

CLÍNICA DO OUTEIRO

O OUTRO LADO DAS DEPENDÊNCIAS... ABSTINÊNCIA... E DEPOIS?



Dependências visitou uma instituição da área do tratamento prestes a celebrar 30 anos de existência. A Clínica do Outeiro divide-se em duas unidades, diferenciadas quanto ao perfil do utente que admite, essencialmente em termos de funcionalidade e de comorbilidades associadas: uma em Vila do Conde e a outra em Gondomar. Estamos na primeira, uma unidade que poderemos rotular como acolhedora de utentes “no fio da navalha”, muitos dos quais, quando ingressam em tratamento, nem sabem sequer em que dia do mês estamos, ou como devem exercer as suas atividades básicas diárias, como tomar um banho ou comer a horas, tomar a medicação ou tratar do seu quarto. Estamos em Vila do Conde, como poderíamos estar em outro local do país, na perspetiva do doente, do técnico ou do jornalista... Aqui, procura-se incutir inicialmente os mais básicos princípios de vida, entretanto perdidos, desde a higiene diária, aos horários que a maioria definiu como comuns. Com base na orientação científica, uma equipa de profissionais qualificada dedica-se diariamente à reabilitação de seres humanos facilmente rotulados como irreversíveis mas que, aqui, constituem apenas mais um desafio sem limites, rumo à reintegração. É certo que muitos vem com sequelas graves, mais certo ainda é que a maioria sai recuperada e funcional, ainda que muitos continuem a depender da continuidade de tratamentos em ambulatório no pós-alta, pois as comorbilidades são muitas e algumas crónicas. E são muitos os “milagres da ciência” aqui testemunhados, precisamente porque se trabalha com base na evidência científica e não em crenças e amadorismos, apesar de inúmeras contingências que passam não só pelo perfil do utente mas igualmente em miopias políticas que teimam em delegar nestas unidades uma resposta convencionada com a devida recompensa para que a mesma seja dotada de qualidade. Há uma década que existe inflação, há uma década que existem aumentos de salários, há uma década que não se mexe em Portugal no valor da participação por utente em comunidade terapêutica...

Ouvimos os profissionais da Clínica do Outeiro, desde a direção técnica aos que intervêm nas áreas da psicologia, terapia ocupacional e reinserção...

José Ramos, psicólogo e Diretor Técnico



Falemos essencialmente nas comorbilidades que ficam para além da dependência... muitos problemas do foro da saúde mental que se tornam crónicos... enquanto psicólogo, considera fazer sentido que o processo terapêutico em comunidade terapêutica se esgote no momento da alta?

José Ramos – No processo de evolução das dependências e dos fenómenos de consumo, há um trabalho conjunto entre as equipas técnicas de tratamento afetas aos CRI's e todos os intervenientes em contexto ambulatório. Falamos em sucesso porque grande parte destes doentes beneficiam de cuidados de saúde especializados e contrariando todas as expectativas, mantêm-se resilientes e com uma esperança média de vida superior ao expectável. Isto deve-se ao trabalho de três décadas do Sicad e das anteriores estruturas congéneres nesta área. Em suma, este é um mérito do modelo português. Mas, hoje, temos doentes com quadros psicopatológicos graves, temos doentes com condições clínicas e orgânicas muito complexas a quem é necessário continuar a dar uma resposta. Muitas vezes, trabalha-se “no fio da navalha”... há medicamentos que têm de ser doseados, há interações com a condição clínica do doente... e este tratamento minucioso requer um acompanhamento muito sistemático por parte da equipa. Muitas vezes, quando os utentes saem do tratamento sentimos que a comunidade terapêutica

não serviu apenas para tratar um problema de dependência, mas igualmente um problema social, um problema jurídico, familiar... é um tratamento holístico. Temos de olhar para a pessoa como um todo e não apenas para o seu problema de dependência. Temos ainda de perceber que há limitações, porque constatamos que há coisas que conseguimos resolver, outras que só o tempo resolverá e outras ainda que não conseguiremos de todo resolver. Se temos uma equipa técnica que nos referencia um doente, isso significa que consideram que um processo de internamento é a resposta mais eficiente a determinado quadro clínico e acreditam no nosso trabalho. A comunidade terapêutica deve ser capaz, em contexto de internamento, alcançar uma manutenção sustentada da abstinência, ajudar a resolver problemáticas, e quando o doente atinge o critério para alta, deve ser devolvido à ET para esta continuar o processo de reabilitação.

Paula Vieira e Ricardo Costa, psicólogos



Paula, está numa unidade que recebe utentes altamente problemáticos e desestruturados, o que condicionará os objetivos definidos por um técnico, à partida para um tratamento...

Paula Vieira – Sim, aqui na unidade de Quinta Bianchi recebemos utentes muito deteriorados do ponto de vista físico, orgânico e mental. É essa a vocação desta unidade. Se assim não fosse, numa fase inicial poderíamos encetar de imediato um trabalho na área das dependências, no entanto, urge, a necessidade de reestruturação cognitiva e estruturação mental. Nesta comunidade terapêutica, na fase inicial, os utentes apresentam-se bastante deteriorados e temos de nos focar na reabilitação do ponto de vista orgânico, na medicação a horas, na criação de uma rotina de alimentação, de cuidados de higiene e de sono, em suma, na reestruturação dos ciclos biológicos... Depois de estas áreas estarem minimamente organizadas é que conseguimos iniciar a nossa intervenção ao nível da psicologia. Numa fase inicial, é muito complicado aplicar a entrevista clínica, mas, aproximadamente um mês depois, já conseguimos fazer algo a nível cognitivo. Quando se alcança uma maior estabilidade psicopatológica conseguimos que o utente esteja mais recetivo ao acompanhamento psicoterapêutico em contexto individual, seja ao nível da psicologia, terapia ocupacional ou serviço social. Esta intervenção individual vem complementar a intervenção grupal que se inicia desde o primeiro momento de internamento. O objetivo da psicologia é promover a mudança comportamental e, para o efeito, dinamizamos educação para a doença, também treino de competências, gestão de conflito, procuramos encontrar mecanismos e estratégias junto do utente que promovam a estabilidade emocional e ajudem-no a lidar com a sua instabilidade, intervimos ao nível da prevenção de recaída, entre uma multiplicidade de atividades desenvolvidas. Sendo certo que o utente nos vem referenciado já com um diagnóstico, também é verdade que, passado algum tempo e porque se encontra já abstinente, conseguimos observar algumas coisas a descoberto que até o próprio utente desconhecia...

... E podem constatar que determinada comorbilidade psiquiátrica é anterior aos consumos ou posterior... se conseguirem chegar a essa conclusão, também a abordagem poderá ser diferente?

Paula Vieira – A intervenção deve ser sempre individualizada e adaptada ao quadro clínico verificado. Por vezes, o consumo de substâncias, camufla ou potencia quadro psicopatológicos e após algum tempo de internamento existe maior clareza diagnóstica e conseguimos adotar estratégias farmacológicas e psicoterapêuticas mais adequadas a cada utente, alcançando desta forma um melhor prognóstico terapêutico.

Fazem apenas avaliações iniciais aos utentes?

Paula Vieira – Não, o processo de avaliação é constante e dinâmico. Fazemos reavaliações periódicas, ao nível da medicina/psiquiatra, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. Estas avaliações multidisciplinares são integradas no processo psicoterapêutico do utente, traduzindo-se numa operacionalização individual e grupal por parte das diversas áreas do saber.

O que representa para si uma vitória num processo com um utente?

Paula Vieira – Para mim, não há uma vitória, mas um conjunto de pequenas vitórias, desde as coisas mais básicas como conseguir um sorriso por parte de um utente, ajudá-lo a adquirir hábitos de higiene, cumprir regras e horários, redescobrir um conjunto de interesses perdidos, providenciar uma reaproximação familiar... são todo um conjunto de pequenas vitórias que levarão a uma mudança de comportamento, e a uma manutenção da abstinência. Muitos, quando aqui chegam, nem sequer conseguem perceber que têm uma doença. Se sair daqui com as suas rotinas estruturadas e com insight para a sua dependência, para mim já será uma tremenda vitória.

Está na instituição há 10 anos, tendo passado por si mais de mil utentes... São muitos os que saem daqui e levam lá fora uma vida sem sequelas resultantes da dependência?

Paula Vieira – Haverá sempre algumas sequelas resultantes dessa dependência... sejam orgânicas, mais presentes no doente alcoólico, ou psicopatológicas no dependentes de substâncias ilícitas. Os utentes que têm maior sucesso na sua reabilitação são os que apresentam alguma retaguarda familiar, alguma capacidade para serem novamente inseridos no mercado de trabalho e algumas valências que lhes permitam organizar as suas vidas sem estarem tão focados exclusivamente na conduta aditiva.

O Ricardo trabalha numa unidade, a de Valbom, cujo perfil do utente não se afigura à partida tão problemático como a de Quinta Bianchi e, em princípio, os objetivos serão mais exigentes no que concerne ao sucesso da reabilitação...

Ricardo Costa – A população que nos é encaminhada tem mudado muito ao longo dos últimos anos. Neste momento, é muito difícil encontrar aquele dependente de substâncias em exclusivo e há sempre mais uma variante, ou por uma doença mental concomitante ou por outros fatores externos que desafiam o nosso trabalho. O trabalho que era desenvolvido há oito anos atrás não é o mesmo que é feito atualmente. Os nossos utentes são mais centrados na pessoa e conscientes de tudo o que se passa à sua volta, uma vez que têm maior capacidade de manipulação e ultrapassar algumas barreiras para benefício próprio. A primeira fase de tratamento consiste na estabilização biológica e é transversal às duas unidades da Clínica do Outeiro, normalmente feita em articulação com a área da psiquiatria, sendo necessária a introdução de um plano terapêutico para estabilização do sono de vigília. A introdução de um espaço novo para eles acarreta muitas vezes oscilações de ansiedade elevadas... À medida em que se vai estabilizando a componente biológica e física, conseguimos chegar mais ao foco da dependência de substâncias: porque consomem, que variantes os levam a consumir, a sua história de vida, bem como outros fatores que

podem ter despoletado outras perturbações, precedentes ou não dos consumos. Aí, fazemos um trabalho conjunto, focado nas dependências mas igualmente noutras perturbações, ao nível da psicoterapia, que é sempre validada em dois momentos: terapia individual e terapia de grupo. Neste sentido, há vários objetivos a atingir durante o tratamento, desde a gestão emocional, à aquisição de estruturas internas que potenciem a resolução de problemas e situações de stress. A gestão emocional é um foco da intervenção ao longo de todo o processo, assim como a motivação para a mudança comportamental desde a pré-contemplação até à aceitação de que precisam de ajuda aos mais variados níveis.

Em que medida constitui a limitação temporal do tratamento uma barreira?

Ricardo Costa – A questão tempo não se encerra por si só numa limitação. Os processos de tratamento são individualizados e adaptados a cada utente. Se por um lado em utentes com consumo e substâncias, sem psicopatologia associada, com retaguarda familiar e inserido profissionalmente os tempos máximos preconizados são mais que suficientes, existem quadros clínicos inversos, onde os muitos anos de consumo associados a uma desvinculação aos mais variados níveis tornam a evolução psicoterapêutica mais lenta. Nestes casos houve a sensatez de introduzir os programas específicos de longa duração que vieram dar resposta a estas situações mais complexas.

Ana Paiva e Cristiana Pires, terapeutas ocupacionais



Porque trabalha na unidade de Valbom, pergunto-lhe em que medida o perfil do utente influencia a abordagem ao nível da terapia ocupacional?

Ana Paiva – Inicialmente, quando implementamos a terapia ocupacional na unidade de Valbom, verificava-se efetivamente uma maior diferenciação nestes utentes. A intervenção focava-se mais no contexto comunitário, com atividades de promoção de competências ao nível de um ou outro utente, que hoje já configuram um grupo com alguma relevância. Esta intervenção requer uma dedicação mais técnica como por exemplo, ateliês de trabalhos manuais, estimulação cognitiva, sessões de movimento, etc.

O facto de chegarem mais debilitados do ponto de vista cognitivo será um sinal dos tempos? Será que algo está a falhar a montante para que a referenciação seja feita tão tardiamente?

Ana Paiva – Creio que haverá falta de motivação para procurarem ajuda. Noto particularmente em utentes dependentes de álcool que, à partida, não têm motivação, desistiram um pouco de si próprios e só quando chegam a um ponto em que é necessária a intervenção de terceiros, seja a família, a justiça ou unidades que os acompanham, é que são encaminhados para a comunidade terapêutica e sabemos que, com o avançar dos anos, em que vivem quase exclusivamente para o consumo, vão perdendo ocupações e estimulação e deteriorando-se cada vez mais.

Já a Cristiana Pires trabalha na unidade Quinta Bianchi, com um perfil de utente mais degradado, visando devolver-lhes autoconfiança, motivação, utilidade... como é trabalhar com estas pessoas?

Cristiana Pires – É bastante desafiante, até porque o seu grau de funcionalidade é significativamente baixo e, quando entram na comunidade, vêm sem qualquer motivação. Ao nível das AVD's, e AVDI's, da higiene pessoal e do aprumo, não realizam estas atividades com regularidade sendo muito complicado, mas desafiante começarmos a trabalhar estas atividades básicas. Inicialmente, fazemos uma avaliação ao nível motivacional, tentando perceber quais são os interesses prioritários do utente e procuramos constatar quais serão as atividades que lhe poderão gerar algum prazer de forma a motivá-los. Por isso, temos o ateliê de trabalhos manuais, de cinema, teatro, de terapia pela música e dança... a ideia é motivá-los para depois realizarmos a intervenção em si. Aos poucos, os utentes começam a descobrir algum interesse neste tipo de atividades e tarefas, percebem que as conseguem realizar... a motivação vai crescendo.

Podemos concluir que a vossa principal missão consiste em promover alterações comportamentais?

Cristiana Pires – Também, mas acima de tudo, é devolver-lhes um objetivo, uma certa funcionalidade. Após tantos anos de consumos, vão perdendo os interesses e eles próprios sentem muitas vezes dificuldades em definir do que gostam. Basicamente, temos de ajudá-los a redescobrirem-se, inculcando a importância de termos uma rotina porque somos seres de ocupação e precisamos de sentir que somos capazes de fazer as coisas, de desempenhar papéis, como o de pai, de mãe, de irmão... E muitos deles desistiram, viviam para o álcool ou outras drogas, sentem que já não valem nada nem conseguem fazer nada e é a partir destas pequenas atividades, desde o mais básico a outras que visam essa descoberta, que os procuramos motivar e tentar que promovam a sua própria felicidade.

Isabel Carneiro e Catarina Teixeira, assistentes sociais



Teoricamente, trabalham na última fase da reabilitação do utente, mas este é um trabalho que começa logo no início do tratamento. Quando elegem objetivos perante uma população tão problemática, quais são as primeiras barreiras com que se deparam?

Catarina Teixeira – São algumas, de facto, e, sim, o nosso trabalho começa logo desde o início do processo, embora dê mais foco ao projeto de vida do utente e ao planeamento da alta clínica com o objetivo de reinserir a pessoa. E passa desde logo por fazermos o diagnóstico social, saber qual é a sua história de vida, que ruturas implicou o consumo nas suas diferentes dimensões e, uma vez diagnosticadas essas áreas problemáticas, tentamos trabalhá-las. A rede relacional costuma ser uma das áreas de maior fragilidade e é necessário fazer aqui um trabalho no sentido de resgatar pessoas significativas, que possam ter um papel protetor no pós-tratamento e, quando tal não é possível, tentar obter uma rede de suporte institucional. Muitas vezes, as maiores dificuldades que encontramos residem neste plano porque nos deparamos

com um sistema pouco programado no sentido de dar respostas no pós-tratamento, sobretudo para o tipo de população que acompanhamos na unidade Quinta Bianchi, e até já algumas em Valbom, falamos em pessoas com quadros de consumos de longa duração, desvinculadas do mercado de trabalho há muito tempo, com baixa escolaridade e ruturas a outros níveis, como o da saúde e da funcionalidade.

Além das tradicionais comorbilidades e sequelas orgânicas e mentais que ficam para a vida de um dependente, haverá outras, sociais, que também prevalecerão... falamos em utentes que não voltarão ao mercado de trabalho, que terão pouca atividade... isso é muito visível nos vossos utentes?

Isabel Carneiro – Sem dúvida que sim, principalmente entre os utentes que estão na unidade Quinta Bianchi, que apresentam maior deterioração



ao nível cognitivo, que não estão aptas para trabalhar e que até apresentam comprometimento da autonomia nas AVD's. O que temos a nível de respostas quando falha a questão da família? Embora consigamos trabalhar alguma reaproximação familiar em muitos casos, eles não se constituem enquanto retaguarda efetiva e, como tal, o que temos de fazer é encontrar uma estrutura que oriente ou contenha um pouco o utente. E isso é praticamente inexistente. Se pensarmos nas estruturas atualmente disponíveis, poucos dos nossos utentes "encaixam" no âmbito da saúde mental; se pensarmos num quarto de pensão, é praticamente impossível estarem sozinhos e não há quem lhes dê orientação e supervisão; se pensarmos num lar, é muito novo... muitas vezes, procuramos os apartamentos de reinserção como meio termo, tentando trabalhar o que falta, o que ainda assim não é suficiente para a maioria dos utentes que temos.

Catarina Teixeira – Sim, e são muitas vezes declinados, porque se considera que o apartamento de reinserção tem de acolher indivíduos que mantenham um perfil de empregabilidade...

E poderíamos acrescentar ainda outra barreira, a limitação temporal do processo de tratamento...

Isabel Carneiro – Claro que sim... se olharmos, por exemplo, para um doente alcoólico, a discrepância dos seis meses de tratamento, com possibilidade de mais seis, já nos está a limitar substancialmente. Seis meses será, para muitos, o tempo de integração...

Catarina Teixeira – É pouco tempo quando pretendemos promover uma alteração de rotinas e mudança de comportamentos, de toda uma reprogramação de pensamentos e hábitos, é pouco tempo e condiciona todo o resto.

30 anos de história...

O que representa para si, enquanto responsável técnico, servir uma instituição prestes a celebrar 30 anos, dando um sinal de vitalidade aliado a uma resposta hoje reconhecida como de qualidade?

José Ramos – Acima de tudo, é um trabalho que desempenho com muito orgulho, dedicação e prazer. Ao longo deste percurso, tivemos de reestruturar e reinventar em muitos domínios, até porque, em 30 anos, mudaram padrões de consumo, perfis de utentes, as próprias substâncias, e as comunidades tiveram de construir a capacidade de se reinventar e readaptar a tudo isto. E foi isto que a Clínica do Outeiro fez... e só continua aberta e continua a prestar um serviço porque teve esta capacidade de transformação. A comunidade terapêutica deve ser equiparada a um organismo vivo em constante transformação e assim tem de estar para poder continuar a dar resposta às necessidades.

Sabendo-se que não existem as mesmas ferramentas terapêuticas ou farmacológicas para todas as dependências e substâncias, o que trará o futuro, quando se fala em dependência do ecrã ou sem substância psicoativa?

José Ramos – Tendencialmente, essas novas formas de consumo poderão ser integradas nos comportamentos aditivos, sendo essa uma decisão que caberá ao poder político, e as comunidades terão de revelar a capacidade de fazer o que fizeram aquando da integração do álcool. Tradicionalmente, as comunidades terapêuticas estavam vocacionadas para o tratamento da dependência de substâncias ilícitas e de indivíduos sem psicopatologia e, fruto dos consumos, precedentes ou subsequentes, surgiram os quadros comórbidos a que houve necessidade de dar resposta. E aí, as comunidades terapêuticas foram capazes de estudar, desenvolver programas, de os aprimorar e de contratar técnicos para poder dar respostas. Se vierem as questões do jogo e as dependências do ecrã, acredito seriamente que as comunidades terapêuticas também conseguirão dar uma

resposta efetiva. Eventualmente, algumas poderão ficar pelo caminho, como aconteceu ao longo destes 30 anos mas, no grosso modo, as comunidades terapêuticas foram capazes de dar uma resposta efetiva a estas problemáticas. Neste processo de transformação, a Clínica do Outeiro optou pela profissionalização. Todos os membros que integram a equipa terapêutica são pessoas que estudaram para o efeito. São profissionais licenciados em áreas como a medicina, enfermagem, serviço social, psicologia e terapia ocupacional para poderem operar processos de tratamento. O lugar a um certo amadorismo ou à integração de pessoas que passaram pelo problema e adquiriram alguma experiência e capacitação faz sentido no contexto de uma equipa, mas não terapêutica.



António Ribeiro, Diretor Geral da Clínica do Outeiro:



“Hoje, cerca de 80% dos quadros da Clínica do Outeiro são licenciados”

António Ribeiro – Dividiria a existência da Clínica do Outeiro em dois grandes períodos. Os primeiros 20 anos, onde tivemos a coragem e a audácia de ser das primeiras instituições a contribuir para a resolução de um flagelo humano e social com graves implicações na saúde pública. No entanto, com o passar do tempo a instituição rigidificou, e gradualmente deixou de se adaptar às mudanças observadas nos comportamentos aditivos. Na última década houve uma mudança de paradigma, uma reestruturação profunda aos mais variados níveis, desde a constituição de uma equipa técnica especializada, ao desenvolvimento de programas de tratamento baseados na evidencia científica, colocando o centro da intervenção na individualidade do utente e nas suas necessidades. Não vejo como segredo do sucesso, há desafios a serem ultrapassados diariamente com sucesso. São os profissionais que constituem a Clínica do Outeiro, pessoas certas para as funções certas, profissionais que cresceram com a instituição e que são de uma dedicação e competência ímpares, onde o todo constitui-se como muito mais que a soma das partes. É um cliché, mas que no nosso caso não poderia ser mais verdadeiro. Hoje posso afirmar que temos uma equipa jovem, altamente qualificada, detentora de conhecimentos na problemática aditiva e saúde mental acima da média e seres humanos de grande carácter. Reforço que a aposta e toda a orientação do trabalho reside no âmbito científico, no sentido em que seguimos modelos estudados e devidamente validados

pela evidência técnica e científica. Foi uma mudança profunda, centramos toda a nossa atenção no cidadão e não apenas na substância, garantindo o seu bem-estar e uma perspectiva de futuro, e sim, é verdade, queremos continuar a seguir o caminho das referências nacionais e internacionais.

Enquanto diretor geral, como sente a responsabilidade de manter um legado de 30 anos e de, constantemente, ter de adaptar uma resposta que antecipe o futuro?

António Ribeiro – Há que definir uma visão e, obviamente, essa definição compete à direção, somos muito próximos e comprometidos. A construção dessa visão assenta na capacidade de pensar, ouvir, problematizar e compreender para, com o melhor de cada um, escolhermos um caminho. Esse caminho concretiza-se, em grande medida, ao dar autonomia aos nossos diretores para que, juntamente com a restante equipa e no seio das suas competências, “façam acontecer” essa visão – o que simultaneamente os responsabiliza e obriga a crescer.

Sendo certo que a Clínica do Outeiro presta um serviço ao Estado, que assume na delegação de competências que não conseguiria prestá-lo com a mesma eficiência e custos, pergunto-lhe se, da parte do Estado português têm obtido o desejável retorno e compensação...

António Ribeiro – É justo realçar que o Sicad tem demonstrado, desde sempre, uma disponibilidade total para ouvir as comunidades terapêuticas, perceber as nossas dificuldades e ajudar a encontrar soluções. Também sentimos que as ARS’s se esforçaram por compreender as nossas idiosincrasias e facilitaram a nossa integração. A Clínica do Outeiro, tendo 150 camas licenciadas, só faz sentido existir se for parte da solução e não do problema. Conseguimos ultrapassar esta crise pandémica com muito rigor os procedimentos e sorte de não ter um único caso de COVID-19, ainda hoje continuamos a testar semanalmente os funcionários, fazendo ao longo destes quase dois anos largas centenas de testes de despiste à SARS-CoV-2, assim como, um investimento gigantesco em EPI’s. Apesar de remunerarmos ligeiramente acima da média do setor e de todos os nossos funcionários terem seguro de saúde e incentivos financeiro à natalidade, a verdade é que o salário mínimo subiu – e bem – várias vezes, bem como, o preço da eletricidade, combustíveis, produtos alimentares, e todos os consumíveis inerentes ao funcionamento destas estruturas de tratamento. Sem uma atualização da convenção não é possível remunerar os funcionários de forma justa e manter os níveis de qualidade exigíveis ao internamento.

