every £1 spend on drug treatment saves £2,5 in costs to society”*.

Tendo em conta o exposto, a Associação de Portuguesa de Adictologia quer afirmar a sua completa disponibilidade para participar ativamente nas respostas a dar aos problemas complexos das patologias aditivas.

Coimbra, 10 de Abril de 2011



www.adictologia.com

geral@adictologia.com