

**GUIÃO PARA AS CONSULTAS E TRATAMENTO DE
CRIANÇAS E JOVENS NO ÂMBITO DOS
COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS
(CAD)**

Índice

	Página
1.Contextualização.....	3
2.Ponto de Partida.....	4
3.Definição do Problema.....	7
4.Intervenção Individual.....	8
5.Intervenção Grupal.....	10
6.Conclusão.....	11
7.Bibliografia.....	12
Anexos.....	13

1. Contextualização

Na situação de consultas para crianças e jovens (12-18 anos de idade) no contexto de intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) importa aplicar estratégias que salvaguardem o desenrolar de um trabalho integrador das especificidades inerentes à faixa etária e ao tipo de intervenção. Neste caso, de prevenção indicada. *“A prevenção indicada dirige-se a indivíduos com comportamentos de risco, que exibem sinais de uso de substâncias psicoativas ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica. É avaliado o nível de risco individual. Os programas de prevenção indicada são de longa duração, variam no tipo e estrutura e os componentes contemplam tal como nos níveis anteriores a informação e o desenvolvimento de competências, entre outros (SICAD, 2020).”*

Se todas as idades têm a sua importância, esta faixa etária diz respeito a uma fase ainda primordial de desenvolvimento pelo que uma intervenção clínica deve implicar o menor tempo possível para que não seja ela própria uma forma de coartar a construção de um projeto de vida pleno. Apesar de as indicações quanto à prevenção indicada aconselharem uma intervenção de longa duração, deve levar-se em conta esta necessidade de não estender demasiado o tratamento. Ou seja, este menor tempo possível não deve ser conseguido à custa da eficácia e do cumprimento dos passos imprescindíveis a uma boa intervenção.

Na criação de rotinas que resistam à erosão causada pela insidiosa implementação do senso comum, é necessário fundamentar a prática em conceitos teóricos claros e consistentes baseados na evidência científica. Mesmo começando por esta base, a manutenção do interesse pelo estado da arte da área em que se trabalha é também uma parte importante da responsabilidade dos técnicos/profissionais envolvidos. Como é óbvio, a construção individual do conhecimento far-se-á gradualmente sem grandes percalços epistemológicos. Isto, por um lado, poderá fazer parecer o trabalho de pesquisa e de renovação de conhecimento mais aborrecido, por outro, mais compensador porque não depende de regressos à estaca zero. Nesta caminhada será importante valorizar as nuances que acrescentam algo (mesmo que pouco), os conceitos desmistificadores, os momentos de partilha, lembrando as ideias de base à intervenção. As orientações do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) são, por isto, preciosas na elaboração deste guião.

Ou seja, para fazer um trabalho de consulta clínica, mesmo que com orientação muito específica com a problemática claramente definida, a complexidade da intervenção a delinear é-lhe

imane. E é desta complexidade que muitas vezes fugimos caindo em intervenções de senso comum ou sem usar as tais nuances que, entretanto, foram aprendidas e são diferenciadoras da intervenção.

2. Ponto de Partida

Reconhecendo então a complexidade que qualquer intervenção consequente integra, será importante partir do ponto em que se definem as várias tangências da consulta destinada a crianças e jovens no âmbito dos CAD. São estas a história de vida, desenvolvimento, motivação do jovem, relação com a família, grupo de pares, integração na comunidade, percurso escolar, momento atual. Estas dimensões, geridas pelas vertentes cognitiva, emocional e comportamental do indivíduo, serão sempre o ponto de partida para a intervenção que aprofundando-se, chegará também à modificação das vertentes descritas.

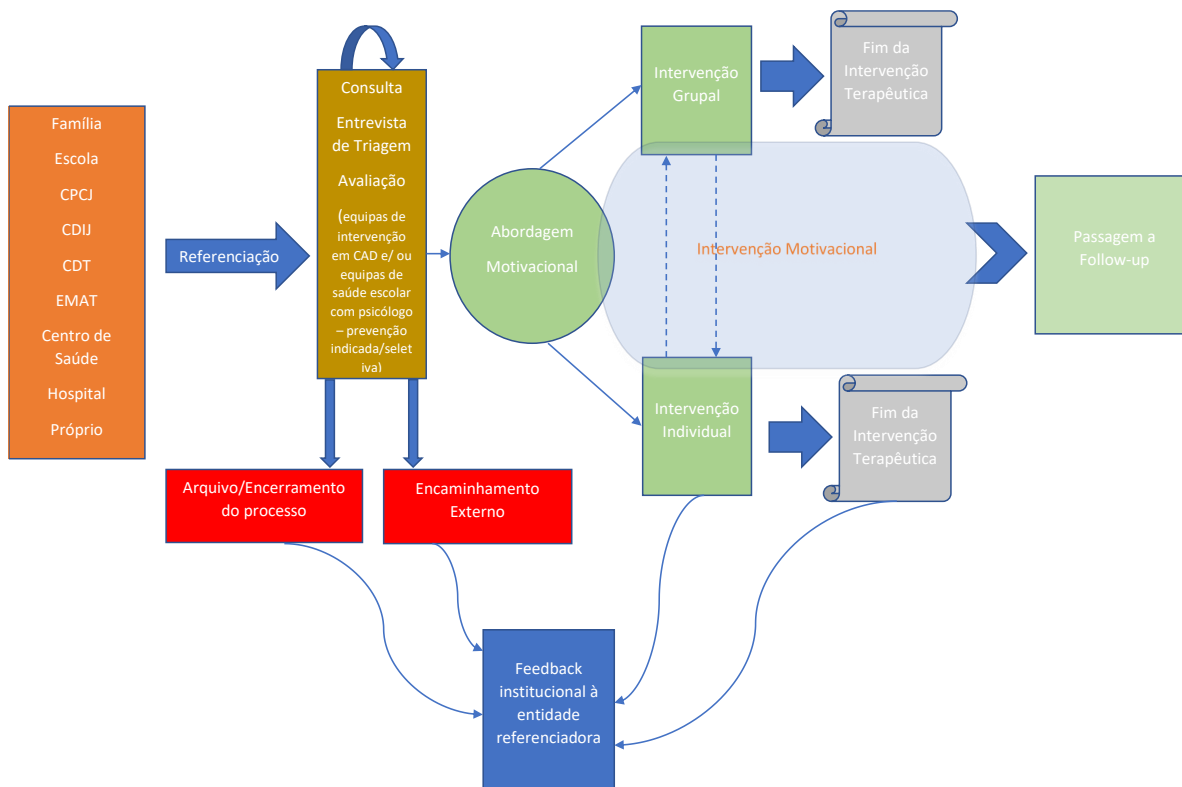
Essencial é criar-se um ambiente de aceitação nessas consultas. Tendo em conta as problemáticas a trabalhar, nada será tão eficaz a curto prazo como partir do ponto da aceitação do outro e dos seus problemas, sejam eles percebidos ou não. Isto facilita a relação e a capacidade de engajamento do indivíduo. Acontecendo isto, será mais fácil propor/discutir/explanar. Será a partir deste ponto que todo o restante trabalho se poderá fazer.

Este momento pode confundir-se com o de referência, até pela recolha de informação demográfica. A restante informação, inclusive a relativa aos comportamentos aditivos servirá, antes de mais, para confirmar ou excluir a situação de dependência. A diferença passará pela explicação da pertinência dos dados recolhidos, aproveitando-se para definir a questão do sigilo com as devidas salvaguardas. Muito importante é a definição da regra de sobriedade nas consultas. Sem aplicar um discurso punitivo ou de julgamento, é importante explicar que as sessões de aconselhamento só fazem sentido estando o jovem sóbrio. Esta informação inicial deverá contar com a presença de um adulto que se assuma como responsável por ajudar o jovem neste percurso. Tendo em conta as questões legais, será necessário o acordo do encarregado de educação. No entanto, a figura de referência/apoio pode ser outra e poderá até ser chamada numa fase mais avançada do tratamento.

O processo deverá ser uniformizado e dominado de forma a que qualquer pessoa o entenda, inclusive os utentes. O espaço físico usado será um que propicie uma sensação de segurança e confiança do utente, devendo por isso ser um espaço próprio.

Estando este espaço afastado das restantes rotinas associadas às consultas CAD previne-se a rotulagem e ansiedade extra associada ao processo em que já está envolvido. Os profissionais de saúde envolvidos terão também a oportunidade de criar um *setting* diferenciado.

O seguinte fluxograma esquematiza os procedimentos de forma a ser mais fácil a sua aplicação:



1. A referência da criança/jovem é papel da comunidade. Daí a importância de a sinalização ser sempre feita para a Rede de Referência. Os diferentes atores sociais de uma comunidade estão em contacto predileto com estes jovens, facilitando por isso a constatação de comportamentos de risco indiciadores ou mesmo específicos dos comportamentos aditivos que implicam uma estratégia de prevenção indicada. Esta referência deverá ser feita formalmente (consultar documento Rede de referência/articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências), salvo exceções em que isso não seja aconselhável para o bom decorrer do processo. A formalidade da referência compromete de forma positiva quem a faz, criando mais um ponto de apoio para a intervenção.
2. A primeira consulta servirá para iniciar a criação de relação e deverá ser feita pelo profissional que ficará com o caso a longo prazo. Obviamente, em casos pontuais poderá ser necessária a passagem de caso a um colega. Neste ponto convirá definir os testes a aplicar* e a estrutura de entrevista a fazer. Algo curto que dê espaço para o início da

intervenção motivacional. Com a recolha de informação pode concluir-se que não existe necessidade de intervenção, levando ao encerramento/arquivamento do processo. Pode ainda perceber-se que a intervenção, sendo necessária, deve ser feita por outra instituição. Aí far-se-á o devido encaminhamento. Pode ainda dar-se o caso de esta primeira consulta ser inconclusiva ou porque o jovem está ambivalente quanto à intervenção ou porque não se percebeu o tipo de intervenção mais adequada a aplicar. Neste caso repete-se a consulta até se ter mais algumas certezas. Por fim, este procedimento de triagem servirá para assinalar o início do tratamento tendo-se avaliado qual das respostas disponíveis será a adequada.

3. A abordagem motivacional deverá partir dos pressupostos teóricos respeitando os timings do jovem e atendendo às armadilhas que o técnico deve evitar. Nesta parte da abordagem não há muita margem pelo que deve ser um procedimento muito bem preparado e dominado por quem o vai aplicar. Esta intervenção, sendo a consistência deste procedimento relativo a duas consultas, fará parte de todo o processo uma vez que sabemos da sua serventia aquando de momentos de ação, manutenção, ambivalência, lapso ou recaída.
4. As intervenções grupal e individual são definidas segundo os pressupostos da terapia cognitivo-comportamental. Em relação à vertente individual, o tratamento deverá obedecer à inclusão de determinados objetivos e regras, embora com a flexibilidade inerente a um processo deste tipo. A intervenção grupal está bem explanada no MIG disponibilizado pelo SICAD. Pode acontecer que durante um processo de intervenção individualizada se criem condições para integrar a integração grupal. Neste caso, é necessário que o grupo esteja a iniciar o tratamento. De igual modo, durante a intervenção de grupo pode entender-se que a intervenção individualizada pode ser um bom apoio que fortaleça a o trabalho desenvolvido.
5. A duração do tratamento deve ser explicada ao utente, sendo esta contada pelo número de sessões. O jovem deverá estar sempre ao corrente do processo que primeiramente a ele diz respeito. A finalização desse tratamento não cessa a ligação à equipa de CAD. O follow-up será uma forma de manter algum suporte e manter informação sobre o desenrolar da situação.
6. A partilha de informações com as entidades referenciadoras é essencial para que se mantenha uma dinâmica de colaboração. Esta partilha deverá sempre ter em conta a condição do sigilo, servindo principalmente para dar conta do trabalho desenvolvido

pela equipa de CAD em cada caso específico. A partilha terá de ser feita acerca dos momentos de decisão de intervenção e desenrolar desta. Deste modo evitam-se momentos em que o utente está sozinho a lidar com o problema, agravando-o.

** sendo aplicados por psicólogos podem ser usados o Symptom Checklist - 90R (SCL-90R) ou o Brief Symptom Inventory (BSI) além de outros à disposição das Equipas, como o ASSIST.*

3. Definição do problema

Haverá, para esta tarefa alguns pontos comportamentais que podemos usar para definir o problema:

- A indicação do próprio quanto à existência e regularidade de consumos.
- Duas ou mais situações em que tenha sido visto ou “apanhado” sob o efeito de substâncias.
- Mudança de grupo de pares.
- Encontrada, na posse do jovem, parafernália para uso de substâncias psicoativas.
- Mudança clara de comportamento (isolamento ou afastamento da família e amigos próximos; perda de interesse em atividades; baixa energia; mais tempo de sono; queda nas notas escolares).
- Alterações de humor.
- Faltas escolares recorrentes.
- Autoimagem negativa, descrevendo-se de forma negativa com raro contacto visual.
- Sentimentos predominantemente negativos ou hostis em relação aos outros ou à própria vida em geral.
- Relato de roubos (pais; familiares; loja; casa de amigos;)
- Possibilidade de historial de dependência na família.

Da conjugação de informação deverá sair o plano de intervenção ou o encerramento do processo.

4. Intervenção Individual

Este plano pode incluir apenas a intervenção breve individual incluindo a marcação de mais duas consultas que coincidirão em parte com alguns dos conteúdos integrados no Manual de Intervenção em Grupo com Jovens Consumidores de Canábis (MIG) referido mais à frente. Neste caso, tratar-se-á de um indivíduo com um consumo muito disperso em que as consultas servirão para fornecer alguma informação sobre os efeitos do consumo e de motivação para pará-los. Atendendo às características do jovem pode iniciar-se um percurso de aconselhamento individual, incluindo um processo de avaliação psicológica. No caso de haver um consumo mais regular em que pode já estar inscrita a dependência, é necessária uma intervenção mais intensa. Neste caso deve ponderar-se a intervenção em grupo, sendo que poderá haver situações em que esta não é a melhor opção. Caberá ao terapeuta decidir em conjunto com o utente e respetiva família. Assim, mantendo a necessidade da intervenção motivacional por duas consultas, seguir-se-á a intervenção cognitivo-comportamental. Não podendo ser feita em grupo, deverá ser feita individualmente mantendo-se os objetivos da intervenção. O número de sessões individuais deverá situar-se entre as 10 e as 15, consoante a dinâmica terapeuta-utente. Além disso sabemos que as dificuldades de engajamento neste tipo de tratamento não são poucas. Muitas vezes a ida à consulta não será por vontade própria e essa é uma condição que não convém esquecer nem confrontar, antes assimilar. As estratégias da intervenção motivacional devem aqui ser usadas. Ademais, a hipótese de que a intervenção compulsiva com crianças e adolescentes pode ser eficaz não é despendiosa. O intervalo de tempo entre as sessões não deve ser muito grande (uma semana seria o ideal) para que as aprendizagens possam ser aplicadas e discutidas em tempo útil. Assim, uma vez acordado o seguimento individual é preciso definir um plano de ação. Partindo dos objetivos principais, devemos identificar os passos necessários para atingi-los. Mesmo que os objetivos e respetivo trajeto devam ser discutidos com o utente, partimos de alguns pressupostos que têm obrigatoriamente de nortear uma intervenção tão específica como esta.

Segundo o Manual de Intervenção em Grupo com Jovens Consumidores de Canábis (MIG) podemos considerar os seguintes objetivos gerais:

- Ensinar os adolescentes a utilizarem um largo espetro de competências de *coping* para lidar com problemas, conflitos interpessoais e estados de humor negativos.
- Ensinar os adolescentes a anteciparem e a desafiarem os pensamentos e a vontade de consumir, como forma de se manterem abstinentes.

Estratégias específicas para atingir estes objetivos:

- Descrever tipo, quantidade, frequência e historial de consumo.
- Avaliação psicológica sucinta (sintomatologia - ansiedade/depressão e de consumo)
- Articular com um médico da medicina geral para saber-se de possíveis consequências do consumo de substâncias. Aferir da necessidade de prescrição de medicação.
- Identificação das consequências negativas do consumo.
- Diminuição do uso da negação acerca do consumo (ajuda de pessoas próximas).
- Aceitação da dependência reforçando o conhecimento acerca dos seus processos.
- Verbalização do aumento de conhecimento acerca do conceito de dependência e processo de recuperação.
- Verbalização de compromisso para a abstinência do uso de substâncias alteradoras do humor (importante o processamento emocional do utente na altura do estabelecimento do compromisso)
- Verbalização do entendimento dos fatores (pessoais; história familiar; situações stressantes) que podem ter contribuído para o uso/abuso/dependência e mantêm a perigosidade considerando a hipótese de recaída.
- Identificação das vantagens da sobriedade.
- Identificação e operacionalização de mudanças nas relações sociais que irão ajudar na recuperação.
- Identificação de projetos e outras atividades sociais e recreativas só possíveis graças à paragem de consumos e que facilitarão a sua manutenção.
- Constatação da influência das condições de vida na instalação da dependência e de como estas podem ainda minar a recuperação.
- Identificação do impacto positivo que a sobriedade nas relações íntimas e familiares.
- Reconciliação com as pessoas significativas que tenham sido direta ou indiretamente prejudicadas pelos consumos.
- Identificar, desafiar e modificar pensamentos automáticos negativos substituindo-os por pensamentos racionais alternativos.

- Aprendizagem e implementação de estratégias de *coping* para lidar com os impulsos geradores de lapsos de consumo. (relaxamento; exercícios de respiração; capacidade de focagem; auto-compassão)
- Gradual e controlada exposição aos gatilhos para o consumo. Construção de uma hierarquia de situações geradoras de impulso para o consumo. Facilitar a reestruturação cognitiva e o *coping* (dinamização de papéis recorrendo a modelagem, ensaio, reforço social).
- Aprendizagem e implementação de competências/habilidades pessoais para gerir situações comuns do quotidiano sem o recurso a substâncias.

O cumprimento destes passos depende de um forte compromisso com o tratamento, daí a importância da intervenção motivacional. Esta, que deve ser aplicada nas tais duas sessões iniciais, pode e deve ser uma ferramenta a usar ao longo de todo o tratamento. Ninguém espera que um percurso deste tipo seja uma suave viagem sem percalços e por isso a intervenção motivacional pode ajudar nos dias de mar agitado ou mesmo tempestade.

A colaboração com outras instituições é aqui muito importante para complementar a intervenção terapêutica. O treino de competências pessoais e sociais e a procura de atividades ocupacionais depende desta colaboração que irá além da articulação.

5. Intervenção Grupal

Na possibilidade de o jovem integrar a intervenção em grupo, é esta a estratégia que deve pôr-se em prática.

O Manual de Intervenção em Grupo com Jovens Consumidores de Canábis (MIG) elaborado pela Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) – Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, e Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) do Porto, sendo uma adaptação do *Cannabis Youth Treatment Series Volume 1: Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. SMA05-4010, 2001* e *Cannabis Youth Treatment Series Volume 2: The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users.*, integra diversas dimensões de intervenção sendo uma ferramenta valiosa no tratamento que o SICAD disponibiliza para apoiar os profissionais na aplicação de intervenções breves. As sessões do manual estão delineadas de forma muito clara, estruturadas de forma simples, facilitando a sua

colocação em prática. Inicia-se como duas sessões de intervenção motivacional, sendo as restantes dez de terapia cognitivo-comportamental. Além de uma visão muito completa em relação à problemática da canábica, baseando de forma muito consistente o seu construto teórico, ainda fornece os materiais mais específicos necessários ao bom desenrolar das sessões.

Atendendo à óbvia necessidade de compromisso por parte do jovem, será necessário incluir um processo anterior ao do plasmado no manual. Mesmo sendo as duas primeiras sessões de caráter individual e motivacional, parece ser importante que mesmo tendo em conta o processo motivacional, haja um momento de esclarecimento e de primordial trabalho para a motivação. É esta a altura certa para informar sobre a possibilidade de iniciar um percurso que pode finalmente levar a um resultado diferente e tendo este decerto algumas vantagens. A intervenção motivacional, que será aprofundada nas duas primeiras sessões do programa começa aqui, neste primeiro contacto. É aqui também, como já foi referido, que se faz a avaliação e se cria a proposta para intervir.

Em ambos os tipos de intervenção a necessidade de compromisso do técnico é essencial. Neste percurso deverá estar disponível para atender não só as necessidades reais do jovem, mas também aquelas que por ele são percebidas. Este atendimento não implica a resolução milagrosa de todos esses pedidos, mas implica o entendimento do funcionamento da pessoa, aumentando assim a possibilidade de um trabalho motivacional mais eficaz. Se o tratamento só é eficaz na sobriedade, o atendimento e a disponibilidade podem, segundo a avaliação do técnico, fazer parte de um caminho que inicialmente sabemos poder ser tortuoso. É por isso muito importante a criação de relação, de confiança, para que o jovem saiba com quem contar no momento de ir além do consumo, além da substância.

6. Conclusão

Este documento comporta as diretrizes para uma intervenção subsidiária das estratégias de prevenção indicada, dirigida a crianças e jovens. É um documento que pode ser alterado mediante reflexões que naturalmente surjam durante a sua leitura, mas, especialmente, aquando da sua aplicação. Essas alterações devem ser discutidas para que a sua aplicação se vá mantendo uniforme e para que se possa assim avaliar da melhor forma a eficácia.

7. Bibliografia

Lopes, C.; Reis, C.; Abraão, I; Oliveira, L.; Carvalho, P. (2017). Intervenção em grupo com jovens consumidores de canábis. CDT Porto e DICAD-ARS Norte - SICAD.

Jongsma, A.; Peterson, L.; McInnis, W. (2006). The Adolescent Psychotherapy Treatment Planner. Fourth edition. New Jersey: Wiley.

Moyers, T.; Houck, J. (2010). Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project. Cognitive and Behavioral Practice. In Press.

Schifano, F.; Tedeschi, D. (2008). Recreational Drugs' Scenario and Compulsory Treatment in the United Kingdom. International Journal of Health, vol.37, no.3, 22- 56.

Will, T.; McNamara, G.; Vaccaro, D.; Hirky, A. (1996) Escalated Substance Use: A Longitudinal Grouping Analysis From Early to Middle Adolescence. American Psychological Association, vol.105, No.2, 166-180

Baer, J. S. & Peterson, P. L. (2002). Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults. In Miller, W. R. Rollnick, S., Motivational Interviewing: preparing people for change (2nd Edition). New York: Guilford Press

DiClemente, C. (2003). Addiction and Change: how addictions develop and addicted people recover. New York: Guilford Press

ANEXOS

