

7

Programa de redução de riscos e minimização de danos em Torres Vedras – Avaliação e reflexões

PAULO SEABRA, RUI NEGRÃO, SANDRA BARBOSA, SÓNIA MASSANO

Artigo recebido em 26/01/10; versão final aceite em 16/06/10.

RESUMO

O objectivo do presente artigo consiste na apresentação e avaliação de uma intervenção em redução de riscos e minimização de danos, implementada em Torres Vedras, desde Dezembro de 2005.

Este programa, que teve início antes da reorganização formal do IDT, assume hoje uma nova dimensão, com a consolidação da redução de riscos enquanto área de missão.

Palavras-chave: Redução de Riscos e Minimização de Danos; Metadona; Consumidores de Droga; Baixo Limiar.

RÉSUMÉ

Le but de cet article est de présenter une intervention pour réduire les risques et minimiser les méfaits, mis en oeuvre à Torres Vedras, depuis Décembre 2005.

Ce programme, commencé avant la réorganisation formelle de l'IDT, prend aujourd'hui une dimension nouvelle, avec la consolidation de la réduction des risques comme mission à atteindre.

Mots-clé: Réduction des Risques e Minimisation des Méfaits; Méthadone; Consommateurs de Drogue; Seuil inférieur.

ABSTRACT

The aim of this paper is to present an intervention on risk reduction and harm minimization, carried out in Torres Vedras, since December 2005.

The program, which began before the formal reorganization of the IDT, assumes a new dimension, nowadays, with the consolidation of risk reduction as a mission area.

Key Words: Risk Reduction and Harm Minimization; Methadone; Drug Users; Low Threshold.

RESUMEN

El objetivo del presente artículo consiste en la presentación y evaluación de una intervención en reducción de riesgos y minimización de daños, implementada en Torres Vedras, desde Diciembre de 2005.

Este programa, que empezó antes de la reorganización formal del IDT, asume hoy una nueva dimensión, con la consolidación de la reducción de riesgos en cuanto área de misión.

Palabras Clave: Reducción de Riesgos y Minimización de Daños; Metadona; Consumidores de Droga; Exigencia Reducida.

1 – INTRODUÇÃO

Actualmente, no contexto do direito aos cuidados de saúde, a população que servimos pode contar com o enquadramento legal necessário – baseado nos princípios do humanismo e do pragmatismo – que permite intervir ao nível da prevenção e redução de comportamentos de risco e na minimização de danos individuais e sociais, provocados pelo consumo de drogas.

Vimos cumpridas expectativas fundamentais e legítimas que surgiam do trabalho no terreno, cenário que, desta forma, sofreu mudanças significativamente positivas.

Ao longo dos últimos anos, a intervenção em redução de riscos e minimização de danos tem sido balizada e legitimada formalmente, sendo a sua regulação social assumida e transmitida através da própria legislação e orientações específicas: *"A primeira meta da intervenção de redução de danos é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das consequências prejudiciais. Tende a estimular a manutenção da mudança de comportamento e a não permitir que o problema se agrave. A redução de danos promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa às respostas tradicionais de alta exigência."* ("Estratégia nacional de luta contra a droga 2005-2012", p. 6851)

2 – CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA

Desde sempre, a equipa de tratamento de Torres Vedras sentiu necessidade de intervir na área da redução de riscos e minimização de danos, nomeadamente através de um programa de metadona de "baixo limiar". Em 2005, através do estabelecimento de uma pareceria local com a Câmara Municipal de Torres Vedras e da articulação com os serviços regionais do I.D.T., I.P., criámos um "programa de baixo limiar de exigência" com o objectivo de reduzir riscos e minimizar danos em doentes que não tinham condições para cumprir um programa de tratamento estruturado na unidade local de tratamento, assim como atrair doentes que nunca tinham iniciado qualquer processo de tratamento em nenhuma unidade especialidade do I.D.T., I.P. funcionando, no fundo, como um instrumento "de mediação" dos doentes para outros programas de

tratamento que mais se adequassem a cada realidade individual.

Assim, foi delineada a estratégia de separar os espaços físicos dos programas de baixo e alto limiar.

De facto, sempre considerámos que as diferenças (de objectivos) entre os programas de alto e de baixo limiar de exigência remetem para a necessidade do estabelecimento da diferenciação, também entre os espaços. Consideramos que seria uma discriminação positiva.

As evidências da prática clínica que funcionaram como fundamentos para esta acção basearam-se na constatação de que os doentes em fases de consumos têm, frequentemente, comportamentos de desestabilização que passam pelo incumprimento de regras e por outros comportamentos, inclusivamente de risco, em relação às substâncias. Ora, a conhecida influência interpessoal faz com que, potencialmente, outros doentes, até aí em cumprimento do tratamento, também se pudessem desorganizar.

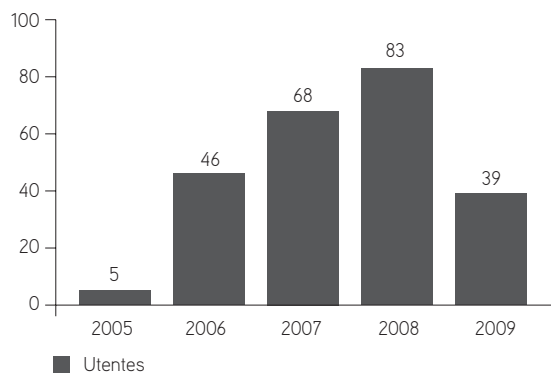
Faz parte do protocolo de entrada em programa de redução de riscos e minimização de danos, a obrigatoriedade de consulta médica, a avaliação por um técnico psicossocial sempre que necessário, a indução de metadona sob avaliação médica, ou de enfermagem, consoante sintomatologia e protocolo de serviço, e a realização e entrega dos exames complementares de diagnóstico solicitados no espaço de 4 semanas (condição que é indispensável para a permanência em programa).

A equipa do programa de redução de riscos e minimização de danos é multidisciplinar, sendo composta por uma médica psiquiatra, uma técnica de serviço social, enfermeiros, técnicos psicossociais e um psicólogo clínico que intervém em contexto de crise quando necessário.

3 – EVOLUÇÃO DO MOVIMENTO CLÍNICO

Entre Dezembro de 2005 e Maio de 2009, o número total de doentes admitidos no programa foi de **241** (204 homens e 37 mulheres).

Ao longo dos anos, a admissão de **novos doentes** atingiu o seu patamar mais alto no ano de 2008, com um número de 83 doentes que entraram no programa de redução de riscos e minimização de danos.

GRÁFICO 1 – Movimento clínico.

O facto de, em 3,5 anos, terem passado 241 pessoas diferentes por este programa é revelador de um elevado índice de procura. Especificamente, a média de procura anual é de 69 pessoas, ou seja, 6 pessoas novas por mês. Estes números são ainda valorizáveis se atendermos à percentagem de pessoas sem experiência de contacto prévio com unidades de tratamento. Assim, para **75 pessoas (31,2%)** foi a resposta que, pelas mais diferentes razões, fez sentido em determinada altura da sua vida.

Entendemos ainda, em relação aos objectivos do programa, salientar a opção pela intervenção de primeira linha, defendida também por Coutinho R. (2004, p. 86) quando preconiza estas intervenções face a respostas dos serviços de tratamento mais estruturados. Este autor salienta a importância de termos programas compatíveis com as capacidades e necessidades dos consumidores.

3.1 – Transição entre o programa de baixo e alto limiar de exigência

Em relação à transição entre programas, importa referir que um dos objectivos iniciais – dar resposta aos **doentes que não cumpriam o programa na Equipa de Tratamento** – revelou-se uma valiosa medida para 9 doentes que, durante este intervalo de tempo, necessitaram de outra resposta (por incumprimento dos programas). Representam apenas **2,2% do total de seguimentos**, o que revela que o programa da

Equipa de Tratamento continua empenhado em reter as pessoas num programa de tratamento estruturado. Muitas vezes, isso representa não recorrer a esta resposta, que seria prática, mas os técnicos não a têm assumido sempre, pelo respeito pelos projectos dos utentes e na expectativa de que a sua capacidade de reorganização os faça prosseguir o seu objectivo de manutenção da abstinência.

No que respeita à passagem dos **doentes do baixo limiar para a Equipa de Tratamento**, os números que consideramos mais importantes referem-se às **123 pessoas que foram transferidas para o programa de tratamento**. Estes dados podem significar o trabalho de motivação e a reorganização de comportamentos dos nossos doentes, executados sempre com base no respeito pelos tempos das pessoas, pelas suas opções e, na essência, promovendo a redução de riscos e a minimização de danos.

3.2 – Outros Encaminhamentos

Do total de saídas do programa de redução de riscos e minimização de danos, 12 doentes foram encaminhados para desabilitação física de opiáceos, sendo que, 10 destes doentes prosseguiram tratamento em comunidade terapêutica.

Estes encaminhamentos foram feitos já depois da entrada em programa de redução de riscos e minimização de danos.

Ao reflectirmos sobre os abandonos, verificamos que representam 49% dos seguimentos. Este aspecto pode revelar a dificuldade, ou a incapacidade de reorganização de alguns doentes. No entanto, sublinhe-se que se trata mesmo de apenas alguns doentes, pois muitos destes abandonos são múltiplos na mesma pessoa.

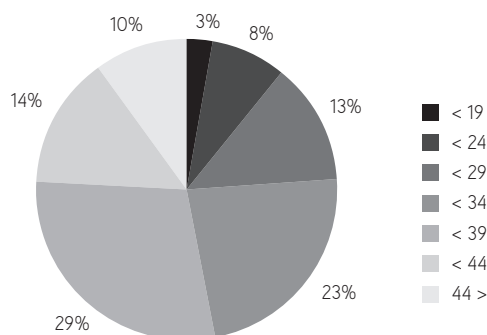
3.3 – Grávidas (incluindo as detectadas no programa)

No programa foram acompanhadas 6 grávidas, tendo sido encaminhadas, com a maior celeridade possível, para o programa de tratamento, mesmo que não estivessem asseguradas todas as condições gerais definidas. Este dado reflecte a preocupação em dar respostas específicas e especializadas, de acordo com a problemática/situação de cada doente.

3.4 – Caracterização sociodemográfica da população

Relativamente à idade dos doentes, verifica-se que 52% têm mais de 30 anos, sendo a idade média de 34,7 anos.

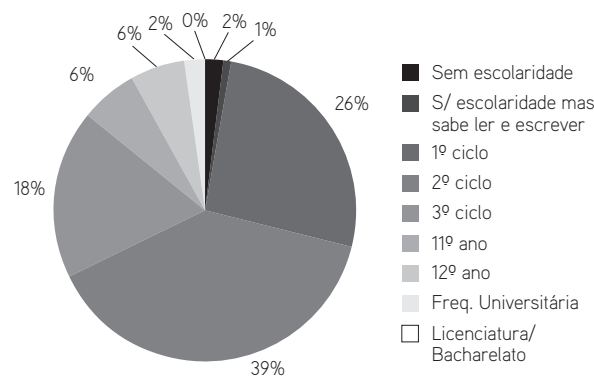
GRÁFICO 2 – Idade.



Se, por um lado, o tipo de intervenção em questão é indicada para esta faixa etária, não podemos deixar de reflectir nos doentes abaixo desta faixa etária que foram admitidos neste programa. Alguns deles, muito jovens, foram aceites devido à perigosidade dos riscos a que estavam expostos com os consumos que praticavam, associados a outros actos ilícitos e, conseqüentemente, aos danos inerentes a esses comportamentos. Sempre foi uma preocupação prioritária desta equipa trabalhar a motivação destes jovens, para poderem transitar para outro tipo de resposta da Equipa de Tratamento.

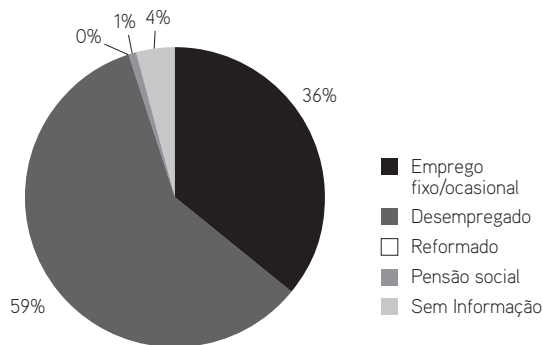
No que se refere ao grau de escolaridade e ao trabalho, verifica-se que 68% dos doentes não possui a escolaridade obrigatória, e o maior grupo (39%) tem apenas o 2º ciclo, o que pode ajudar a perceber a sua considerável dependência de trabalhos ocasionais e sazonais que, apesar de precários, constituem ganhos importantes.

GRÁFICO 3 – Escolaridade.



Ao entrar no programa de redução de riscos e minimização de danos, 58% dos utentes estavam desempregados. Este valor reforça a importância desta intervenção, enquanto base/plataforma para uma reorganização socioprofissional destas pessoas.

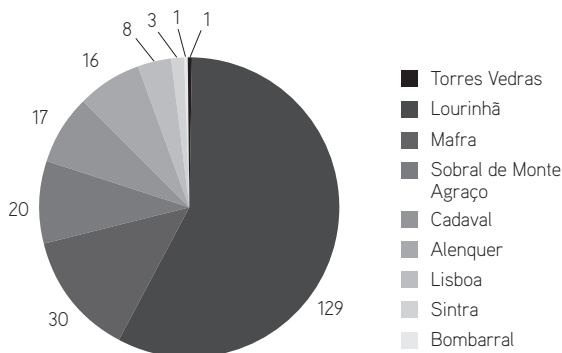
GRÁFICO 4 – Situação Profissional.



Verifica-se, segundo os dados destacados, um aspecto relevante: 42% dos doentes que já passaram por este programa pertencem a outros concelhos que não Torres Vedras. Isto significa que, geograficamente, a intervenção contempla uma área supra-concelhia considerável. É, portanto, de realçar, o esforço que muitos doentes fazem para garantir a sua assiduidade, condição necessária para a transição de programa. Importa também salientar a forma como o programa

vai sendo conhecido pelos seus utilizadores. Temos a certeza que esta informação é feita pelos próprios doentes entre os seus pares.

GRÁFICO 5 – Concelhos de Residência.



Sobre a caracterização familiar, consta que 35% dos doentes têm filhos e 80% dos doentes têm algum tipo de apoio em termos de coabitação. Existem, portanto, poucos doentes sem abrigo, o que é característico desta região, onde, na maior parte dos casos, há ainda um importante suporte familiar.

GRÁFICO 6 – Filhos.

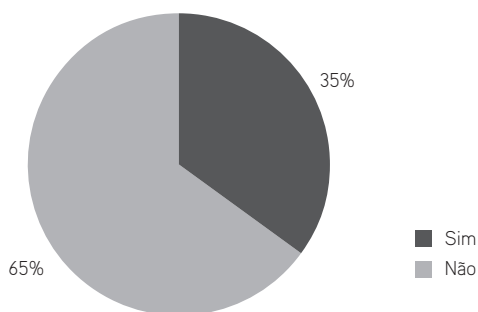
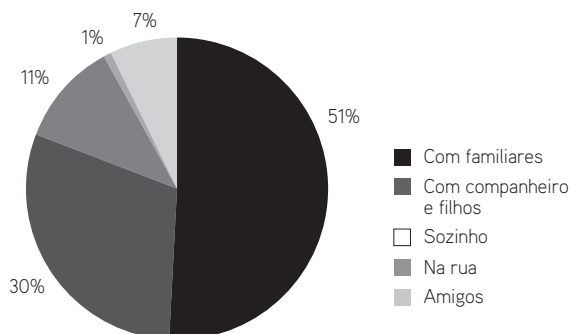


GRÁFICO 7 – Coabitação.



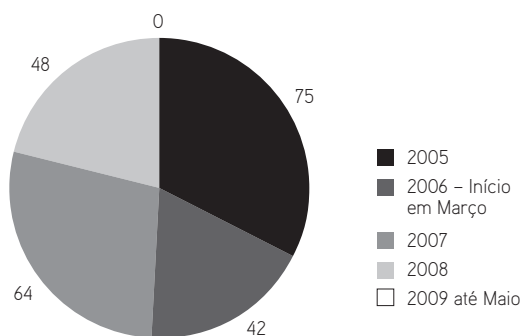
Outro aspecto relevante da caracterização social desta população remete para os problemas judiciais. No nosso programa, constatámos que 6,2% dos doentes já cumpriram prisão efectiva.

4 – TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROGRAMA

Relativamente à permanência em programa, o tempo médio é de 2,3 meses, o que pode ser relevante, pois, embora muitos doentes necessitem apenas de 5 semanas para transitar, a maioria necessita de mais tempo. Há muitos abandonos, com períodos mais curtos, mas também existem doentes já com 3 anos de programa, dado que nunca conseguiram, ou quiseram, alterar o seu percurso.

5 – COMPORTAMENTOS DE RISCO

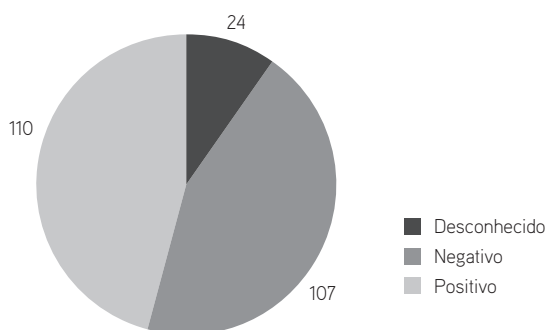
Entre a população que acedeu a este serviço, 16,5% tinha consumos EV no momento de entrada no programa de redução de riscos e minimização de danos. Sendo este um número significativo, não tem existido, no entanto, correspondência com o número de seringas trocadas. Não podemos deixar de pensar: será que o número reduzido de troca de seringas se deve à postura da equipa? Pensamos que não. Temos total abertura e incentivamos a troca de seringas, enquanto este comportamento for a opção do doente. Sabemos que a maioria abandona consumos EV na fase inicial do programa com metadona.

GRÁFICO 8 – Seringas Trocadas no Programa.

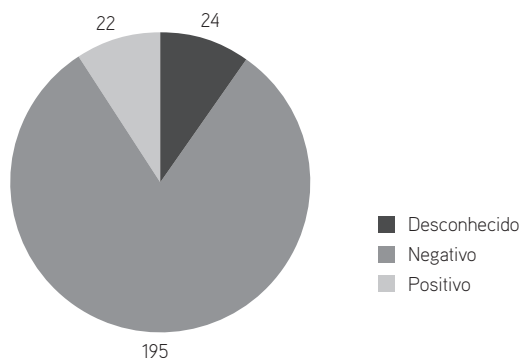
À semelhança de outros programas, neste programa de redução de riscos e minimização de danos o poli-consumo é uma realidade: 49,3% dos doentes referem consumos de cocaína, à entrada, concomitantes com os de heroína, assim como outras substâncias, nomeadamente *cannabis*.

6 – CO-MORBILIDADES

Em relação à co-morbilidade, é de referir que 46% dos doentes são portadores de HCV (110 pessoas). Este número é preocupante, pois é conhecida a resistência dos serviços especializados em iniciar tratamento para esta patologia aos doentes que mantêm consumos.

GRÁFICO 9 – HCV.

Sobre o VIH, 9% dos doentes são portadores de VIH tendo sido, na sua totalidade, encaminhados para consultas de especialidade e estando alguns a aderir à terapêutica antiretroviral.

GRÁFICO 10 – HIV.

Registam-se 2 casos de tuberculose diagnosticados e apenas 1 doente com hepatite B. Em relação à co-morbilidade psiquiátrica, importa referir que 3 doentes já fizeram ou fazem medicação antipsicótica oral.

7 – ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS DA EQUIPA DE TRATAMENTO DE TORRES VEDRAS

Se compararmos o estudo da nossa população de consumidores com o estudo de Godinho *et al.* (2007) sobre uma população que acede a programas de redução de riscos e minimização de danos em unidade móvel e em centro de abrigo, em Lisboa, verificamos que esta última é uma população ligeiramente mais velha, com mais co-morbilidade, mais excluída socialmente (mais desemprego, menor escolaridade, menor apoio familiar), com mais problemas com a justiça e com mais consumos EV. Relevante é ainda o facto de, no nosso programa, existir uma maior percentagem de encaminhamentos para programas mais estruturados e trabalharmos com uma população com maior apoio sociofamiliar.

Existem, no entanto, indicadores semelhantes aos

do nosso estudo: a média de idade dos doentes que frequentaram o programa corresponde a 34,7 anos, um número elevado de utentes desempregados, uma elevada taxa de infecção VHC, consumos significativos de cocaína à entrada em programa, baixa escolarização, assim como um número importante de utentes que nunca procuraram ajuda assistencial para a sua problemática de toxicodependência.

À semelhança do estudo de Godinho *et al.* (2007), o número de abandonos no nosso programa foi significativo. No entanto, pensamos que tal se deve às grandes dificuldades de acessibilidade por parte dos doentes dos concelhos limítrofes e à fraca rede de transportes que servem as freguesias do concelho de Torres Vedras.

Ao contrário da descrição efectuada por Godinho *et al.* (2007), no nosso programa a utilização de substâncias psicoactivas por via EV é pouco comum, a prevalência da infecção VIH é reduzida, a transição dos doentes no Programa de Baixo Limiar para um programa de tratamento estruturado é significativa, os problemas judiciais são pouco prevalentes e existe um número muito significativo de utentes com suporte familiar, o que poderá significar que a população que frequentou o programa não apresenta índices de exclusão tão marcados como o estudo realizado por Godinho *et al.* (2007).

8 – REFLEXÃO FINAL

Tal como preconizado na Estratégia nacional de luta contra a droga 2005-2012 (pág. 6851) "A primeira meta da intervenção de redução de danos é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das consequências...".

Tem sido esta, claramente, a premissa orientadora desta equipa. Para consumidores de opiáceos, os consumos continuam a ser danosos, os riscos inerentes a estes consumos continuam a ser elevados individualmente, mas também para a sociedade que os rodeia.

Este programa, inserido numa cidade caracterizada pelos traços rurais típicos da região a que pertence, serve uma população de 7 concelhos.

Consideramos que é uma intervenção simplificadora de processos. É atraente para os doentes, pois a resposta

medicamentosa, que é a sua necessidade prioritária, está desde o primeiro momento assegurada. Esta intervenção tem trazido pessoas para junto do sistema de saúde, sendo que, após a estabilização de comportamentos, algumas delas têm conseguido pensar no seu percurso. A possibilidade de ter espaço e tempo para reorganizar a dependência de opiáceos, pode, como sabemos, funcionar como instrumento de mudança, que, por mais ténue, irá certamente no sentido da promoção da saúde individual e pública.

O nosso trabalho mantém-se como uma intervenção de primeira linha e contraria a ideia de que os programas de redução de danos significam uma atitude de desistência do tratamento. Afirmamos também o respeito pela pessoa, nas suas diferentes opções e assumimos o nosso papel enquanto técnicos de saúde.

Concluindo, importa salientar que este programa nasceu como uma intervenção necessária e identificada pelos técnicos da equipa de tratamento de Torres Vedras, antes da remodelação do I.D.T., I.P., que trouxe a reorganização em Centros de Respostas Integradas e as áreas de missão, como resposta a um novo paradigma. Uma resposta da equipa em termos de horário pós-laboral era recomendável, assim houvesse meios.

CONTACTOS:

PAULO SEABRA

Enfermeiro Especialista;
Coordenador da RRMD do CRI Oeste.
paulorcseabra@sapo.pt

RUI NEGRÃO

Psicólogo Clínico;
Coordenador da ET de Torres Vedras e ET de Peniche.
rui.negrao@idt.min-saude.pt

SANDRA BARBOSA

Psicóloga Clínica. ET de Peniche.
sandra.barbosa@idt.min-saude.pt

SÓNIA MASSANO

Técnica Psicossocial. ET de Torres Vedras.
sonia.massano@idt.min-saude.pt

CRI Oeste:

Praceta Padre Joaquim Maria de Sousa, n.º 47
2560-649 – Torres Vedras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coutinho, R. (2004). "A propósito da procura de tratamento nos CAT, a realidade da área metropolitana de Lisboa", *Toxicodependências*, 10 (3): 83-86.

Godinho, J., Marques, R., Gonçalves, N., Vultos, J. (2007). "Avaliação de uma população sem abrigo a residir num centro de acolhimento, e integrado em programa de manutenção com metadona". *Toxicodependências*, 13 (1): 3-10.

Legislação

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 115/2006. D.R.I Série 180 (2006-09-18) 6835-6881.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Cruz, M. (2005). "Antes Intervir que desviar o olhar – como a redução de riscos se fez incontornável", *Toxicodependências*, 11 (2): 65-72.

Leitão, M., Miguel, N., Coutinho, R. (2004) – "Ares do pinhal, um trajecto de recuperação dos toxicodependentes mais marginalizados". Lisboa: consultado em 27.7.09. Disponível em http://dependencias.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=48:Ares-do-pinhal-um-trajecto-de-recuperação-dos-toxicodependentes-mais-marginalizados.

Legislação

RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros nº46/99 de 26 de Maio.

Dec.-Lei nº 183/2001 de 21 de Junho.