



Consequências do consumo de substâncias psicoativas: estudo comparativo entre dois serviços do Brasil e Portugal

Consequences of psychoactive substance use: a comparative study of two services
in Brazil and Portugal

Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre dos
servicios de Brasil y Portugal

Como citar este artigo:

Boska GA, Seabra PRC, Oliveira MAF, Fernandes IFAL, Claro HG, Sequeira RMR. Consequences of psychoactive substance use: a comparative study of two services in Brazil and Portugal. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210138. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0138>

-  Gabriella de Andrade Boska¹
-  Paulo Rosário Carvalho Seabra²
-  Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira³
-  Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes⁴
-  Heloísa Garcia Claro⁵
-  Rui Manuel Russo Sequeira⁶

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas, São Paulo, SP, Brasil.

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal do ABC, Centro de Engenharia, Modelagem e Ciências Sociais Aplicadas, Santo André, SP, Brasil.

⁵ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

⁶ Equipe Técnica Especializada de Tratamento do Barreiro, Lisboa, Portugal.

ABSTRACT

Objective: To compare the consequences of psychoactive substance use among users of mental health services in Brazil and Portugal. **Method:** Cross-sectional, comparative, quantitative study, carried out with 362 users of two specialized treatment services in the cities of São Paulo (n = 200) and Lisbon (n = 162). Data collected in 2019 through the application of the Substance Addiction Consequences scale. A descriptive analysis and ordinary least squares and logistic regressions were performed. **Results:** All dimensions assessed by the scale were more severe for Brazilian users, with a difference for the physical domain and cognitive skills (p < 0.01). Brazilian participants were more likely to consume cocaine (p < 0.01) and have psychosis (p = 0.02) and Portuguese participants to have hepatitis (p < 0.01), personality disorders (p < 0.01), use benzodiazepines (p < 0.01) and tobacco (p < 0.01), and receive pharmacological support (p < 0.01). **Conclusion:** It was found that Brazilian users have more serious consequences related to substance use, and Portuguese users have more comorbidities and exposure to risky consumption. It emerges that Portuguese responses minimize the consequences severity.

DESCRIPTORS

Substance-Related Disorders; Comparative Study; Brazil; Portugal; Consequence Analysis.

Autor correspondente:

Gabriella de Andrade Boska
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
gabriellaboska@usp.br

Recebido: 07/04/2021
Aprovado: 01/07/2021

INTRODUÇÃO

Atuar nas consequências do consumo de substâncias psicoativas (SPA) é uma das prioridades globais de saúde pública, saúde mental e de desenvolvimento sustentável. Essa consensualização é assumida por muitas entidades internacionais, pois o impacto dessas consequências assume características semelhantes em diversos países e resulta no aumento de taxas de morbimortalidade, redução da qualidade de vida, além de estar associado a inúmeros outros problemas, como os de caráter social⁽¹⁻²⁾.

Brasil e Portugal possuem uma relação histórica e, com isso, semelhanças de língua e cultura, mas diferem em desenvolvimento econômico e social, extensão, composição populacional, recursos econômicos, carga de doenças e nas abordagens ao uso de SPA. Ambos os países possuem sistemas de saúde públicos, fundamentados na garantia e direito do acesso universal à saúde baseados em princípios de integralidade e descentralização⁽³⁾; apesar desta proximidade, cada um opera com políticas públicas e programas opostos, de criminalização (Brasil) e descriminalização do consumo (Portugal), que contrastam entre si pela compreensão social do usuário de substâncias em cada país⁽⁴⁻⁵⁾.

No que se refere ao consumo de SPA, a população brasileira pode ser caracterizada pelo início precoce, em média aos 16 anos, e apresenta taxa de dependência da população geral mais expressiva para o álcool (1,5%), seguido de outras drogas (0,8%). Cerca de 1,1% dos brasileiros recebe algum tipo de tratamento, principalmente em comunidades terapêuticas (0,61%), pelo uso de *crack*, substância de grande visibilidade no país⁽⁶⁾. Em Portugal o início do consumo é mais tardio, em média aos 18 anos, e a taxa de dependência entre a população geral é de 0,8% para o álcool, 0,7% para maconha e 0,5% para opiáceos (com 0,2% de consumo injetável)⁽⁷⁾. Aproximadamente 0,27% da população portuguesa recebe tratamento, principalmente em ambulatórios na rede pública, em programas de suporte medicamentoso para o álcool e de manutenção com metadona ou buprenorfina para usuários de heroína⁽⁸⁾.

A resposta em saúde para as pessoas com problemas decorrentes do uso de SPA, semelhante nos dois contextos, organiza-se principalmente em unidades públicas de tratamento especializado, com dispersão efetiva em todo o país. No geral, pressupõem atendimento ambulatorial, psicossocial e comunitário, desintoxicação em regime de acolhimento integral, se necessário, e respostas de proximidade como equipes de rua (que em Portugal provêm majoritariamente de organizações não governamentais) que implementam ações de redução de riscos e minimização de danos⁽⁶⁻⁷⁾. No Brasil, os serviços especializados compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como dispositivo de atenção psicossocial. Em Portugal, atualmente são integrados na rede de cuidados de saúde primária e abrangem os programas de manutenção de opioide. Destaca-se ainda que nos dois países os apoios sociais para essa população têm variado ao longo dos anos e é marcado pelos ciclos políticos e econômicos que refletem em maior ou menor apoio^(6,9).

Nos diferentes caminhos percorridos pelos dois países diante da problemática do consumo de SPA, o qual envolve a saúde, os direitos e a segurança da população, atualmente, novos e semelhantes desafios estão sendo vivenciados em ambos os contextos com relação à redução dos recursos para avanços na área e a um desgaste na legislação, que demanda atualizações para acompanhar e sustentar as diretrizes internacionais de políticas mais humanizadas de atenção às pessoas que consomem substâncias^(5,10-11). A necessidade de maior aprofundamento científico, tanto no Brasil como em Portugal, sobre as especificidades do consumo de SPA, pode beneficiar-se de um olhar para o conhecimento das consequências que esse consumo traz para a vida dos usuários nesses dois países, o que ainda é de ordem geral em termos comparativos. Essa realidade pode ser estudada tendo em conta o mesmo conceito e os aspectos políticos e assistenciais de ambos os contextos, e seu potencial para responder ao problema, de modo que as experiências ofereçam elementos úteis para subsidiar novos estudos e práticas⁽⁵⁾.

Nos estudos em saúde, e no que se refere à avaliação de resultados dos cuidados prestados ou caracterização do estado de saúde, pode-se recorrer à utilização da Nursing Outcome Classification (NOC), que fornece um conjunto de resultados em saúde dirigidos a várias problemáticas⁽¹²⁾. Esta taxonomia define consequências da dependência de substâncias como: “o comprometimento do estado de saúde e da função social decorrentes do uso de álcool e outras drogas”⁽¹²⁾, construto que pode ser medido pela escala de Consequências da Dependência de Substâncias (CDS). Este instrumento foi desenvolvido e validado por Seabra e colaboradores em 2018 e é derivado dos resultados da NOC. Avalia em quatro subescalas a multidimensionalidade do fenômeno das consequências do uso de substâncias e pode ser aplicada pela equipe multiprofissional, pois considera a percepção do próprio usuário frente ao seu consumo e afasta o diagnóstico psiquiátrico como determinante do cuidado, reforçando a complexidade e amplitude do problema⁽¹³⁾.

A escala CDS vem sendo utilizada no contexto dos serviços especializados de tratamento para o consumo de SPA em Portugal para avaliar a gravidade das consequências e planejar o cuidado, como também para apoiar na identificação de fatores de auto manejo dessas consequências pelos usuários⁽¹⁴⁾. Foi recentemente adaptada culturalmente e validada para o Brasil com qualidade para ser usada pelas equipes dos serviços comunitários de tratamento em álcool e outras drogas⁽¹⁵⁾ e, portanto, registros sobre a sua utilização ainda não foram documentados.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi comparar as consequências do consumo de SPA entre usuários de dois serviços de saúde mental no Brasil e em Portugal.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal, comparativo, de natureza quantitativa, recorte do projeto matricial “Resultados do tratamento para álcool e outras drogas em Centros de Atenção Psicossocial modalidade III: estudo de coorte”. Foi conduzido por

pesquisadores do Brasil e Portugal, com o objetivo de comparar as similaridades e diferenças das consequências do consumo de SPA, entre as populações atendidas em dois serviços de tratamento especializado, nos dois países.

LOCAL

No Brasil, foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), do município de São Paulo, e em Portugal, em uma Equipe Técnica Especializada de Tratamento (ETET), da área metropolitana de Lisboa. Tanto o CAPS como a ETET são serviços comunitários e especializados que prestam atendimento em caráter ambulatorial e multiprofissional para pessoas com problemas relacionados ao uso de SPA.

O CAPS AD III, diferente da ETET, prevê acolhimentos integrais (24h) e desintoxicação, quando necessário, e em 2019, tinha em torno de 550 prontuários ativos. É referência de atendimento em saúde mental para as pessoas da região central de São Paulo e, por isso, possui uma rede de saúde e de assistência social mais estruturada para a população em condição vulnerável. A ETET, também localizada em um dos territórios mais vulneráveis de Lisboa, em 2018, tinha 820 registros ativos e 579 usuários em programa medicamentoso de suporte (metadona, buprenorfina ou medicação aversiva para dependência do álcool) e seguidos em consulta de enfermagem.

AMOSTRAGEM E COLETA DE DADOS

Participaram da pesquisa 362 usuários em tratamento nos serviços especializados, 200 no CAPS AD III do Brasil e 162 na ETET em Portugal. Os participantes foram selecionados por conveniência de acordo com os seguintes critérios de inclusão: estar em tratamento em um dos serviços da pesquisa (CAPS AD III Brasil e ETET Portugal), ter 18 anos ou mais e estar em condição de responder à pesquisa quanto aos critérios de organização psíquica e condição física. Foram excluídos aqueles que não responderam totalmente ao instrumento de coleta de dados. No CAPS AD III do Brasil, foram abordados 231 usuários, 19 não aceitaram participar e 12 não finalizaram a resposta do instrumento por referir cansaço físico e/ou mental. Na ETET de Portugal, todos os utentes que foram atendidos na consulta individual de enfermagem durante o período em estudo ($n = 162$) aceitaram participar.

No Brasil, os dados foram coletados exclusivamente por equipe de pesquisa alocada no CAPS AD III, composta por três enfermeiros pesquisadores na área de álcool e outras drogas; em Portugal, por dois enfermeiros da ETET no decorrer da consulta de enfermagem. Todos os envolvidos passaram por treinamento com os autores da escala CDS original, para condução da coleta de dados.

A coleta de dados foi conduzida simultaneamente nos dois países, de fevereiro a dezembro de 2019, e realizada por meio de instrumento contendo questionário sociodemográfico (questões de identificação, idade, gênero, raça, estado civil, rede apoio, renda, situação laboral, condição de moradia), questionário sobre condições de saúde (comorbidades físicas e psiquiátricas) e de consumo de SPA (tipo de substância consumida e via de uso), e a escala CDS, em sua versão adaptada para

cada país^(13,15), que mensurou as consequências do consumo. O instrumento foi adaptado para abranger cada contexto da pesquisa e por isso, o questionário sociodemográfico foi ligeiramente diferente para cada país, sendo que em Portugal os dados sobre raça e condição de moradia não foram coletados.

A escala CDS possui 16 itens e quatro domínios que correspondem a subescalas do próprio instrumento com número variável de itens (razão pela qual o valor observável é sempre ajustado ao número de itens): 1 – psicológico e familiar (4 itens); 2 – físico e habilidades cognitivas (5 itens); 3 – autocuidado (4 itens); e 4 – econômico e laboral (3 itens). Estes são avaliados por medidas tipo *likert* que variam de consequência muito grave (1) até nenhuma consequência (5). Como utilizado pelo estudo original, estabeleceram-se 48 pontos como valor de referência para avaliar a gravidade das consequências, o que representa 50% do escore total resultante da soma de todos os itens. Escores próximos ao mínimo correspondem a indivíduos mais graves (<48) e escores mais próximos ao máximo correspondem a indivíduos menos graves (>=48)⁽¹³⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram codificados e inseridos no software STATA, com a análise descritiva para atribuir frequências absolutas e relativas e caracterizar as consequências do consumo pelos domínios da escala e regressões de mínimos quadrados ordinários e logísticas para verificar as diferenças substantivas e estatísticas na variável independente: país de origem (Brasil = 0 e Portugal = 1).

Para variáveis respostas, selecionamos os escores das subescalas de CDS e a escala completa, mensuradas por agregação e analisadas por regressões de mínimos quadrados ordinários. Analisamos também a diferença entre os brasileiros e portugueses em termos de existência de diagnóstico de depressão, diabetes, hepatite, hipertensão, HIV, psicose, referência na escala CDS, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade, tuberculose, consumo de álcool, benzodiazepínicos, cocaína/*crack*, maconha, tabaco, e suporte farmacológico. Todas estas variáveis são binárias e, portanto, analisadas por meio de regressões logísticas.

Para reduzir possíveis efeitos de confusão no modelo, selecionamos como variáveis de controle: receber benefícios sociais, idade, número de filhos, agregado familiar/com quem vive, estado civil, gênero e situação laboral. A análise dessas variáveis está disponível como material suplementar.

Quando encontrada associação entre a variável preditora (país) e as variáveis respostas, podemos inferir o grau de associação independente das variáveis controle. Utilizamos intervalos de confiança de 95% e consideramos valor de $p < 0,05$ para sinalização nas tabelas. Para padronização dos dados apresentaremos o coeficiente estimado de Portugal, tendo como categoria de comparação os resultados no Brasil.

ASPECTOS ÉTICOS

Ambos os estudos obtiveram aprovação ética pelos órgãos competentes de cada país. No Brasil, o projeto foi aprovado em 2019 pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São

Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (3.167.092/2019 e 3.248.662/2019), em conformidade com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em Portugal foi aprovado pela Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (111/CES/INV/2018). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E CONSUMO DE SPA

Os participantes brasileiros tinham média de idade de 44 anos, possuíam rede de apoio mínima, tendo como agregado familiar/número de pessoas com quem vive a média de uma pessoa e sem filhos; além disso, 154 (77%) encontravam-se em situação de rua no momento da pesquisa. Para os participantes portugueses a média de idade se eleva para 47 anos, a rede de apoio também aumenta para duas pessoas com média de um filho. Em Portugal os usuários não foram questionados sobre a situação de rua visto que este não é um problema identificado neste contexto.

Quanto ao consumo de SPA, destaca-se a diferença entre o uso de cocaína/*crack* (40% maior no Brasil) e opiáceos (18% maior em Portugal). As demais características comparadas entre os países estão descritas na Tabela 1.

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE SPA

Na descrição dos domínios da escala CDS apresentada na Tabela 2, em todas as dimensões a gravidade das consequências é maior na amostra brasileira. Na análise comparativa, identificamos diferença entre os países no total da escala CDS e no domínio 2-Físico e habilidades cognitivas (dificuldades cognitivas e de memória, incapacidade de tomar decisões e cuidar da casa e redução da atividade física), tendo a população do Brasil consequências mais graves que a de Portugal. Na análise da diferença, coeficientes positivos indicam situação de menor gravidade para os usuários portugueses, e coeficientes negativos, para os usuários brasileiros.

Na regressão logística apresentada na Tabela 3, identificamos diferenças nas chances de os participantes portugueses apresentarem mais hepatites (63,6), transtornos de personalidade (11,4), consumir benzodiazepínicos (8,5) e tabaco (3,6) e receber suporte farmacológico (53,5). Já os brasileiros

Tabela 1 – Características socioeconômicas, de saúde e consumo de substâncias psicoativas dos participantes – São Paulo, SP, Brasil, Lisboa, Portugal, 2019.

Caracterização dos participantes		Brasil n (%)	Portugal n (%)	Total n (%)
Gênero	Feminino	34 (17)	38 (23,4)	72 (19,8)
	Masculino	166 (83)	124 (76,5)	290 (80,2)
Estado civil	Com companheiro (a)	23 (11,5)	48 (29,6)	71 (19,5)
	Sem companheiro (a)	177 (88,5)	114 (70,2)	291 (80,2)
Situação laboral	Sem trabalho	134 (67)	90 (55,5)	224 (61,8)
	Trabalho informal	60 (30)	14 (8,6)	74 (20,4)
	Trabalho formal	6 (3)	58 (35,8)	64 (17,6)
Benefícios sociais	Sim	123 (61,5)	44 (27,1)	167 (46,1)
Comorbidades físicas	Hipertensão	37 (18,5)	24 (14,8)	61 (16,8)
	Diabetes	14 (7)	23 (14,2)	37 (10,2)
	HIV/AIDS [†]	20 (10)	15 (9,2)	35 (9,6)
	Tuberculose	19 (9,5)	19 (11,7)	38 (10,5)
	Hepatites	6 (3)	79 (48,7)	85 (23,4)
Comorbidades psiquiátricas	Transtorno de humor	88 (44)	49 (30,2)	137 (37,7)
	Transtorno de personalidade	9 (4,5)	21 (12,9)	30 (8,2)
	Psicose	27 (13,5)	6 (3,7)	33 (9,1)
Substância psicoativa que consome	Álcool	165 (82,5)	132 (81,4)	297 (82)
	Tabaco	136 (68)	129 (79,6)	265 (73,2)
	Maconha	90 (45)	43 (26,5)	133 (36,7)
	Cocaína/ <i>crack</i>	123 (61,5)	33 (20,3)	156 (43)
	Benzodiazepínicos	7 (3,5)	30 (18,5)	37 (10,2)
	Opiáceos	5 (2,5)	33 (20,4)	49 (22,9)
Via de consumo	Endovenosa	5 (2,5)	5 (3,1)	10 (2,7)
Suporte farmacológico*	Sim	142 (71)	158 (97,5)	300 (82,8)

*Suporte farmacológico: Brasil = qualquer medicação prescrita pelo serviço; Portugal = terapia medicamentosa de substituição opiácea; [†]HIV/AIDS = Vírus da Imunodeficiência Humana. n Brasil = 200; n Portugal = 162; n Total = 362.

Tabela 2 – Consequências da dependência de substâncias entre os domínios da escala com país como variável independente – São Paulo, SP, Brasil, Lisboa, Portugal, 2019.

Domínios da escala CDS*	Brasil Média (DP [†])	Portugal Média (DP [†])	Diferença (EP [‡])	p-valor	R ²
1-Psicológico e familiar	2,41 (0,938)	2,74 (1,072)	0,204 (0.129)	0,11	0,10
2-Físico e habilidades cognitivas	2,91 (0,949)	3,73 (0,922)	0,653 (0.123)	0,00	0,20
3-Autocuidado	3,30 (0,753)	3,40 (0,910)	-0,048 (0,108)	0,66	0,05
4-Econômico e laboral	2,18 (0,981)	2,76 (1,538)	-0,071 (0,150)	0,63	0,26
Total	43,97 (9,775)	51,59 (12,666)	3,675 (1,420)	0,01	0,20

*CDS = Consequências da Dependência de Substâncias; [†]DP = Desvio padrão; [‡]EP = Erro padrão (Coeficiente da Regressão de mínimos quadrados ordinários para a variável independente de interesse). n Brasil = 200; n Portugal = 162.

Tabela 3 – Características de saúde e de consumo de substâncias dos participantes e escala CDS* com o país como variável independente – São Paulo, SP, Brasil, Lisboa, Portugal, 2019.

Variáveis resposta	Coefficiente estimado (OR [†])	Erro padrão	p-valor
Depressão	0,739	0,217	0,30
Diabetes	2,204	1,089	0,11
Hepatite	63,657	35,056	0,00
Hipertensão	0,847	0,331	0,67
HIV [‡]	0,971	0,470	0,95
Psicose	0,263	0,151	0,02
Referência escala CDS*(48)	1,961	0,557	0,01
Transtorno afetivo bipolar	0,984	0,844	0,98
Transtorno de personalidade	11,403	6,596	0,00
Tuberculose	1,780	0,831	0,21
Consumo de álcool	1,211	0,507	0,64
Consumo de benzodiazepínicos	8,586	4,424	0,00
Consumo de cocaína/ crack	0,198	0,062	0,00
Consumo de maconha	0,782	0,226	0,39
Suporte farmacológico	53,529	56,956	0,00
Consumo de tabaco	3,691	1,310	0,00

*CDS = Consequências da Dependência de Substâncias; [†]OR = odds ratio (Razão de chance estimada por regressão logística para a variável independente de interesse); [‡]HIV/AIDS = Vírus da Imunodeficiência Humana. n = 362.

têm mais chances de consumir cocaína (0,2) e ter psicose (0,3), bem como de apresentarem consequências mais graves relacionadas ao consumo de SPA (1,9).

DISCUSSÃO

Ao comparar as características dos participantes e as consequências do consumo de SPA, encontramos que os usuários de Portugal apresentam um consumo de maior risco, como também, mais comorbidades físicas e psiquiátricas; no entanto, os usuários do Brasil manifestam mais consequências relacionadas ao consumo e maior gravidade em todas as dimensões avaliadas pela escala CDS. Considerando as semelhanças entre os sistemas e modelos de cuidado em

saúde nos dois países, esse achado sugere influência das políticas públicas e consequentes respostas portuguesas, que aparentemente reduzem a gravidade das consequências do consumo em nível biopsicossocial.

Portugal possui uma política estruturada na linha da redução de danos com ampliação de acesso a diferentes cuidados, como as terapias de manutenção opiácea e unidades de consumo assistido, promove ainda oportunidades concretas de reintegração social para pessoas que usam drogas, como o *Housing First* (“primeiro a casa”) para pessoas em situação de rua, o que ainda não ocorre no Brasil⁽⁵⁾.

A política de descriminalização do consumo de todas as substâncias, adotada em Portugal, possibilitou a mudança no perfil dos usuários atendidos nos serviços de tratamento com redução da vulnerabilidade social, oportunidades de inserção na comunidade pelo trabalho e moradia, diante do reconhecimento do uso de SPA como um problema de saúde⁽¹⁶⁾. Essa diferença fica evidente nas características socioeconômicas dos participantes desta pesquisa, visto que os usuários atendidos no serviço do Brasil têm pouco acesso a moradia, trabalho formal e renda, além de mínima rede de apoio, variáveis diretamente associadas à gravidade do consumo de SPA⁽⁵⁾.

Na comparação entre as dimensões da escala CDS, as duas subescalas com os piores resultados (1 – Psicológico e familiar e 4 – Econômico e laboral) são semelhantes nos dois serviços, o que sugere que o impacto do uso das substâncias assume indicadores de gravidade aproximados, dado que corrobora uma análise global dos danos causados por situações de consumo problemático de SPA, nomeadamente quando no padrão de dependência⁽¹⁾.

Com relação à subescala 2 (Físico e habilidades cognitivas), esta apresentou as melhores médias tanto para os usuários do serviço do Brasil como de Portugal; no entanto, na regressão mostrou a única diferença entre os países. Este resultado pode ser explicado pelas singularidades dos participantes brasileiros, no que se refere aos determinantes sociais de saúde (marginalidade, pobreza, exclusão, estigma e desigualdade social) e pelos rituais do consumo de cocaína/*crack* (dias seguidos de uso e ausência de outras atividades de vida diária)^(4,17), fatores que podem prejudicar a funcionalidade e redução da atividade física dos indivíduos, medidas por este domínio.

Além disso, a maior gravidade das consequências totais mensuradas pela escala CDS entre os usuários brasileiros

foi confirmada na regressão logística com 1,9% a mais de chances de ocorrer.

Comparando as demais características dos usuários atendidos nos dois serviços, encontramos diferenças no tipo de substância consumida. Os brasileiros possuem mais chances de consumir cocaína/*crack*, enquanto os portugueses, de consumir benzodiazepínicos e tabaco.

É sabido que o uso de cocaína/*crack* é mais prevalente no Brasil e sobretudo na população estudada, devido a disseminação e acesso a esta substância em contextos vulneráveis, bem como que a prevalência do uso de tabaco, apesar de sua licitude, vem diminuindo ao longo do tempo, provavelmente associada a medidas de controle da oferta, com a proibição de propagandas sobre o produto, proibição de fumar em locais fechados e aumento dos impostos para o consumidor⁽⁶⁾. Diferente do contexto português, a droga de escolha para 71% dos sujeitos em tratamento nos ambulatórios da rede pública, como é o caso deste estudo, é a heroína, e o comportamento antigo e cultural do uso de tabaco mantém-se sem grandes restrições⁽⁸⁾.

Referente ao consumo de benzodiazepínicos, este foi relatado por 7 (3,5%) participantes brasileiros e 30 portugueses (18,5%). Um relatório sobre padrões de consumo e problemas ligados ao uso de drogas em Portugal, mostrou que 37,3% da população com problemas decorrentes do uso de SPA consome hipnóticos e sedativos sem prescrição⁽⁸⁾, dado que colabora para explicar a maior chance encontrada, neste estudo, de consumo desses psicoativos, em relação ao Brasil. Outro estudo evidenciou a comum associação entre uso de heroína e benzodiazepínicos, devido ao efeito sedativo similar, e aponta uma esperada relação de dependência destas duas substâncias⁽¹⁸⁾, o que no Brasil não parece ser uma associação relevante para o perfil de consumo dos usuários estudados. Outra questão que pode explicar o dado é a facilidade de acesso aos benzodiazepínicos em Portugal⁽⁷⁾.

Outro achado de forte diferença na linha de comparação foi o suporte farmacológico. Os usuários em tratamento no serviço em Portugal apresentaram 53,5% mais chances de receber suporte farmacológico do que no Brasil e este dado está diretamente associado às terapias medicamentosas de substituição disponíveis na rede pública portuguesa, como possibilidade de tratamento para a dependência de opioides com o agonista metadona. Esta questão é ao mesmo tempo uma diferença para as CDS, pois 97,5% dos portugueses no momento da pesquisa estavam em programas de substituição opiácea e apenas 5 (3,1%) mantinham o uso injetável, o que sugere que estes programas reduzem significativamente a opção pelo consumo endovenoso, reduzindo bastante seus danos⁽¹³⁾.

O tratamento de substituição opiácea em Portugal é mais um exemplo de cuidado ampliado que reduz as consequências do consumo de SPA na linha da descriminalização, tido como modelo global de resposta efetiva em saúde⁽⁴⁾. Em 2017, registraram-se 16.888 pessoas em terapias de substituição⁽⁸⁾. Estes programas trabalham na perspectiva de redução de danos com populações em maior exclusão, com baixo limiar de exigência e assim rompem barreiras de acessibilidade, concentram suas ações na retenção dos

usuários e são flexíveis quanto à escolha do tipo e tempo de tratamento; além disso, apresentam crescentes evidências de melhores resultados quando comparados a propostas de alto limiar de exigência⁽¹⁹⁾.

Embora o consumo de opiáceos não seja um problema central no Brasil, 71% dos participantes referiram receber suporte farmacológico no serviço estudado. A medicalização concentrada nos grupos de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, indicados para conter sinais e sintomas do consumo e/ou abstinência das outras SPA, é apontada por um estudo como um dos elementos centrais do tratamento nos CAPS AD e reforça a controvérsia entre o prolongamento da relação de dependência ao trocar uma substância (ilícita) pela outra (prescrita), não nomeando como possível terapia de substituição⁽²⁰⁾. Alguns autores defendem que o modelo biomédico tradicional, baseado na abstinência, pode ser uma das principais vias de medicalização do uso de SPA⁽²¹⁾.

Quanto aos problemas de saúde física e mental, detectamos comorbidades diferentes em cada contexto estudado. Os usuários brasileiros apresentaram mais chances de ter psicose e os portugueses, transtorno de personalidade e hepatite.

Existe uma associação bidirecional comprovada entre a experiência psicótica e o uso de substâncias. Assim como está ligada, em ordem de prevalência, ao consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína, pessoas com diagnósticos de psicose usam de três a cinco vezes mais estimulantes que a população geral. Todavia, em todos os casos é preciso considerar também os fatores pessoais, sociais e ambientais envolvidos nesta associação, especialmente dentre as populações marginalizadas⁽²²⁾. A vulnerabilidade social e o consumo de estimulantes (cocaína/*crack*) pelos usuários brasileiros podem confirmar as maiores chances de psicose nesta população. Ademais, Portugal apresenta taxas de 0,5% para psicoses e 3,5% para os transtornos de personalidade na população usuária de drogas⁽²³⁾; porém, constatamos uma escassez de investigações que relacionem o consumo de SPA as comorbidades psiquiátricas apontadas como significantes neste estudo.

O diagnóstico de hepatite teve diferença para a amostra portuguesa, com 63% mais chances de ocorrer. Este dado corrobora as estatísticas nacionais. A soroprevalência geral de hepatite C em Portugal é de 67,6%, sendo 94,2% em usuários de drogas injetáveis, 81,5% em usuários de drogas injetáveis admitidos para tratamento e 75,6% em pessoas em uso de álcool, populações consideradas de risco devido às características que favorecem a disseminação da infecção^(8,24).

Outro fator que pode relacionar-se a este dado são os programas de rastreio e tratamento de hepatites em Portugal. Estes têm como foco as populações vulneráveis, dentre elas os usuários de SPA, com cobertura entre 91% a 95% nas unidades da rede pública⁽²⁵⁾. Como as estratégias buscam promover o diagnóstico e fornecem unidades móveis com condições de triagem e tratamento para pessoas que muitas vezes se encontram aversivas, ou não possuem fácil acesso aos cuidados em saúde⁽²²⁾, formula-se a hipótese de que os portugueses possuem mais conhecimento sobre o diagnóstico.

No Brasil, as hepatites também são consideradas um grave problema de saúde pública para as pessoas que consomem SPA, principalmente aqueles em situação de rua, pelas

altas taxas de infecção associadas à vulnerabilidade, comportamento sexual de risco e compartilhamento de objetos para o uso de drogas^(6,26). No entanto, a prevalência de casos diagnosticados no âmbito nacional é bem menor do que a relatada em Portugal, variando de 2,4% a 2,6% entre usuários de *crack* e chegando a 5,8% para aqueles em tratamento⁽²⁶⁾, semelhante ao encontrado neste estudo (3%).

Algumas fragilidades são observadas nas estratégias de rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de doenças transmissíveis para a população em vulnerabilidade social que consome SPA no Brasil, sobretudo as barreiras de acesso relacionadas aos encaminhamentos para serviços de saúde, condição que dificulta para muitos o conhecimento do diagnóstico de hepatites e o seguimento do tratamento. Um estudo realizado com usuários de SPA em tratamento em um CAPS AD identificou que mais de 50% da amostra estudada nunca havia realizado nenhum exame diagnóstico para hepatites⁽²⁶⁾. Por outro lado, este é um perfil populacional que tende a classificar a saúde física e mental entre boa e muito boa⁽²⁷⁾, podendo refletir nos resultados encontrados.

Com base nesses achados, reafirmamos a necessidade de considerar, no contexto dos serviços de tratamento no Brasil, as consequências relacionadas ao consumo de drogas não injetáveis que podem ser minimizadas com estratégias de redução dos danos. Um exemplo é o compartilhamento de canudos, cachimbos, latas e copos para o consumo de cocaína/*crack* como um fator de risco que precisa de atenção, pois esse comportamento vem sendo identificado pelas pesquisas nacionais entre aproximadamente 70% dos usuários^(6,18,27) e já foi confirmado por estudos internacionais, que também sugerem a necessidade de levantamentos epidemiológicos mais consistentes sobre esta questão⁽²⁷⁾.

Como limitação deste estudo, a principal foi a diferença dos instrumentos utilizados em cada país para a coleta de dados sobre as características socioeconômicas dos participantes. Todavia, o uso da mesma escala para mensurar as consequências do consumo de substâncias permitiu a ampla contextualização e discussão dos achados, respondendo ao

objetivo. Em segundo lugar, apontamos que os participantes foram amostrados em dois serviços, cada um localizado em um dos países, de forma que as diferenças encontradas neste estudo precisam ser confirmadas com amostras representativas das respectivas populações do Brasil e de Portugal e com um maior número de serviços.

CONCLUSÃO

Constata-se que as consequências relacionadas ao consumo de SPA entre os usuários dos serviços do Brasil e de Portugal estudados diferem em tipo e gravidade, o que é influenciado pelas singularidades da população e pelas diferentes respostas de cada serviço, direcionadas pelas políticas públicas sobre drogas dos países.

Os usuários brasileiros apresentam consequências mais graves relacionadas ao consumo de SPA em todas as dimensões avaliadas pela escala CDS, com diferenças significativas que devem ser consideradas diante dos aspectos sociais dessa população. Os usuários portugueses apresentam maiores chances de problemas de saúde e comportamento de risco para o consumo, porém consequências menos graves. Aparentemente, a divergência das ações entre os serviços comparados impactou a gravidade das consequências, com melhor resposta portuguesa.

Avaliemos a importância de subsidiar políticas públicas de descriminalização e fortalecer programas de atenção integral para os problemas relacionados ao consumo de SPA, visto que as necessidades de saúde vão além das consequências do consumo. Além disso, subsidiar programas de redução de danos com baixo limiar de exigência pode ser um apoio para que os usuários brasileiros ampliem as possibilidades de acesso a diferentes cuidados.

MATERIAL SUPLEMENTAR

O seguinte material online está disponível para o presente artigo: <https://data.scielo.org/dataset.xhtml?persistentId=doi%3A10.48331%2Fscielodata.DAK7MG&showIngestSuccess=true&version=DRAFT>

RESUMO

Objetivo: Comparar as consequências do consumo de substâncias psicoativas entre usuários de serviços de saúde mental no Brasil e em Portugal. **Método:** Estudo transversal, comparativo, de natureza quantitativa, realizado com 362 usuários de dois serviços especializados de tratamento nas cidades de São Paulo (n = 200) e Lisboa (n = 162). Dados coletados em 2019 por meio da aplicação da escala Consequências da Dependência de Substâncias. Realizou-se análise descritiva e regressões de mínimos quadrados ordinários e logística. **Resultados:** Todas as dimensões avaliadas pela escala foram mais graves para os usuários brasileiros, com diferença para o domínio físico e habilidades cognitivas (p < 0,01). Destaca-se maior probabilidade dos participantes brasileiros para consumir cocaína (p < 0,01) e ter psicose (p = 0,02) e dos portugueses ter hepatites (p < 0,01), transtorno de personalidade (p < 0,01), fazer uso de benzodiazepínicos (p < 0,01) e tabaco (p < 0,01) e receber suporte farmacológico (p < 0,01). **Conclusão:** Constatou-se que os usuários brasileiros apresentam consequências mais graves relacionadas ao consumo de substâncias e os portugueses, mais comorbidades e exposição a consumo de risco. Emerge que as respostas portuguesas minimizam a gravidade das consequências.

DESCRITORES

Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Estudo Comparativo; Brasil; Portugal; Análise de Consequências.

RESUMEN

Objetivo: Comparar las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas entre usuarios de servicios de salud mental en Brasil y Portugal. **Método:** Estudio transversal, comparativo de naturaleza cuantitativa, realizado con 362 usuarios de dos servicios especializados de tratamiento en las ciudades de Sao Paulo (n = 200) y Lisboa (n = 162). Datos recogidos en 2019 a través de la aplicación de la escala Consecuencias de la Dependencia de Sustancias. Se realizó análisis descriptivo y regresiones de mínimos cuadrados ordinarios y logística. **Resultados:** Todas las dimensiones calculadas por la escala fueron más graves para los usuarios brasileños, con diferencia para el dominio físico y habilidades cognitivas (p < 0,01). Se destaca mayor probabilidad de que los participantes brasileños consuman

cocaína ($p < 0,01$) y tengan psicosis ($p = 0,02$) y de que los portugueses tengan hepatitis ($p < 0,01$), trastorno de personalidad ($p < 0,01$), utilicen benzodiazepínicos ($p < 0,01$) y tabaco ($p < 0,01$) y reciban soporte farmacológico ($p < 0,01$). **Conclusión:** Se pudo constatar que los usuarios brasileños presentan consecuencias más graves relacionadas al consumo de sustancias y los portugueses, más comorbidades y exposición al consumo de riesgo. Se notó que las respuestas portuguesas minimizan la gravedad de las consecuencias.

DESCRIPTORES

Trastornos Relacionados con Sustancias; Estudio Comparativo; Brasil; Portugal; Análisis de las Consecuencias.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Office on Drugs and Crime. World Drug Report [Internet]. Vienna: UNODC; 2020 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf.
2. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft SG, Baingana F, Bolton P, et al. The *Lancet* Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
3. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Health care of people in homelessness: a comparative study of mobile units in Portugal, United States and Brazil. *Cien Saude Colet* 2017;22(3):879-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>.
4. Mendes RO, Pacheco PG, Nunes JPCOV, Crespo PS, Cruz MS. Literature review on the implications of decriminalization for the care of drug users in Portugal and Brazil. *Cien Saude Colet* 2019;24(3):395-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.27472017>.
5. Fraga P, Carvalho MC, organizadores. *Drogas e sociedade: estudos comparados Brasil e Portugal*. Rio de Janeiro: Letra Capital; 2019.
6. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS, organizadores. *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Portugal, country Drug Report 2019 [Internet]. Portugal: EMCDDA; 2019 [citado 2021 Jan 23]. Disponível em: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11331/portugal-cdr-2019_0.pdf.
8. Guerreiro C, Calado V. Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Drogas: Uma Análise Regional. Portugal: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2019.
9. Gonçalves R, Lourenço A, Silva SN. A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. *Int J Drug Policy*. 2015;26(2):199-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.017>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
11. Portugal. Lei n. 30/2000 de 29 de novembro de 2000. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. *Diário da República*, Lisboa, 29 nov. 2000. Seção 1, p. 1.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. St. Louis: Elsevier; 2018.
13. Seabra PRC, Amendoeira JJP, Sá LO, Capelas MLV. Clinical Validation of the Portuguese Version of “Substance Addiction Consequences” Derived from the Nursing Outcomes Classification. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(9):779-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2018.1462870>.
14. Seabra P, Sequeira A, Filipe F, Amaral P, Simões A, Sequeira R. Substance Addiction Consequences: Outpatients Severity Indicators in a Medication-Based Program. *Int J Ment Health Addict*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00485-3>.
15. Boska GA, Seabra PRC, Oliveira MAF, Claro HG, Fernandes IFAL. Validação da Escala Consequências da Dependência de Substâncias (CDS) para o uso no Brasil: Modelo Rasch. *Revista Científica Internacional RevSALUS* 2020[citado 2021 Fev 16];Suppl 2:140-1. Disponível em: https://revsalus.racslusofonia.org/wp-content/uploads/2020/09/RACS_Suplemento_n2_Setembro2020_AF.pdf.
16. Wiessing L, Ferri M, Běláčková V, Carrieri P, Friedman SR, Folch C, et al. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm Reduct J*. 2017;14(1):19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12954-017-0141-6>.
17. Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB. Stigma and prejudice: the experience of crack users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2680. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>.
18. Yamamoto T, Dargan PI, Dines A, Yates C, Heyerdahl F, Hovda KE, et al. Concurrent Use of Benzodiazepine by Heroin Users-What Are the Prevalence and the Risks Associated with This Pattern of Use? *J Med Toxicol*. 2019;15(1):4-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13181-018-0674-4>.
19. Kourounis G, Richards BDW, Kyprianou E, Symeonidou E, Malliori M-M, Samartzis L. Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. *Drug Alcohol Depend*. 2016;161:1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021>.
20. Vargas AFM, Campos MM. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. *Revista da Sociedade Brasileira de Sociologia*. 2019;7(15):81-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.20336/rbs.441>.
21. Silva MB, Delduque MC. The pathologization and criminalization of drug use: a socio-anthropological analysis of legislative proposals (2007-2010). *Physis*. 2015;25(1):231-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100013>.
22. Degenhardt L, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys. *Addiction*. 2018;113(5):924-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/add.14145>.
23. Perelman J, Chaves P, Almeida JMC, Matias MA. Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *Int J Ment Health Syst*. 2018;30(12):25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-018-0204-4>.
24. Silva MJ, Pereira C, Loureiro R, Balsa C, Lopes P, Água-Doce I, et al. Hepatitis C in a Mobile Low-Threshold Methadone Program. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(6):657-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0000000000000843>.

25. Velosa J, Macedo G. Elimination of Hepatitis C in Portugal: An Urban Legend? *GE Port J Gastroenterol*. 2020;27(3):166-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000505582>.
26. Gusmão PP, Fernandes RFD, Rezende RC, Bonfim RS, Moura LR, Fernandes LC, et al. Prevalence of infections by the Hepatitis B and C virus in a population of drug users of Anápolis, Goiás. *Revista Educação em Saúde*. 2017;5(2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2017v5i2.p49-55>.
27. Butler AJ, Rehm J, Fischer B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend*. 2017;180:401-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.036>.

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), Código de Financiamento – 001.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.