

DOIS DIAS DE CONSULTA DE TOXICODEPENDÊNCIAS EM PORTUGAL

NUNO FELIX DA COSTA

Serviço de Profilaxia e Tratamento de Toxicodependências. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

RESUMO

Descrevem-se os resultados de um inquérito realizado em todos os centros dependentes do Serviço de Profilaxia e Tratamento de Toxicodependentes que coordena a actividade de todas as consultas estatais para toxicodependentes com exclusão dos Hospitais Escolares. Avaliaram-se dois dias consecutivos de Novembro de 1992 e compararam-se com os resultados de um inquérito semelhante promovido em 1991. O objectivo principal foi avaliar a população em tratamento no que refere às abordagens terapêuticas empregues, o esforço clínico implicado e os resultados conseguidos, com a finalidade de traçar um panorama do programa estatal para toxicodependentes. Foram recebidas 535 respostas correspondendo a uma adesão de cerca de dois terços do total de consultas. A heroíno dependência constitui o problema principal em 91,3% dos casos mais 3,9% de associações com cocaína. Seguem-se os canabinóis com 2,1%, o alcoolismo com 0,8% e as benzodiazepinas com 0,5%. No que refere aos resultados clínicos 60% estavam abstinentes: 15,1% abstinentes há mais de seis meses, 9,9% há mais de três meses mas menos do que seis, 19,8% abstinentes há mais de um mês e 14,5% há mais de uma semana mas menos de um mês. As abordagens terapêuticas prevalentes eram psicoterapêuticas em 54,1%, psicofarmacológicas em 42,1% e socioterapêuticas em 2,3% dos casos. São apresentados a globalidade dos resultados e discutidas as suas implicações clínicas.

SUMMARY

Two Days of Drug Abuse Consultations in Portugal

This paper reports the results of a survey of all State outpatient clinics for drug addiction in Portugal. Two consecutive days of consultations in November 1992 were considered. The Health Ministry's SPTT - Service for Drug Addiction Prevention and Treatment - coordinates the activity of all the centres and promoted the inquiry. The main objective was to simultaneously evaluate the state of the population under treatment in what concerns the therapeutic methods used, their clinical costs and efficacy. This methodology may allow us to draw an accurate portrait of the Portuguese drug addiction public health program. We received 535 answers which we estimate to be two thirds of the consultations. Heroin abuse is the main problem in 91.3% of all cases plus 3.9% that associate heroin and cocaine abuse. Cannabis comes next with 2.1%, alcohol abuse with 0.8% and benzodiazepines with 0.5%. In what concerns the clinical results, 60% were abstinent: 15.1% were abstinent for longer than six months, 9.9% for longer than three months but less than six months, 19.8% were abstinent for less than that but longer than a month and 14.5% for longer than a week but less than a month. The main therapeutic approaches were psychotherapeutic in 54.1%, psychopharmacologic in 42.1% and sociotherapeutic in 2.3% of the cases. The author presents further data and discusses the results and their clinical implications.

INTRODUÇÃO

As toxicodependências constituem uma área nebulosa de investigação. Uma situação crítica na interface entre o nível biológico actuado por drogas cada vez mais selectivas e eficientes provocando efeitos cada vez mais devastadores a nível psicológico cuja interacção com sociedades

em rápida mudança fazem das toxicodependências um problema de grande importância e em constante transformação e, portanto, carente de investigação actualizada.

Crescem os meios consignados ao controlo das toxicodependências sem que a amplitude do problema dê mostras de diminuir. Têm sido propostos e discutidos diversos modelos (1,2,3,4) de intervenção primária, secundária e

terciária, aliás disponíveis nas estruturas estatais portuguesas de tratamento das toxicodependências. A área da avaliação da eficácia das múltiplas abordagens terapêuticas da toxicod dependência é uma questão sem resposta segura (Waal, & Holstein, 1980). As características da personalidade destes doentes moldadas pela dependência de drogas conduz a um padrão de relação terapêutica instável, marcado, em regra, por descontinuidades abruptas. O terapeuta fica na ignorância relativamente à eficácia dos seus esforços, não só no que respeita ao controlo do sintoma consumo, mas também no destino que levou uma pessoa em crise em quem se investiu.

A dificuldade de avaliação deixa uma ampla margem, quer para proselitismos que exagerando os sucessos terapêuticos visam hegemonias depois insustentadas, quer para múltiplos amadorismos e lapsos no rigor técnico que, ocasionalmente, chegam ao escândalo. De qualquer modo, na ausência de dados fiáveis, todos os terapeutas viveram o sentimento nebuloso da dúvida ou da sobreconfiança no seu método.

Foi nesta perspectiva que em 1991 se implementou um inquérito que realizasse uma avaliação sincrónica do trabalho psicoterapêutico realizado nos Centros dependentes do Serviço de Profilaxia e Tratamento da Toxicod dependência. Não se visou uma caracterização global do fenómeno da toxicod dependência em Portugal mas, menos ambiciosamente, o objectivo foi a caracterização, por um lado, dos resultados conseguidos com a população utente e, por outro, da abordagem terapêutica proporcionada aos toxicod dependentes.

Neste trabalho descrevem-se os resultados dos inquéritos nos dois anos sucessivos com destaque para 1992.

METODOLOGIA

Dado que o preenchimento do questionário se sobrepunha ao trabalho clínico diário dos terapeutas optou-se por um formulário sucinto de escolha múltipla que pudesse ser respondido em poucos minutos. A estrutura do questionário manteve-se inalterada nos dois anos tendo sido apenas acrescentadas quatro questões finais no inquérito de 1992. As questões inquiridas em cada consulta realizada foram:

- 1 Droga principal
- 2 Tipo de intervenção terapêutica
- 3 Número de consultas anteriores
- 4 Frequência da consulta
- 5 Local de tratamentos anteriores da toxicod dependência
- 6 Situação quanto ao HIV
- 7 Situação quanto aos vírus da hepatite
- 8 Tipo de psicofármacos utilizados
- 9 Sintomas residuais actuais
- 10 Avaliação da relação pelo terapeuta
- 11 Avaliação da eficácia da relação pelo terapeuta
- 12 Resultados sobre os consumos
- 13 Resultados sobre a reinserção socio-laboral

Relativamente ao inquérito semelhante realizado no ano de 1991 foi mantido todo o contexto em que os dados foram recolhidos a fim de possibilitar a comparação dos resultados nos dois anos.

À direcção de cada Centro fora pedida, com antecedência, colaboração para a divulgação e empenhamento de todos os terapeutas. Solicitava-se que o questionário fosse preenchido por cada terapeuta para todas as consultas em todos os Centros dependentes do S.P.T.T. O inquérito foi realizado nos dias 4 e 5 de Novembro de 1991 e 11 e 12 de Novembro de 1992.

A adesão ao inquérito em 1992 variou desde os 100% nalguns Centros até aos cerca 50% de não colaboração num Centro de Lisboa. Não puderam ser consideradas as respostas de dois Centros por atraso no envio dos questionários preenchidos. A população estudada integra todos os utentes dos Centros dependentes do SPTT que recorreram às consultas nos dias 4 e 5 de Novembro de 1991 e nos dias 11 e 12 de Novembro de 1992 com excepção dos casos em que não houve colaboração do terapeuta. Foi possível, recorrendo à estatística oficial de cada Centro avaliar posteriormente a adesão ao inquérito que foi da ordem dos 70% a nível nacional.

Dada a relevância da variável número de consultas em termos de utilização dos recursos estudámo-la com particular detalhe, nos casos em que o item foi respondido, na amostra de 1992. Clivámos a amostra (N=279) em três subpopulações (variável subgrupos) consoante o número de consultas era inferior a 6 (28,3%), igual ou superior a 6 e até 16 consultas (34,8%) ou superior a 16 (36,9%). Cruzámos depois esta nova variável com as outras.

Os dados foram sujeitos a um tratamento estatístico meramente descritivo em que se realizou a contagem das frequências de ocorrência das variáveis e o seu cruzamento quando se julgou interessante. Muitos dos quadros resultantes apresentam células vazias ou com valores baixos pelo que não era legítima a utilização do teste do qui-quadrado.

RESULTADOS

Foram recebidas 535 respostas, mais quarenta que no ano anterior. Por atraso no envio dos resultados puderam ser consideradas apenas 483 respostas. O quadro 1 mostra a frequência das consultas por Centro. A consideração da dimensão da amostra em cada Centro como indicador da gravidade do problema das toxicod dependências na área

QUADRO 1 — Contagem da frequência das consultas por Centro em 11 e 12 de Novembro de 1992 (N=483)

Centro	N	%
TAIPAS	60	12,4
Mira Sintra	12	2,5
Benfica	8	1,7
Póvo de St.º Adrião	10	2,1
Damaia	20	4,1
Oeiras	25	5,2
CAT-Setúbal	14	2,9
CAT-Almada	12	2,5
CAT-Leiria	19	3,9
CAT-Algarve	55	11,4
CAT-Porto	129	26,7
GAIA	21	4,3
CEPD-Porto	45	9,3
CEPD-Coimbra	50	10,4

geográfica que o Centro cobre deve atender a que alguns Centros abriram recentemente e não têm ainda uma população utente estabilizada e, por outro lado, foi variável a adesão dos terapeutas ao preenchimento do inquérito.

Droga principal — Quanto à principal droga de abuso o consumo de heroína correspondeu a 91,1% dos casos a que há que juntar mais 4,1% de associações de heroína a cocaína e 1,9% de associações da heroína com álcool; os canabinóis e a cocaína isolada vêm de seguida com apenas com 0,8% cada.

Relativamente a 1991 (quadro 2) acentuou-se um pouco mais a enorme prevalência da heroína sobre as outras drogas. Os alcoólicos deixaram de recorrer aos Centros. Pode concluir-se que, apesar da grande divulgação do consumo de canabinóis, estes raramente são a causa da vinda à consulta.

QUADRO 2 — Variação da preferência dos consumos das principais drogas de abuso nos dois anos (1991 N=495; 1992 N=477)

Droga principal	1991		1992	
Heroína	453	91,3%	440	91,2%
Cocaína/estimul	6	1,2%	4	0,8%
Canabinóis	10	2,0%	4	0,8%
Herói+cocaína	19	3,8%	20	4,1%
Álcool	4	0,8%	0	
Heroína+álcool	2	0,4%	9	1,9%

Tipo de intervenção terapêutica — Nos Centros dependentes do SPTT pratica-se uma variedade de técnicas terapêuticas prescritas consoante a indicação clínica e condicionada pela sua disponibilidade no Centro. Os meios terapêuticos podem ser utilizados em monoterapia ou integrados simultânea ou sucessivamente. Nesta amostra a terapêutica principal é psicoterapêutica em 32,3% dos casos, farmacológica em 17,8%, terapia familiar em 1,3%, socioterapêutica em 0,6% e grupo de acolhimento em 0,2%. A maior percentagem corresponde à combinação de meios terapêuticos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos em 46% e, numa minoria de casos, à associação de farmacoterapias e terapia de grupo em 1,2% dos casos. Não respondem 3,7% dos terapeutas. A psicoterapia isolada ou associada a medicações corresponde a 78,3% dos casos enquanto a farmacoterapia isolada ou associada a psicoterapias corresponde a 65,1%.

A caracterização dos centros em termos dos meios terapêuticos utilizados é mostrada no quadro 3.

Número de consultas anteriores — O número médio de consultas por utente (excluindo a presente consulta) era de 18,25 (DP=24,76) para um cômputo total de sessões de 7118 o que constitui um resultado ligeiramente inferior ao de 1991 (quadro 4). Trata-se de um valor elevado mesmo para uma situação que pode ter uma evolução arrastada o que desmente, pelo menos para uma subpopulação, o estereotipo da instabilidade na relação terapêutica dos toxicodependentes. Na verdade o desvio padrão muito elevado sugere a existência de subpopulações com diferentes perfis de adesão terapêutica a que possam, eventualmente, corresponder diferentes padrões de toxicode-

pendência. Nesta perspectiva criámos a variável subgrupos quanto ao consumo de consultas (quadro 5). Ao primeiro subgrupo correspondem apenas 5,6% das horas de consulta enquanto ao terceiro terço da amostra correspondem 76,1% das 7118 consultas.

QUADRO 3 — Caracterização dos Centros quanto aos tipos de intervenção terapêutica (N=465). (Med. — farmacoterapia, Psi — psicoterapia, Soc — socioterapia, TGr — terapia de grupo, GAc — grupo de acolhimento, TFa — terapia familiar, 1+2 — farmacoterapia e psicoterapia, 1+4 — farmacoterapia e terapia de grupo, 1+5 — farmacoterapia e grupo de acolhimento). Resultados de 1992.

Centro	Intervenção terapêutica									
	Med	Psi	Soc	TGr	GAc	TFa	1+2	1+4	1+5	Tot
TAPAS	6	22	0	0	0	0	28	1	2	59
Mira Sintra	0	2	0	0	0	10	0	0	12	
Benfica	0	6	0	0	0	0	2	0	0	8
Sacavém	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Póvoa										
St.º Adrião	2	1	0	0	0	0	7	0	0	10
Damaia	1	5	0	0	0	0	7	5	0	18
Oeiras	2	12	2	0	1	4	3	0	0	24
CAT-Setúbal	3	0	0	0	0	0	10	0	0	13
CAT-Almada	7	1	0	0	0	0	4	0	0	12
CAT-Leiria	1	9	0	0	0	0	8	0	0	18
CAT-Algarve	19	7	0	0	0	0	27	0	0	53
CAT-Porto	31	46	1	0	0	0	45	0	0	124
GAIA	5	2	0	0	0	0	13	0	0	20
CEPD-Porto	3	18	0	0	0	1	23	0	0	45
CEPD-Coimbra	3	19	0	0	0	0	24	0	0	46
	18%	32%	6%		2%	1%	46%	1%	4%	

QUADRO 4 — Totais de consultas nas duas amostras (1991 N=400; 1992)

	1991	1992
Média	19,24	18,25
Total da amostra	7694	7118

QUADRO 5 — Clivagem da amostra em três subgrupos de dimensões aproximadas e distintos quanto ao número de consultas anteriores (N — número de sujeitos em cada subamostra; Média — número médio de consultas em cada subamostra; DP — desvio padrão; Soma — número total de horas de consulta em cada sub-amostra).

N.º de consultas	N	Média	DP	Soma
Menos de 6	135	2,96	1,39	399
Entre 6 e 16	132	9,86	2,84	1302
mais de 16	123	44,04	30,64	5417

QUADRO 6 — Relação entre o tipo de intervenção terapêutica (Med — psicofarmacoterapia, Psi — psicoterapia, Soc — socioterapia, TGr — terapia de grupo, 1+5 — farmacoterapia e grupo de acolhimento) e o número de consultas acumulado (<6 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e >16 — mais de 16 consultas) (N=363). Resultados de 1992.

Consultas	Intervenção terapêutica									
	Med	Psi	Soc	TGr	GAc	TFa	1+2	1+4	1+5	Tot
<6	37	25	1	1	0	1	51	0	2	127
6-16	18	44	0	0	0	1	61	4	0	129
>16	6	51	2	0	0	0	56	1	0	120

O cruzamento dos meios de intervenção terapêutica com as três subamostras quanto ao consumo de consultas (variável subgrupos) (quadro 6) mostra um predomínio dos meios farmacológicos nos doentes menos assíduos ou no início do tratamento. As psicoterapias com ou sem associação à psicofarmacoterapia tendem a ser tratamentos duradouros.

Frequência das consultas — A frequência das consultas é bissemanal em 6,5% dos doentes, semanal em 66,8%, quinzenal em 11,9%, mensal em 3,4% e ocasional em 11,1% dos casos o que constituem valores sobreponíveis aos do ano passado. Não respondem em 2,5% dos casos.

O quadro 7 cruza os três subgrupos descritos com a frequência das consultas. Pode ver-se uma larga predominância das consultas semanais em todos os grupos.

QUADRO 7 — Cruzamento significativo (p=0,025) entre as frequências das consultas (2*S — bissemanal; S — semanal; 2*M — quinzenal; M — mensal; Oca — ocasional) e o número de consultas acumulado (<6 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e >16 — mais de 16 consultas) (N=386). Resultados de 1992.

Consultas	Frequência Consulta					Tot
	2*S	S	2*M	M	Oca	
<6	8	96	9	1	18	132
6-16	5	83	20	5	18	132
>16	12	79	17	7	7	122
	7%	67%	12%	3%	11%	

QUADRO 8 — Tratamentos anteriores da toxicod dependência na totalidade da amostra (N=483). Resultados de 1992

Instituições	N	%
Patriarcho	5	1,0
Narcót Anón	0	0,0
Inglaterra	0	0,0
Clín Psiq Priv	9	1,9
Psiquiatra Priv	5	1,0
Outro Cn-SPTT	33	6,8
Cn Públ não SPTT	8	1,7
Comunid Terap	14	2,9
Mais de 3	5	1,0

Local de tratamentos anteriores da toxicod dependência — O quadro 8 mostra a distribuição da parte da amostra que tivera tratamentos anteriores da toxicod dependência pelos principais meios utilizados. Trata-se de um item subcotado que não traduz, com toda a probabilidade, a realidade da mobilidade dos doentes pelos diversos meios terapêuticos disponíveis.

Situação quanto ao HIV — Na totalidade da amostra havia 25 pessoas seropositivas para o HIV correspondendo a 6,2% da população. Dos restantes apenas mais 61,8% tinham sido testados e eram HIV negativos enquanto 127 doentes (31,7%) não foram testados.

Da totalidade da amostra em 83 casos (17%) não houve resposta ao inquérito neste item. O quadro 9 mostra a prevalência por centro. Apesar da prevalência da SIDA ser maior na zona de Lisboa e Setúbal estes resultados mos-

QUADRO 9 — Prevalência de seropositividade para o HIV na amostra (N=401) por Centro (ñtt — não testado. Resultados de 1992

Centro	ÑTT	HIV-	HIV+	Tot
TAIPAS	17	31	7	55
Mira Sintra	6	5	1	12
Benfica	5	1	0	6
Sacavém	2	1	0	3
Póvoa St.ª Adrião	5	5	0	10
Damaia	14	4	0	18
Oeiras	14	7	1	22
CAT-Setúbal	4	9	1	14
CAT-Almada	2	10	0	12
CAT-Leiria	10	8	0	18
CAT-Algarve	20	26	3	49
CAT-Porto	12	88	5	105
GAIA	7	14	0	21
CEPD-Porto	4	26	6	36
CEPD-Coimbra	5	13	1	19
	31%	62%	6%	

QUADRO 10 — Prevalência de marcadores virais para a hepatite na amostra (N=404) por Centro (ñtt-não testado). Resultados de 1992

Centro	ÑTT	Hep-	Hep+	Tot
TAIPAS	14	26	11	51
Mira Sintra	6	6	0	12
Benfica	4	4	0	8
Sacavém	2	1	0	3
Póvoa St.ª Adrião	5	4	1	10
Damaia	14	4	0	18
Oeiras	14	7	1	22
CAT-Setúbal	4	5	4	13
CAT-Almada	2	7	3	12
CAT-Leiria	10	8	0	18
CAT-Algarve	18	19	13	50
CAT-Porto	11	56	43	110
GAIA	7	9	5	21
CEPD-Porto	6	19	11	36
CEPD-Coimbra	4	9	6	19
	30%	46%	24%	

tram uma maior assiduidade dos seropositivos da região do Porto às consultas bem como uma maior preocupação com o despiste da infecção nos respectivos centros.

Situação quanto aos vírus da hepatite — Relativamente aos marcadores virais da hepatite são positivos 24,3% da amostra total em que o item foi respondido correspondendo a 98 casos. Eram negativos 45,5%, não foram testados 30% dos doentes e não houve resposta para 16,6% dos casos.

O quadro 10 mostra os resultados por centro. Também relativamente às hepatites o despiste é mais frequentemente feito nos Centros do Norte. Ao contrário da SIDA os resultados sugerem uma maior incidência da infecção na zona Norte.

Tipo de psicofármacos utilizados — A psicofarmacoterapia, em monoterapia ou associada a outras técnicas, é prescrita a 70,7% da população. As medicações prescritas são tranquilizantes em 19,6%, metadona em 9,9%, nal-

QUADRO 11 — Relação entre o número de consultas acumulado (<6—até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e <16 — mais de 16 consultas) e o tipo de medicação (N=390). Resultados de 1992

Psicofármacos	Consultas			Tot
	<6	6-16	<16	
Naltrexona	2	20	31	53
Metadona	0	3	12	16
Tranquilizantes	24	9	10	57
Antidepressivos	4	3	5	14
Tranquil+Antidpr	1	5	3	14
Alfa-2-Agonistas	1	4	1	20
Naltrexona+Antidpr	0	2	5	7
Tranquil+Alfa 2-Agon	22	10	7	84
Naltr+Tranq+Alfa-2-Agon	0	0	0	3
Ausência de medicação	25	41	29	121
	35%	34%	32%	

trexona em 22,2%, antidepressivos e tranquilizantes em 5,6%, apenas antidepressivos em 4,7%, alfa-2-agonistas em 6,7%, naltrexona e antidepressivos em 2,3%, tranquilizantes e alfa-2-agonistas em 27,8% e naltrexona, tranquilizantes e alfa-2-agonistas em 0,9%.

O cruzamento das psicofarmacoterapias com os subgrupos por consumo de consultas (quadro 11) mostra que a naltrexona é prescrita com prudência inicialmente. A maioria dos doentes tem já um razoável número de consultas acumulado quando são medicados com naltrexona e o tratamento tende a prolongar-se depois das 16 consultas.

A metadona parece ser prescrita também a doentes já com uma grande assiduidade às consultas. Pelo contrário outros psicofármacos como os tranquilizantes, os antidepressivos e os alfa-2-agonistas são utilizados desde o início como medicações visando o alívio sintomático sem um enquadramento estratégico a prazo tão definido.

O quadro 12 compara as principais terapêuticas psicofarmacológicas e suas combinações nas amostras de 1991 e 1992. É sensível o aumento da utilização de psicofármacos, no último inquérito prescrita a 70,7% dos doentes em comparação com 48,5% dos toxicod dependentes em 1991. Houve um aumento nítido de prescrição de naltrexona, isolada ou em terapêuticas combinadas, a par de um decréscimo de utilização de metadona para cerca de metade, em valor absoluto.

QUADRO 12 — Evolução das terapêuticas psicofarmacológicas e suas principais combinações nos anos de 1991 (N=496) e 1992 (N=483)

Psicofármacos	1991		1992	
	N	%	N	%
Naltrexona	55	11,4%	76	15,7%
Metadona	62	12,8%	34	7,0%
Tranquilizantes	83	17,2%	67	13,9%
Antidepressivos	7	1,4%	16	3,3%
Tranquil+Antidpr	29	6,0%	19	3,9%
Alfa-2-Agonistas			19	3,9%
Naltrexona+Antidpr			8	1,7%
Tranquil+Alfa 2-Agon			95	19,7%
Naltr+Tranq+Alfa-2-Agon			3	0,6%
Ausência de medicação	260	52,4%	142	29,4%

QUADRO 13 — Relação entre o número de consultas acumulado (<6—até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e <16 — mais de 16 consultas) e o tipo de medicação (N=390). Resultados de 1992

Psicofármaco	Sintomas residuais							Tot
	Priv	Depr	Ansi	Ins	D+an	Psic	s/si	
Naltrexona	0	9	17	7	2	3	37	76
Metadona	2	4	4	4	2	0	18	34
Tranquilizantes	10	2	38	7	1	1	7	67
Antidepressivos	0	4	3	2	3	0	4	16
Tranquil+Antidpr	4	4	4	0	4	2	1	19
Alfa-2-Agonistas	13	4	3	0	0	0	3	23
Naltrexona+Antidpr	0	4	1	0	2	1	0	8
Tranquil+Alfa 2-Agon	45	3	27	1	3	3	13	95
Naltr+Tranq+Alfa-2-Agon	3	0	0	0	0	0	0	3
Ausência de medicação	10	19	27	3	5	0	77	141
	18%	11%	26%	5%	5%	2%	33%	

Sintomas residuais actuais — Os sintomas residuais mais relevantes eram ansiosos em 25,7%, sintomas de privação em 18%, depressivos em 11%, insónias em 5%, ansiedade e depressão em 4,6% e psicóticos em 2,1% da população. Estavam assintomáticos 33,1% da população o que é um valor um pouco inferior ao de 1991.

O quadro 13 cruza a psicofarmacoterapia com os resultados clínicos avaliados em termos dos sintomas psicopatológicos residuais à data do inquérito. A ansiedade é sempre o sintoma mais referido, independentemente do tipo de medicação, incluindo nos doentes tratados com tranquilizantes. É interessante a ausência de sintomas de privação nos doentes tratados com naltrexona, apesar da persistência de ansiedade o que pode significar que, embora abstinentes, a recordação e o desejo de heroína continuam a ser perturbantes.

Embora a dimensão da amostra não permita afirmações conclusivas a incidência de sintomas psicóticos aparece dupla da da população normal.

Com o prolongamento do número de consultas há uma diminuição franca da sintomatologia (quadro 14) e inverte-se a prevalência de ansiedade e depressão. Aquela tende a diminuir com o progressivo afastamento da droga enquanto a depressão tende a aumentar provavelmente em relação com a tomada de consciência dos danos e prejuízos inerentes á toxicod dependência ou, também, com o enfrentar das dificuldades da reinserção afectiva e social.

É de salientar a frequente persistência de sintomas em doentes com mais de 16 semanas de consultas. Uma parte destes doentes recidivaram nos consumos e aparecem com

QUADRO 14 — Relação entre os sintomas residuais (priv-sintomas de privação; depr-depressão; ansi-ansiedade; ins-insónias; d+an-depressão e ansiedade; psic-psicose; s/sint-assintomático) e número de consultas acumulado (<6 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e <16 — mais de 16 consultas) (N=390). Resultados de 1992.

	Sintomas residuais							Tot
	Priv	Depr	Ans	Ins	2+3	Psic	S/sint	
<6	41	10	40	6	3	0	35	135
6-16	25	12	34	5	9	0	45	132
>16	10	22	26	11	7	2	41	123
	20%	11%	26%	6%	5%	1%	31%	

QUADRO 15 — Relação entre o tipo de intervenção terapêutica e a avaliação pelo terapeuta da relação como boa ou má (N=359). (Med-psicofarmacoterapia, Psi-psicoterapia, Soc-socioterapia, TGr-terapia de grupo, GAc-grupo de acolhimento, TFa-terapia familiar, 1+2-farmacoterapia e terapia de grupo, 1+5-farmacoterapia e grupo de acolhimento). Resultados de 1992

	Med	Psi	Soc	TGr	GAc	TFa	1+2	1+4	1+5	Tot
Boa ral	42	124	1	0	0	5	171	5	2	350
Má real	3	2	0	0	0	0	4	0	0	9

quadros de privação e sintomatologia associada, mas os dados sugerem existir uma subpopulação que mantém tardiamente quadros ango-depressivos.

Avaliação da relação pelo terapeuta – A avaliação pelo terapeuta da qualidade da relação com o seu doente não foi avaliada em 114 casos correspondendo, provavelmente, alguns às primeiras consultas. Em 97% dos casos restantes a relação terapêutica foi avaliada como boa e como má em apenas 2,7%.

Avaliação da eficácia da relação pelo terapeuta – A eficácia em termos dos resultados conseguidos não foi auto-avaliada pelo terapeuta em 247 casos (51,1%). Dos restantes 70,8% julgam-na eficaz e 29,2% ineficaz o que constitui um resultado sobreponível ao de 1991.

Os quadros 15 e 16 mostram a relação entre o tipo de intervenção terapêutica e a avaliação pelo terapeuta da relação como boa ou má e eficaz ou ineficaz respectivamente. Apesar das dificuldades relacionais comuns na terapia dos toxicod dependentes é rara a qualificação da relação como má embora seja um pouco mais frequente o terapeuta reconhecê-la como ineficaz. Dado o reduzido número de avaliações negativas a significância dos resultados não pode ser testada.

Resultados sobre os consumos – No que respeita aos resultados clínicos avaliados pela situação face aos consumos da droga principal estavam abstinentes 63,3% sendo 17,2% há mais de 6 meses, 10,4% há mais de 3 meses (e menos de 6), 17,4% há mais de 1 mês e 18,3% há mais de uma semana.

Na comparação com 91 (quadro 17) melhoraram discretamente os resultados favoráveis com relevo para as parcelas dos abstinentes há mais de 6 meses. Dos 36,7% que mantinham consumos 19,6% tinham reduzido os consumos, 13,0% mantinham-nos, 3,3% aumentaram-nos e 0,9% tinham mudado a droga de dependência o que é também um resultado mais favorável que no ano transacto.

QUADRO 16 — Relação entre o tipo de intervenção terapêutica e a avaliação pelo terapeuta da relação como eficaz ou não eficaz (N=228). (Med-psicofarmacoterapia, Psi-psicoterapia, Soc-socioterapia, TGr-terapia de grupo, GAc-grupo de acolhimento, TFa-terapia familiar, 1+2-farmacoterapia e psicoterapia, 1+4-farmacoterapia e terapia de grupo, 1+5-farmacoterapia e grupo de acolhimento). Resultados de 1992.

Relação	Med	Psi	Soc	TGr	GAc	TFa	1+2	1+4	1+5	Tot
Eficaz	13	62	3	0	0	4	76	3	0	161
Não efic	21	11	0	0	1	0	32	2	0	67

QUADRO 17 — Variação dos resultados clínicos na totalidade das amostras avaliados em termos da situação face à droga nos anos de 1991 e 1992 (1991 N=482; 1992 N=460)

Consumos	1991		1992	
abs>6M	74	15,4%	79	17,2%
abs>3M	53	10,7%	48	10,4%
abs>1M	91	18,3%	80	17,4%
abs>1S	75	15,1%	84	18,3%
reduziu	93	18,8%	90	19,6%
manteve	61	12,3%	60	13,0%
aumentou	32	6,5%	15	3,3%

QUADRO 18 — Resultados clínicos quanto aos consumos por Centro: Abstinentes há mais de um mês vs a consumir (N=376). Resultados de 1992

Centro	Abs	Cons	Tot
TAIPAS	29	22	51
Mira Sintra	7	4	11
Benfica	6	2	8
Šacavém	2	1	3
Póvoa St.ª Adrião	5	2	7
Damaia	6	12	18
Oeiras	6	13	19
CAT-Setúbal	5	4	9
CAT-Almada	5	4	9
CAT-Leiria	7	5	12
CAT-Algarve	14	29	43
CAT-Porto	54	39	93
GAIA	5	9	14
CEPD-Porto	23	11	34
CEPD-Coimbra	33	12	45

O quadro 18 mostra os resultados por Centro de uma forma simplificada contabilizando os casos parados há mais de um mês e os que mantêm os consumos. Constatase uma relativa homogeneidade dos resultados apesar da diversidade das populações, das problemáticas e das técnicas terapêuticas.

O cruzamento da situação face à droga com a variável subgrupos de consumo de consultas (quadro 19) mostra um maior predomínio de abstinentes entre os que mantêm prolongada assiduidade às consultas em comparação com os dois outros grupos. De uma forma geral confirma-se a relação entre uma evolução clínica favorável dos consumos e a manutenção de relações terapêuticas duradouras, embora os dados não permitam excluir hipóteses

QUADRO 19 — Relação entre a situação face à droga e o número de consultas acumulado (<16 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e >16 — mais de 16 consultas) (N=376). Resultados de 1992

	<6	6-16	>16	Tot
abs<6M	0	0	45	54
abs>3M	1	23	16	40
abs<1M	16	29	22	67
abs<1S	37	26	10	73
reduziu	29	15	8	52
aumentou	8	3	3	14
	34%	35%	32%	

QUADRO 20 — Cruzamento significativo ($p < 0,0001$) entre o número de consultas acumulado (<6 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e >16 — mais de 16 consultas) e os resultados clínicos avaliados em termos de suspensão dos consumos há mais de um mês ou manutenção dos consumos (8N=306). Resultados de 1992

	Abstin	Mantém	Tot
<6	17	73	90
6-16	61	45	106
>16	83	27	110
	53%	45%	

QUADRO 21 — Relação entre os resultados clínicos avaliados pela suspensão ou não dos consumos e a avaliação pelo terapeuta da relação como boa ou má (N=294). Resultados de 1992

	Consumos		Tot
	Abstin	Mantém	
boa real	178	108	286
má real	1	7	8
	61%	39%	

QUADRO 22 — Cruzamento significativo entre os resultados clínicos avaliados pela suspensão ou não dos consumos e a avaliação pelo terapeuta como boa ou má (N=197; $p < 0,0001$). Resultados de 1992

Relação	Consumos		Tot
	Abstin	Mantém	
Eficaz	102	33	135
Não efic	8	54	62
	56%	44%	

alternativas. O quadro 20 resume os resultados anteriores em termos dos abstinentes há mais de um mês versus os que mantêm consumos o que torna mais nítida a constatação da afirmação anterior. Tratam-se de populações significativamente diferentes.

O quadro 21 mostra como a avaliação da relação como boa é largamente independente da paragem dos consumos. Pelo contrário, a avaliação da eficácia (quadro 22) surge muito mais dependente destes, o que implica o reconhecimento da sua importância como critério clínico.

O quadro 23 mostra a relação entre os meios terapêuticos utilizados e a situação face à droga. É interessante notar as utilizações predominantes de certos meios terapêuticos em determinadas fases da situação quanto aos consumos de droga. Aumenta, designadamente, a tendência para o recurso a psicoterapias em monoterapia quando a abstenção se prolonga. Nestes doentes abstinentes é escassa a utilização de psicofármacos ao contrário dos doentes que mantêm consumos.

No quadro 24 é mostrada uma nítida diminuição dos sintomas psicopatológicos com o prolongamento do período de abstinência embora, paradoxalmente, não estejam assintomáticos, também, os doentes que mantêm os consumos em particular os que os aumentam. O sintoma dominante

QUADRO 23 — Relação entre a situação face à droga e o tipo de intervenção terapêutica (N=444) (Med-psicofarmacoterapia, Psi-psi-coterapia, Soc-sociterapia, TGr-terapia de grupo, GAc-grupo de acolhimento, TFa-terapia familiar, 1+2-farmacoterapia e psicoterapia, 1+4-farmacoterapia e terapia de grupo, 1+5-farmacoterapia e grupo de acolhimento). Resultados de 1992

Consumos	Intervenção terapêutica								Tot	
	Med	Psi	Soc	TGr	GAc	TFa	1+2	1+4		1+5
abs>6M	2	40	1	8	0	1	31	0	0	79
abs>3M	3	24	0	5	0	0	17	2	0	48
abs>1M	2	35	0	0	0	1	39	0	0	80
abs>1S	20	20	0	8	0	1	42	1	0	84
Reduziu	16	16	1	3	0	2	49	2	2	90
Manteve	17	10	1	8	0	1	25	1	0	60
Aumentou	7	1	0	2	1	0	6	0	0	15
	15%	33%	7%		2%	1%	47%	1%	5%	

QUADRO 24 — Relação entre os sintomas residuais e a situação face à droga (N=460 (priv-sintomas de privação; depr-depressão; ansi-ansiedade; insó-insónias; d+an-depressão e ansiedade; psic-psicose; s/si-assintomático). Resultados de 1992

Resultados	Sintomas residuais						Tot
	Priv	Depr	Ans	Ins	2+3	Psic s/sint	
abs>6M	0	9	13	6	3	2	45
abs>3M	0	9	11	3	2	0	23
abs>1M	2	8	23	6	1	4	34
abs>1S	12	8	34	6	1	3	20
Reduziu	27	9	26	1	9	1	17
Manteve	29	6	9	0	3	0	13
Aumentou	9	2	4	0	0	0	0
	17%	11%	26%	5%	2%	4%	33%

QUADRO 25 — Cruzamentos não significativos entre a situação face à droga e os resultados dos testes para o HIV (N=267, n.s.) e marcadores de hepatite (N=276, n.s.). Resultados de 1992

	HIV+	HIV-	Hep+	Hep-
abs>6M	4	49	18	38
abs>3M	3	32	15	15
abs>1M	6	48	20	20
abs>1S	1	42	8	8
Reduziu	6	43	23	23
Manteve	3	19	8	8
Aumentou	1	8	2	2

é sempre a ansiedade provavelmente em relação com a persistência do desejo de droga que é maximamente prevalente na semana seguinte à paragem dos consumos.

O quadro 25 mostra existir uma ausência de relação entre a situação face aos consumos de droga e a positividade dos marcadores virais para o HIV e para as hepatites. A positividade resulta de comportamentos de risco que tiveram lugar durante o tempo de consumo de drogas e não depende da actual situação face à droga. O padrão de consumo actual pode minimizar riscos de transmissão embora seja óbvio que o prolongamento dos consumos aumenta a probabilidade de ocorrência dos comportamentos de risco.

QUADRO 26 — Relação entre a situação face à droga e a frequência das consultas (N=456). Resultados de 1982.

	2*S	S	2*M	M	Oca	Tot
abs>6M	10	32	19	13	3	78
abs>3M	3	27	14	3	1	48
abs>1M	2	65	10	0	3	80
abs>1S	5	65	5	2	6	83
Reduziu	6	65	9	2	8	90
Manteve	2	32	5	0	19	58
Aumentou	0	6	2	0	7	15
	6%	65%	14%	4%	11%	

QUADRO 27 — Relação entre a situação face à droga e a regularização das relações a nível familiar, profissional e social (N=275). Resultados de 1992.

Consumos	Fam	Prof	Soc	F+p	F+s	P+s	F+p+s	Tot
abs>6M	12	3	1	15	8	4	28	71
abs>3M	12	1	1	2	5	1	16	38
abs>1M	20	7	5	5	8	3	15	63
abs>1S	21	7	4	10	2	3	5	52
Reduziu	24	6	0	4	1	2	4	24
Manteve	2	2	0	2	0	0	0	6
Aumentou	1	1	0	1	0	0	0	3
	20%	6%	2%	9%	5%	3%	15%	

O quadro 26 cruza a frequência das consultas com a situação do doente face à droga. Pode concluir-se ser a frequência semanal a regra, independentemente da fase da relação do doente com a droga, embora se perceba uma discreta tendência a espaçar as consultas nos abstinentes há mais de 6 meses e nos que mantêm consumos. O quadro mostra existir uma subpopulação que recorre às consultas sem marcação regular correspondendo a pessoas que mantêm consumos de drogas e que provavelmente procuram alívio para o sofrimento da privação.

Resultados sobre a reinserção socio-laboral — A regularização das relações interpessoais fora do círculo da toxicodependência é um índice da qualidade dos resultados terapêuticos. Em 42,2% da população total não houve qualquer melhoria destes parâmetros. A melhoria das relações familiares conseguiu-se em 19,3%, só das profissionais em 5,6%, só das sociais em 2,5%, das familiares e profissionais em 8,1%, das familiares e sociais em 5,2%, das profissionais e sociais em 2,9% e destas e das familiares em 14,3% de toda a população.

O quadro 27 mostra existir uma relação significativa destas variáveis psico-sociais e a situação face à droga o que demonstra serem estas variáveis bons indicadores de uma evolução clínica favorável. São as relações familiares as que mais fácil e precocemente se regularizam, e as sociais as mais difíceis de retomar.

O quadro 28 mostra a relação entre os meios terapêuticos utilizados e os resultados avaliados pela normalização das relações familiares, profissionais e sociais. No cruzamento desta última variável com os três subgrupos por consumo de consultas (quadro 29) pode ver-se a regularização mais fácil das relações familiares em comparação com as sociais e profissionais. Com o prolongamento do número de consultas, coincidente com as psicoterapias, aumenta também

QUADRO 28 — Relação entre o tipo de intervenção terapêutica e os resultados clínicos familiares, profissionais e sociais (N=269) (Med-psicofarmacoterapia, Psi-psicoterapia, Soc-socioterapia, TGr-terapia de grupo, GAc-grupo de acolhimento, TFa-terapia familiar, 1+2-farmacoterapia, 1+4-farmacoterapia e terapia de grupo, 1+5-farmacoterapia e grupo de acolhimento). Resultados de 1992

Relações	Intervenção terapêutica								
	Med	Psi	Soc	TGr	GAc	TFa	1+2	1+4	1+5
Familiares	10	33	1	0	0	1	43	2	0
Profissi	4	11	0	0	0	0	11	0	0
Sociais	0	4	0	0	0	0	8	0	0
Fam+prof	4	11	0	0	0	2	22	0	0
Fam+soc	1	13	1	0	0	0	8	0	0
prof+soc	2	4	0	0	0	0	7	0	0
Fam+pr+soc	3	34	0	0	0	0	29	0	0

QUADRO 29 — Cruzamento significativo (p=0,0001) entre os resultados clínicos avaliados em termos da regularização das relações familiares, profissionais e o número de consultas acumulado (<6 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e <16 — mais de 16 consultas (N=390). Resultados de 1992

Relações	Consultas			Tot
	<6	6-16	>16	
Familiares	24	26	31	81
Profissionais	9	8	5	22
Sociais	3	3	3	9
Fam+prof	9	12	13	34
Fam+soc	3	6	4	13
Prof+soc	1	8	9	18
Fam+pr+soc	2	16	30	48
S/result	84	53	28	165
	35%	34%	32%	

QUADRO 30 — Cruzamento significativo (p=0,0001) entre os resultados clínicos avaliados em termos de melhorias ou piorias das relações familiares, profissionais e o número de consultas acumulado (<6 — até 5 consultas, 6-16 — de 6 a 16 consultas e <16 — mais de 16 consultas (N=390). Resultados de 1992

Relações	Consultas			Tot
	<6	6-16	>16	
Melhorou	40	62	87	225
Piorou	39	35	16	165
	35%	34%	32%	

o número de pessoas que melhoraram os três níveis de funcionamento e diminuem as que não obtêm nenhum resultado, que contudo, são ainda em número elevado. Na verdade cerca de 25% da população com mais de 16 consultas não obtêm melhorias significativas nestes parâmetros.

O quadro seguinte (30) mostra simplificadamente estes resultados pondo em relevo a relação significativa entre a obtenção de algumas melhorias nestes indicadores relacionais e o maior número de consultas.

QUADRO 31 — Avaliação dos resultados clínicos por tipo de medicação: Parados há mais de um mês vs a consumir (N=376) e quanto à melhoria do funcionamento familiar e/ou social e/ou profissional vs manutenção da desinserção a esses níveis (N=483). Resultados de 1992.

Psicofarmacoterapia	Abs	Cons	Melh	Pior
Naltrexona	63	4	61	15
Metadona	22	6	28	6
Tranquilizantes	22	25	39	28
Antidepressivos	7	5	8	8
Tranquil+Antidpr	5	11	9	10
Alfa-2-Agonistas	2	14	8	15
Naltrexona+Antidpr	7	0	7	1
Tranquil+Alfa 2-Agon	2	53	32	63
Naltr+Tranq+Alfa-2-Agon	0	2	2	1
Ausência de medicação	76	49	84	57
	55%	45%	58%	42%

QUADRO 32 — Relação entre os resultados clínicos avaliados em termos da regularização das relações familiares, profissionais e sociais e a frequência das consultas (N=279). Exclui-se a subamostra que não apresentou melhorias nos parâmetros avaliados (2*S-bissemnal; S-semanal; 2*M-quinzenal; M-mensal; Oca-ocasional). Resultados de 1992

	2*S	S	2*M	M	Oca	Tot
Familiares	12	62	12	0	7	93
Profission	1	16	5	2	3	27
Sociais	3	7	2	0	0	12
Fam+prof	1	24	8	3	3	39
Fam+soc.	0	19	3	1	1	24
Prof.+soc	1	10	1	1	1	14
Fam+pr+soc	2	41	18	7	1	69
	7%	64%	18%	5%	6%	

O quadro 31 mostra os resultados clínicos conseguidos com a farmacoterapia por cada tipo de medicação. A avaliação foi feita tomando como indicadores o controlo dos consumos (parados há mais de um mês vs a consumir e quanto à melhoria do funcionamento familiar e/ou social e/ou profissional vs manutenção da desinserção a esses níveis. São evidentes os bons resultados sobre os consumos conseguidos com a naltrexona e, em menor grau, também com a metadona, provavelmente prescritos a uma população em fase diferente do processo terapêutico. A metadona é prescrita a uma população com uma história mais carregada o que deve ser tomado em conta na avaliação dos resultados clínicos. Estes resultados contrastam com a população a quem os alfa-2-agonistas, os tranquilizantes ou os antidepressivos são prescritos. Os maus resultados relativos relacionados com estes psicofármacos devem-se à sua precoce utilização em casos em que uma paragem dos consumos ainda não foi conseguida ou quando não houve ainda tempo para uma melhoria no funcionamento social. A parcela correspondente à ausência de medicação não é um resultado satisfatório por comparação com os casos em que a naltrexona é utilizada. Os resultados utilizando os indicadores psicossociais são comparáveis.

O quadro 32 mostra os resultados do cruzamento da frequência das consultas com os resultados clínicos avaliados pela melhoria do funcionamento familiar, profissional e social. Independentemente da frequência das

QUADRO 33 — Cruzamento entre os resultados clínicos avaliados simplificados em termos da melhoria ou manutenção das más relações familiares, profissionais e sociais e a frequência das consultas (N=471); significativo para $p < 0,0001$ (2*S-bissemnal; s-semanal; 2*M-quinzenal; M-mensal; Oca-ocasional). Resultados de 1992

Relações	2*S	S	2*M	M	Oca	Tot
Melhores	20	179	49	14	16	279
Más	9	128	17	6	32	192
	6%	65%	14%	14%	10%	

QUADRO 34 — Cruzamentos significativos entre a situação face à droga e os resultados clínicos avaliados pelo actividade (trabalha ou estuda) (N=427); $p < 0,0001$ e pela ruptura com o meio da droga (N=388; $p < 0,0001$). Resultados de 1992.

Situação face à droga	Trab/estuda		Ruptura c/o meio	
	Sim	Não	Sim	Não
abs<6M	0	0	45	54
abs>3M	1	23	16	40
abs<1M	16	29	22	67
abs<1S	37	26	10	73
reduziu	29	15	8	52
aumentou	8	3	3	14
	34%	35%	32%	

consultas as relações familiares são as que mais depressa recuperam. É conhecido o facto dos heroíno-dependentes manterem laços familiares mais estreitos até mais tarde que a dependência financeira, por si só, não explica⁶.

A mesma comparação tomando em conta globalmente os que melhoraram contra os que não melhoraram (quadro 33) mostra resultados significativos realçando a frequência ocasional das consultas como particularmente ineficaz. Provavelmente as frequências de consulta quinzenal e mensal correspondem a casos com evoluções favoráveis em fase mais avançada do processo terapêutico do que a frequência semanal. A frequência quinzenal associa-se à percentagem mais elevada de evoluções favoráveis.

A maior parte da população, 67,7%, trabalha ou estuda, 32,3% não trabalha nem estuda. Não foram respondidos 7,9% dos inquiridos. O cruzamento desta variável com a situação face à droga (quadro 34) mostra, surpreendentemente, que uma percentagem significativa da população

QUADRO 35 — Cruzamento não significativo ($p=0,704$) entre o número de consultas acumulado (<6 — 5 consultas, 6-16 consultas e >16 — mais de 16 consultas) e os resultados clínicos avaliados pela actividade (trabalha ou estuda) (N=365). O cruzamento da mesma variável com a ruptura com o meio da droga é significativo (N=328; $p=0,001$). Resultados de 1992.

Consultas	Trab/estuda		Ruptura c/o meio	
	Sim	Não	Sim	Não
<6	81	47	47	56
6-16	83	41	74	44
>16	77	36	75	32

que mantem consumos continua a trabalhar ou a estudar. Numa percentagem sensível de casos a regularização da actividade não se fez ainda, mesmo ao cabo de uma larga abstinência.

A avaliação global da ruptura com o meio da droga foi positiva em 61,1% da população e não se deu em 38,9% da amostra em que o item foi respondido. Não foi feita a avaliação para 18,8% dos casos. No quadro 34 mostra-se a relação significativa entre a evolução dos consumos e a regularização destes dois aspectos da vida do toxicodependente. A ruptura com o meio da droga é a regra quando há suspensão dos consumos.

O cruzamento da variável subgrupos por consumo de consultas com estes dois indicadores de evolução mencionados (quadro 35) mostra que o aumento do número de consultas não se relaciona significativamente com o reinício de uma actividade escolar ou profissional mas que se associa sensivelmente com a ruptura com o meio da droga.

DISCUSSÃO

Deve ter-se em conta na interpretação dos resultados que a amostra não é representativa dos toxicodependentes portugueses mas, apenas, de entre estes, daqueles que recorrem a estes serviços estatais específicos com a intenção de procurarem alguma ajuda. De entre estes, estão, obviamente, sobrerrepresentados aqueles a quem estes serviços melhor se ajustam, seja porque precisam de ajuda psicoterapêutica mais prolongada para além do seu problema de dependência, seja porque têm mais dificuldade em tornar duradoura a paragem dos consumos de drogas. Estes utentes tem um maior número de consultas o que os torna mais salientes na amostra. Contudo não é possível afirmar que constituam os melhores casos em termos evolutivos. Pode acontecer que as evoluções verdadeiramente favoráveis correspondam aos casos em que a paragem dos consumos ocorre após um pequeno número de consultas tendo lugar uma reinserção psicossocial fácil e já sem apoio terapêutico.

Os resultados da clivagem da amostra total em três subamostras é muito sugestivo da existência de subgrupos muito distintos não só quanto à relação estabelecida com a instituição mas também provavelmente quanto à significação dos consumos no quadro do funcionamento da personalidade.

A comparação dos resultados clínicos no que respeita à situação face à droga mostra resultados semelhantes nos vários centros. Por exemplo: nas Taipas e extensões, CAT de Almada e Setúbal 51,8% dos utentes suspendera os consumos há mais de um mês enquanto no CAT do Porto e na extensão de Gaia era de 55,1% a percentagem de resultados favoráveis. Estes resultados são globalmente melhores do que as estimativas feitas noutros centros ou com outros métodos de avaliação. O elevado número médio de consultas e a sua periodicidade semanal prevalente sugerem que a instabilidade relacional dos toxicodependentes não é regra. No que refere à psicopatologia associada ao sintoma consumo de droga, aproximadamente dois terços da subpopulação com mais de sessenta consultas, correspondendo a cerca de 16% da amostra total, persiste sintomática um largo período após a suspensão dos consumos. Este facto sugere, por um lado, uma

evolução complexa em que a toxicodependência põs em marcha mecanismos produtores de sintomas, psicológicos ou de natureza social, que se autonomizaram relativamente aos consumos e que, em alguns (raros) casos, são de nível psicótico.

Na interpretação do elevado recurso às psicoterapias deve considerar-se o relativamente elevado número de consultas anteriores numa parte significativa da população inquirida. Em etapas anteriores do processo terapêutico da população abstinentes foram, provavelmente, utilizados psicofármacos, interrompidos quando a suspensão dos consumos ou o alívio sintomático ocorreram.

Os resultados mostraram existir um subgrupo da população toxicodependente estudada que, a par da dependência de drogas, consegue manter níveis de integração social aceitáveis, manifestos numa actividade profissional conservada o que contraria o estereotipo da marginalidade do toxicodependente. Pelo contrário, nos que suspendem os consumos, a ruptura com o meio da droga faz-se em paralelo, e, provavelmente como condição de sucesso na desabitação da droga.

O último quadro sugere que a regularização da situação profissional é independente do prolongamento do número de consultas; a ruptura com o meio parece ser um efeito da suspensão do consumo e só indirectamente estar associada ao prolongamento do número de sessões.

Apesar do maior aparecimento de casos de consumo de cocaína estes resultados mostram que a gravidade das toxicodependências em Portugal ainda se relaciona prioritariamente com o consumo de heroína.

A zona da grande Lisboa aparece como a mais bem coberta em termos de locais de consulta mas, nesta amostra, o número de consultas realizado não é significativamente diferente do número de consultas realizado na zona do Porto o que pode indicar uma maior prevalência actual das toxicodependências nessa zona.

AGRADECIMENTO

À Comissão Instaladora do SPTT, aos colegas Nuno Miguel e Luís Patrício, pelo apoio ao inquérito em todas as fases da sua implementação e pelas sugestões, muitas das quais incluídas no texto. A todos os psicoterapeutas do SPTT, psiquiatras e psicólogos, co-autores do trabalho, pela colaboração no preenchimento dos inquéritos. Sem estes apoios a realização do trabalho não teria sido possível.

BIBLIOGRAFIA

1. OLIEVENSTEIN & BRACONNIER: *Les Toxicomanies in Lebovici, Diatkine & Soulé (Ed.s) Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris, 1985.
2. MIGUEL, N.: *As toxicodependências e a reforma do ensino*, Colectânea de textos do Centro das Taipas, Lisboa, 1989; 187-190.
3. MIGUEL, N.: *Toxicodependências: Que projecto?* Colectânea de textos do Centro das Taipas, Lisboa, 1989; 191-197.
4. PATRÍCIO, L.: *Esquema geral do tratamento de toxicodependentes*, Colectânea de textos do Centro das Taipas, Lisboa, 1989; 132-138.
5. WAAL, H & HOLSTEIN, F.: *Evaluation of drug taking behaviour: Some theoretical and methodological considerations*. *Acta Psychiat Scand*, 1980; 61: 127-134.
6. MADANES, CL, DUKES, J & HARBIN, H.: *Family Ties of Heroin Addicts*. *Arch Gen Psychiatry*, 1980; 37: 889-894.