

## UM ANO DE GRUPOS DE DESABITUAÇÃO EM AMBULATÓRIO NO CAT DA PAREDE

RUI NEGRÃO

**RESUMO:** O autor faz uma avaliação de um programa de tratamento em grupo, descrevendo as características da população estudada, destacando a metodologia da intervenção efectuada. Apresenta-se um modelo terapêutico familiar, desenvolvido no tratamento de famílias.

**Palavras-chave:** Grupo; Família; Modelo terapêutico.

**RÉSUMÉ:** L'auteur évalue un programme de prise en charge d'un groupe. Dans cette étude, sont mises en évidence les caractéristiques de la population, aussi bien que la méthodologie de l'intervention. Nous présentons un modèle de thérapie familiale développé au sien du traitement de familles.

**Mots-clé:** Group; Famille; Model thérapeutique.

**ABSTRACT:** The author presents an evaluation of a program of treatment in-group, studied population characteristics are described, enhancing the methodology of the intervention. The author present a familiar therapeutic model developed in the treatment of families.

**Key Words:** Group; Family; Therapeutic model.

## INTRODUÇÃO

No ano de 2001 foram efectuados neste serviço, por um conjunto de técnicos (Médica psiquiatra, Psicólogo e Assistente Social), grupos de preparação para desabitação física de opiáceos, com o objectivo de tratamento em ambulatório de heroínod dependentes, que após triagem efectuada no Centro de Saúde de Cascais (1ª consulta), se constatou terem clara indicação para, efectivamente, poderem beneficiar deste tipo de abordagem terapêutica, cujo fundamento é proveniente da terapia familiar estrutural. Este programa de tratamento foi adaptado de um outro existente, no antigo Centro de Acolhimento de Famílias da Direcção Regional Sul, do antigo Centro de Estudos e Profilaxia da Droga, que por sua vez se baseou no trabalho de Duncan Stanton e seus colegas, na *Child Guidance Clinic* em Filadélfia.

Este programa de desabitação física em ambulatório de heroínod dependentes, composto por 7 sessões diferenciadas de intervenção (**3 sessões para preparação da desabitação física, 1 sessão de avaliação médica, 1 sessão para indução de antagonista opiáceo, 2 sessões de orientação terapêutica**), é um tipo de intervenção que se baseia na terapia familiar estrutural com toxicod dependentes e suas famílias, e que recorre a processos efectivos de mudança, utilizando-se para o efeito técnicas e estratégias muito específicas.

A entrada neste tipo de tratamento (desabitação física em ambulatório de opiáceos) obedece a critérios de motivação do utente e ao envolvimento familiar em todo o processo de tratamento. Este modelo de intervenção apresenta-se claramente vantajoso para o utente, visto que, ao estar ao cuidado da sua família poderá obter benefícios de um melhor entendimento e colaboração por parte desta. O envolvimento familiar permite também criar responsabilização pelo tratamento e processo de reinserção social, estímulos positivos e o reencontro com as potencialidades da família e utente esbatidas pela toxicod dependência.

Os grupos de desabitação foram assim iniciados em Janeiro de 2001 e decorreram até Dezembro de 2001, com um total de 25 pacientes que integraram os 5 grupos de desabitação efectuados, tendo sido elaborada uma lista prévia de critérios de inclusão nestes grupos, tais como:

- Consumidores de Heroína (preferencialmente);
- Existência de rede de apoio sócio-familiar ou de outros elementos significativos;
- Indicação para desabitação física em ambulatório;
- História de dependência estabelecida  $\leq 10$  anos.

## METODOLOGIA

O modelo desenvolvido assenta num programa grupal e familiar em 7 sessões diferenciadas, que se distribuíram da seguinte forma:

### 1ª Fase: Preparação para a desabitação física

Esta fase do programa dura exactamente três sessões, com a realização de 1 sessão por semana com duração de 1 hora e 30 minutos sensivelmente, dividida em duas partes, onde na 1ª parte apenas o utente se encontra na presença dos técnicos, a fim de ser trabalhada a motivação para a mudança de hábitos de vida e eficácia do tratamento. Na 2ª parte da sessão o utente e o familiar por si eleito para o acompanhar no processo de tratamento estão juntos na presença dos técnicos, a fim de, em conjunto, serem preparados para o processo de mudança a acontecer, e onde ambos são envolvidos activamente.

Estas sessões deverão poder permitir definir os objectivos do tratamento, o reencontro da família e do doente, o clarificar aspectos relacionados com o uso e abuso de substâncias numa perspectiva pedagógica, e o de claramente preparar o doente e a família para a desabitação física em ambulatório.

### 2ª Fase: Avaliação Médica

Findas as três sessões de preparação para a desabitação física, é chegada a altura em que considerámos terem sido criadas todas as condições para que se possa proceder à parte do tratamento farmacológico.

Assim, é efectuada a história clínica do utente, avaliação analítica (exames complementares de diagnóstico de acordo com protocolo estabelecido (análises laboratoriais de sangue e urina; E.C.G., RX Torax P.A.), informações aos familiares sobre posologia, contra-indicações, efeitos secundários e riscos de interacções medicamentosas ou outros, e finalmente prescrição medicamentosa adequada à

situação clínica individual (desabitação física de opiáceos). É efectuado no esquema farmacológico o tratamento clássico de medicação plurissintomática, com alfa-agonista, analgésicos e antiespasmóticos, benzodiazepinas e/ou neurolépticos. A data do início da desabitação física de opiáceos é fixada de comum acordo, com indicação de, ao 7º dia de desabitação, se efectuar indução de antagonista opiáceo, solução oral.

### 3ª Fase: Indução do Antagonista

Após a desabitação física em ambulatório e avaliada a eficácia do tratamento através de pesquisa de metabolitos de drogas na urina, procede-se à administração do antagonista opiáceo, com vista à manutenção da abstinência, e prevenção da recaída.

### 4ª Fase: Orientação Terapêutica

Com o consumo do tratamento, nomeadamente com a superação do quadro de privação de opiáceos, são realizadas mais duas sessões de orientação terapêutica, com o objectivo de motivar os doentes a utilizarem os recursos que podem intervir no seu processo terapêutico, definindo objectivos reais a implementar, procurando encaminhar o doente para um processo de apoio (psico)terapêutico.

## DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes nos grupos de acolhimento por nós efectuados corresponderam a 25 pessoas do sexo masculino e feminino, que preenchiam os critérios de inclusão para efectuarem a desabitação física em ambulatório, sendo que, observa-se que a maior distribuição corresponde ao sexo masculino (88%), em comparação com o sexo feminino (12%), concluindo-se que a presença masculina nestes grupos de desabitação foi uma constante. (Gráfico 1)

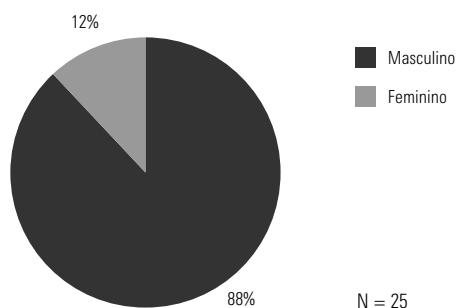


Gráfico 1 – Sexo

No que respeita à faixa etária dos participantes nos grupos de acolhimento, verificámos que a maior distribuição correspondeu à faixa etária dos 20 aos 30 anos de idade, sendo 72% do total da amostra. (Gráfico 2)

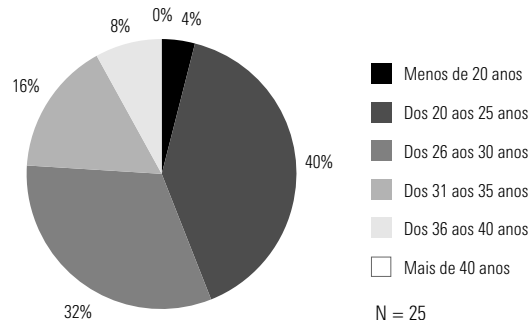


Gráfico 2 – Idade

Em relação ao estado civil dos nossos participantes, observámos que a distribuição maior era solteiro (88%), não existindo nenhum participante viúvo. (Gráfico 3)

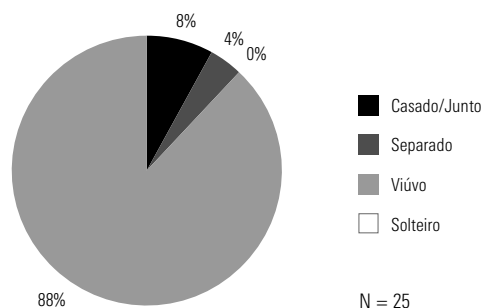


Gráfico 3 – Estado civil

Quanto às habilitações literárias dos participantes, constatou-se que a maioria possuía o 2º ou 3º ciclo, verificando-se assim uma baixa escolaridade. (Gráfico 4)

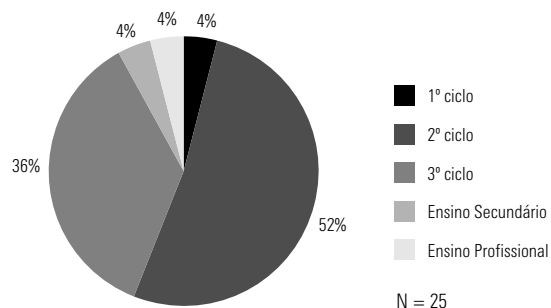


Gráfico 4 – Habilitações literárias

Em relação à situação profissional, quase metade dos nossos participantes encontrava-se desempregada (49%), existindo ainda uma parcela de participantes significativa, que correspondia a operários qualificados em exercício profissional (23%). (Gráfico 5)

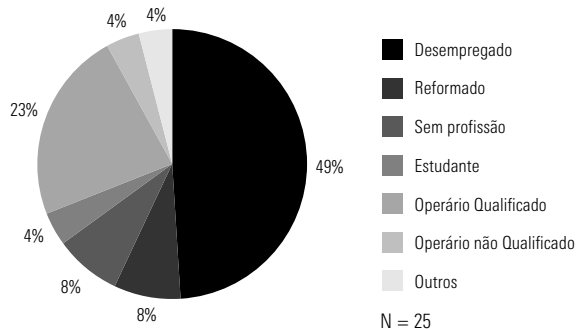


Gráfico 5 – Situação Profissional

Quanto à posição na fratria dos nossos participantes, verificámos que 48% correspondia à categoria irmão mais novo. (Gráfico 6)

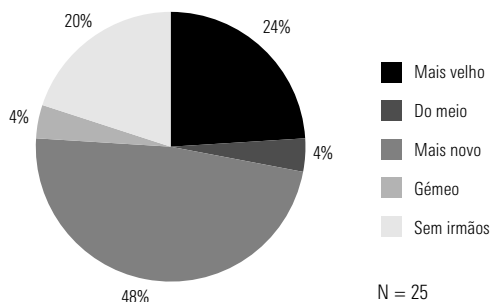


Gráfico 6 – Posição na fratria

Em relação à área de residência, nomeadamente em relação as freguesias onde os nossos participantes habitavam, verificámos que as freguesias mais representativas eram Alcabideche, Torre e Cascais. (Gráfico 7)

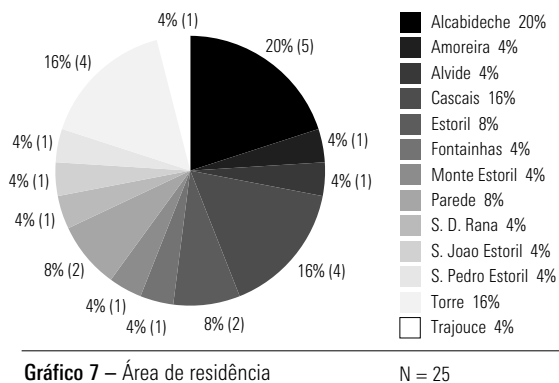


Gráfico 7 – Área de residência

## TIPOLOGIA DE CONSUMOS

Em relação à situação de uso e abuso de substâncias ilícitas, verificámos que todos os nossos doentes apresentavam como padrão normativo de consumo Opiáceos (100%), apresentando ainda consumos de outras substâncias de abuso, nomeadamente Haxixe (47%) e Cocaína (37%).

No que diz respeito ao consumo de opiáceos, a via de administração habitual da substância, era na sua grande maioria fumada, conforme se pode constatar no gráfico abaixo discriminado. (Gráfico 8)

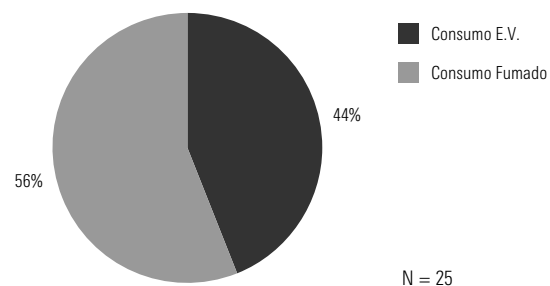


Gráfico 8 – Via de administração

## Sero-Imunologia

Em relação à sero-imunologia constatámos que a patologia orgânica mais prevacente em termos epidemiológicos nos nossos participantes era efectivamente a seropositividade para HCV (26%). De salientar ainda que 28% da amostra não tinha qualquer patologia orgânica associada à sua toxicod dependência.

## AVALIAÇÃO DO PROGRAMA TERAPÊUTICO

Constatámos assim que 16 dos participantes cumpriram a totalidade das sessões programadas (7 sessões), sendo que, 9 dos participantes não chegaram a finalizar as 7 sessões previstas para a conclusão do programa terapêutico. (Gráfico 9)

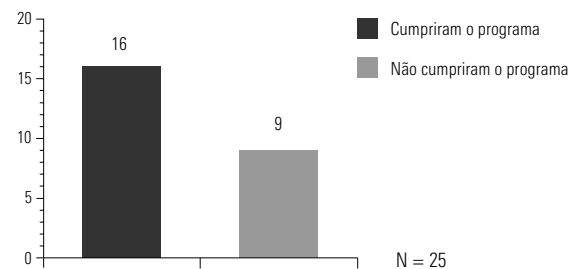


Gráfico 9 – Eficácia Terapêutica

Após a conclusão do programa de desabitação física em ambulatório, os 16 participantes que concluíram o tratamento com êxito, efectuaram entre 7 e mais de 20 consultas, tendo em conta não só as 7 sessões previstas para a conclusão do programa terapêutico de desabitação física em ambulatório de opiáceos, mas também intervenções pós orientação terapêutica. Os restantes participantes (9 participantes) que acabaram por abandonar o programa, efectuaram entre 0 e 6 consultas. (Gráfico 10)

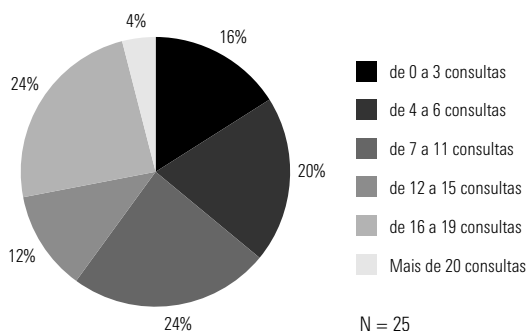


Gráfico 10 – N° de consultas efectivas

### FOLLOW UP

Em relação à situação actual destes 16 participantes que concluíram o seu tratamento com êxito, constatámos, através de consulta de processo clínico e recolha de informações via telefone, que 31% dos participantes mantinham acompanhamento terapêutico no Centro de Atendimento a Toxicodependentes da Parede e encontravam-se abstinentes do uso de substâncias psicoactivas, e 69% tinham abandonado a consulta. (Gráfico 11)

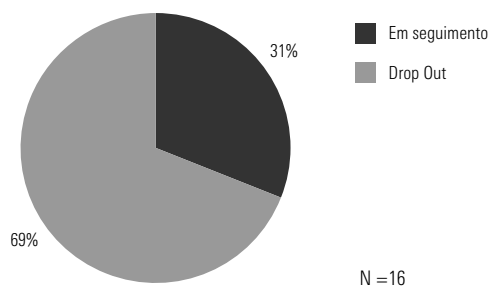


Gráfico 11 – Situação Actual

Dos 69% dos participantes que abandonaram a consulta, o que corresponde a 11 pacientes em números absolutos, verificámos que 6 recaíram, 3 abandonaram a consulta para entrarem em Comunidade Terapêutica e 2 abandonaram a consulta por motivos profissionais. (Gráfico 12)

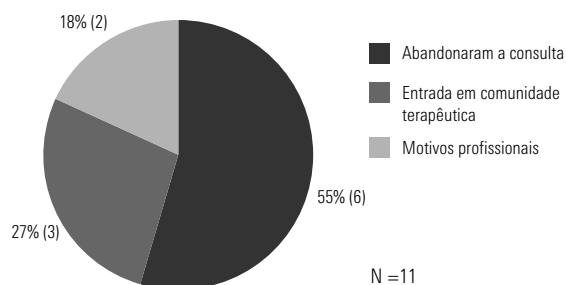


Gráfico 12 – Situação relativa ao Drop Out

Verifica-se assim que 55% da amostra que abandonou a consulta (*Drop Out*), e que corresponde a 6 doentes em números absolutos está em situação de recaída.

### CONCLUSÕES

Foi com expectativa que nos propusemos efectuar a avaliação de um programa de tratamento por nós adaptado, dado que, a importância dos fenómenos sociais e culturais sobre os padrões de uso e abuso de substâncias causam frequentes modificações no quadro clínico das toxicodependências, pelo que, a necessidade de avaliação clínica é uma realidade acrescida e necessária.

Constatámos que existem muito poucas referências bibliográficas para esta tipologia de intervenção em ambulatório, e não existem estudos recentes acerca de programas de desabitação física em ambulatório de heroín dependentes.

Face à avaliação por nós efectuada do programa de desabitação física em ambulatório instituído no CAT da Parede, concluímos que a tipologia do doente que integrou os nossos grupos de acolhimento corresponde a: sexo masculino; possui entre 20 e 30 anos de idade; é solteiro; possui uma escolaridade baixa por provavelmente abandono precoce escolar; desempregado; irmão mais novo da fratria; reside na Freguesia de Alcabideche; Torre ou Cascais; consumidor de heroína fumada; com trata-

mentos anteriores já efectuados, e sem patologia orgânica associada à sua toxic dependência.

Foi claramente um programa que se revelou relativamente eficaz nos objectivos a que se propunha, tendo 16 doentes concluído as 7 sessões do grupo de acolhimento, num universo de 25.

Em função do *follow up*, verificámos que apenas 5 doentes, do universo dos 16 que cumpriram o programa de tratamento, se encontram ainda ligados ao serviço e abstinentes da utilização de substâncias psicoactivas, o que nos leva a concluir que a taxa de retenção foi baixa (31%).

Acima de tudo temos a consciência que poderemos melhorar a nossa acção, pois só assim poderemos aspirar a conseguirmos resultados mais positivos, mas necessariamente há que referir a grande instabilidade nas relações dos toxic dependentes e suas famílias, que nos fazem vacilar e duvidar das metodologias e estratégias que empregamos, mas que procuramos rentabilizar e melhorar para benefício da realidade de quem nos procura.

Ao intervir-se numa perspectiva sistémica, é necessário garantir a participação activa da família, de todos os que, com o P.I. partilham o mesmo sistema inter-relacional, já que este tipo de intervenção não é uma terapia da família, mas sim, uma terapia com a família. Não visa "curar" ou fortalecer a família, mas antes, devolver-lhe a sua capacidade de resolução da crise.

É notória, ao longo de todo o processo, a função catalisadora exercida pelos terapeutas, provocando desequilíbrios transitórios na família, de modo a que esta possa criar uma nova estrutura de funcionamento que permita a criatividade e flexibilidade da família e dos seus membros, estabelecendo o sentimento de conjunto (pertença) e, simultaneamente, permitindo do crescimento e a expressão de cada um.

Temos também a noção que apesar de inúmeras rupturas, ainda existem toxic dependentes que mantêm laços de dependência estreitos com as famílias de origem, como um prolongamento da adolescência, abandonando o toxic dependente, muitas vezes, tardiamente a família, ou mesmo regressando à origem após tentativa de saída de casa. O pai muitas vezes é uma figura ausente ou é desqualificado, apresentando-se o toxic dependente parentificado.

Procuramos orientar a nossa estratégia de intervenção para

uma efectiva mudança de Atitudes e Estilos de Vida, procurando motivar os pacientes para uma reestruturação física, psicológica e social, dando um enfoque prioritário de intervenção não só na dependência química, mas também na intervenção familiar.

Nos nossos grupos de acolhimento o sintoma da toxicomania foi também percebido no contexto e na função que representava para o equilíbrio disfuncional do sistema familiar. De qualquer forma, e apesar dos danos da toxic dependência sobre o tecido familiar, apercebemo-nos que os laços parecem resistir e as famílias estão sempre dispostas a acreditar na cura.

Com esta forma de intervenção procuramos ajudar os nossos doentes a autonomizarem-se no respeito pela sua liberdade pessoal. Não possuímos soluções mágicas, não oferecemos dependências, mas apelamos a trocas afectivas na relação com o outro, que possam conduzir a ambientes e pessoas securizantes.

O objectivo claro desta abordagem é por conseguinte a transformação do sistema familiar dentro da composição existente, pôr os pais a funcionar em conjunto, reforçar hierarquias, libertar o doente da situação muitas vezes triangular, de modo que ele possa viver a sua vida como adulto e a família manter-se estabilizada.

### Contacto

Rui Filipe Chaparro Negrão  
Psicólogo Clínico  
CAT da Parede  
Rua Dr. Francisco Sá Carneiro, 95 R/C  
2775-196 Parede

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sousa, A. (1993). "Terapia Familiar com suporte clínico de programas por agonista (cloridrato de metadona) e por antagonista (cloridrato de naltrexone)". *Taipas Colectânea de Textos*, VI volume, 25-27.

Bravo, B.; Costa J.; Garcia, E.; Lito, A.; Monteiro, N.; Moreira, S.; Silvério, E. (1982). "Terapia Familiar com Toxicómanos um programa de desintoxicação a cargo da família". *Psicologia III*, (3-4):167-182.

Stanton, D. (1980). "Some overlooked Aspects of the family and drugs abuse". In B. G. Ellis (ED) *Drug Abuse from the family perspective*, NIDA/DHHS, Pub n.º (ADM) 80-910, Washington, DC: US Government Printing Office.