

Da evidência científica à prática clínica

A Clínica Dr. Nuno Santiago é uma comunidade terapêutica licenciada pelo Ministério da Saúde desde 1999, com experiência marcada no tratamento de pessoas dependentes do consumo de drogas, álcool, medicamentos, distúrbios comportamentais e distúrbios emocionais e desordens do pensamento. Caracterizada pela adopção de um programa terapêutico de qualidade com técnicas cientificamente comprovadas no tratamento das desordens aditivas e dos distúrbios comportamentais e emocionais, esta unidade tem como objectivo promover, o auto-conhecimento, a auto-responsabilização e auto e hetero avaliação do utente com o intuito de conduzir à adopção de um estilo de vida saudável e estruturado. A Clínica Dr. Nuno R. Santiago conta com uma equipa multidisciplinar que inclui médicos, psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais e diversos terapeutas que actuam com técnicas comprovadas cientificamente.

O programa psicoterapêutico consiste num Modelo Bio-psico-pedagógico-social, centrado na auto-organização da pessoa, adaptado às necessidades de cada caso com a combinação de várias técnicas de intervenção. O programa terapêutico visa inculcar no utente uma cultura de vida, alternativa à droga, promovendo veementemente o auto-conhecimento, o treino de resolução de problemas e a correcção de distúrbios comportamentais e emocionais. Todo o programa terapêutico está orientado para a modificação de comportamentos e atitudes que conduzam à emergência de uma nova forma de estar na vida que permita ao paciente a sua integração social, familiar e laboral de modo a tornar-se num ser autónomo útil e produtivo. Todo este processo ocorre num meio terapêutico altamente estruturado e funcional que elege como principal objectivo a responsabilização do doente pelas suas atitudes e recuperação da sua doença, aliado ao amor firme.

Dependências visitou a estrutura, guiados pelo director, Nuno Santiago.



Ainda se recorda dos motivos que levaram um jovem médico a constituir uma clínica para tratar doentes que, na altura, eram literalmente recriminados pela sociedade?

Nuno Santiago (NS) – Creio que, acima de tudo, terá sido a noção de que as pessoas multi-problemáticas são também multi-soluções... Não me metia medo trabalhar com pessoas aparentemente multi-problemáticas e que o eram, efectivamente, no entender da sociedade. Faz parte do meu processo de viver em desafio...

Não seria mais fácil, na altura, enveredar por outra especialidade?

NS – Como digo, impele-me o desafio e, sinceramente, não sinto que isto seja algo difícil. Recordando os meus tempos de estudante, era muito melhor aluno a matemática e engenharia mas o meu pai queria que eu fosse médico, algo que realizei para lhe fazer a vontade. Claro que, posteriormente, descobri que também era uma vontade minha mas confesso que, inicialmente, não era assim. A opção por esta área tem muito a ver com o desafio. Nos processos de intervenção, fui sempre aprendendo que precisava de fazer algo diferente, paradoxal e não directivo e, portanto, acho que me encontrei com a área e esta veio ter comigo de uma forma quase natural.

Há 30 anos atrás falava-se quase exclusivamente em heroína e cocaína, hoje trabalha com jovens consumidores de diversas substâncias menos tradicionais... O que mudou entretanto?

NS – Nós temos um grupo de pessoas, que estão a trabalhar e internadas em tratamento, cujo uso de substâncias psicoactivas se traduz numa perda de controlo, substâncias integradas que, para a cultura ocidental, não são consideradas drogas, como sucede com o álcool. Sociologicamente, o que sucedeu de há 30 anos para cá? Sabíamos que os estados americanos tinham um consumo prevalente de estimulantes e nós estávamos a consumir drogas com potencial sedativo e anti-depressivo, nomeadamente heroína; passámos previamente pelos ácidos, algumas pessoas que vinham de África consumiam os charros mas este não foi, em si, para Portugal, o determinante dos consumos. Posteriormente, assistiu-se então ao boom do consumo de heroína. Formologicamente, o álcool esteve sempre presente e não considerado como problema enquanto droga que afectasse a saúde pública. Há poucos anos, estas tendências têm vindo a alterar-se. Os latino-americanos já estão a consumir as substâncias sedativas, como os opióides e nós a virarmo-nos para os estimulantes, sendo que o álcool prevalece. A diferença que observo ao tratar os doentes alcoólicos reside no facto de os mesmos não terem sido facilmente ajudados pelos serviços estatais, porque não integraram os mesmos programas que existiam para os dependentes de drogas

ilícitas e, assim, deixaram-se retardados durante muitos anos, sem sinalização para tratamento. Quando chegam até nós, têm uma baixa cognição e entendimento, uma lentificação de pensamento e demoram mais... Mas têm características interessantes, nomeadamente o facto de poderem depois perceber e sentir. Essa é uma das questões prevalentes no meu trabalho: reeducar o sentimento que ficou obscurecido e anulado pelo consumo das substâncias, sejam anfetaminas, sejam depressoras, anti-depressivas e analgésicas.

Que principais obstáculos poderão ser associados ao tratamento da dependência de uma substância que a sociedade não rejeita, antes estimula o consumo?

NS – Para nós, não existe diferença... Agora, isso traduz depois uma diferença na nossa atitude perante a inicial resistência, negação e ilusão que o nosso utente revela, ao chegar, perante uma substância que o fez criar dependência. Ele sente que pretende ser igual a uma população que também a consome... O problema não se resume ao doente. Estende-se às famílias e aos próprios serviços do Estado, de saúde, sociais e aos próprios psicólogos. A dificuldade situa-se em criar uma situação cognitiva que faça o paciente compreender que tem uma doença, que não deve comparar-se com os não dependentes e que pode aprender a viver, optando por não ser um doente no activo. Isto implica ensiná-lo a prever, a lidar com dificuldades, sendo que, se precisar de usar, terá mecanismos para lidar com o desejo do prazer imediato, que continuará sempre presente, beneficiando de um regulador de controlo que o fará reconhecer as consequências. É um processo pedagógico. Em suma, diria que não existem grandes diferenças. No doente alcoólico, poderá demorar mais para a cognição mas o mesmo se aplica aos doentes que estiveram e estão presos às substâncias estimulantes. Essas substâncias traduzem quadros muito semelhantes, inseridas nalguma base de personalidade associada a muita instabilidade, transtornos limite, situações igualmente sem limites do ambiente familiar ou da sociedade destruturantes, uma vez que estes pacientes não tiveram no seu processo de aprendizagem treino de competências pessoais, familiares e laborais.

No caso dos dependentes alcoólicos parece ser mais difícil a consciencialização...

NS – Pode parecer um pouco anacrónico mas os próprios doentes crónicos alcoólicos sentem que já viveram tentativas, sozinho, para tentar parar o seu processo da doença. Muitos deles, já têm um mecanismo de compreenderem que, se beberem, perdem o controlo. Mas, depois, o craving de consumirem é tão grande que supera o locus de controle de dizerem não ao consumo. Muitos destes doentes criam uma cognição de que devem parar, sob pena de morrerem. Outros preferem beber...

A recaída é uma constante no processo de tratamento... Em que medida poderá a mesma constituir uma oportunidade para a assunção de uma responsabilidade por parte do utente?

NS – Existem vários modos de desenvolvimento no processo de cada pessoa. Muitas vezes, a recaída é um processo de aprendizagem. Faz criar um processo de auto-confronto às irrationalidades do doente para que, depois, possa mudar e aceitar uma relação de melhor compreensão, a perceber e estudar quais são os



seus gatilhos da recaída. O grave disto tudo é que num processo de recaída pode acontecer a morte. Diria que existem dois grandes grupos de pessoas: um que entra, percebeu a concepção do programa e envereda num planalto de recuperação contínua, que poderá demorar 10, 15 ou 20 anos. E, mesmo às vezes, por situações menos bem resolvidas, pode recair. Há outro tipo de pessoas que entram num tempo de abstinência, adquirem um conjunto de competências, não querem ouvir todas as sugestões para prevenir a recaída, recaem, vêm abaixo, pedem para reentrar no programa, fazem uma subida no planalto superior ao nível em que antes se encontravam, alcançam outra plataforma, por vezes outra recaída e, depois começam a alargar os seus intervalos de estadiamento em abstinência mais longos até começarem a encontrar o seu planalto mais contínuo. Grosso modo, são dois tipos de abordagem para os clientes que nos aparecem, sendo que uns entram e ficam bastante tempo e, outros, têm que ter estas angustias de quebra e subida.

Uma das lacunas habitualmente apontadas ao processo de recuperação de um adito reside na formação profissional e na reinserção... Na Clínica Dr. Nuno Santiago testemunhámos uma espécie de “passeio” que liga a clínica à escola...

NS – O grupo de menores que, durante algum tempo, adquira regras de respeito, de auto-cuidado e, desde que tal possa ser susceptível de que a nossa confiança nos permita encaminhá-los para o que fariam numa família normal, ir para a escola, então sim, abrimos essa passagem, uma vez que temos um convénio com as unidades escolares locais. Aí, beneficiam do convívio proporcionado por actividades desportivas e festivas paralelas, numa modelagem construtiva e positiva. Para os jovens corresponde à escolarização, também temos escolas profissionalizantes e as Novas Oportunidades. Essa é uma via, outra é proporcionada através do ensino superior, onde colocamos alunos, nomeadamente na Universidade de Lisboa. O nosso maior problema prende-se com os utentes que não estão treinados em competências profissionais há muitos anos e que precisam de um processo de estimulação e formação. Temos aqui um espaço de formação profissional e, numa altura em que os programas destinados a este tipo de populações conhecem um interregno, vamos realizando treino de desempenhos, de auto-conceito e auto-estima, que visam a reinserção dos nossos pacientes.