



Tatiana Henriques

Toxicodependência: O caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia, sob
orientação do Professor Doutor Paulo Peixoto, apresentado à Faculdade
de Economia da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Tatiana Henriques

Toxicodependência: O caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia, sob
orientação do Professor Doutor Paulo Peixoto, apresentado à Faculdade
de Economia da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tatiana Isabel Monteiro Henriques

Toxicodependência: O caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia, sob orientação do Professor Doutor Paulo Peixoto, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Imagem da capa: Comunidade Terapêutica Arco-Íris de Coimbra

Fonte: Informação interna da Comunidade Terapêutica Arco-Íris

*O esforço dos anos académicos dedico a 3 pessoas muito importantes:
À minha mãe Luísa e ao meu pai José
À minha “irmã”, Maria*

Agradecimentos

Todos nós temos sonhos e a realização deste trabalho, mostrou-me que com esforço e dedicação conseguimos realizar todos os nossos sonhos e chegar ao fim e ver que valeu a pena. A vida académica pode ser um percurso de muito trabalho e aprendizagem, mas conhecemos muitas pessoas e todas elas têm um lugar importante, é com elas que crescemos e aprendemos. Desta forma quero agradecer a todos aqueles que viveram comigo, que me deram o apoio e a amizade que jamais esquecerei, em especial, quero agradecer à Liliana Marques, pelo carinho, apoio e amizade dos anos que vivemos em Coimbra.

Quero agradecer à minha família pelo apoio, compreensão, por me ajudarem a concretizar este sonho, por estarem ao meu lado em todos os momentos em que mais precisei.

Ao professor Paulo Peixoto, pelo apoio, pela dedicação e por todo o esforço para a concretização deste relatório.

Ao Doutor Paulo Rosário por me ter acolhido no local de estágio com carinho e por me ter apoiado em todas as circunstâncias.

Ao IDT e à Comunidade Terapêutica, por me permitirem fazer o estágio.

A todos os utentes na Comunidade, um obrigada por me ensinarem a ver a vida de uma forma completamente diferente da visão “normal”, por me terem feito crescer tanto a nível profissional como pessoal.

Um especial e enorme obrigada à Mariana, pela amizade, pelo carinho, pela força, por tudo. Aproveito este momento para te dizer que és como uma irmã para mim, é o teu exemplo e a tua força que quero seguir na minha vida, estou e estarei sempre ao teu lado em todos os momentos, como tu estás comigo.

Ao Nuno, pela amizade de uma vida, pelo apoio incondicional e por todos os momentos e conselhos que me dás.

À Sónia e à Beatriz, por todo o apoio e amizade. Pela importância que têm na minha vida e por estarem sempre presentes em todos os momentos.

Ao Pedro, por todo o amor e dedicação, por me apoiares e me ajudares.

Por fim, e não menos importante à minha “irmã” Maria, por todos os anos que vivemos, por todos os momentos que passamos, por todos os sorrisos e lágrimas juntas, por tudo. Estarás sempre no meu coração e comigo onde quer que a vida nos leve.

Obrigada a todos aqueles que não mencionei, mas que sabem que têm uma importância especial na minha vida.

Tatiana Henriques

Resumo

O presente relatório é resultado de um estágio realizado na Comunidade Terapêutica Arco-íris em Coimbra, entre o dia 10 de Setembro de 2012 e o dia 10 de Janeiro de 2013. O estágio permitiu um contato direto com o tema da toxicodependência e um aprofundamento técnico e teórico dos conceitos. O relatório de estágio aqui apresentado, foi elaborado no âmbito do mestrado em Sociologia, com o intuito de abordar a toxicodependência em contexto de Comunidade.

A Comunidade tem como principais funções o tratamento e reinserção de toxicodependentes assim como promover a qualidade de vida dos utentes.

Para se entender a toxicodependência é necessário entender que se trata de um problema social, já que constitui um desvio comportamental daquilo que a sociedade cria. A adolescência e a puberdade são os períodos mais propícios a estes desvios.

Com este estudo observa-se que as Comunidades Terapêuticas podem ser locais de grande importância, no sentido em que proporcionam aos utentes uma vida quotidiana favorável à sua inserção. Por outro lado Portugal apresenta políticas que ajudam na inserção e no tratamento de toxicodependentes. Assim, torna-se mais fácil para aqueles que se querem realmente tratar e voltar a uma vida sem consumos.

Palavras-Chave: Comunidade Terapêutica, Droga, Toxicodependência, Reinserção, Coimbra

Abstract

The present report is the result of an internship at Therapeutic Community Arco-iris in Coimbra, between September 10, 2012 and January 10, 2013.

This internship allowed direct contact with the subject of drug addiction and deepen on technical and theoretical concepts. The report presented here was developed within the Masters Degree in Sociology, with the aim of addressing the drug addiction in the community context.

The community's main functions are the treatment and reintegration of addicts as well as promoting quality of life for all patients.

To understand the addiction problem it is necessary to understand that this is a social problem, it is a deviation from what society creates. Adolescence and puberty are the most favorable periods for these deviations.

In this study, concludes that the therapeutic communities have great importance, they provide to their patients an opportunity for their inclusion in the society. This report also focuses on the Portuguese policies of reinsertion and treatment of drug addicts, showing how the work is done in order to help those who wish to rescue their lives and live with no addictions.

Keywords: Therapeutic Community, Drugs, Addiction, Rehabilitation, Coimbra

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de Siglas	vii
Índice de Tabelas e Figuras e Índice de Gráficos	viii
Introdução	9
Parte 1 Enquadramento teórico e político da toxicodependência	
1. Enquadramento teórico e objetivos do estágio	11
2. Conceito de droga	12
3. Conceito de toxicodependência	15
4. Adolescência e Puberdade	19
5. Políticas	24
5.1. Políticas de Prevenção	25
5.2. Políticas de Tratamento	29
5.3. Políticas de reinserção dos toxicodependentes	30
5.4. Programa Vida Emprego	31
6. Os profissionais de saúde e a droga	32
7. Origem e evolução das Comunidades Terapêuticas	35
Parte 2 Caracterização da Instituição de Acolhimento	
1. A Comunidade Terapêutica Arco-íris	39
1.1. Objetivos	43
1.2. Seleção de candidatos a utentes	45
1.3. Altas	47
1.4. Pós-alta	48
1.5. Equipa Técnica	49
1.6. O processo de admissão	49
1.7. O tratamento	50
1.8. Métodos de tratamento	51
1.9. Avaliação	52
Parte 3 Operacionalização dos dados	
1. Operacionalização dos dados dos utentes de 2007 a 2010	53
2. Operacionalização dos dados dos utentes em internamento no momento de estágio	58
3. Apresentação de resultados operacionais da comunidade terapêutica de 2009 a 2012	62
3.1. Processo de Admissão dos Utes	62
3.2. Processo de Tratamento	63
4. Conclusões de dados internos da Comunidade Terapêutica	64
Conclusão	69
Referências Bibliográficas	71

Índice de Siglas

CAT| Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CEPD| Centro de Estudos e Profilaxia da Droga

CIAC| Centros de Informação e Acolhimento

CRAC| Centro Regional de Alcoologia de Coimbra

CRI| Centros de Resposta Integrados

CT| Comunidade Terapêutica

CTAI| Comunidade Terapêutica Arco-íris

GCCD| Gabinete Coordenado do Combate à Droga

IDT| Instituto da Droga e da Toxicodependência

IPDT| Instituto de Prevenção da Droga e da Toxicodependência

MEIC| Ministério da Educação e Investigação Científica

SPTT| Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

UA| Unidade de Alcoologia

UD| Unidade de Desabilitação

Índice de Tabela e Figuras

Tabela 1 Processo de Admissão	62
Tabela 2 Processo de Tratamento	63
Figura 1 Organograma do IDT	41
Figura 2 Organograma da Delegação Regional de Coimbra	42
Figura 3 Áreas de intervenção	45
Figura 4 Ocupação Semanal dos utentes	66

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Idade dos utentes	53
Gráfico 2 Sexo dos utentes	54
Gráfico 3 Habilitações literárias	54
Gráfico 4 Situação Profissional	55
Gráfico 5 Estado Civil	55
Gráfico 6 Número de filhos	56
Gráfico 7 Idade com maior taxa de inicio de consumos	56
Gráfico 8 Idade Mínima de inicio de consumos	57
Gráfico 9 Sexo dos utentes	58
Gráfico 10 Idade dos utentes	59
Gráfico 11 Estado Civil	59
Gráfico 12 Número de filhos	60
Gráfico 13 Situação Profissional	60
Gráfico 14 Habilitações literárias	61
Gráfico 15 Problemas judiciais e/ou familiares	61

Introdução

Este relatório de estágio reúne informações das atividades desenvolvidas na instituição de acolhimento pela estagiária Tatiana Isabel Monteiro Henriques, dando cumprimento ao plano de trabalhos concretizado no contexto do Mestrado em Sociologia.

No âmbito do Mestrado em Sociologia, a estagiária cumpriu vários objetivos: caracterizar a entidade de realização do estágio; conhecer e caracterizar a população-alvo que é acolhida pela comunidade; preparar e desenvolver atividades com os utentes; acompanhar todos os procedimentos de tratamento dos utentes; assistir a reuniões de equipa; conhecer os espaços temáticos e de tratamento; aprofundar conhecimentos relativos à temática da toxicodependência, assim como à desintoxicação, reinserção, e reabilitação; e apoiar a equipa técnica interna, participando ativamente nas terapias de tratamento.

O estágio decorreu no período de 10 de Setembro de 2012 a 10 de Janeiro, de 2013 na Comunidade Terapêutica Arco-íris, em Coimbra. Esta comunidade é uma comunidade de tratamento e reinserção de toxicodependentes. Tem como objetivo principal a promoção da qualidade de vida dos utentes. A presença na Comunidade foi diária, de modo a permitir uma assimilação das dinâmicas e dos ritmos institucionais.

O relatório que se apresenta está estruturado em várias partes. Em primeiro lugar procura-se fazer um enquadramento teórico e especificar os objetivos do estágio. Para fazer o enquadramento teórico, considere-se que teria importância focar conceitos como “droga” e a “toxicodependência”.

Em segundo lugar considere-se relevante desenvolver a adolescência e a puberdade no sentido de se entender com maior clareza o porquê de esta ser uma fase de extrema importância no desenvolvimento social do indivíduo. O desvio social que pode levar ao consumo/abuso de estupefacientes. Como se pode observar tanto na análise teórica como na análise estatística, a adolescência é uma fase propícia ao início dos consumos, não só pela curiosidade que está

implícita nesta fase como também aos grupos de pares e meio social em que o indivíduo está inserido.

Em terceiro lugar, encontram-se as políticas sociais. O motivo que me levou a desenvolver a legislação portuguesa a nível da toxicodependência, assenta na importância que a legislação tem a este nível, ou seja, Portugal é um país com uma forte legislação a nível de estupefacientes, assim como no seu tratamento. Desta forma torna-se importante compreender o tipo de evolução que as políticas sofreram desde a criação dos primeiros institutos de apoio á toxicodependência.

Em quarto lugar, desenvolvo o papel dos profissionais de saúde, apoiando-me na legislação

Em quinto lugar, elaborei uma apresentação da Comunidade onde estagiei. Apresentando assim, os seus objetivos e métodos de funcionamento.

Em sexto lugar são apresentadas as estatísticas dos utentes residentes na comunidade de estágio de 2007 a 2011, comparativa aos utentes que estavam na comunidade na altura de estágio.

Em sétimo lugar, é apresentado de uma forma muito sucinta, os resultados operacionais da comunidade nos anos de 2009 a 2012, nomeadamente o processo de admissão dos utentes e o processo de tratamento dos mesmos.

Por fim, em oitavo lugar, mostro algumas conclusões que se puderam retirar de um estudo interno realizado pela comunidade, sobre os utentes residentes na mesma.

Parte 1| Enquadramento teórico e político da toxicodependência

1. Enquadramento teórico e objetivos do estágio

É relevante referir que o problema da toxicodependência é simultaneamente um problema social e um problema sociológico. É um problema social na medida em que constitui um desvio comportamental às expectativas socialmente criadas, e em relação ao qual ocorrerão reações negativas e respostas institucionais. É um problema sociológico por a compreensão da sua complexidade implicar um estudo sociológico. Segundo Baasher (2005) “A questão das drogas traz com ela uma larga variedade de problemas sociais e económicos, incluindo crime, violência e negligência da vida familiar. A preocupação com os níveis de abuso está aumentando em muitos países.” Mas também porque se torna necessário analisar as políticas públicas dirigidas a este problema social e caracterizar os contextos institucionais e organizacionais em que essas políticas públicas se concretizam.

Embora existam muitos estudos sociológicos realizados sobre a temática, sendo a Toxicodependência um fenómeno em crescente progressão, considero que tem assumido novos contornos que devem ser estudados e compreendidos sobre o ponto de vista da análise sociológica, designadamente no domínio das respostas institucionais que enquadram este fenómeno. Convém, por isso, dar conta das noções que enquadram este universo, das políticas sociais e das respostas institucionais, bem como de características do contexto técnico e profissional em que essas respostas se concretizam.

Como foi referido anteriormente na citação de Baasher, a questão das drogas traz com ela uma larga variedade de problemas. Essa será uma questão em análise no ponto referente ao utentes residentes na instituição no momento de realização do estágio.

2. Conceito de droga

O termo Droga vem da herança grega Pharmakón abrangendo “toda e qualquer substância natural ou sintética que introduzida no organismo modifica as suas funções. As drogas naturais são obtidas em determinadas plantas, animais e de alguns minerais e as sintéticas são fabricadas em laboratórios, exigindo técnicas especiais.” (s.a., 2007) Segundo a Organização Mundial de Saúde, droga é qualquer substância que uma vez induzida no organismo poderá modificar as suas funções.

Nos últimos 40 anos do passado século, devido ao aumento dos consumos de drogas ilegais, assistiu-se a uma mudança do termo, transitando este do campo científico para o campo social. Esta mudança caracteriza-se por uma aplicação mais restrita e concreta, uma vez que se vai progressivamente substituindo a noção de “fármacos” por “droga”.

Passou a ser mais restrita na medida em que se utiliza o nome apenas para um grupo de substâncias psicoativas (as ilegais). E passou a ser mais concreta porque a aplica indistintamente para referenciar qualquer substância ilegal.

Com isto quero dizer que, há não muitas décadas, todo o tipo de substâncias - fossem elas legais, ilegais, medicamentos e até plantas - tinham a denominação de fármacos. Nos últimos 40 anos, este termo passou a ser mais concreto e restrito fazendo-se, portanto, a diferenciação do tipo de droga e de fármaco.

Nessa diversidade de conceitos de droga, o sociólogo Domingos Comas (1985, p.23) refere que:

Droga é toda a substância que, ao ser usada pelos indivíduos, provoque em alguns deles um síndrome de dependência, percebido pelo próprio, pelos seus grupos, ou pela sociedade como tal. O aparecimento da síndrome de dependência depende das propriedades farmacológicas da substância ao interagir com um organismo vivo. Esta definição tem duas importantes implicações, a primeira é que há muitas substâncias que são “drogas teóricas”, quer dizer que se fossem utilizadas poderiam provocar síndrome de dependência. Tais “drogas teóricas” não são drogas de um ponto de vista social e não têm, nem deveriam ter, por razões preventivas, interesse a não ser o da investigação toxicológica. A

segunda, são as propriedades farmacodinâmicas de uma substância, as que determinam a sua inclusão na categoria droga, pelo facto de provocar síndromes de dependência reais e observáveis em indivíduos concretos e no nosso meio sociocultural.

A definição social do termo remete para a dimensão do consumo e da proibição de um conjunto de substâncias psicoativas, denominadas narcóticos, invocando a sua nocividade intrínseca devido a um mau uso humano.

Em 1957, o “*Comité de Peritos das Drogas que produzem Adição*”, da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerou necessário distinguir entre *drogas* produtoras de hábitos e *drogas* produtoras de adição.

No entanto, seis anos depois, o mesmo comité recomendou a substituição dos termos “hábito” e “adição” por dependência. Este termo apagaria a distinção entre drogas lícitas e drogas ilícitas, levando a que a dependência deixasse de ser apenas na qualidade de droga, mas que surgisse da incapacidade de um indivíduo controlar o consumo de qualquer tipo de droga.

A distinção encontrada entre drogas legais e drogas ilegais reside no facto de as últimas terem propriedades psicotóxicas. Ou seja, socialmente não têm utilidade e são procuradas para alterar indevidamente o comportamento e a consciência do individuo. Neste sentido, quem define o uso indesejável das “drogas” são as convenções sociais; ou seja, a construção social produzida pelas normas sociais, que vão sendo aprovadas internacional e nacionalmente. A construção social dá um atributo a substâncias psicoativas que resulta dos enunciados das próprias convenções, conduzindo a uma transformação abstrata para uma mais concreta da droga limitada a propriedades nocivas. É aqui que se consubstancia a base para problematizar as drogas enquanto problema sociológico.

As convenções sociais e a construção social da droga não só traçam fronteiras entre drogas, como também definem os seus usos, e enunciam as próprias funções subjetivas. Isto tem implicações do domínio legal e terapêutico, mas também nas representações dos profissionais que atuam neste campo. Desta forma, são os valores sociais que, ao normalizarem o uso das drogas, fornecem as bases de conhecimento que existem em relação às mesmas.

Do ponto de vista sociológico, é necessário evidenciar esta construção social utilizada para definir a droga. O contexto histórico e social é um fator determinante na definição de droga (nos seus efeitos, no comportamento relacionado com as drogas e na experiência com as mesmas), considerando que estas podem ser: “duras” ou “leves”, “medicinais” ou “abusivas” e “adictas” ou “benéficas”, estas denominações são fundamentalmente determinadas pela política e não pela farmacologia.

Uma concepção distinta da fixada pela visão convencional consta de um documento institucional, que teve um grande impacto quando foi publicado – Relatório de 23/11/94 do Comité Nacional Consultivo francês de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde sobre as toxicomanias. Neste documento, refere-se que, “a distinção entre as drogas lícitas e ilícitas não repousa em nenhuma base científica, quer sob o ponto de vista do seu modo de ação, dos seus efeitos sobre o sistema nervoso central ou dos riscos que apresentam”, esclarecendo que “as drogas não proibidas são potencialmente tão perigosas, no seu conjunto como as drogas proibidas (Comité Consultatif National d’Étique, 1994).

Deste modo, propõe-se uma definição de raiz técnica para droga, explicando as finalidades que podem servir em função dos seus diferentes usos; ou seja, as modalidades resultantes da forma como as pessoas a utilizam:

Chamaremos droga a uma substância agindo sobre o sistema nervoso central e que é consumida pelos seus efeitos neuropsíquicos, quer sejam num fim recreativo “para o prazer”, exploratório “por curiosidade”, utilitário “para melhor suportar a fadiga, para atenuar a dor, para melhor dormir, para acalmar a sua ansiedade, para ficar menos deprimido, etc.”. A fronteira entre o uso “terapêutico” medicamento prescrito por um médico e o uso “não terapêutico” é frequentemente fluida, por causa da importância da automedicação e/ou do desvio de produtos terapêuticos para outros fins. É necessário notar que a maior parte das drogas, tanto as que são atualmente ilícitas (opiáceos, cocaína, LSD) como as que são de uso corrente (café, tabaco, álcool) têm, ou tiveram, em medicina usos terapêuticos, em dose definida e com indicações definidas (Comité Consultatif National d’Étique, 1994).

Segundo Room, existem três grandes abordagens na análise da dependência das drogas. Em primeiro lugar, a droga entende-se como um dado empírico; ou seja é concebida como uma doença. A segunda abordagem baseia-se na dependência como um dado, salientando a importância dos fatores sociais-culturais da sua produção. A terceira e última abordagem desloca-se das conceptualizações da dependência como um dado empírico e problematiza-a como uma construção sociocultural, que diz mais sobre as estruturas de pensamento de uma dada ordem social do que sobre a natureza ou a realidade da experiência individual.

Podem-se considerar 3 tipos de drogas. As Depressoras (podem dificultar o procedimento das mensagens que são enviadas ao cérebro); as alucinogénias (têm por característica principal a despersonalização em maior ou menor grau); e, por fim, as Estimulantes (produzem aumento da atividade cerebral, diminuem a fadiga, aumentam a percepção ficando com os sentidos apurados). A relevância sociológica deste tipo de categorizações está menos na sua validade operativa e mais nas representações sociais e respostas institucionais que são capazes de gerar.

3. Conceito de toxicodependência

O conceito de toxicodependência está associado ao de droga e por conseguinte sujeito ao mesmo processo de construção social associado a esta.

A toxicodependência é referente a um estado de dependência que pode ser psicológica e/ou física. Essa dependência é originada pelo consumo repetido de uma substância psicoativa e caracterizada pelo consumo compulsivo e muitas vezes descontrolado. Tal situação persiste em desprezo por todas as consequências negativas do consumo (físicas, psicológicas e até sociais). A toxicodependência é também a dependência de substâncias ou dependência química. É uma doença que se caracteriza por um modelo destrutivo de abuso de drogas.

Nos anos 80, a OMS adotou o conceito de “síndrome de dependência” como uma entidade nosológica composta por um grupo inter-relacionado de sintomas

cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Este conceito assenta na distinção entre a dependência fisiológica e a dependência psicológica. A dependência fisiológica define-se pela adaptação do organismo caracterizado pelos sintomas de tolerância e privação. A dependência psicológica corresponde a um estado emocional de necessidade.

Em termos sociais não exerce a sua influência apenas ao nível dos conhecimentos adquiridos sobre os psicotrópicos, sejam estes legais ou ilegais. A atitude que uma sociedade manifesta relativamente às práticas de intoxicação, desempenha igualmente um papel decisivo no destino dos sujeitos sociais que se entregam ao consumo de drogas. Pode-se distinguir dois tipos de atitude que dão lugar a duas modalidades que a toxicodependência adquire hoje em dia: a *toxicodependência clássica* e a *toxicodependência moderna*.

A *toxicodependência Clássica* são as práticas de intoxicação voluntária que, embora se verifiquem um pouco por todo o mundo, não suscitam a rejeição dos indivíduos por parte das sociedades no seio das quais se situam. O álcool na civilização ocidental, tal como a cannabis relativamente ao modo de vida do mundo oriental, deram origem a práticas sociais específicas que, não só veiculam tradições, como se tornaram inseparáveis das sociedades que as acolhem. A questão é que, para lá destas categorizações, muitas vezes, na realidade, e no enquadramento ambulatorio e terapêutico, as realidades não são estanques e muitos dos problemas acabam por se manifestar num mesmo indivíduo. Daí ser relevante indagar de que modo, as organizações enquadram esta realidade sociológica.

A *toxicodependência Moderna* corresponde a outro tipo de práticas que se foram instalando ao longo dos dois últimos séculos. Contudo, não foram acompanhadas com a aprovação das autoridades, tendo chegado mesmo a desencadear uma reação negativa por parte do poder judicial; ou seja, o contexto cultural influencia a classificação dos produtos e dos seus efeitos, ignorando os progressos científicos e dando mais valor aos usos e costumes.

O consumo de psicotrópicos não se limita apenas à alteração do equilíbrio biológico dos indivíduos, mas parece atingir o equilíbrio ecológico das civilizações.

Em todas as sociedades atingidas pela toxicodependência constata-se a existência de um substrato social mais propenso ao consumo. Isto constitui o indicador de grau de penetração que a droga e as práticas com ela relacionadas conseguem ter na sociedade. A toxicodependência pode ser uma prática de *massa ou de povo, de grupo ou comunitária, solitária ou individual*.

A *toxicodependência de massa ou de povo*, constitui uma prática de intoxicação que se tornou extensiva a todos os sujeitos sociais. O seu desenvolvimento conta com o consentimento da totalidade da sociedade de acolhimento e encontra-se de tal forma edificada que passou a ser considerada como um dos dispositivos de integração social.

A *toxicodependência de grupo ou comunitária*, apenas autorizaria desenvolver-se em contextos sociais extremamente reduzidos cujas ligações são garantidas por uma rede mais vasta, em vez de transmitir a todo o corpo social. Mais uma vez, no plano sociológico, afigura-se relevante perguntar que tipo de representações predominam entre profissionais e nas culturas organizacionais dos centros de tratamento, bem como até que ponto as organizações de tratamento estão preparadas para lidar com indivíduos de distintas proveniências e trajetórias sociais.

Já a *toxicodependência solitária ou individual* motiva não apenas a rejeição da sociedade de acolhimento como o do próprio grupo em que ela se desenrola. Socialmente isolado, o toxicodependente solitário não se sente apenas excluído do mundo que o rodeia, mas ainda dos grupos em que originalmente se inseria, como a família e o seu grupo de amigos. Mais uma vez, há que perguntar até que ponto os contextos terapêuticos estão adequados a esta realidade, providenciando condições de acolhimento para indivíduos sujeitos a estes mecanismos e trajetórias. Por outras palavras, vale a pena perguntar até que ponto os contextos terapêuticos obedecem mais a uma lógica comunitária ou a uma lógica de instituição de controlo. Sobressai, no fundo “(...) o medo inefável da morte vitoriosa acusada pela branca heroína que ataca quando já estamos sós e nos condena irremediavelmente à exclusão social e depois biológica” (1989, Xiberras)

Esta citação de Xiberras leva a que se fale do efeito pessoal das práticas duras e moderadas de uso/abuso de drogas. A extrema variabilidade dos efeitos, consoante as predisposições específicas dos sujeitos, é confirmada pela observação farmacológica. Esta é uma das razões que explica o facto de os psicotrópicos naturais terem sido distanciados das substâncias sintéticas, no que se refere às propriedades terapêuticas.

Cada ser humano corresponde a um determinado equilíbrio biológico e a uma taxa de força vitalizadora facilmente moduláveis sob o efeito de psicotrópicos. É na perspectiva do indivíduo e não da do produto que se devem calcular os limiares de sensibilização resultantes dos produtos tóxicos. A relação entre o ser humano e uma determinada substância depende da forma e da intensidade de ambos (sujeitos e produtos).

Poder-se-ia afirmar que o principal efeito dos psicotrópicos é a provocação da alteração do estado de consciência, caracterizado pela euforia ou pela disforia. Trata-se, para resumir, de sensações de embriaguez, êxtase ou entusiasmo que o homem pode consentir naturalmente, mas que no entanto são fortemente agravados pela influência destes produtos.

Segundo Louis Lewin (*apud* Xiberras, 1989) existem diversos tipos de transformações.

Lewin designa de *excitantia* as substâncias cujo efeito específico é provocar um impulso de ordem física e psíquica. Substâncias como a cafeína, o tabaco estão incluídas neste grupo, tendo em vista as suas propriedades excitantes do sistema nervoso. Estas substâncias que conduzem ao primeiro grau de entusiasmo, no sentido em que os indivíduos, extremamente conscientes do aumento das suas capacidades, se sentem invadidos por uma suave exaltação. A *inebrantia* abrange sobretudo as substâncias que induzem estados de embriaguez e constitui uma etapa complementar, que se situa entre os limiares da excitabilidade sensorial e emocional. A *euphorica* agrupa todos os psicotrópicos que induzem um estado próximo da euforia. A *hypnotica* agrupa todos os agentes psicotrópicos susceptíveis à indução do sono, geralmente são constituídos pelos derivados do ópio, como a morfina e a heroína. E, por fim, a *phantástica* abrange todos os

produtos indutores de ilusão ou alucinação. Para além de substâncias leves, como o cannabis, incluem-se outras, como os cogumelos alucinogénios, a psilocibina, o LSD, entre outros.

Com isto pode-se concluir que todas estas substâncias, desde que sejam objeto de uma utilização intensa, conduzem a um estado de embotamento ou de estupefação. Quando o consumo de psicotrópicos se mantém dentro dos limites moderados, parece ser possível caracterizar o estado atingido como uma suave euforia, e não como uma penosa disforia.

Considera-se então importante esta análise, pois cada utente dentro de uma comunidade tem de ter um tratamento individualizado, e dependendo do tipo de estupefaciente que consumia terá de ter um processo de desabitação diferente, com medicamentos diferentes e com tempo de adaptação diferentes (por exemplo, um consumir de heroína terá uma desabitação mais dolorosa e prolongada e com medicações como a metadona). A análise é igualmente relevante, na medida em que à linearidade da tipologia se contrapõem hábitos de consumo, marcados por uma escala da dependência, que nos colocam perante indivíduos que, ao longo das suas vidas, foram experimentando diferentes dependências.

4. Adolescência e Puberdade

Quando falamos em droga devemos ter em atenção a adolescência e a puberdade.

A adolescência é “um período de maturação orgânica. A puberdade marca o fim da infância e o início do estado de adulto. A emergência deste estado permite, tanto ao rapaz como à rapariga, caminhar no sentido do encontro gradual das condições que, de acordo com o seu sexo, lhes permitem vir a desempenhar socialmente os seus papéis e funções.” (Barata *apud* Dias, 2002: 24)

A puberdade é considerada pelos médicos um período de lentas transformações, tanto físicas como psicológicas, segundo Rideau (*apud* Dias, 2002), é na puberdade que “sobressaem as perturbações de comportamento, as variações de

humor repentinas, a timidez, o não sentir-se bem na própria pele e as crises de pudor ou de vergonha do seu próprio corpo”.

Esta é uma fase de revolução orgânica e psíquica. O indivíduo confronta-se, com frequência, com pequenas perturbações da consciência e da personalidade.

É importante frisar que o controle social é um fator importante nos jovens. Cazaneuve (*apud* Dias 2002) descreve o controle social como “uma série de processos sociais que tornam o indivíduo responsável relativamente à sociedade, constroem e mantêm a organização social, formam a personalidade humana socializando o indivíduo e permitem alcançar uma ordem social melhor.”

Quando existe uma ruptura no padrão normativo por um comportamento desviante, acaba por se provocar sentimentos negativos nos membros do sistema social, acionando o sistema de sanções (cuja função é punir a infração e impedir futuros desvios). Como refere a socióloga Eva Lakatos (*apud* Dias 2002), fazendo referência a Ogburn e a Nimkoff, “a não conformidade ou o comportamento desviante ameaça a integração dos grupos, os quais, por sua vez, procuram reagir.” Nesta perspectiva é curial registrar que o refúgio nas drogas como forma de reagir a um certo controle social se confronta, em contexto terapêutico, pela imposição de mecanismos de controle social como forma de promover a fuga ao consumo de drogas.

Podemos observar agora o controle comportamental, no contexto da conformidade e do desvio. Os grupos têm convicções diferentes sobre a exigência relativa à forma como as normas devem ser cumpridas. Os grupos reprimem as variações extremas, e quanto maiores são os desvios comportamentais às normas aceites mais severas são as sanções. Os limites de tolerância variam de acordo com o desvio, visto que, em determinadas circunstâncias, os grupos admitem um certo grau de afastamento às normas. Em épocas de crise, ocorrem mudanças nos limites de tolerância no seio dos grupos. A tolerância face ao desvio é maior nos sistemas humanos grandes e heterogêneos do que nos pequenos e homogêneos. O controle social é cada vez maior nas empresas e no Estado, em detrimento da família, da comunidade envolvente e das igrejas. O desvio das normas é mais facilmente tolerado nos indivíduos considerados de

status elevado, do que nos de status considerado baixo. É feita maior exigência de conformidade às normas para uns grupos do que para outros. A tolerância de cada grupo varia em função da questão em causa. Resta saber qual o grau de intolerâncias às normas no seio de grupos terapêuticos que combinam várias destas características.

A mesma socióloga (Lakatos *apud* Dias), apoiando-se em Johnson, apresentou alguns fatores que podem facilitar ou conduzir a comportamentos desviantes: falhas ou carências no processo de socialização; sistema de sanções fraco; facilidade em o indivíduo racionalizar os seus desvios; finalidades indefinidas das normas sociais; sigilo das infracções, não permitindo, por isso, a ação de controlo social que contrarie o comportamento desviante; execução injusta da lei, levando, por consequência, ao descrédito e ao desrespeito das normas; legitimação subcultural do desvio, encorajada pelos pares do desviante; sentimento de lealdade para com os grupos em desvio, face à pressão do grupo sobre o indivíduo.

Nesta fase, teremos de pôr em evidência o que são os comportamentos desviantes, sendo que estes levam muitas vezes a que os jovens adolescentes ingressem por maus caminhos. Os comportamentos desviantes são frequentemente rotulados de anormais e vistos como expressão de desequilíbrios e de doenças. Considera-se que o desvio implica a existência de um comportamento médio ou ideal, requisito necessário ao funcionamento social.

As drogas surgem muitas vezes como uma via mágica de descoberta e de enriquecimento pessoal. A curiosidade de novas sensações e o valor mítico da droga, de descoberta e de solução para as dificuldades da vida, são fatores que contribuem para o consumo de drogas.

O consumo de drogas é um fenómeno multifatorial. Esta análise deve ter em conta as condições de vida das pessoas e as formas de organização da sociedade, visto não serem apenas os jovens que se tornam dependentes, mas também os adultos de ambos os sexos.

Existem 9 dimensões sociológicas que permitem justificar o carácter social da toxicodependência, sendo estas: a visibilidade social; estrutura de relações

sociais; espaço social; tempo social; consequências sociais; mobilização social; reflexividade; discursos sociais; e sistemas de conhecimento. (Dias, 2002).

Em Portugal, são ainda relativamente escassos os estudos centrados na caracterização das necessidades dos consumidores problemáticos de drogas. Tal caracterização afigura-se, no entanto, fulcral já que é necessário examinar uma diversidade de questões associadas ao consumo de riscos de doenças infecciosas para os consumidores de drogas por via endovenosa, a relação entre a atividade criminal e o consumo de droga etc. (Negreiros, 2003).

O consumo de estupefacientes leva-nos a pôr em evidência os grupos de risco.

A ação social aparece como um instrumento de política social, entre outros, entre os quais se contam medidas de política (sobretudo de natureza legislativa), a prestação de serviços (incluindo os equipamentos sociais), intervenções/ações sob a forma de projetos.

A política social preocupa-se com o bem-estar das pessoas, das famílias, dos grupos, das comunidades e da sociedade. Para a política social, o bem-estar constitui um objetivo de curto prazo, de médio prazo e de longo prazo. Um objetivo que está explicitamente presente mesmo quando se tem de ocupar dos aspectos instrumentais ou dos meios. (Rocha, s.d).

Alguns critérios que podem ser úteis à ação social: Privilegiar as pessoas ou os grupos portadores de problemas sociais ou em situação de risco; Normalmente, a mudança social (condições de resolução de um problema social) é o resultado de uma sucessão de pequenas mudanças sociais, a diversos níveis. A ação social requer um perfil profissional de tipo "clínico geral", que saiba analisar os problemas, identificar as áreas científicas e institucionais que deverá procurar envolver, e gerir diversos contributos, integrando-os numa ação coerente. Ter em atenção que existem vários níveis de causas: as causas imediatas são as que se reconhecem imediatamente e podem requerer ações de emergência (a fome por exemplo); as causas intermédias estão por detrás das causas imediatas (causas da fome, por exemplo); e causas estruturais ou de fundo, normalmente as causas ligadas à sociedade e que podem requerer mudanças institucionais, culturais e/ou sociais. Ter lucidez nas expectativas. Cada agente social deve ter uma noção clara do que a ação pode ou não produzir; A ação social não é para amadores. A

colaboração de voluntários é de extrema importância. Acrescenta recursos humanos e favorece a solidariedade e o clima humano da ação. Mas isso não deve contribuir para uma ação sem fundamento técnico-científico. Não se deve dar a impressão de que a boa vontade, por importante que seja, (como de facto é). (Rocha, s.d).

As políticas de ação social para toxicodependentes e famílias têm como objetivos: fomentar a integração dos toxicodependentes em processos de recuperação, tratamento e reinserção social; despistar situações de risco; sensibilizar para a mudança de comportamentos e abandono de drogas; incentivar a cooperação da família, nomeadamente, através da informação, da motivação, do apoio social do encaminhamento, no processo de recuperação e de reinserção social da pessoa toxicodependente; incentivar a cooperação de elementos extrafamiliares e da proximidade da pessoa toxicodependente, através da motivação e da informação no processo de recuperação e reinserção social.

“Quanto ao departamento de reinserção social [que existe como resposta institucional em muitas localidades] tem como objetivos: proporcionar alojamento temporário; garantir a satisfação das necessidades básicas; promover a reinserção social, familiar, escolar e profissional; e consolidar as capacidades de autonomia.” (Câmara Municipal de Coimbra, s.d)

A toxicomania continua a comportar inúmeras significações, entre as quais as mais contraditórias são as que se contrapõem uma definição de doença psicológica ou a um desvio pessoal – como já foi referido. No entanto, são inúmeros os intervenientes sociais e as disciplinas que participam na construção do universo das dependências e o facto é que as interações que se geram entre os diferentes sistemas sociais e culturais abrangidos parecem dificultar ainda mais um conhecimento objetivo deste fenómeno.

A prática de abuso pressupõe a existência dos 3 polos relacionais indispensáveis à compreensão da toxicodependência. O primeiro baseia-se numa substância psicotrópica, um agente modificador da mente e do corpo, mas cujos efeitos dependem fortemente do equilíbrio do próprio consumidor e sobretudo do nível de estabelecimento da sociedade. O segundo num determinado contexto desse saber farmacológico. E, por fim, o terceiro, num sujeito consumidor, influenciado

por um produto, e que atua sobre esse mesmo produto. A noção de prática questiona profundamente os laços que se estabelecem entre o sujeito social e a droga.

A noção da prática de uso/abuso de drogas questiona os laços que se estabelecem entre o sujeito e a própria droga. Há factos que a descrevem como uma relação de encantamento que determina a irresponsabilidade mental ou relacional dos indivíduos intoxicados. O que parece certo é que a toxicodependência vai aos poucos “dando lugar à noção de prática tóxica, entendida como conduta de intoxicação voluntária, a qual pressupõe um saber teórico ou experimental sobre o processo tóxico” (1989: Xiberras).

O Dr. Oughairlian, propõe a enumeração destes efeitos tendo em conta três tipos de atitudes. Primeiro a forma como a sociedade de acolhimento toma conhecimento dos produtos e proíbe o seu consumo. Segundo o tipo de tratamento que a sociedade dá aos toxicodependentes. E, por fim, as finalidades que os próprios toxicodependentes tentam manter através do consumo.

O primeiro tipo de relação permite detetar não só a atitude geral da sociedade relativamente aos psicotrópicos mas também o conjunto de representações que uma determinada sociedade pode formar de um produto específico.

As drogas provocam efeitos no consumidor, podendo esses ser caracterizados como “*efeito principal*” e “*efeito estereótipo*”.

O *efeito principal* consiste numa reflexão no quadro psíquico e fisiológico dos consumidores. O *efeito estereótipo* explica o efeito esperado, pelos consumidores, fora do contexto clínico.

5. Políticas

A partir de 1983, Portugal conheceu uma nova era de reflexão política face ao fenómeno de consumo de drogas, que ganhou contornos de uma visão sociológica e institucional. O toxicodependente era encarado como um cidadão doente e que, pelo seu estilo de vida, coloca problemas de saúde pública, pelo

que se torna necessário motivá-lo para o tratamento. Assim, o modelo biopsicossocial surgiu como referência dominante no período entre 1983 e 1999, marcado por uma nova tendência organizativa e estrutural na área da droga e da toxicodependência (Projeto Vida, SPTT e IPDT – explicados no ambiente de estágio).

Em 1999, com a aprovação da *Estratégia Nacional de luta contra a droga*, Portugal assumiu uma maturidade de intervenção política face ao fenómeno da droga. Assim a *Estratégia Nacional* “assentou num quadro de intervenção completo, reconhecendo a importância e interdependência de sete componentes essenciais: prevenção; tratamento; reinserção social; redução de riscos e minimização de danos; dissuasão; cooperação internacional; e branqueamento de capitais” (2007: Dias).

A partir do ano 2000, inicia-se, na política portuguesa em matéria de drogas, uma visão descriminalizada do consumo de drogas, que ainda hoje se mantém.

Procurou-se apostar na concertação das ações e intervenções diretas, principalmente a nível de prevenção primária dos diferentes serviços. Atendendo ao modelo instituído, foi homologado o Regulamento das Delegações Regionais e dos Núcleos Distritais e Locais do IPDT, que tiveram origem com o Projeto VIDA, com o objetivo de desenvolver uma ação de maior relevância em matéria de prevenção primária.

5.1 Políticas de Prevenção

Na década de 70 a *prevenção primária* apresentava-se com pouca relevância para a política da toxicodependência. No entanto, esta era feita através de medidas informativas (pedagógicas e formativas). Os programas de informação eram determinados pelas características do público-alvo, tendo presente a problemática concreta da toxicodependência e a comunidade de grupos considerados importantes, eram incluídos no currículo escolar, programas de educação sanitária e programas sobre desenvolvimento psicossocial do indivíduo.

Com o passar dos tempos, e com base na aquisição de novos conhecimentos sobre o tema que é a prevenção, houve uma evolução em relação ao uso/abuso de drogas, que passou a ter uma concepção mais alargada: o da “educação para a saúde”.

A prevenção é definida como um tipo de intervenção realizada no período pré-patogénese, tanto através de medidas destinadas a promover o estado de saúde, como o estabelecimento de processos de proteção contra agentes patológicos.

A atuação comunitária tencionou, aumentar na comunidade os conceitos sobre as diferentes drogas assim como as consequências dos seus consumos e abusos; a sua relação com outras substâncias (álcool, tabaco e medicamentos); melhorar a comunicação interpessoal (pais, filhos e professores e promover atividades extra curriculares que motivasse os jovens), assim como auxiliar o desenvolvimento socioeconómico e cultural da comunidade com a participação de todos.

Plano de prevenção primária das toxicodependências no meio escolar

No procedimento de uma política de prevenção da toxicod dependência, a 24 de Abril de 1979, estabeleceu-se, com o apoio da UNESCO, um acordo entre o Ministério da Educação e Investigação Científica (MEIC) e o Gabinete Coordenado do Combate à Droga (GCCD), visando um Plano de Prevenção Primária das Toxicod dependências no Meio Escolar, mediante ações de formação e informação. Em Coimbra, a responsabilidade executiva deste plano ficou a cargo do diretor regional do Centro de Estudos de Profilaxia da Droga de Coimbra, estendendo-se às três Direções Regionais do Centro sem prejuízo de autonomia da cada um.

Este plano tinha como objetivo dar respostas elaboradas e programadas a toda a problemática que é a droga, esta experiência piloto pretendeu provocar mudanças de comportamento e atitude face ao fenómeno, por via de formação e informação de *Professores Mediadores*, que atuariam junto do restante meio escolar. Estes *Professores Mediadores*, tinham como função estabelecer a ligação entre o CEPD e as escolas, analisar os casos, intervir em ações de informação, a realização de atividades informativas/formativas, encaminhamento de casos em que se

considerasse necessário uma intervenção a nível secundário ou terciário, assim como a canalização de eventuais pedidos de esclarecimento.

Como a existência do CEPD foi muito curta, não foi possível estabelecer critérios rigorosos para uma avaliação satisfatória, sistemática e permanente.

As equipas de Prevenção Primária do CEPD, e não só, aparecem como tentativa, ainda incipiente, de sensibilizar e informar/formar a fim de se evitarem os fenómenos cada vez mais correntes de empolamento, especulação, dramatização, sensacionalismo e notória deturpação canalizadas a nível pessoal, grupal e dos mass-media. (Dias *apud* Dias pp. 220)

Nos anos 80, o conceito de Prevenção Primária assumiu uma nova dimensão, caracterizando-se como:

(...) todo o conjunto de ações que se destinam a intervir num estágio em que o indivíduo ainda não entrou em contacto com a droga, visando evitar que esse encontro se dê, ou ainda, em termos mais latos evitar que tendo havido esse contacto, o seu uso ocasional se torne regular e abusivo (...). (Sousa *apud* Dias pp. 222).

Esta Prevenção Primária foi definida no Decreto-Lei nº 365/82, de 8 de Setembro, como a intervenção ligada à diminuição do risco de aparecimento de novos casos. A estratégia preventiva, inseriu-se numa perspetiva da educação promocional de saúde mental, que teria como finalidade, desenvolver junto dos jovens competências psicossociais e pessoal e desenvolver junto dos adultos competências onde se incluía a melhoria das relações familiares.

Com o desenvolvimento do Projeto VIDA, a prevenção primária passou a ser considerada uma área prioritária e como uma forma de abordagem precoce de problemas junto de grupos-alvo específicos. As ações, então implementadas no âmbito da prevenção primária contemplaram, para além da comunidade escolar, toda a comunidade em geral e jovens não escolarizados.

Projeto “Viva a Escola”

O projeto “Viva a Escola”, criado em 1990, teve como objetivos:

- Proporcionar condições controladas para a vivência de sentimentos de prazer;

- Emoção e risco;
- Desenvolver capacidades que permitam assumir a nível individual e coletivo;
- Construir climas de escola cooperativos, dinâmicos e estimulantes;
- Desenvolver comportamentos de autonomia, responsabilidade e sentido crítico.

Projeto de Férias

Um outro projeto desenvolvido pelo Ministério da Educação é designado “Projeto de Férias”. Este projeto teve por objetivo promover a “ocupação saudável de tempos não letivos, através da realização de atividades criativas e variadas.” (Presidência do Conselho de Ministros *apud* Dias, pp. 227).

Programa de Promoção e Educação para a Saúde

Em 1993, o artigo 70º do Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro, define as competências do Ministro da Educação nas atividades de prevenção primária, ficando a coordenação de projetos de prevenção do consumo de álcool e de substâncias psicotrópicas a nível escolar, com incidência específica na prevenção do consumo de drogas, sob a responsabilidade do Ministério da Educação, através do PPES.

O PPES era uma estrutura descentralizada que funcionava a nível nacional, constituída por Professores Técnicos de diferentes valências que promoviam as condições necessárias à implementação do PPES.

Programa Escola Segura

A lógica de programas de meio escolar, proporcionou à Polícia de Segurança Pública (PSP) desenvolver um programa de ação concreta e preventiva da criminalidade e delinquência, designando-se “Programa Escola Segura”, abrangendo do 1º ciclo do ensino básico até ao ensino superior.

Centros de Informação e Acolhimento (CIAC's)

Após a criação do SPTT, em 1990, a prevenção da toxicodependência passou a realizar-se através dos Centros de Informação e Acolhimento (CIAC's). Estes constituíram-se como um pilar e suporte complementar à restante intervenção

clínica e psicossocial do SPTT, principalmente na área de formação desenvolvida para técnicos de instituições públicas e privadas que articulavam com serviços do SPTT. Os CIAC's desenvolviam as suas funções na área da prevenção de comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente do consumo nocivo de drogas psicoativas. Tinham como objetivo fortalecer os fatores protetores dos jovens, procurando facilitar a integração social e o desenvolvimento psicossocial.

5.2 Políticas de Tratamento

O tratamento da toxicod dependência evolui e desenvolve-se num momento de reestruturação necessária de filosofias, métodos e organizações de atendimento.

Numa primeira fase de atendimento psiquiátrico (com algum insucesso), passou-se para uma abordagem psicoterapêutica de orientação analítica, iniciada em 1978, pelo CEPD. No seguimento desta abordagem, e desde a criação do CEPD (1976), as ações na área do tratamento abriram uma nova consciência nacional, com base numa supervalorização de dependência em relação às substâncias psicoativas e a sua desabilitação, pensando-se que extinguindo a dependência física se conseguiria obter a resolução do problema.

Quando se trata de métodos de tratamento, reconhece-se a diversidade envolvente, sobretudo, as comunidades terapêuticas e outras instituições assistenciais, num trabalho interventivo que dá ao toxicod dependente um suporte de tratamento da sua dependência que passa pela desabilitação física (ambulatório ou internamento), às psicoterapias, à terapia familiar, aos internamentos de longa duração em CT, passando também pela utilização de fármacos antagonistas ou agonistas¹.

A intervenção do CEPD Centro revestiu duas formas essenciais:

1. A ação na comunidade em resposta a solicitações de grupos de pais, professores etc.;

¹ Antagonistas – Naltrexone e agonistas – Metadona e LAAM

2. O atendimento em consulta externa de jovens que, voluntariamente, recorriam aos serviços.

O aparecimento nas consultas externas de casos exigindo um tratamento mais intensivo e em regime fechado impulsionou a abertura do Sector de Internamento, destinado a receber os dependentes graves.

A 21 de Junho de 1978, é fundada a primeira comunidade terapêutica para toxicodependentes no país, que se veio a chamar “Comunidade Terapêutica Arco-íris”. Funcionou como valência do CEPD, desde a sua criação até Abril de 1995, posteriormente sobre valência do Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT). Em Janeiro de 1997 foi-lhe concebida autonomia administrativa.

5.3 Políticas de reinserção dos toxicodependentes

O conceito de reinserção social pode definir-se “como um processo de vinculação ativa e efetiva à realidade socioeconómica e cultural que o individuo realiza, após um período de isolamento ou marginalização do seu meio e/ou após uma crise com esse meio.” (Dias, 2007 pp.294)

Pode-se considerar que o principal objetivo deste conceito é permitir ao individuo que se torne capaz de não cometer crimes, disponibilizando-lhe os meios necessários e adequados segundo os quadros legais, seguindo as exigências do Estado. Neste sentido, a liberdade do indivíduo fica salvaguardada, para decidir sobre a adesão ou não dos valores do modelo jurídico vigente; ou seja, é ao individuo que cabe a decisão de cometer ou não quaisquer tipos de crime.

Quando se fala da reinserção de toxicodependentes, não se limita apenas a estratégias informativo-instrutivas de socialização, privilegia a capacitação do individuo para lidar com os desafios atuais, mas também promove a capacidade de lidar de forma mais flexível e criativa com situações futuras.

A relação do sujeito com o mundo, especialmente em termos de afetos e emoções, é indissociável da ação. As oportunidades de ação são relevantes para a construção constante da relação que o sujeito estabelece com o mundo físico e social.

A reabilitação/reinserção são uma fase da intervenção terapêutica, que se segue ao tratamento feito ou em ambulatório ou em internamento, sendo considerada como uma prevenção terciária. Desta forma, a prevenção terciária é entendida como uma forma de intervenção terapêutica que proporciona ao ex-toxicodependente a possibilidade de se integrar na sociedade, como um elemento ativo, através da experiência profissional por ela validada, considerando-se um fator de construção e progresso, proporcionando uma experiência pedagógica de convívio com elementos da sociedade que se desviam da normalidade.

5.4 Programa Vida Emprego

O programa *Vida Emprego* foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 136/98, de 4 de Dezembro, e pertence ao quadro de medidas ativas de emprego e formação.

Tem como objetivo potenciar a reinserção social e profissional dos toxicodependentes em fase final de tratamento, é uma parte integrante e fundamental do processo de reabilitação.

O programa dirige-se a toxicodependentes em idade ativa, que se encontrem ou tenham terminado os processos de tratamento, quer em Comunidades Terapêuticas, quer em regime de Ambulatório (incluí toxicodependentes em tratamento no quadro de sistema prisional).

Este programa desenvolve-se com recurso a cinco medidas específicas:

1. Mediação para formação e emprego
2. Estágio de integração socioprofissional
3. Apoio ao Emprego
4. Prémio de integração socioprofissional
5. Apoios ao Autoemprego

Neste sentido, o Plano Nacional de Emprego (PNE) tem como principal prioridade a melhoria da empregabilidade, assim como a integração socioprofissional de pessoas em situação de desvantagem, face ao mercado de trabalho.

O programa Vida Emprego incorpora um conceito de mediação enquanto estratégia de ação no acompanhamento de percursos de Reinserção socioprofissional. Existe uma articulação de base comunitária que se estabelece entre os indivíduos tratados e o mercado de trabalho, preparando-os para assumirem a responsabilidade de um emprego, assim como prepara as instituições empregadoras para os acolher, acompanhar e responsabilizar.

As organizações e as empresas surgem como parceiros indispensáveis no processo. Sem a sua participação todos os investimentos realizados nas fases anteriores do tratamento não seriam produtivos.

Este programa tem revelado ser fundamental quanto ao processo de inserção dos toxicodependentes, traduzindo-se numa resposta que se pode garantir como o sucesso do investimento feito nas fases de tratamento.

6. Os Profissionais de Saúde e a Droga

A toxicod dependência, pode ser analisada à luz de diversas vertentes de modelos sistematizados, apresentados por Nowlis (Marques, 1982, p.12):

Em primeiro lugar apresenta o modelo tradicional jurídico-moral, que coloca as medidas policiais e coercivas em primeiro plano; ou seja, reivindica-se um grande significado para as substâncias que são as drogas, entendendo-as como as drogas ilegais. A norma classificadora das drogas (que considera as legais como inofensivas e as ilegais como danosas) serve para classificar os comportamentos que se relacionam com as mesmas na ótica do bem e do mal. A forma de acesso à toxicod dependência deste modelo será a quebra moral da pessoa e/ou o seu carácter delinvente.

Num segundo plano apresenta o modelo médico ou de saúde pública, onde se afirma que os utilizadores de substâncias psicoativas devem ser tratados como se tivessem um problema puramente médico. Este modelo dá uma importância às substâncias como um agente impulsionador de “dor da toxicod dependência”.

Em terceiro lugar apresenta o modelo psicológico, onde enfatiza os fatores de natureza individual. As explicações privilegiam as instabilidades psicológicas (stress, depressão), os défices de funcionamento psíquico (baixa autoestima, baixa tolerância à frustração) ou à estrutura da personalidade.

O modelo psicossocial é apresentado em quarto lugar e é concebido em termos de influência exercida pelo utilizador, assim como pela atitude e comportamento de outras pessoas (individualmente, em grupos sociais e/ou família). Este modelo para além de focar o psicológico do indivíduo, diferencia-o pelo facto de o conceber à luz da sua interação social, moldando os seus comportamentos de abuso de drogas.

Por fim, o último modelo, o sócio cultural, que afirma que as substâncias específicas ganham um significado e uma importância segundo a forma dada pela sociedade ao seu uso. Ou seja, a massificação do consumo de drogas nas sociedades e a regularidade social formada na expansão do consumo problemático são dois fatores que deram algum relevo ao “social”, levando estes comportamentos a serem vistos como problemas de desorganização social, desemprego, pobreza, discriminações sociais, entre outros.

Nas últimas décadas surgiram várias questões em relação ao tratamento das toxicodependências, nomeadamente quando ao seu funcionamento e à sua estrutura.

Segundo o Expert Committee on Drug Dependence (Who, 1998 in Borges e Filho 2004) a palavra tratamento relaciona-se com o processo que tem início quando o indivíduo consumidor de substâncias psicoativas entra em contacto com o prestador de serviços de saúde ou comunitário, que pode continuar com intervenções até conseguir o nível de bem-estar.

Todos os cidadãos deveriam estar informados sobre a problematização que é a toxicod dependência. No entanto, os profissionais de saúde têm essa necessidade, pois as intervenções devem ser firmes, corajosas e humildes. Os profissionais de saúde devem exercer as suas capacidades na construção de soluções para fazer face ao sofrimento das pessoas. Não se pode pôr de parte que um profissional de saúde é também um ser humano igual e diferente do seu semelhante. No entanto

tem uma responsabilidade social particular e deverá assumi-la; ou seja, não poderá fazer discriminações quando o tem um utente com problemas de toxicodependência.

Cada vez mais os profissionais de saúde mostram interesse pela compreensão das toxicomanias, no entanto há que reconhecer que uma grande quantidade não usufruiu de suficiente informação e formação na área. Contudo, um profissional que pretende agir perante esta realidade terá que compreender o sofrimento inerente ao utente e à problemática, deverá compreender como o evitar, como surge, como é mantido, como é tratado e como minimizar as suas consequências. Esta compreensão torna-se complicada pelo facto de um toxicodependente viver numa constante situação de ambivalência face ao consumo (quer consumir, quer deixar de consumir, quer se tratar mas não se quer tratar), esta dificuldade torna-se ainda mais complicada quando a droga permanece em espaços importantes de quem a consome, sejam este na vivência psíquica, física ou social.

Quando estamos a falar de droga, temos de analisar cada caso como um caso isolado, mas o profissional de saúde deverá procurar compreender a globalidade da forma de sofrer e do viver do doente, não se limitando apenas à dimensão do sofrimento físico. Sendo assim, necessita ter conhecimentos sobre diversas áreas de forma a intervir de uma forma adequada.

Trabalhar com doentes toxicodependentes é uma das áreas profissionais com diversos tipos de pressão, pois têm de estar conscientes que este é um trabalho muito exigente, sujeito a múltiplas pressões internas e externas.

Após a fase de “acolhimento”, surge a fase de “negociação do tratamento”, pois este tem de ser completamente esclarecido, debatido, negociado e consentido pelo utente.

Quando a decisão de iniciar um tratamento está tomada, a primeira fase é a desabitação física, geralmente em regime de ambulatório. No caso de drogas mais pesadas como a heroína, a desabitação é feita com a ajuda de medicação.

Segundo Patrício (1996, p.163) o tratamento de um toxicodependente implica o desenvolvimento de um projeto terapêutico; ou seja, as atitudes médico-psicológicas e sociais são centradas na pessoa doente. Mas não só, já que o seu

meio ambiente terá ser também alterado. A intensidade desta mudança está relacionada também com o tipo de consumo e com o tipo de inserção. A estabilização do utente está mais assegurada se este se mantiver fora do mundo da droga. Quando tal não acontece, pode ser encaminhado para internamentos de curta duração (7 a 10 dias em Unidades de Desabituação) ou de longa duração (12 meses em Comunidades Terapêuticas).

Nos tratamentos de curta duração apenas se ultrapassa o síndrome de abstinência, enquanto nos de longa duração se realiza um processo de socialização grupal, onde se reaprende a viver sem drogas, num ambiente protegido.

Apesar dos esforços dos profissionais de saúde, evidenciam-se sinais de consecutivos insucessos nos tratamentos anteriores referidos.

7. Origem e evolução das Comunidades Terapêuticas

A noção de Comunidade Terapêutica apresenta-se em sentido duplo: conceção técnica e científica; conceção mediática e fortemente emocional e simbólica. Esta dualidade é bastante intensa nesta matéria devido à quase totalidade dos profissionais, incluindo aqueles que trabalham diretamente no âmbito das Comunidades Terapêuticas, assumirem uma convenção mediática e estereotipada das mesmas. Apenas os profissionais que trabalham de forma direta nas Comunidades Terapêuticas utilizam o sentido técnico e científica do noção de Comunidade Terapêutica.

Este desajustamento pode ser atribuído à falta de formação académica sobre as Comunidades Terapêuticas em algumas áreas relevantes, como por exemplo a medicina, a psicologia e outras áreas de trabalho e educação sociais.

Nos anos 80, nos países mediterrânicos, ocorreu uma epidemia de heroína que provocou um enorme mediatismo em volta das Comunidades Terapêuticas. Atualmente, as Comunidades Terapêuticas são centros muito competentes que se gerem por meio do conhecimento especializado e atingem um bom nível de eficiência.

As Comunidades Terapêuticas nasceram na Segunda Guerra Mundial para responder aos casos de Distúrbio de Stress Pós-Traumático entre os prisioneiros torturados ou traumatizados. Nos anos 50, as Comunidades Terapêuticas tiveram um notável desenvolvimento na substituição dos hospitais psiquiátricos. Em primeiro lugar na Inglaterra e mais tarde nos EUA e posteriormente nos países do Norte da Europa. Depois de ultrapassada toda a euforia, as comunidades terapêuticas deixaram de ser vistas como hospitais psiquiátricos e passaram a basear-se num modelo de autoajuda no que se refere ao tratamento de drogas ilegais.

Durante os anos 70, e grande parte dos anos 80, o conceito de comunidade terapêutica estava baseado no tratamento da heroína, com uma forte componente no modelo de tratamento de autoajuda.

Na década de 90, a progressiva profissionalização das comunidades terapêuticas para consumidores de drogas ilegais culminou com a restauração da metodologia no âmbito da saúde mental, juntamente com o tratamento noutras áreas. Neste momento as comunidades terapêuticas baseiam a sua metodologia, vista como eficaz, em técnicas que foram adotadas em diversas partes do mundo, com diferentes pessoas, procurando disseminar tudo aquilo que têm de bom junto de outras metodologias mais tradicionais.

A metodologia das comunidade terapêuticas caracteriza-se por uma série de particularidades e componentes, sendo que serão enumeradas as 12 principais.

Em primeiro lugar, as comunidades terapêuticas eram vistas como centros residenciais. Esta é uma visão que ainda hoje está em vigor, pois os utentes estão continuamente numa comunidade apenas acompanhados com os membros da equipa técnica. No entanto a função da equipa técnica não é a de controlar os utentes, mas sim ter um papel integrante no desenvolvimento e continuidade do utente na comunidade.

Em segundo lugar, a entrada na comunidade terapêutica tem um limite de tempo estipulado assim como os objetivos a cumprir pelos utentes.

Em terceiro lugar, a admissão à comunidade está sujeita ao perfil, a cuja CT se dirige.

Em quarto, observa-se a obrigatoriedade do ato voluntário na admissão à comunidade. Nenhum utente dá entrada numa comunidade por obrigação, ou estando sujeito a ordens judiciais.

Uma comunidade terapêutica exige a existência de pessoas especializadas nas diversas áreas para que o acompanhamento ao utente seja adequado e para que os utentes não se sintam desamparados.

O número de vagas numa comunidade é limitado, para que se possa dar a atenção e o acompanhamento que cada utente necessita, para tentar ao máximo reproduzir uma vida quotidiana real.

A vida quotidiana criada dentro de uma comunidade tem como principal propósito dar ao utente a estabilidade que ele necessita, assim como todas as aprendizagens sociais que se retiram de um grupo.

Uma CT deve desenvolver uma série de procedimentos que facilitem a troca de informação e decisão a nível de terapia sobre os moradores.

Em nono lugar, as comunidades foram criadas para oferecer um tratamento especializado a todo o tipo de pessoas, com os diversos perfis e necessidades.

Em décimo lugar, é importante referir que os residentes num CT não são indivíduos passivos à espera de receber tratamento, cada utente tem responsabilidades que deverá exercer no dia a dia da comunidade.

Em décimo primeiro lugar, denota-se que as CT são centros residenciais com todas as vantagens inumeradas em cima e que existem para ajudar os utentes em todas as áreas que estes possam necessitar.

Por fim, em décimo segundo lugar, a metodologia das CT requerem uma avaliação continua em pelo menos 3 níveis.

1. A avaliação de casos individuais
2. Avaliação de processos, procedimentos e resultados de grupo
3. Avaliação de resultados (follow-up)

Parte 2| Caraterização da Instituição de Acolhimento

1. A Comunidade Terapêutica Arco-íris

A *Comunidade Terapêutica Arco-íris* é tutelada pelo Ministério da Saúde e é dirigida pelo Instituto de Droga e Toxicodependência, com sede em Lisboa.

O IDT está dividido em Delegações Regionais, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo as suas sedes situadas no Porto, Coimbra, Lisboa, Beja e Faro, respetivamente.

A estrutura regional, e as equipas que estão disponíveis para serviço da comunidade são portadoras de experiência técnica e organizativa, provenientes dos extintos CEPD (Centro de Estudos e Profilaxia da Droga), SPTT (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência), Projeto Vida, IPDT (Instituto de Prevenção da Droga e da Toxicodependência) e do CRAC (Centro Regional de Alcoologia de Coimbra).

CEPD (Centro de Estudos e Profilaxia da Droga) de Coimbra iniciou a sua atividade em Novembro de 1977, tendo como principais áreas de atuação a Investigação (estudos epidemiológicos), a Prevenção Primária (dar resposta à problemática originada pelo consumo de droga) e a Terapêutica (através da consulta externa, com o atendimento a jovens e às suas famílias que recorriam voluntariamente ao serviço). Teve como objetivo primordial a intervenção/ação na comunidade através da criação de uma “*consulta externa*” cuja finalidade era dar resposta às múltiplas solicitações de grupos de pais, de professores e de todos quantos se mostravam preocupados com os problemas inerentes ao uso/abuso de substâncias ilícita. Na sequência da implementação desta “*consulta externa*” surgiu a necessidade de criar também um “*sector de internamento*” destinado a prestar cuidados assistenciais intensos a utentes dependentes graves em regime fechado.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 83/1990, de 14 de Março, é criado o Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependentes (SPTT), em 1990, organismo

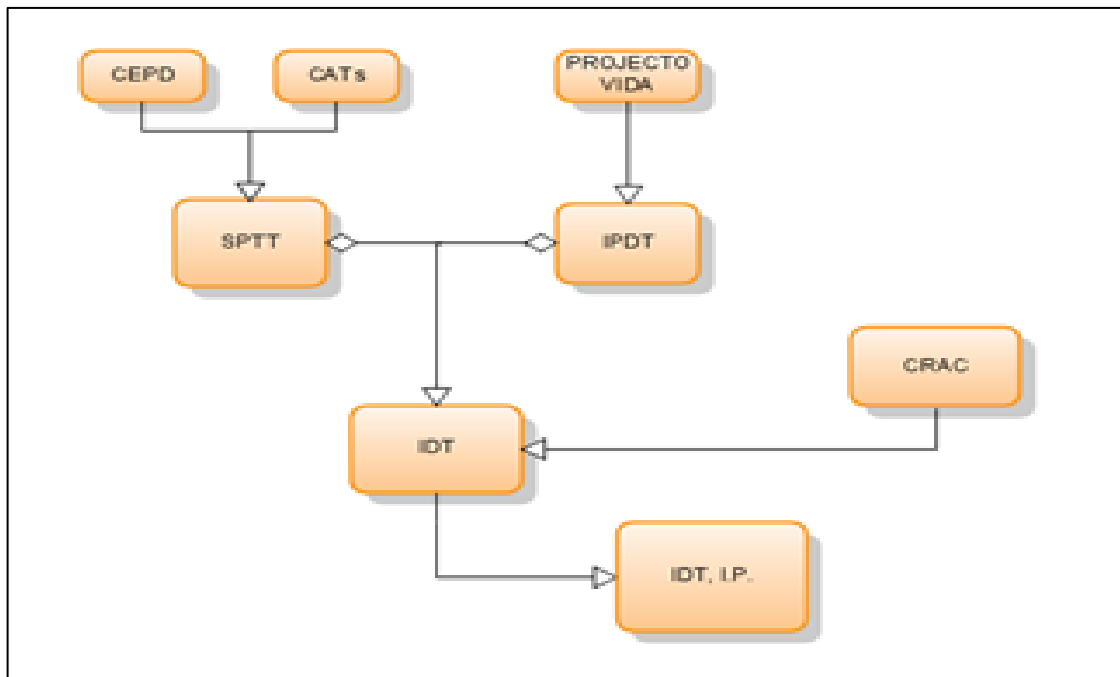
sob a tutela do Ministério da Saúde e dotado de autonomia administrativa, técnica e financeira (tendo os CEPD's sido integrados neste novo organismo). O SPTT tinha competências próprias ao nível da “prevenção secundária” (tratamento), pública (rede de cuidados) ou privada (licenciamento), articulando com outros serviços públicos, assim como com ONG's ou IPSS's nas áreas da “prevenção primária” (prevenção) e “prevenção terciária” (reinserção). E com o intuito de reorganizar, coordenar, desenvolver e estender a outras regiões os diversos centros de prevenção e tratamento.

Posteriormente, a rede nacional de consultas externas do SPTT passa a designar-se Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT). Simultaneamente, surge o Projeto Vida, serviço tutelado pela Presidência do Conselho de Ministros, que se torna o organismo dinamizador das intervenções de natureza preventiva e que, com a publicação do Decreto-Lei n.º 90/2001, de 18 de Maio, se consagra como Instituto Português da Droga e Toxicodependência (IPDT), serviço dotado, à semelhança do SPTT, de autonomia administrativa, técnica e financeira.

Em 2002 foi criado o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), que resulta da fusão do SPTT e do IPDT (Instituto Português da Droga e da Toxicodependência), tutelado pelo Ministério da Saúde, com apenas autonomia administrativa e técnica, com a missão de garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicodependência. Este era o organismo responsável por todas as áreas de intervenção no combate à droga e toxicodependência.

Finalmente, em 2007, com a publicação do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio, surge o IDT, I.P., organismo que resulta da fusão entre os extintos Centros Regionais de Alcoologia (Norte, Centro e Sul) e o IDT, baseando-se esta opção no entendimento segundo o qual o fenómeno da droga e toxicodependência, atendendo ao seu carácter transversal, deve prestar um especial cuidado e atenção não só ao consumo de substâncias estupefacientes e psicotrópicas, por definição ilícitas, como também ao consumo de substâncias lícitas, tais como o álcool e fármacos.

Figura 1| Organograma do IDT

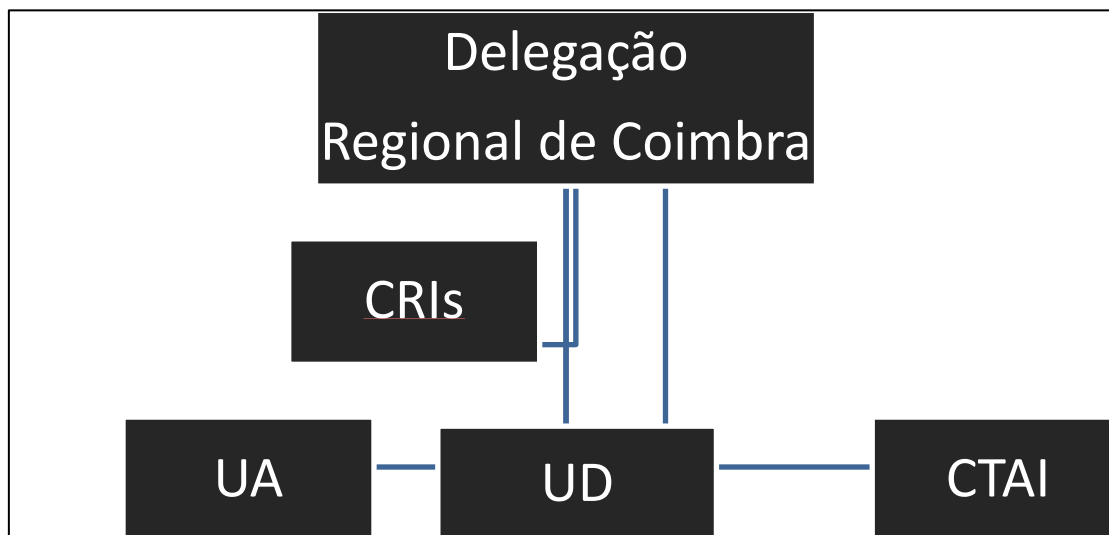


Fonte: <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/Apresentacao.aspx>.

O IDT.I.P assume competências importantes, como apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional, das políticas de luta contra a droga, o álcool e as toxicod dependências. Bem como na avaliação, planeamento, coordenação, execução e promoção de programas de prevenção, tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção social. Como ainda apoiar ações para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoativas; licenciar as unidades de prestação de cuidados de saúde na área das toxicod dependências, nos sectores social e privado, definindo os respectivos requisitos técnico-terapêuticos, e acompanhar o seu funcionamento e cumprimento, articulando com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., sem prejuízo da competência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde; desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno das drogas e das toxicod dependências que lhe permita cumprir as atividades e objetivos enquanto membro do Observatório Europeu da Droga e Toxicod dependência (OEDT); assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais nos domínios da droga, do álcool e das toxicod dependências.

A *Delegação Regional de Coimbra*, está dividida da seguinte forma (ver Figura 2):

Figura 2| Organograma da Delegação Regional de Coimbra



Fonte: Dados internos da Comunidade Terapêutica Arco-Íris.

Os profissionais ligados aos serviços regionais de gestão, de apoio administrativo e técnico (Delegação Regional) dividem-se entre as unidades de intervenção local, vinculadas a territórios específicos (CRIs), e as unidades especializadas de intervenção, com o âmbito de atuação regional e suprarregional (UA, UD e CTAI).

Os “CRIs” são os Centros de Resposta Integrados. São estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e dispõem de equipas técnicas especializadas que dão apoio ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de danos no território definido (ET - Equipas de Tratamento).

Aos “CRIs” compete a execução das ações promovidas pela Delegação Regional e pelos Serviços Centrais no que diz respeito à prevenção da toxicodependência e alcoolismo, assim como à prestação de cuidados integrados e globais a doentes com síndromes de abuso ou dependências de drogas ou álcool, em regime de ambulatorio, com o objetivo de tratamento, redução de danos e reinserção.

À UA (Unidade de Alcoologia) compete a prestação de cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, sob a responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo

as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação e apoiando as atividades de intervenção dos CRI's na área da alcoologia, enquanto unidades especializadas, de referência, com competências de formação específica.

À UD (Unidade de Desabilitação) compete a realização de tratamento a utentes com síndrome de privação em doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, sob a responsabilidade médica em regime de internamento. Esta unidade de intervenção local congrega uma unidade administrativa, uma unidade de desabilitação e um Centro de Respostas Integradas.

A CTAI é a Comunidade Terapêutica Arco-íris. Foi fundada no dia 21 de Junho de 1978 pela então Direção Regional de Coimbra do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD), organismo que exercia as suas competências sob a tutela do Ministério da Justiça e foi a primeira CT do país. Destinava-se a indivíduos que, uma vez livres da dependência física de drogas, não dispõem de condições familiares sociais ou psicológicas que facilitem uma forma de vida sem o consumo de substâncias aditivas. É um tratamento direcionado para situações mais problemáticas que aquelas que o tratamento psicoterapêutico, por si só, não consegue resolver, exigindo um tratamento prolongado, intensivo e em regime fechado.

A primeira CT funcionou num primeiro andar e sótão da “Casa do Sal”, um edifício antigo e pequeno, que limitava as atividades que se desejavam realizar. Por este motivo, em 1980 deu-se a transferência para as atuais instalações na Rua Elládio Alvarez em Vale de Canas (disponibilizada pela Fundação Bissaya Barreto), desencadeando um maior dinamismo, com o aumento das atividades lúdicas e terapêuticas, bem como a criação de alguns sectores, como a Marcenaria e a Pintura.

1.1 Objetivos

Os objetivos gerais da Comunidade Terapêutica Arco-íris baseiam-se em:

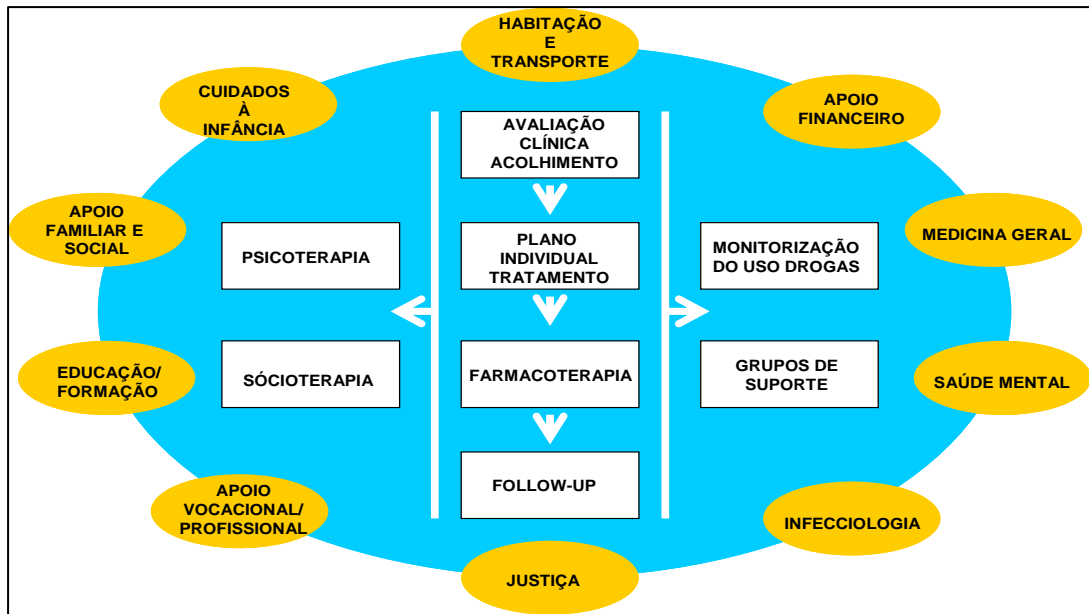
- a) Promover a qualidade de vida, através da promoção da saúde;

- b) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas dependentes de substâncias;
- c) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de doenças concomitantes;
- d) Privilegiar a interação com a família e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de participação e envolvimento social;
- e) Fomentar estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, promovendo o desenvolvimento afetivo.

Na continuação destes objetivos o processo de tratamento e habilitação/reabilitação dos utentes internados tem em vista, de uma certa forma, apoiar os utentes em todas as vertentes da sua recuperação pessoal, social e psicológica, sendo estes:

- a. Reverter a degradação física, emocional e social do individuo gerada pelos consumos;
- b. Reaprender a respeitar-se como pessoas, com dignidade, capacidades, limites, responsabilidades e valores próprios,
- c. Aumentar a capacidade de tolerância à frustração e de lidar com o stress;
- d. Readquirir sentimentos de confiança em si próprios e nos outros;
- e. Procura de novas alternativas sociais;
- f. Fomentar a reaprendizagem, em abstinência de drogas ou de quaisquer outros elementos aditivos;
- g. Produzir alternativas de integração e inclusão social que consolidem os objetivos terapêuticos individuais;
- h. Construir e manter relações de intimidade salutareas, gerando alternativas sociais que permitam a sua reabilitação social e familiar.

Figura 3| Áreas de intervenção



Fonte: Dados internos da Comunidade Terapêutica Arco-íris.

Deste modo, constituem-se como objetivos impreteríveis: personalizar os serviços, gerindo de forma flexível e individualizada cada projeto de intervenção terapêutica; organizar dinâmicas de trabalho que proporcionem oportunidades para que o doente possa comunicar os seus sentimentos e formular posicionamentos pessoais sobre o que o envolve; criar um ambiente calmo, flexível e responsável, adaptado aos interesses e necessidades individuais, permitindo-lhe continuar o seu desenvolvimento; orientar a prestação de serviços continuamente para o doente, diagnosticando as suas necessidades e expectativas, os seus potenciais de desenvolvimento e criando oportunidades para a sua optimização.

1.2 Seleção de candidatos a utentes

Todos os possíveis candidatos a utentes da Comunidade passam por critérios de seleção, numa primeira fase (entrevista 1) são-lhes lhes transmitidas todas as regras da comunidade e as formas de funcionamento desta e do próprio tratamento. Os principais critérios de seleção são baseados na livre decisão do paciente de se curar, de uma existência de um processo terapêutico em ambulatório e de um parecer favorável da comunidade (em reunião prévia com a

consulta externa). A comunidade tem uma capacidade de 12 camas, e a seleção dos utentes também se baseia no grupo já existente, a escolha é sempre feita de forma a não prejudicar de modo algum o tratamento de qualquer utente já residente na casa. Os utentes não se podem conhecer do mundo exterior, pois isso poderá ser uma condicionante para o próprio tratamento e para o dos restantes utentes, devido às tensões que poderão existir ou a proximidades que incomodaram o respetivo grupo e o trabalho da equipa técnica.

Desta forma a instituição tem como critérios de inclusão:

- Acolher pessoas de ambos os sexos;
- Que tenham idade superior a 18 anos;
- Com diagnóstico clínico de uso/abuso e/ou dependência de substâncias licitas ou ilícitas, que não encontrem no seu meio social, familiar e profissional de origem estrutura e suporte que sustente a manutenção do seu processo de reabilitação e conseqüente abstinência;
- Que revelem motivação para se integrarem no programa terapêutico da Comunidade;
- Em situação de abstinência, com ou sem antagonista ou incluídos em programas, substituição com agonista opiáceo, que necessitem de apoio sanitário especializado para reorganizar o seu processo de reabilitação e integração familiar e socioprofissional;
- Portadores do vírus VIH/SIDA, cuja carência ou desestruturação social e/ou familiar impeça a manutenção da terapêutica farmacológica e o respetivo acompanhamento especializado.

Tal como tem critérios de inclusão, a comunidade também tem alguns critérios que excluem possíveis candidatos, sendo estes:

- A permanência de familiares e/ou amigos já internados, e com os quais mantenham um tipo de relacionamento estreito, nomeadamente de tipo conjugal;

- Serem portadores de doenças infecto-contagiosas em fase ativa, que possa colocar em risco a saúde dos restantes residentes e dos elementos da equipa;
- Sejam portadores de um transtorno mental grave em crise aguda, que implique algum tratamento em meio hospitalar especializado;
- Em estado de doença orgânica, cuja gravidade obrigue a cuidados médicos em hospital geral;
- No caso de se fazerem acompanhar no internamento pelos seus filhos menores, dada a inexistência de condições técnicas e logísticas para o efeito;
- Cujo diagnóstico clínico seja, exclusivamente de dependência alcoólica (alcooolismo primário – critério em avaliação).

1.3 Altas

As altas programadas, são objeto de reflexão técnica, devendo o utente participar na Reunião da Alta, previamente agendada. Cabe à equipa técnica avaliar clinicamente a alta e ponderar a data da mesma. Após a alta programada do residente da Comunidade serão emitidas declarações de Alta e respetivos Relatórios Clínicos, para serem enviados para a Equipa de Tratamento que efetuou a proposta de internamento, bem como para a Direção Clínica Regional do IDT.

O incumprimento das normas será motivo de alta administrativa, impedindo o reingresso do utente por um período de 12 meses, tendo em consideração a permanência em tratamento de elementos que partilharam no mesmo período de tempo o programa terapêutico. Após os 12 meses o reingresso do utente que efetuou alta administrativa está sujeito a avaliação prévia da equipa técnica da Comunidade, tendo em consideração os motivos que levaram à exclusão do programa, as motivações atuais e o enquadramento no grupo terapêutico residente.

Qualquer utente pode, em qualquer momento, solicitar a alta voluntária. Sendo contrária ao parecer técnico da equipa, impede o reingresso posterior do utente por um período de 6 meses. O reingresso está sujeito a avaliação prévia da

equipa técnica, tendo em consideração os motivos que levaram ao abandono do programa, as motivações atuais e o enquadramento no grupo residente.

Após alta não programada, a equipa da comunidade assume a tentativa de dar continuidade ao processo de tratamento e reabilitação da dependência, através da possibilidade de transferência para outra entidade que prossiga com os objetivos terapêuticos, salvaguardando que o residente tem o direito de recusar. Neste caso, a equipa assume o contacto com a família, de forma a articular procedimentos, e depois o contacto com a equipa terapêutica de origem para assegurar a continuidade de prestação de cuidados. Os residentes encontram-se obrigados a assinar um termo de responsabilidade e declaração de alta, não podendo deixar quaisquer pertences no interior das instalações. Os fundos económicos do utente e o tabaco serão enviados à família de origem do residente que abandona o internamento, por vale postal e em correio registado com aviso de recepção. No momento de saída o utente apenas tem direito ao valor para pagamento das deslocações para a zona de residência.

1.4 Pós-alta

Após a alta programada, não programada ou de cariz voluntário é aconselhável a frequência de Grupos de Prevenção de Recaída, os quais são realizados de seis em seis semanas e com uma durabilidade desejável de cerca de um ano.

Para um acompanhamento mais próximo dos ex-residentes, é enviado após alta da comunidade um questionário para preenchimento do próprio, tornando-se desejável que todos os residentes ou familiares próximos que acompanham a situação o devolvam devidamente preenchido.

As visitas de ex-residentes carece de autorização prévia por parte de equipa técnica, sendo de considerar para os atuais residentes o efeito terapêutico da visita e a oportunidade da mesma.

1.5 Equipa Técnica

A equipa técnica é composta por um médico / Psiquiatra, duas enfermeiras, um psicólogo clínico, um psicodramatista, três técnicos superiores de serviço social, quatro assistentes técnicos e dois assistentes operacionais.

1.6 O processo de admissão

O protocolo de admissão organiza-se, de forma a existir um interlocutor responsável pela gestão deste protocolo específico, mediando toda a articulação em termos interinstitucionais e multidisciplinares.

- a) Ao processo de sinalização ao internamento, encontrando-se incluídas nesta a recepção das propostas de internamento, declaração do proponente, relatórios clínicos (médico, psicológico e social) e exames complementares de diagnóstico.
- b) Processo de avaliação prévia do candidato a internamento, de características bio-psico-sociais, efetuada através de entrevistas ao candidato e familiares, sendo solicitada uma carta de intenções ao candidato. Serão efetuadas duas entrevistas para avaliação da motivação, da indicação para o programa terapêutico, do projeto pessoal e das expectativas em relação ao programa terapêutico, sendo que a primeira entrevista não tem cariz vinculativo.
- c) Processo de admissão/acolhimento, de características faseadas, envolve os procedimentos de natureza administrativa, enquadramento institucional e grupal, efetuado pela equipa de profissionais em estreita colaboração com os residentes com mais tempo de internamento, que se responsabilizam pela integração inicial do novo residente.

Como condições essenciais para a admissão/acolhimento a abstinência total de uso/abuso de substâncias e o conhecimento e aceitação das normas vigentes e do ideal comunitário preconizado.

1.7 O tratamento

O tratamento já teve diversas alterações desde a abertura da primeira comunidade. Em 1978 a comunidade era apenas uma unidade de tratamento intensivo com a duração de um mês. No ano seguinte, em 1979 o tempo de internamento foi prolongado para 3 a 6 meses. Em 1980 o período de internamento passou a ser de 6 a 8 meses, dividindo-se em 3 fases de tratamento. E em 1992 os critérios voltaram a mudar, sendo aqueles que estão hoje em vigor. A estadia é aproximadamente de um ano, e acrescentou-se uma 4ª fase de tratamento (sendo estas: Integração, autoconhecimento, responsabilização e confronto com o exterior e por fim a reinserção).

1ª Fase: Integração – Com a duração de cerca de um mês, pretende-se que o doente se integre no funcionamento da casa e do grupo, participando progressivamente e de forma empenhada nas atividades desenvolvidas quotidianamente.

2ª Fase: Autoconhecimento – Estendendo-se do 2º ao 5º mês, pretende-se um maior conhecimento de si próprio, identificação da razão dos seus comportamentos, em geral, e dos consumos, em particular, a clarificação da natureza das suas relações pessoais, a partilha de sentimentos e investimento na transformação e mudança pessoal.

3ª Fase: Responsabilização e confronto com o exterior - Esta fase prolonga e aprofunda o conhecimento de si próprio e dos outros, decorrendo entre o 6º e o 8º mês, tratando agora questões que remetem mais para a sua identidade sócio-relacional e profissional, exigindo-se uma maior capacidade de moderar e clarificar conflitos e uma maior responsabilização nas tarefas quotidianas.

4ª Fase: Reinserção – Decorrendo entre o 9º e o 10º mês, pretende-se que o residente assuma de forma mais individualizada o seu processo de reinserção, fomentando-se a autonomização.

1.8 Métodos de tratamento

Os métodos de tratamento da comunidade dividem-se em atividades psicoterapêuticas, ocupacionais, culturais e recreativas e de apoio à reinserção social.

Para o cumprimento deste programa terapêutico são disponibilizados os seguintes instrumentos terapêuticos, tendo em linha de conta a especificidade das intervenções disponibilizadas: individual, grupal, familiar, psico-pedagógica, farmacológica, lúdico-recreativa, reinserção social e prevenção de recaída:

a) Atividades psicoterapêuticas: psicodrama grupal; Intervenções grupais familiares; psicoterapia individual de suporte; aconselhamento, reuniões comunitárias; relaxamento; dinâmica de grupo; reuniões de avaliação de estar; reuniões de passagem de fase, reuniões de preparação da semana e de casa (diárias), reuniões de confronto; grupos de prevenção de recaída e orientação escolar e vocacional.

b) Atividades ocupacionais: preparação e confecção das refeições; higienização, conservação, reparação e decoração das instalações; limpeza e tratamento de roupas; atelier agrícola; atelier desportivo (natação, futebol salão e basquete); atelier de informática e atelier de cerâmica (em fase de implementação).

c) Atividades culturais e recreativas: estas comportam saídas em grupo de exterior programadas, como sejam visitas a museus e outros monumentos, deslocações a espaços desportivos da cidade e espaços de lazer públicos, como sejam o cinema, o teatro, a praia, etc. Datas festivas, como aniversários, Natal, Fim de Ano, Carnaval e Páscoa, são passados na Comunidade.

d) Atividades de apoio à reinserção social: a articulação com o tecido empresarial é efetuada através do Instituto de Emprego e Formação Profissional, fomentando o empenho do próprio fomentando a procura ativa de emprego, sob supervisão técnica especializada, nomeadamente através do Programa Vida-Emprego. Estão estabelecidas parcerias informais com entidades formativas no âmbito do Reconhecimento e Validação de Competências.

1.9 Avaliação

O processo de seguimento dos ex-residentes é realizado através de dois formatos complementares. Por um lado, procura-se a manutenção do contato telefónico periódico e regular pessoalizado com o próprio ou com familiares, através de contato telefónico efetuado pelo gestor de caso para preenchimento de ficha de “follow-up” aos 3, 6, 9, 12 e 24 meses após alta, por outro lado, são promovidas atividades de grupo, programadas, igualmente, de forma periódica, para as quais são convidados os ex-residentes, promovendo, não apenas o acompanhamento da situação, mas também espaços de partilha de experiências com os atuais residentes.

Estão, igualmente, implementados grupos de prevenção de recaída, que se realizam com uma periodicidade de 6 em 6 semanas, e que permitem também proceder à avaliação continuada dos ex-residentes.

Por outro lado, são promovidas consultas de seguimento individualizado para ex-residentes e famílias, com uma periodicidade trimestral, como forma de complementar o processo de seguimento clínico efetuado pela entidade de referência, com os objetivos atingidos no âmbito do internamento realizado pelo doente.

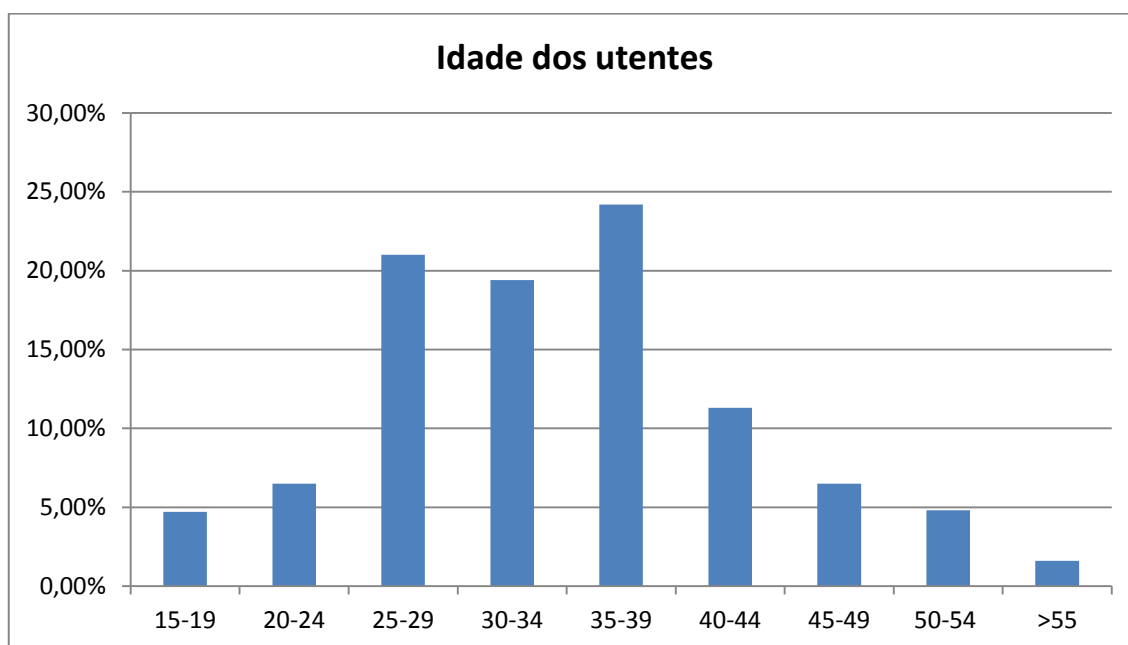
Parte 3| Operacionalização dos dados

1. Operacionalização dos dados dos utentes de 2007 a 2011

Como referido anteriormente, o estágio na Comunidade Terapêutica teve a duração de 4 meses. Na admissão dos utentes, é passado um inquérito, de onde se conseguem retirar alguns dados estatísticos. Desta forma, conseguem-se retirar diversos dados sobre os utentes residentes na comunidade. Os dados utilizados neste relatório são referente aos anos 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

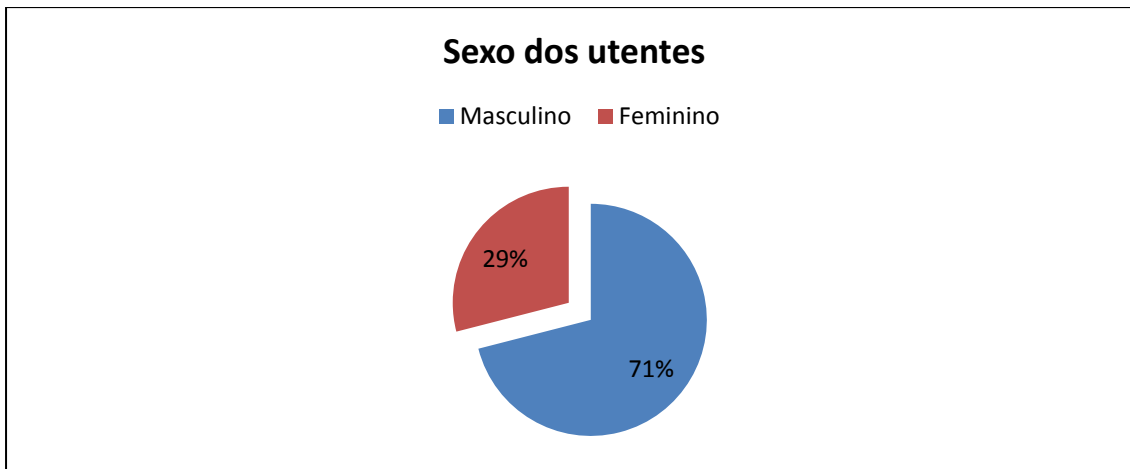
Como se pode verificar no Gráfico 1, os resultados obtidos no tratamento da informação recolhida revelam que existe uma maior incidência entre os 35 e os 39 anos (24,2%), seguidos das faixas 25 a 29 anos (21%) e 30 a 34 anos (19,4%). É de salientar a existência de valores com alguma importância nos escalões etários abaixo dos 20 anos, com um valor de 3,7% e acima dos 45 anos com um valor de 12,9%.

Gráfico 1| Idade dos utentes



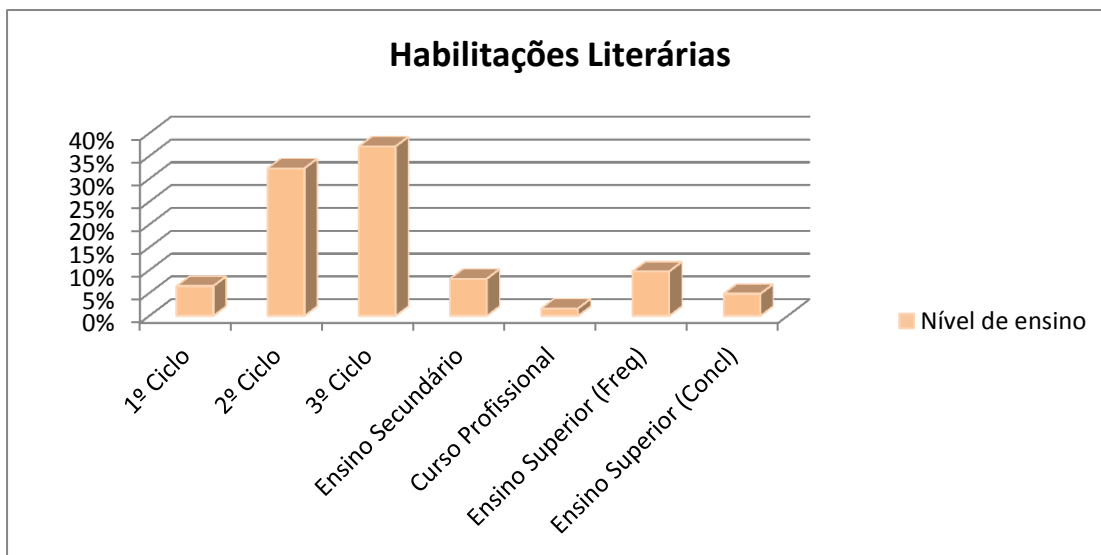
Analisando os dados do Gráfico 2, observa-se que num universo de 100%, 71 são do sexo masculino e 29 do sexo feminino.

Gráfico 2| Sexo dos utentes



De acordo com o Gráfico 3, uma grande parte dos utentes tinham concluído o 2º ou 3º ciclos (6º ano ou 9º ano respetivamente) com um total de 69%. Assim, verifica-se que 37% dos utentes tinham concluído o 3º ciclo e 32% o 6º ano. O baixo grau de escolaridade torna-se ainda mais significativo quando se observa a percentagem de indivíduos com escolaridade igual ou inferior ao 2.º ciclo (38,8%).

Gráfico 3| Habilitações Literárias



Em suma, a percentagem de doentes com escolaridade inferior ao 9º ano assume o valor percentual de 75,9%.

Refere-se ainda que 14,5% da amostragem frequentou o ensino superior e apenas 4,8% concluíram o grau académico superior.

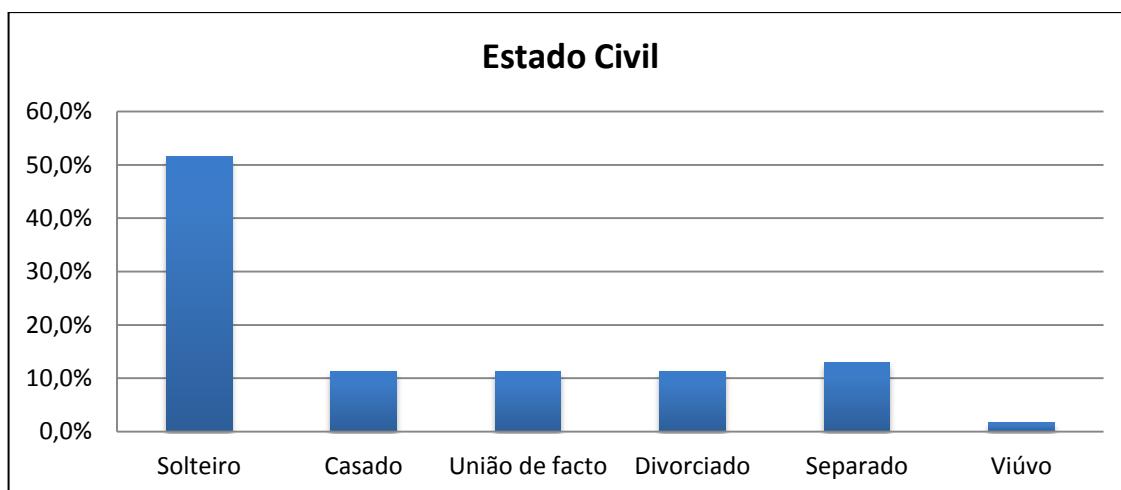
Como se pode verificar no Gráfico 4, a maioria dos indivíduos pertencentes à amostra estão atualmente desempregados, representado 64,5% do total da amostra. De um modo mais específico: Desemprego de longa duração (mais de um ano) – 35,5%; Desemprego a curto prazo (menos de um ano) – 29%. De realçar que apenas 14,5% da amostra mantinha ainda o exercício de atividade profissional estável.

Gráfico 4| Situação profissional



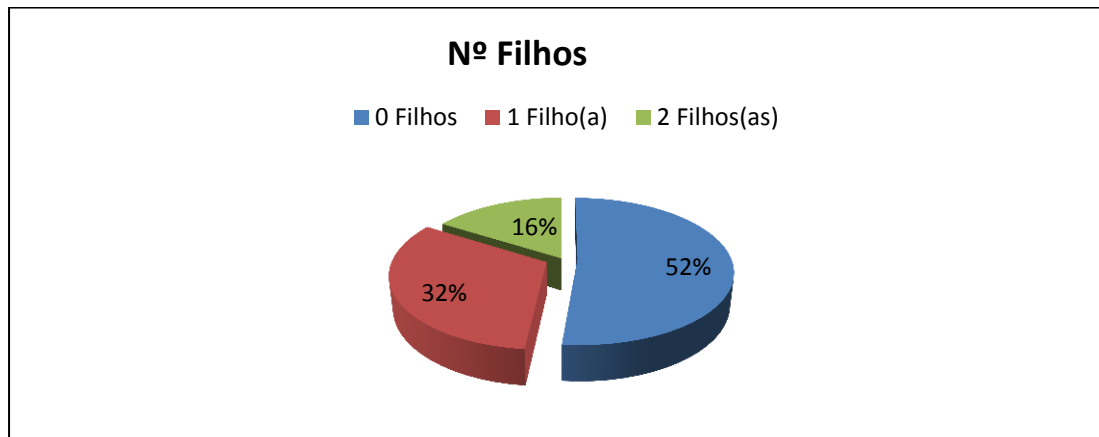
Analisando o Gráfico 5 constata-se que 51,6% dos doentes são solteiros, 24,2% já mantiveram um tipo de relacionamento e/ou coabitação (mas à data do estudo encontravam-se em situação de divórcio ou separação) e 22,6% mantinham relacionamento e coabitação em regime de casamento ou união de facto.

Gráfico 5| Estado Civil



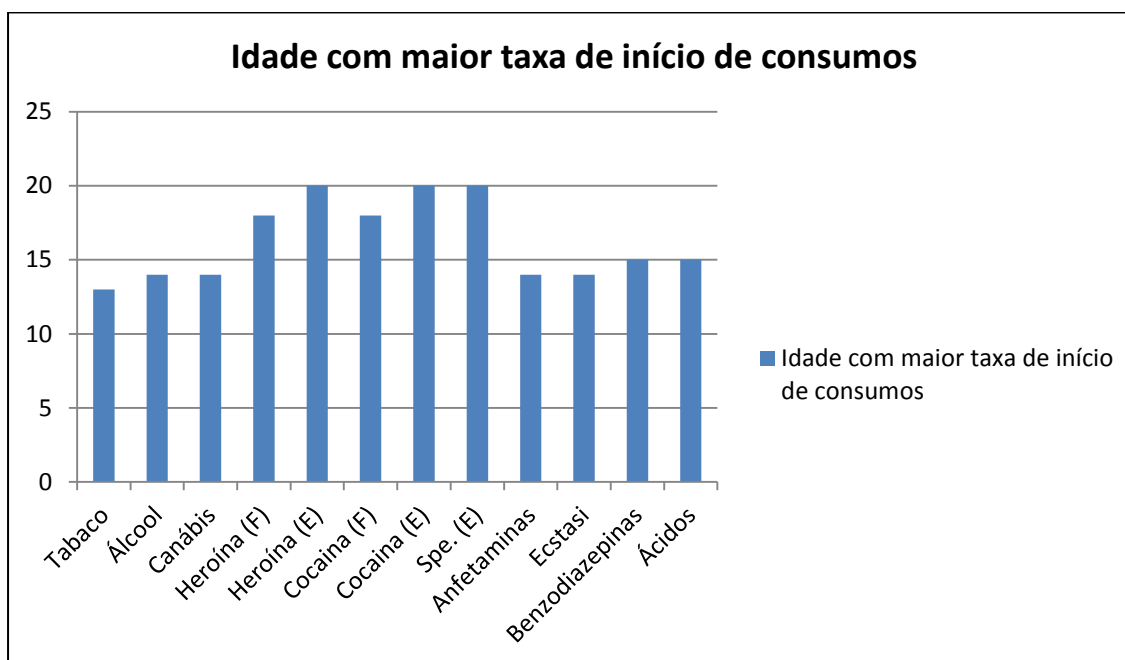
No que concerne à parentalidade denota-se que 52% da amostra não tinham descendentes, e que 48,4% tinham um ou mais descendentes.

Gráfico 6| Nº Filhos



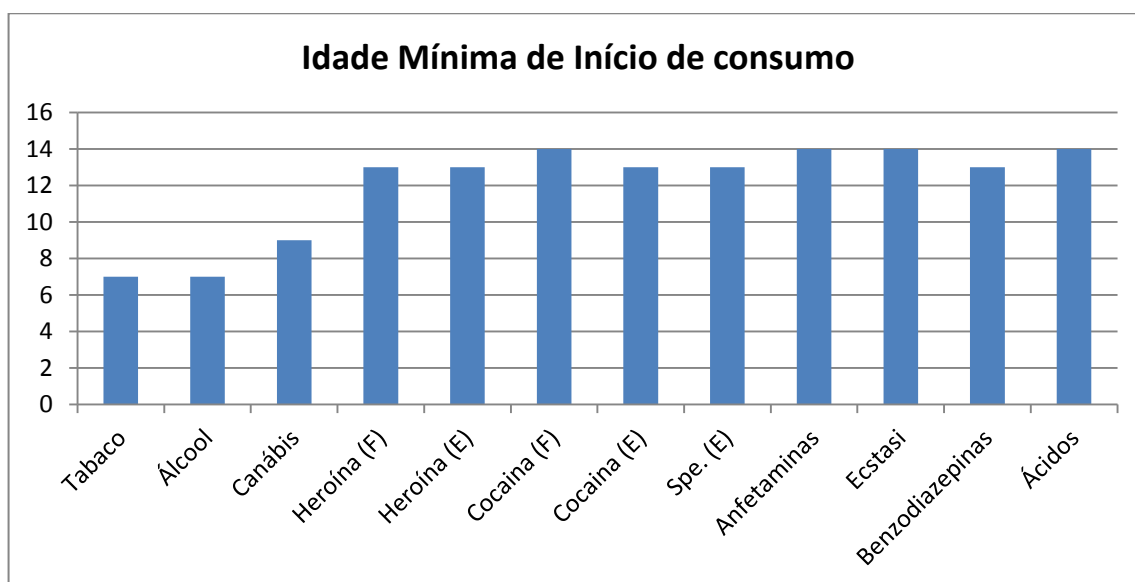
Como foi referido anteriormente a adolescência/ puberdade é a altura de descoberta do individuo, onde geralmente se começa a consumir substâncias psicoativas. Desta forma, e como se pode observar no Gráfico 7, a idade média de consumo de substâncias é de 16,6 anos, ou seja, idade onde o índice de curiosidade e de desvio social se mostra superior.

Gráfico 7| Idade com maior taxa de início de consumos



Assim, denota-se que, de uma forma geral, a adolescência e a juventude são os períodos de especial incidência da adição. Desde muito cedo, no percurso de vida dos utentes verifica-se o uso de substância lícitas como sendo a primeira substância de uso. No entanto o uso de canábis surge, igualmente cedo (12 anos). Numa fase posterior salientam-se os consumos de heroína e cocaína, ambas fumáveis. O uso destas mesmas substâncias de forma endovenosa surge por volta dos 19/20 anos de idade, mantendo desta forma ambas as formas de consumo. O consumo inicial de anfetaminas, ecstasy e ácidos concretiza-se por volta dos 15 anos. O gráfico 7 mostra de um forma clara a variação das idades médias de início de consumo para as várias substâncias de uso/abuso.

Gráfico 8| Idade Mínima de Início de consumo



O gráfico 8 apresenta a idade mínima de início de consumo de substâncias psicoativas, ou seja dos utentes utilizados para a realização deste gráfico. Estas foram as idades mais baixas apresentadas. Assim, consegue-se observar que os vários tipos de drogas foram todos consumidos antes dos 16 anos de idade. Mais propriamente consegue-se analisar que a Cocaína, as Anfetaminas, o Ecstasy, e os Ácidos foram as drogas consumidas com uma idade superior, não ultrapassando os 14 anos de idade.

Toda esta análise comprova que a Adolescência e a Puberdade são as idades mais propícias ao consumo de toxicaminas, tanto legais, como ilegais, assim como as consideradas leves e as pesadas.

2. Operacionalização dos dados dos utentes em internamento no momento do estágio

Como referido anteriormente, a Comunidade Terapêutica tem uma capacidade máxima de 12 camas. A análise dos utentes da comunidade no momento do estágio cobre um total de 11 utentes.

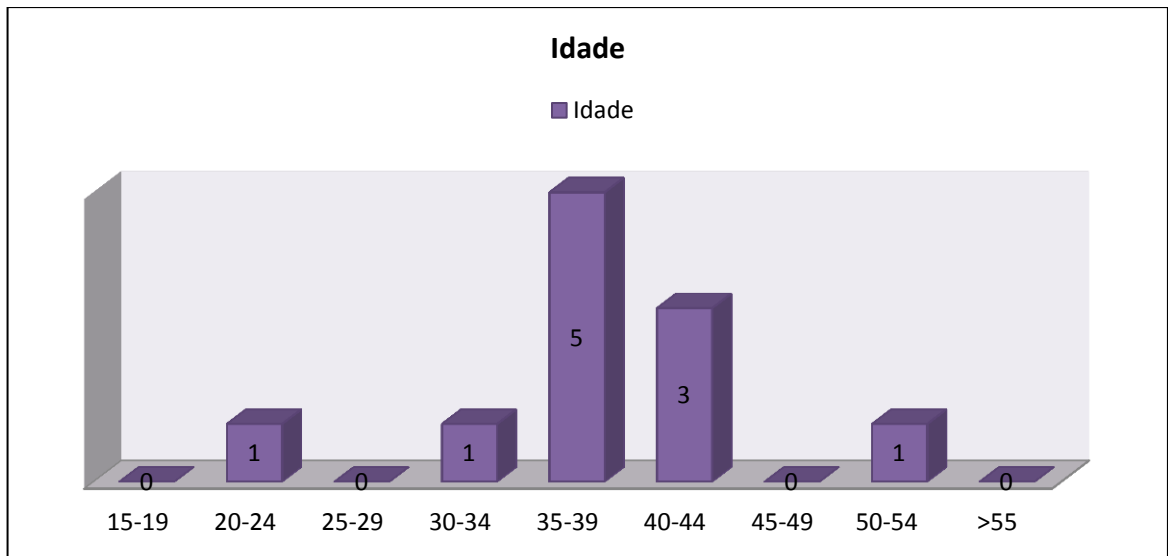
Ao se analisar o Gráfico 9 denota-se que mais de 50% dos utentes são do sexo masculino. Analisando com mais detalhe observa-se que dos 11 utentes, 8 são homens perfazendo um total de 73% e que 3 dos 11 utentes são do sexo feminino perfazendo portanto um total de 27%.

Gráfico 9| Sexo dos utentes



Quanto às idades dos 11 utentes na comunidade, observa-se que a média etária é de 38 anos, como deixa antever o Gráfico 10.

Gráfico 10| Idade

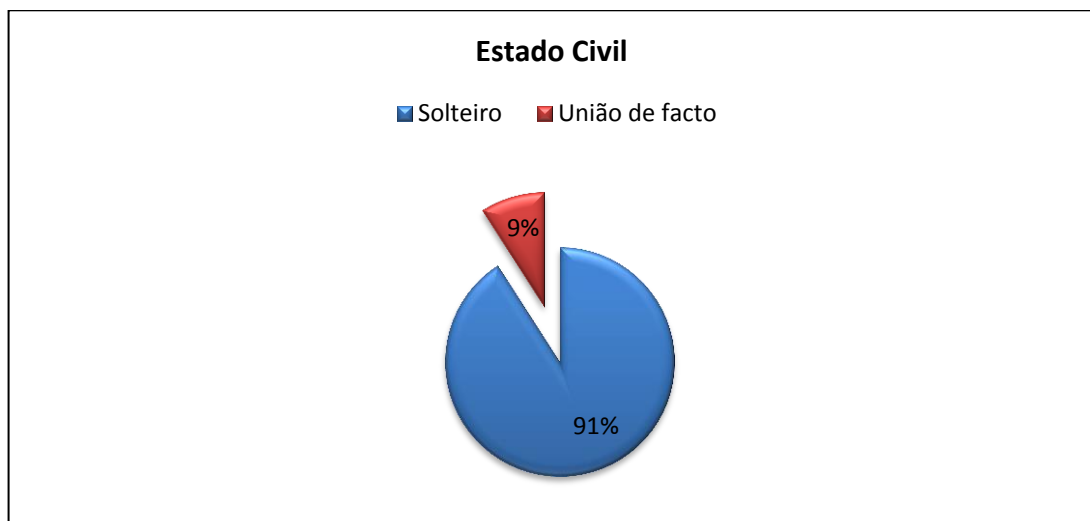


Assim, observa-se que, tal como na análise dos anos anteriores (2007 a 2011), a média de idade dos utentes permanece entre os 35 e os 39 anos de idade.

Observa-se também uma dispersão de idades, sendo a pessoa mais nova de 20 anos e a mais velha de 53 anos.

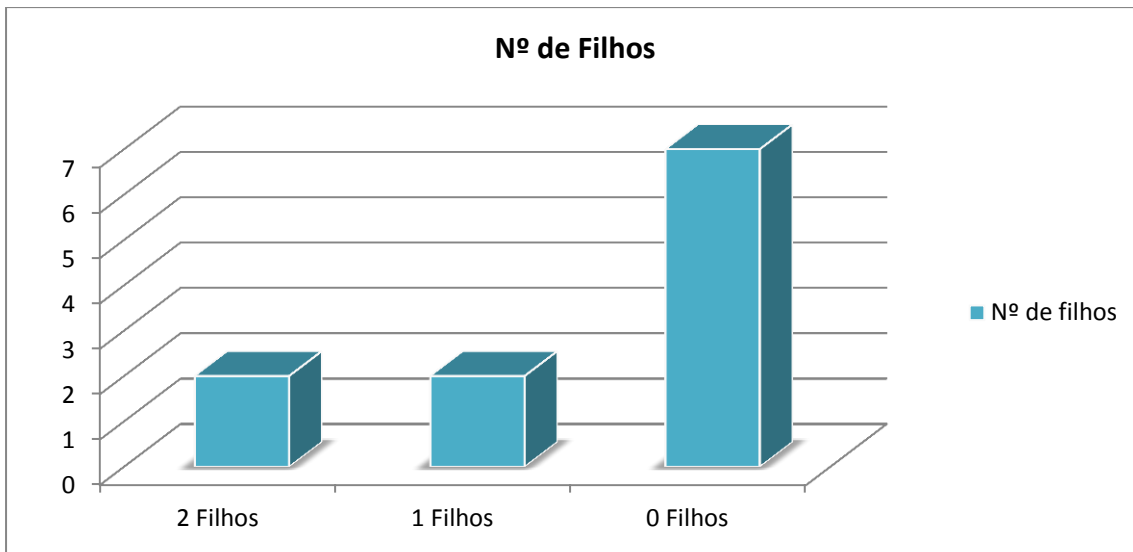
Quanto ao Estado Civil dos utentes, observa-se no Gráfico 11 que 91% são solteiros, e 9% comprometidos.

Gráfico 11| Estado Civil



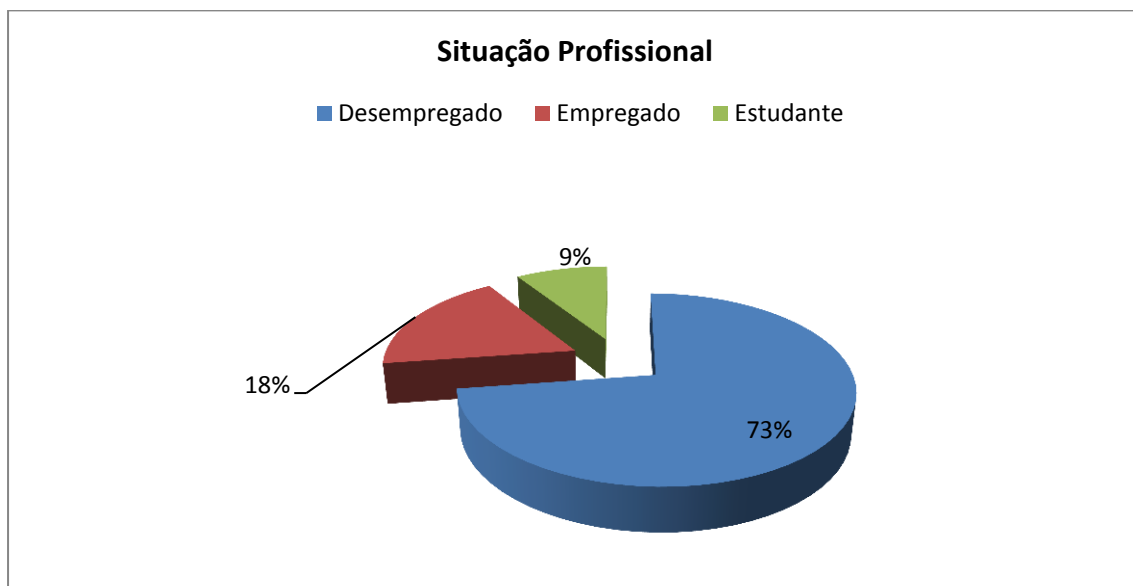
Como se pode observar no Gráfico 12, dos 11 utentes, 2 utentes têm 2 descendentes, 2 têm 1 descendente e 7 não têm descendentes.

Gráfico 12| Nº de Filhos



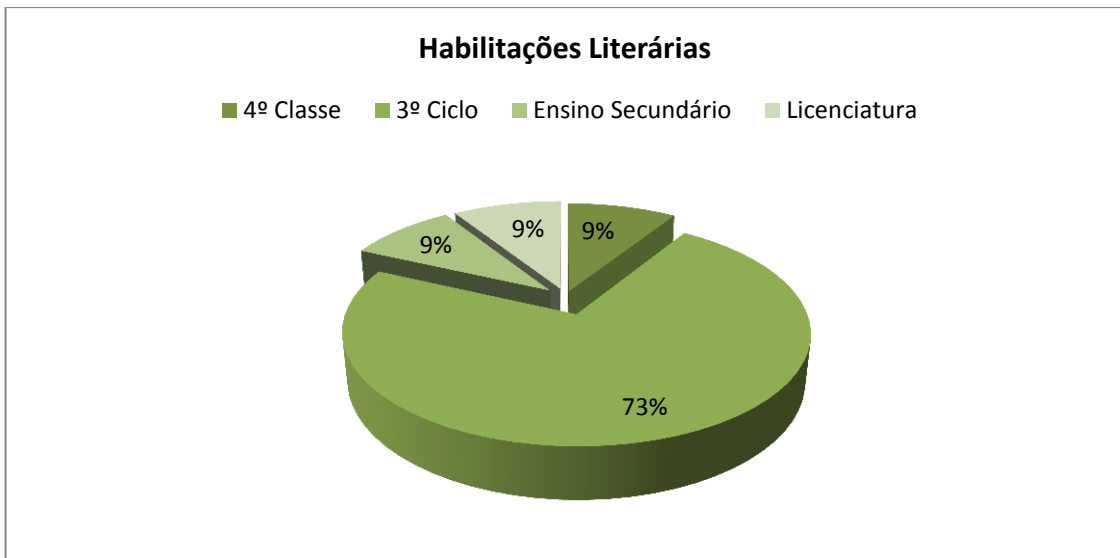
No Gráfico 13 observa-se a situação profissional dos utentes. Sendo que 73% estão desempregados, 18% empregados e 9% são estudantes.

Gráfico 13| Situação Profissional



O Gráfico 14 é referente à escolaridade. Tal como nos dados anteriormente analisados a maioria dos utentes completou o 3º ciclo, completando um total de 73%.

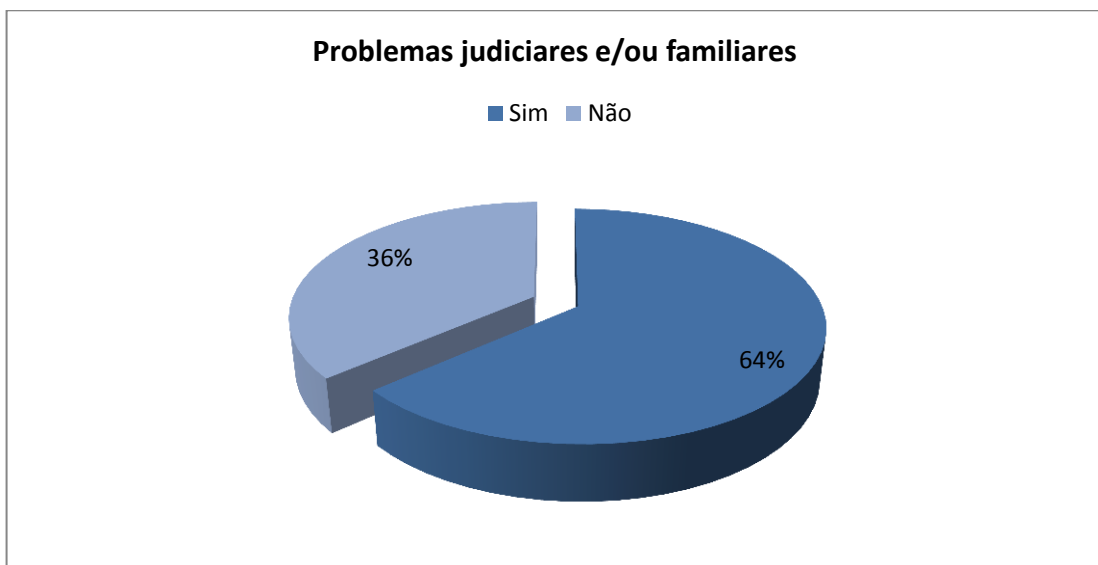
Gráfico 14| Habilitações literárias



Como foi referenciado no início deste relatório, a droga traz com ela vários tipos de problemas, sejam eles sociais ou com a vida familiar. No gráfico 15 pode-se observar isso mesmo. Dos 11 utentes analisados, 64% têm problemas ou judiciais (sociais) ou familiares, e apenas 36% não têm problemas nesse campo.

Dos 64% que têm problemas sociais e/ ou familiares, 32% é sociais e os outros 32% são familiares.

Gráfico 15| Problemas judiciais e/ou familiares



3. Apresentação de resultados operacionais da comunidade terapêutica de 2009 a 2012

3.1 Processo de Admissão de Utentes

Dos dados recolhidos na comunidade e da análise dos indicadores, pode-se salientar a redução, de 2011 para 2012, dos valores de Perdas de Doentes Sinalizados, tendo passado de 25 utentes para 8 utentes. O que perfaz uma taxa de Perda de Doentes Sinalizados de 14,3%.

Tabela 1| Processo de Admissão

Descritor	2009	2010	2011	2012
	Nº	Nº	Nº	Nº
1. Total de Doentes Envolvidos no Processo de Admissão	74	54	83	68
2. Doentes Transitados do Ano Anterior	8	11	13	12
3. Doentes Sinalizados no Ano Corrente	66	43	65	56
a. Falhas à Primeira Entrevista após marcação	5	0	25	8 (14,3%)
4. Doentes Avaliados Durante o ano Corrente	61	43	40	48 (85,7%)
a. Internamentos na CTAI	21	19	15	15
b. Desistências Durante o Processo de Avaliação	14	9	7	9
5. Doentes em Tratamento na CTAI no Ano Corrente	29	30	28	27

Fonte: Dados internos da Comunidade Terapêutica Arco-Íris.

Assim como se denota que nos valores obtidos quanto aos Doentes Avaliados se passa de 40 para 48 doentes, perfazendo uma taxa de 85,7%.

Assim, analisando a tabela com mais detalhe, quanto ao Total de Doentes Envolvidos no Processo de Admissão, de 2009 para 2012 existiu uma quebra. No entanto quanto aos Doentes que transitam do ano anterior observa-se um aumento. Este aumento pode significar que os utentes passaram a ter uma maior

dedicação e presença no tratamento, visto que se trata de um tratamento de mais ou menos 1 ano, a transição poderá significar que os utentes passaram a ter um tempo médio superior.

Existiu também uma diminuição da sinalização dos doentes, mas um aumento nas Falhas à Primeira Entrevista. Ao analisar estes dois dados, pode-se concluir que houve uma diminuição quanto a toxicodependentes que procuram ajuda nesta comunidade, o que, aliado ao facto de ter também diminuído o número de Doentes Avaliados e o número de Internamentos e Desistências, merece alguma reflexão.

3.2 Processo de Tratamento

No que se refere aos Processos de tratamento, observa-se que a Comunidade exerce atividades como “Grupo terapia Comunitária”; “Treino Competências Relacionais”; “Psicoterapia Psicodrama”; “Grupo de Prevenção de Recaída”; “Grupo de Relaxamento Oriental”; “Grupo de Feedback”; “Intervenção Familiar Grupal”; “Grupos de Fase 3 e 4”; “Grupo de Partilha Livre” e “Grupos de Psicoeducação”.

Tabela 2| Processo de Tratamento

Clínicas Grupais	Frequência	Atos Previstos	Atos Realizados	Nível Execução Clínica
Grupoterapia Comunitária	Bissemenal	104	99	95,20%
Treino Competências Relacionais	Quinzenal	23	23	100%
Psicoterapia Psicodrama	Semanal	42	42	100%
Grupo de Prevenção de Recaída	Semanal	16	16	100%
Grupo de Relaxamento Oriental	Quinzenal	19	19	100%
Grupo de Feedback	Quinzenal	23	19	82,60%
Intervenção Familiar Grupal	Bimensal	6	6	100%
Grupos de Fase 3 e 4	Mensal	12	12	100%
Grupo de Partilha Livre	Semanal	52	50	96,20%
Grupos de Psicoeducação	Bimensal	6	8	133,30%

Como se pode observar na Tabela 2, cada atividade de tratamento tem uma frequência a seguir, seja ela Bissemanal, Quinzenal, mensal, Bimensal. E, no geral, todas as atividades se executam conforme previsto, à exceção do “Grupo de Feedback”, que tinha uma previsão de 23 vezes e apenas se realizaram 19, tendo assim a percentagem mais baixa (82,6%) de realização.

4. Conclusões de dados internos da Comunidade Terapêutica

A Comunidade terapêutica disponibilizou alguns dos seus dados internos para realização deste relatório. No entanto, o estudo realizado pela mesma não está ainda concluído. Todavia, após leitura e análise dos dados já existentes, posso tirar algumas conclusões sobre os utentes desta comunidade no período de 2007 a 2012.

Desta forma, neste capítulo apresento algumas conclusões que se podem retirar dos dados já analisados:

1. Cerca de 70% dos participantes no estudo Follow-up, enquadrados no período 2009 a 2012, são do sexo masculino. 53,7% (36) tiveram alta programada do Programa Terapêutico da CTAI e a 31 de Dezembro de 2012 70% estão vivos.
2. Dos doentes que se prestaram a colaborar (N = 65), 66,2% (43) encontravam-se abstinentes do uso da SPA que motivou o seu internamento, e 58,5% mantém acompanhamento clínico em estruturas de ambulatório. 29,2% não pretende dar seguimento a qualquer acompanhamento de especialidade neste âmbito.
3. Em termos profissionais, observamos que uma larga maioria se encontra a desenvolver atividade profissional (50,8%), seja em regime regular ou irregular, assumindo a situação de desemprego o valor de 41,5% (27).
4. Em termos de subsistência económica 50,8% (33) afirmam viver dos rendimentos do trabalho que realizam, sendo ainda de relevar que 46,2% ainda não conseguiu atingir a autonomia familiar, dependendo dela financeiramente, bem como de subsídios estatais, numa percentagem de 27,7% (18).

5. Esta dependência parental assume ainda maior relevância quando percebemos a situação de coabitação, da qual constatamos que 29,2% ainda vivem sob os auspícios da figura materna. Apesar deste facto, 30,8% (20) afirmam coabitar com a sua companheira(o) e 16,5% assume a sua relação parental ao viver em comunhão com os seus filhos (as). Somente 18,5% (12) vivem sozinhos.

Como complemento desta metodologia de acompanhamento pós-alta, salientamos ainda factos anteriormente expostos e que, por um lado, reportam a consultas psicoterapêuticas de suporte num total de 36 atos e, por outro, de atendimentos a ex-residentes e respetivos familiares realizados por outras categorias profissionais num total de 97 atos.

Acresce ainda referir que aquando da realização de “Eventos Comunitários CTAI” são efetuados convites a ex-residentes, de modo a fomentar a participação ativa destes na vivência comunitária através dos seus testemunhos e exemplos de sucesso.

No momento de estágio (Setembro de 2012 a Janeiro de 2013) pude acompanhar os utentes no seu dia-a-dia.

Desta forma considero relevante salientar que a vida dentro da comunidade é toda organizada de forma a que os utentes tenham um acompanhamento diário, com poucas alterações, culminando assim numa rotina de certa forma rigorosa.

A rotina, dos utentes baseia-se da seguinte forma:

Figura 4| Ocupação Semanal dos utentes

Horas	Atividades semanais																			
	Segunda-Feira		Terça-Feira		Quarta-Feira		Quinta-Feira		Sexta-Feira		Sábado		Domingo							
	Residentes	Técnicos	Residentes	Técnicos	Residentes	Técnicos	Residentes	Técnicos	Residentes	Técnicos	Residentes	Técnicos	Residentes	Técnicos						
7:30/8:00	Despertar		Despertar		Despertar		Despertar		Despertar + AVD's (1)											
8:00/8:30	AVD's (1)		AVD's (1)		AVD's (1)		AVD's (1)		Pequeno Almoço											
8:30/9:00	Pequeno Almoço		Pequeno Almoço		Pequeno Almoço		Pequeno Almoço		AVD's (2)											
9:00/9:30	AVD's (2)	Reunião Equipa	AVD's (2)	Briefing	AVD's (2)	Briefing	AVD's (2)	Briefing		Briefing	Despertar + AVD's (1)		Despertar + AVD's (1)							
9:30/10:00	Aulas Português		Reunião casa		Reunião casa	Avaliação Diagnóstica - Psicologia - Serviço social	Reunião comunitária - Psicologia - Serviço social - Psicossociais		Chikung Yoga		Pequeno Almoço		Pequeno Almoço							
10:00/10:30																				
10:30/11:00																	AVD's (2)		AVD's (2)	
11:00/11:30																				
11:30/12:00			Reunião casa		Desporto		Reunião casa		Terapia Individual Psicologia Gestão Social Caso Psicologia						Tempo livre					
12:00/12:30	Reunião casa						Limpeza geral exteriores													
12:30/13:00	Cozinha		Cozinha		Cozinha		Cozinha		Cozinha		Cozinha		Cozinha		Cozinha					
13:00/13:30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço				
13:30/14:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço				
14:00/14:30	Limpeza geral louças		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)					
14:30/15:00			Avaliação Diagnóstica - Psicologia - Serviço social		Grupo Prevenção Recaída		Intervenção Médica UDC		Terapia Individual Psicologia Gestão Social Caso		Tempo livre		Tempo livre		Tempo livre					
15:00/15:30	Grupo GPS		Psicodrama																	
15:30/16:00																				
16:00/16:30																				
16:30/17:00	Lanche + AVD's		Lanche + AVD's		Lanche + AVD's		Lanche + AVD's		Lanche + AVD's											
17:00/17:30	Atelier agrícola		Atelier agrícola		Atelier agrícola		Atelier agrícola		Reunião avaliação estar											
17:30/18:00																				
18:00/18:30																				
18:30/19:00					Jogging				Limpeza geral sectores		Tempo livre + Banhos		Banhos							
19:00/19:30	Manutenção instalações		Manutenção instalações				Manutenção instalações		Manutenção instalações											
19:30/20:00	Cozinha + Banhos		Cozinha + Banhos		Cozinha + Banhos		Cozinha + Banhos		Cozinha + Banhos		Cozinha		Cozinha		Cozinha					
20:00/20:30	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar				
20:30/21:00	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar				
21:00/21:30	AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)		AVD's (2)					
21:30/22:00	Reunião "mais velhos"		Atelier de costura		Atelier de artes plásticas		Atelier de artes plásticas		Serão temático		Tempo livre		Tempo livre		Tempo livre					
22:00/22:30	Tempo livre		e bordados																	
22:30/23:00	Tempo livre		Tempo livre		Tempo livre		Tempo livre													
23:00/23:30	Tempo livre		Tempo livre		Tempo livre		Tempo livre													
23:30/00:00	Deitar - Silêncio		Deitar - Silêncio		Deitar - Silêncio		Deitar - Silêncio		Tempo livre						Deitar - Silêncio					
00:00/00:30																				
00:30/01:00																				
01:00/01:30									Deitar - Silêncio		Deitar - Silêncio									

Fonte: Dados internos da Comunidade Terapêutica Arco-íris.

A minha presença na comunidade não alterou em nada as suas rotinas e hábitos. Fui muito bem recebida tanto por técnicos como pelos seus residentes. Fui convidada a assistir a momentos de terapia de grupo (reuniões comunitárias, grupo de prevenção de recaída, ao grupo de prevenção de saída). Por motivos

de confidencialidade e sigilo profissional não posso descrever pormenores dos grupos, no entanto posso esclarecer que são terapias de grupo que ajudam os utentes a ultrapassar as suas dificuldades e consoante a fase que cada utente está existe uma preparação para o mundo exterior.

O ambiente vivido dentro da comunidade, como não poderia de ser é um ambiente familiar. Tal como num ambiente familiar no exterior, existem alguns conflitos e dificuldades e quando tais problemas existem os técnicos da comunidade estão presentes para os ajudar a resolver. Num caso de desistência, expulsão, alta antecipada ou qualquer outro assunto que propicie uma alteração no ambiente do grupo, todos os utentes têm o direito a dar a sua opinião e os assuntos são discutidos em grupo.

A equipa técnica tem reuniões semanais, onde são discutidos todo o tipo de assunto referentes aos utentes.

Todos os utentes são “analisados” individualmente e por todos os membros da equipa. O método de trabalho é muito bom, no sentido em que cada utente é visto como um ser individual e estudado tanto individualmente como em grupo na convivência diária dentro da casa. Todos os “castigos”/ reprimendas dados aos utentes são com o consenso da equipa toda e coincidentes com o erro.

De uma forma geral, os utentes são tratados todos da mesma forma, o apoio dado assim como a liberdade é consoante o comportamento e desenvolvimento a nível terapêutico de cada utente.

Os utentes sabem que estão ali para serem ajudados mas que terá de haver um esforço muito grande também da parte deles, nunca deixando que a equipa trabalhe e melhore por eles.

Uma das experiências onde consegui analisar o apoio, entreaajuda e sentimento que existe na comunidade, foi na festa de Natal.

Esta festa é realizada para os utentes, famílias, técnicos, ex-utentes e todos aqueles que têm o gosto de passar um dia com os residentes da casa.

Tudo é preparado por eles, desde a decoração, comida, e entretenimento (teatro, músicas...).

Recordo, que muitos dos utentes que estavam presentes, não viam as suas famílias desde o momento de admissão e analisar o reencontro, o prazer com que apresentavam ambas as famílias (casa/externo) foi fantástico.

Conclusão

Todo este trabalho, tanto a nível teórico como a nível prático (estágio) levaram a que tivesse uma visão diferente das Comunidades Terapêuticas.

No senso comum, as comunidades terapêuticas são vistas como os locais onde os toxicod dependentes são deixados para que alguém trate deles, de certa forma são vistas como o ultimo recurso das famílias quando veem que não conseguem ajudar ou fazer mais pelo seu familiar. Outra visão que o senso comum acaba por predeterminar é que é um local onde lhes são induzidos fármacos e quando estão tratados saírem e depois voltam aos consumos.

A visão obtida do lado científico é completamente diferente, os utentes vão para tratamento quando sentem que estão dispostos a se tratar e a viver sem os consumos. Como seria de prever, esta visão no inicio é complicada, os utentes não iniciam o tratamento com as certezas todas de que nunca mais consumiram, daí existirem muitas recaídas. No entanto, e como explicado ao longo deste relatório as Comunidades tentam ao máximo preparar os utentes para que não aconteça. Os utentes têm um acompanhamento detalhado, que os ajuda a evoluir.

Os profissionais de saúde que tratam a toxicodependência, têm de ter uma especialização detalhada e concisa deste assunto, não pode ser qualquer profissional a ir para uma comunidade, com os conceitos estereotipados.

Este conceito estereotipado não se pode abranger apenas aos profissionais de saúde que trabalham a toxicodependência, mas também à sociedade no geral.

Com isto quero dizer que, a nível de legislação o toxicodependente está protegido e deve ser visto como um cidadão comum. Existindo assim as politicas de reinserção dos toxicod dependentes que afirmam que o objetivo é permitir que o individuo se torne capaz de viver a sua vida sem necessitar de entrar por meios de criminalidade e rejeição por parte da sociedade. Como referido ao longo do relatório foi criado o programa vida emprego que ajuda a potenciar a reinserção social e profissional dos toxicod dependentes ainda em tratamento. A grande questão que se coloca é referente à preparação que a sociedade tem neste

aspecto, portanto, a sociedade tem uma visão estereotipada do que é um toxicodependente, muitas vezes não conseguindo ver que estes podem levar uma vida normal após um tratamento e acabam por ser rejeitados na inserção social.

O meu estágio na comunidade permitiu-me conhecer um modelo de enquadramento da toxicodependência em relação ao qual são reconhecidas diversas virtualidades do conceito, permitindo-me ver a toxicodependência de uma forma menos estereotipada do conceito.

Concluindo, a experiência de estagiar numa Comunidade Terapêutica foi de extrema importância, tanto a nível profissional, escolar como a nível pessoal.

Compreender e conhecer histórias de vida distintas daquelas que estamos habituados e saber lidar com a diferença é muito importante para trabalhar com pessoas em tratamento de substâncias psicoativas. Com isto quero dizer, que ao trabalhar num sítio tão carregado de emoções não é simples. Todos os dias aparecem contratempos que temos de aprender a lidar. Cresci ao ouvir histórias de vidas, sentimentos e vivências.

Numa Comunidade como a Arco-íris não se pode olhar para o lado e julgar. Aprendi desta forma a olhar para o lado e ver as pessoas fantásticas, que há por de trás de uma história de vida terrível.

Referências Bibliográficas

- Arnau, Domingo Comas (2008), “La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro”. *Revista Española de Drogodependencias*, n.º 33, p.º 238-254
- Arroyo, Álvaro Olivar; Carillo, Esther Sanchís e Verdeguer, Silvia Ros (2008), “El educador social en comunidad terapéutica: situación actual, reflexiones y propuestas”. *Revista Española de Drogodependencias*, n.º 33, p.º 333-347
- Borges, F. C., Filho, C. H., (2004), *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual técnico 2*, Lisboa: Climepsi Editores
- Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 2.ª Ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo
- Comas, D. (1985) “*El uso de drogas en la juventud*”, Barcelona: Publicaciones de Juventud y Sociedad, S. A.
- Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé,(1994), *Rapports du comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur la toxicomanie*, Avis n.º 43, 23 de Novembro
- Cunha, Maria Ivone (2002), *Entre o Bairro e a Prisão: tráficos e trajetórias*, Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda
- Dias, C. A. et al., [s/d], *Intervenções em toxicodependências – do C.E.D. ao C.A.T.C. (1997-1997)*, Coimbra
- Dias, Fernando Nogueira (2002), *Sociologia da Toxicodependência*, Lisboa, Instituto Piaget
- Dias, Lúcia Nunes (2007), *As drogas em Portugal: O Fenómeno e os Factores Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*, Porto, Impressão e acabamento: Tipografia do Carvalhinho
- Espada, João Carlos (1998), *A Tradição da Liberdade*, Cascais, PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas
- I.D.T. (2005). *Plano Nacional Contra as Drogas e Toxicodependências 2005-2012*. Lisboa

I.D.T. (2005). *Relatório de Actividades 2005*. Lisboa

I.D.T. (2005). *Síntese do Relatório sobre a execução da Estratégia nacional de Luta contra a Droga em 2005*. Lisboa

Marques, A. P., (1982), "Toxicodependência e Sociedade", Organização: *Revista Psicologia*, Vol. III, n.º 3 e n.º 4, Edição: A Regra do Jogo

Marques, Ana Rita Valinho dos Santos (2008), "A(s) Droga(s) e a(as) Toxicodependência(s) – representações sociais e políticas em Portugal". *Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Inserção Social*. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto

Mínimo Garantido", *Instituto para o Desenvolvimento Social*, (Estudos), Lisboa

Negreiros, Jorge (2003), *As Drogas e a Cidade Prevalências e perfis de consumidores problemáticos*, ed. Radicário, Rocha - Artes Gráficas, Lda

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, (1998), "Linhas Orientadoras para a Avaliação de Acções de Prevenção da Toxicodependência", *Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*, Lisboa

OMS - Organização Mundial de Saúde, (1995), *CID-10, OMS*, Tradução Centro

OMS - Organização Mundial de Saúde, (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS: Génova

Patrício, L., (1996), *Droga de Vida. Vida de Droga*, Lisboa: Bertrand Editora

Patrício, L., (2002), *Drogas: para que se saiba*, Lisboa: Figueirinhas

Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Instituto para o Desenvolvimento Social, (2001-2002), "Avaliação de impactes do Rendimento

Presidência do Conselho de Ministros, (1999), *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga*, (2.ª Ed.), Lisboa, Imprensa Nacional da Casa da Moeda

Presidência do Conselho de Ministros, (2000), *Relatório Anual – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências em 1999*, Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa

Relatório Anual, (2005), *A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*, Luxemburgo: Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
Xiberras, Martine (1989), *A Sociedade Intoxicada*, Lisboa, Instituto Piaget

Internet

Câmara Municipal de Coimbra (s.d.) Parceiros do CLAS/C. pagina consultada a 13 de Janeiro de 2013. disponível em: http://www.cm-coimbra.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=181&Itemid=390

IDT, (2008) Delegação Regional Centro, consultada a 11 de Abril de 2013. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/Apresentacao.aspx>

IDT, (2008) *Relatório Anual 2011*, consultada a 11 de Abril de 2013. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/SituacaodoPais.aspx>

Rocha, Ivete (s.ds), A Intervenção do Serviço Social na Toxicodependência. Pagina consultada a 5 de Fevereiro de 2013. Disponível em: www.caaei.org/anexos/219.do

s.a. (2007), *Tipos de droga. O que é a droga?* Pagina consultada a 15 de Abril de 2013. disponível em: <http://tipos-de-drogas.blogspot.com/2007/11/o-que-droga.html>