



ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (ESPP)

## Práticas de Serviço Social em Comunidade Terapêutica

José António Duque Vicente

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutor em Serviço Social

Orientador(a):

Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar,  
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador:

Doutor Cristóvão Margarido, Professor Adjunto,  
ESECS-Escola Superior Educação e Ciências Sociais-Instituto Politécnico de Leiria

Dezembro, 2018

**Práticas de Serviço Social em Comunidade Terapêutica**

**José António Duque Vicente**

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de  
**Doutor em Serviço Social**

**Júri:**

[Doutor] [Francisco Javier García Castilla], [Professor Contratado], [UNED-Espanha]  
[Doutora] [Patrícia Alexandra A. Barbosa], [Investigadora], [Universidade Nova de Lisboa]  
[Doutora] [Ana Cristina Pereira Martins], [Técnica Superior de Saúde], [Ministério da Saúde]  
[Doutor] [Jorge Manuel Leitão Ferreira], [Professor Auxiliar], [ISCTE-IUL]  
[Doutora] [Maria João Barroso Pena], [Professora Auxiliar], [ISCTE-IUL]

Dezembro, 2018

## Agradecimentos

Na realização da presente Tese de Doutorado, foi muito importante o apoio de muitas pessoas às quais estou profundamente grato.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha Orientadora Professora Doutora Maria João Pena, pela orientação, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio prestado durante todo este percurso. Agradeço, de igual forma, ao meu Coorientador Professor Doutor Cristóvão Margarido, pela sua disponibilidade incentivo, apoio e orientação na realização deste trabalho. Estou grato a ambos pela forma como se dedicaram a analisar e orientar esta investigação. A maneira clara, objetiva como me orientaram e fizeram refletir sobre o tema, foi decisivo para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço também ao Diretor do Doutorado Professor Doutor Jorge Ferreira pela estima, compreensão e disponibilidade que mostrou ao longo desta caminhada. O seu incentivo foi determinante para frequentar o programa de Doutorado em Serviço Social e realizar esta investigação.

Um sentido agradecimento a todos os participantes na investigação que disponibilizaram muito do seu tempo para dar o seu testemunho, durante o tempo das entrevistas, como em outros momentos de conversa que foram fundamentais para concretizar os objetivos que me propus atingir com a realização deste trabalho, sem vós a recolha desses dados teria sido impossível. Muito obrigado!

O agradecimento especial aos colegas da ESECS - IPLeiria que muito me incentivaram e apoiaram para levar este trabalho até ao fim, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Aos meus Amigos de coração, agradeço a sua paciência, insistência, motivação, compreensão e ajuda prestada ao longo de toda a minha vida académica e em especial na elaboração da presente Tese de Doutorado, sem o suporte e apoio que sempre me deram, teria sido impossível ter feito este caminho.

Enfim, quero demonstrar o meu agradecimento, a todos aqueles que foram expressando claramente a sua vontade em ver-me terminar esta jornada, que torceram por mim e sempre emanaram energia positiva para que eu concretizasse este sonho.

A todos os meus sinceros e profundos agradecimentos.

## Dedicatória

Esta tese de Doutorado é dedicada em especial à minha querida Irmã Deolinda Duque Vicente, pela sua amizade, pela forma como partilhou comigo a sua vida, a confiança e cumplicidade que existia entre nós, esteja onde estiver, sei que estará orgulhosa de mim e contente por eu concretizar este meu sonho e ter escolhido esta temática, à qual dedicou muito do seu tempo a ajudar os outros, sem medos, sem barreiras, sem discriminar, sem desistir de procurar novas soluções para que as pessoas que ajudava se pudessem libertar deste flagelo. A sua vontade e alegria eram contagiantes, acreditava que mudar é possível! Esta sentida dedicatória é por Amor, amor que senti e sinto por ela, por ter existido na minha vida.

Aos meus Pais pelos valores que me transmitiram ao longo do meu crescimento, moldando assim a minha maneira de ser e de estar, apesar da minha Mãe também já não estar entre nós, tenho a certeza que, esteja onde estiver, estará orgulhosa da mim.

### Urgentemente

É urgente o amor.  
É urgente um barco no mar.  
É urgente destruir certas palavras.  
Ódio, solidão e crueldade,  
Alguns lamentos  
muitas espadas.

É urgente inventar alegria,  
Multiplicar os beijos, as searas,  
É urgente descobrir rosas e rios  
e manhãs claras

Cai o silêncio nos ombros e a luz  
impura, até doer.  
É urgente o amor, é urgente  
permanecer.”

Autor: Eugénio de Andrade, *in* "Até Amanhã"

## RESUMO

A presente investigação procura compreender as práticas dos assistentes sociais no tratamento e na reinserção social do toxicodependente em comunidade terapêutica, dando voz aos toxicodependentes, o objetivo é perceber de que forma é que estes caracterizam os procedimentos, atividades e decisões que o assistente social desenvolve ao longo do seu processo de tratamento e reintegração socioprofissional e, se as práticas profissionais dos assistentes sociais foram ao encontro das expectativas e necessidades apresentadas pelos toxicodependentes. Deste modo, o objeto de estudo define-se como as práticas profissionais dos assistentes sociais no decorrer do tratamento e reintegração social dos sujeitos de intervenção, na construção de sentidos sobre a sua intervenção na perspetiva dos toxicodependentes, assim como nos relatos dos assistentes sociais que atuam em comunidades terapêuticas. Nesta investigação adotou-se a pesquisa qualitativa assente num estudo de caso, privilegiando-se a pesquisa documental e as entrevistas como técnicas de recolha de dados.

Pelos dados recolhidos, observa-se que os toxicodependentes consideram os assistentes sociais como principal suporte na comunidade terapêutica para os ajudar a ultrapassar os desafios familiares, sociais, relacionais e profissionais com que se vão deparando, durante e após o tratamento. Nos depoimentos dos assistentes sociais e nos documentos analisados, constata-se que, existe por parte dos assistentes sociais um trabalho que é feito para garantir que todas as dimensões da vida dos toxicodependentes em tratamento sejam devidamente planeadas de modo a que haja equilíbrio entre as relações sociais, profissionais e familiares.

Palavras-chave: assistente social, toxicodependência, comunidade terapêutica, tratamento, reinserção social.

## **ABSTRACT**

The present research seeks to understand the practices of social workers in the treatment and social reintegration of drug addicts in a therapeutic community, giving voice to drug addicts, the objective is to understand how they characterize the procedures, activities and decisions that the social worker develops to the during their treatment and socio-professional reintegration process, and if the professional practices of social workers met the expectations and needs presented by drug addicts. Thus, the object of study is defined as the professional practices of social workers in the course of treatment and social reintegration of the intervention subjects, in the construction of meanings about their intervention from the perspective of drug addicts, as well as in the reports of social workers who they act in therapeutic communities. In this research the qualitative research was adopted based on a case study, privileging the documentary research and the interviews as techniques of data collection.

Based on the data collected, it is observed that drug addicts consider social workers as the main support in the therapeutic community to help them overcome the family, social, relational and professional challenges that they encounter, during and after treatment. In the testimonies of the social workers and in the documents analyzed, it is noted that social workers work to ensure that all the dimensions of the lives of drug addicts in treatment are properly planned so that there is a balance between the relationships social, professional and family.

Key words: social worker, drug addiction, therapeutic community, treatment, social reintegration.

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	i
Dedicatória.....	ii
<b>RESUMO</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>ÍNDICE</b> .....	v
Indicie de Figuras .....	vii
Lista de Siglas.....	viii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPITULO I – CONCEITOS, DEFINIÇÕES E CONTEXTOS SOCIAIS DA TOXICODPENDÊNCIA</b> .....	13
1 - Toxicodependência e Síndrome de Abstinência .....	13
2 – Percursos, causas e efeitos sociais do aparecimento da droga em Portugal.....	20
3-Cronologia: Acontecimentos e iniciativas relevantes no Combate á Toxicodependência... 36	
4- Tabela cronológica da evolução das políticas da droga em Portugal: impacto da legislação no apoio e tratamento da Dependência química.....	38
6 - Estética dos comportamentos e da linguagem na Toxicodependência .....	54
<b>CAPITULO II – HISTÓRIA, CONCEITOS E MODELOS DE TRATAMENTO DA TOXICODPENDÊNCIA</b> .....	65
1 - Modelos de tratamento da toxicodependência .....	65
2 - Enquadramento histórico das Comunidades terapêuticas .....	70
3 - Funcionamento interno de uma comunidade terapêutica.....	79
3.1 – Acolhimento, Destinatários, Objetivos, Condições de Admissão e funcionamento interno da Comunidade Terapêutica.....	79
3.2 – Regras obrigatórias da estadia na comunidade terapêutica .....	85
3.3-As Regras do Placar Amarelo: Manual de sobrevivência dos Toxicodependentes em tratamento na C.T.....	87
4 – Composição & responsabilidades dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica.....	94
4.1 - Responsabilidade da direção clínica na comunidade terapêutica .....	94
4.2 - Responsabilidades do assistente social na comunidade terapêutica.....	95
4.3 - Responsabilidades do psicólogo na comunidade terapêutica.....	97
4.4 - Responsabilidades do monitor na comunidade terapêutica .....	98
4.5 - Responsabilidades do enfermeiro na comunidade terapêutica.....	99
4.6 - Responsabilidades do psiquiatra na comunidade terapêutica .....	99
4.7 - Outros serviços de apoio em comunidade terapêutica .....	100
4.8 - Processo clínico e psicossocial do toxicodependente em tratamento .....	100

5- Caracterização das fases de tratamento em comunidade terapêutica.....	102
6- O ideal comunitário: um sentir coletivo da vida em comunidade terapêutica .....	115
<b>CAPITULO III – SERVIÇO SOCIAL: INTERVENÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO.....</b>	<b>117</b>
1 – Serviço Social: Desafios entre a Intervenção e a produção de conhecimento.....	117
2 – A relação e a ação do assistente social em comunidade terapêutica .....	130
3 - Serviço social e a recomposição dos laços familiares.....	147
4 – A Equipa multidisciplinar, toxicodependentes e assistente social na C.T. ....	157
<b>CAPITULO IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>163</b>
1- Paradigma e estratégia de investigação.....	163
2 - Campo empírico, universo e amostra.....	165
3 – Técnicas de recolha e tratamento de dados .....	172
<b>CAPITULO V - A INTERVENÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....</b>	<b>177</b>
1 – Caracterização e dados sociodemográficos dos entrevistados .....	177
1.1 - Dados sociodemográficos dos ex-residentes da C.T e toxicodependentes em recuperação .....	177
1.2 - Dados sociodemográficos dos assistentes sociais .....	178
2– Nomenclaturas: ex-toxicodependente ou toxicodependente em recuperação .....	179
3 – Tratamento em Comunidade Terapêutica- “Aprender a dizer, Não” .....	183
4- Aceitação da doença e pedido de ajuda .....	186
5 - A relação entre o toxicodependente e o assistente social em comunidade Terapêutica ..	191
6 -A intervenção do assistente social na recomposição dos laços familiares e sociais em comunidade terapêutica.....	196
7-Espaços de reflexão coletiva, promoção de autonomia, participação ativa no tratamento e na reinserção social .....	204
8 - A dimensão colaborativa da intervenção em comunidade terapêutica .....	208
9 – A visão dos toxicodependentes em tratamento na C.T. sobre a intervenção do assistente social na sua reinserção social e profissional .....	214
10– A visão dos assistentes sociais sobre a importância do <i>follow up</i> na prevenção da recaída dos toxicodependentes durante a reinserção social .....	218
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>225</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>235</b>

## Indicie de Figuras

Figura 1 - Noticia sobre o aparecimento da Droga em Portugal - Com Texto de Paulo Figueira e Ilustração de Luís Filipe da Conceição .....	21
Figura 2 - Foto do Livro referenciado no texto: Os Filhos da Droga + Foto de uma Cena do filme com o mesmo nome. ....	23
Figura 3- Tendões onde residiam os toxicod dependentes no Casal no Ventoso.....	27
Figura 4 - Fotografia de uma toxicod dependente a fumar heroína.....	28
Figura 5 -Fotografia de um toxicod dependente a consumir droga por via endovenosa... 28	
Figura 6-KIT de prevenção da Sida: O programa de troca de Seringa entre os anos de 1993 e 2008. ....	34
Figura 7 - Tabela com as quantidades diárias possíveis de serem transportadas pelos consumidores (Toxicod dependentes) .....	45
Figura 8 - Flyer de divulgação do programa de RRMD.....	48
Figura 9 - Tabela de Drogas adaptado de Venegeroles (2014). ....	53
Figura 10 - Esquema de análise da toxicod dependência. Oliveira (2013,p.20) .....	70
Figura 11- Disposição da reunião comunitária.....	113
Figura 12 - Retirada do Manual: Linhas orientadoras para a intervenção social Modelo de Intervenção em Reinserção -IDT_2009-Pag.22.....	219

## Lista de Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde  
CAT- Centro de Apoio a Toxicodependentes  
CRI - Centro de Respostas Integradas  
CT – Comunidade Terapêutica  
CRSS - Centro Regional de Segurança Social  
CDT- Comissão de Dissuasão da Toxicodependência  
EMCDDA – European Monitoring Center for Drugs and Addiction  
E.T – Equipa Terapêutica  
IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência  
IDT - Instituto de Emprego e Formação Profissional  
ISPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNCDT – Plano Nacional Contra as Drogas e a Toxicodependência  
PNRCAD - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências  
SS – Segurança Social  
SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos  
RSI - Rendimento Social de Inserção  
SPA – Substâncias Psicoativas  
SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependências  
UD – Unidades de Desabitação  
VHC - Vírus da Hepatite C  
VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

## INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, período intensamente marcado por uma enorme abordagem terapêutica às toxicomanias, a intervenção do assistente social tem assumido uma importância primordial nas equipas multidisciplinares de apoio a esta problemática social. Estes profissionais têm vindo a desenvolver e a promover métodos, técnicas e estratégias de tratamento e reinserção social dos toxicodependentes em diversos serviços públicos e privados.

Convém aqui, ainda que de forma breve, referir que a toxicodependência “é um fenómeno que resulta da dependência psicológica de substâncias psicoativas e, no caso de algumas substâncias, dependência física. Esta dependência, e o uso continuado de substâncias, provocam diversos efeitos na esfera física, psíquica e social de funcionamento do sujeito” (Gomes,2008:20). No âmbito da toxicodependência, os assistentes sociais têm desempenhado as suas práticas em projetos de prevenção das substâncias psicoativas, redução de riscos e minimização de danos, tratamento em ambulatório, comunidades terapêuticas e reinserção social. A sua atuação é justificada, pois o “consumo de drogas, enquanto dependência socialmente relevante, é um fenómeno que afeta há algumas décadas a sociedade portuguesa, tendo vindo a crescer progressivamente” (Fernandes, 2007:3). Por outro lado, os assistentes sociais podem e devem integrar-se em vários contextos de prática não estando limitados em nenhum campo de atuação em particular. (Bride, 2007; Segal *et al.*, 2007; Grant & Kinman, 2011) *citados por* (Kapoulitsas & Corcoran, 2015:87).

O trabalho do assistente social torna-se fundamental no apoio aos toxicodependentes pelo esforço que têm para reorganizar a sua vida, sendo este um caminho longo que têm pela frente, necessitando de readquirir “competências de relacionamento e interação social, responsabilização pelos seus próprios atos e atitudes, ganhar tolerância à frustração, aprenderem a confrontarem-se com problemas e conflitos e aceitarem as responsabilidades sociais” (Rebelo, 2007:19).

Perante esta realidade, o tratamento afirma-se como resposta a este crescimento e inicia-se “quando os indivíduos que abusam de substâncias psicoativas entram em contacto com um prestador de saúde ou com qualquer outro serviço comunitário, que pode continuar através de uma sucessão de intervenções específicas até que seja atingido o mais alto nível de saúde e bem-estar” (Lima , 2012:24).

O tratamento, independentemente de ser realizado em contexto ambulatorio ou em comunidade terapêutica, tem como objetivo primordial ajudar o toxicodependente a reaprender a viver em abstinência de drogas ou outros aditivos, respeitando-o como pessoa, com dignidade, capacidades, limites e responsabilidades próprias, tão autonomamente quanto possível, de modo a concretizar um percurso pessoal reorganizador da própria vida.

Por meio desta abordagem centrada nas necessidades da pessoa, a dependência pode ser tratada de diversas maneiras. Nesta investigação, destacamos o “tratamento em comunidade terapêutica, principalmente devido ao seu crescimento nos últimos anos” (Sabino & Cazenave, 2005:168).

As Comunidades Terapêuticas podem ser definidas como “unidades especializadas de tratamento residencial de longa duração, em regime de internamento, onde através de apoio psicoterapêutico e socio terapêutico se procura ajudar à reorganização do mundo interno dos toxicodependentes, e a perspetivar o seu futuro” (IDT, IP., 2011:9).

No que concerne à atuação do assistente social em comunidade terapêutica, este profissional necessita ter capacidade para articular em rede, interagindo com os serviços existentes de tratamento e reinserção social dos toxicodependentes, “o trabalho isolado não é resolutivo, o atendimento em rede apresenta maior efetividade.” (Woerner, 2015:184).

O trabalho do assistente social em comunidade terapêutica reveste-se de enorme proximidade e de contacto diário com o toxicodependente. Tendo em conta a particularidade dessa relação de proximidade/distância, é necessária uma autovigilância por parte do profissional de forma a não colocar em causa os valores usados pelos assistentes sociais ao longo da história da profissão. Estes valores são a base do único propósito e da perspetiva do serviço social: “ética profissional, justiça social, dignidade e valor pessoal, importância das relações humanas, integridade e competência” (Lima, 2012:32).

Em conjunto com o toxicodependente, o assistente social identifica, planeia e desenvolve ações (Ferreira, 2011), que o orientam na reconstrução do seu projeto de vida, tornando a reinserção social como uma das metas imprescindíveis e transversais do tratamento, entendido em sentido amplo (Ganev & Lima, 2011:116). Nesta perspetiva, a reinserção social “exige uma intervenção de carácter multi, pluri e interdisciplinar, tornando-se eficaz apenas, quando em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, afetiva,

cultural e social, esse indivíduo consegue estabelecer um quadro de vida com autossuficiência e satisfação pessoal” (Carvalho & Pinto, 2007:6).

Perante a diversidade e complexidade de consequências geradas pela problemática da toxicodependência nas dimensões familiar, profissional, habitacional, judicial, comunitária, na saúde entre outras, é inquestionável que o serviço social constitui “uma profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar laços e as relações sociais que constituem o tecido social; permitindo a cada um, (...) reencontrar um lugar no corpo social, um reconhecimento, um *status*, uma identidade, que respeite o sentido da sua cidadania” (Pires, 2000:57).

O tratamento dos toxicodependentes em internamento prolongado cria relações interpessoais de grande proximidade, cumplicidade e intensidade. Muitas vezes estas relações pela proximidade e durabilidade do tratamento ganham raízes que podem condicionar efetivamente o processo de tratamento dos residentes. Para que isso não aconteça é necessário que os assistentes sociais mantenham a imparcialidade, o sigilo profissional, em suma, que respeitem a ética profissional.

De acordo com Código de Ética da Associação Nacional de Assistentes Sociais, “os assistentes sociais devem estar conscientes do impacto da tomada de decisões dos seus clientes, dos seus próprios valores pessoais e das suas crenças e práticas religiosas.”<sup>1</sup> Por outro lado, o assistente social trabalha com “profissionais de outras áreas, que ainda que tenham o sigilo profissional circunscrito aos seus códigos, não estão sujeitos às mesmas obrigações, apresentam objetivos diferentes e, ainda, lógicas e prioridades distintas das do serviço social. O assistente social atua em circuitos em que as informações devem ser partilhadas e, ao mesmo tempo, em que a confidencialidade é, legalmente, autorizada” (Sampaio & Rodrigues, 2014:87).

Esta dualidade de critérios e pareceres reforçaram a vontade de realizar esta investigação e obter o feedback dos toxicodependentes, com a finalidade de perceber se as práticas dos assistentes sociais foram significativas para promover o “*empowerment*” no toxicodependente, ou seja, a capacidade de “conferir às pessoas os poderes perdidos em processos de fragilização (Kern, 2005), neste caso, no percurso individual dos toxicodependentes em tratamento e na sua reintegração social (Sousa, 2015).

---

<sup>1</sup> Código de Ética da Associação Nacional de Assistentes Sociais (Aprovado em 1996 e revisto em 1999 pela Delegação da Assembleia da NASW). Disponível em <http://www.cpihts.com/Library/C%25F3digo.htm> acessado 8 de agosto de 2017. Foi feita uma revisão a este documento pela (NASW) - National Association of Social Workers

Partindo da premissa de que o assistente social continua a ter um papel preponderante na intervenção com toxicodependentes, a realização desta pesquisa tem como principais objetivos compreender a importância que os toxicodependentes atribuem ao papel do assistente social no decorrer do tratamento e reinserção socioprofissional em comunidade terapêutica e, por outro lado, perceber de que forma as trajetórias de vida dos toxicodependentes nas dimensões familiares, profissionais e as passagens por outros serviços de saúde de apoio à toxicodependência, são cruciais para que o assistente social desenvolva a suas práticas com maior eficácia no tratamento e reinserção social do toxicodependente.

A justificação desta investigação prende-se com a inexistência de estudos e de produção científica em Portugal que nos facultem informações sobre a importância das práticas dos assistentes sociais através do olhar dos toxicodependentes.

Para Marconi e Lakatos (2003), a determinação dos objetivos define o que se pretende alcançar, explicitando assim o problema de pesquisa. Enquanto o objetivo geral está vinculado ao conteúdo intrínseco dos fenómenos e das ideias estudadas, os objetivos específicos têm função instrumental, ou seja, informam meios para atingir o objetivo geral (Marconi & Lakatos, 2003).

A problemática que aqui se trabalhou respeita ao tratamento dos toxicodependentes em comunidade terapêutica elegendo por objeto de estudo a intervenção do assistente social em comunidade terapêutica.

Os objetivos Gerais que norteiam esta investigação são:

1. Compreender as práticas dos assistentes sociais no tratamento e reinserção social do toxicodependente em comunidade terapêutica.

Com este objetivo pretendemos compreender como é que os assistentes sociais da comunidade terapêutica desenvolvem as suas práticas profissionais para ajudar os toxicodependentes no tratamento e na sua reinserção social e profissional. Sabemos que os contratos relacionais que os assistentes sociais têm de assumir junto dos sujeitos da sua intervenção são à partida suscetíveis e podem desencadear uma teia de relações diversas e complexas. O sentido deste objetivo é perceber a que exercícios, estratégias e métodos recorrem os assistentes sociais para desenvolverem as suas práticas em comunidade terapêutica.

Ao procurarmos conhecer o papel dos assistentes sociais através do olhar dos toxicodependentes, pretendemos conhecer o impacto que tiveram as ações, decisões, e procedimentos desenvolvidas pelos assistentes sociais no decorrer do seu processo de

tratamento e reintegração social. Ao questionarmos quem passou pela experiência, pretendemos saber que instrumentos e metodologias foram usados pelo assistente social que estes sentem ter sido cruciais e significativas para melhorar a sua qualidade de vida.

2. Contribuir para o conhecimento e compreensão da toxicodependência em Portugal, tendo como enfoque central a intervenção do assistente social em comunidade terapêutica.

A concretização deste objetivo centra-se numa lógica de compreensão tripartida, num primeiro momento deseja-se que esta investigação seja um contributo para dar a conhecer as principais alterações que têm vindo a decorrer nos últimos anos em Portugal, em matéria de leis e políticas sociais de acordo com a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência. No, entanto, e não obstante terem sido criadas várias respostas na área da toxicodependência, aceitando-a como um problema de saúde/doença que tem provocado graves mazelas sociais, outras questões associadas à toxicodependência foram alvo de análise nesta investigação, tais como: a mudança de linguagem, as atitudes, os comportamentos, os movimentos sociais e culturais, que se enraizaram e transformaram na maneira de ser e de estar de muitos jovens portugueses. Num segundo momento, a dimensão da análise é feita no sentido de dar a conhecer pela própria voz dos toxicodependentes em tratamento a ação do assistente social, nessa perspectiva, o significado é adquirido em relação ao contexto vivido, desejando-se que esta investigação possa servir para dar a conhecer o sentir daqueles que recorrerem ao serviço do assistente social na esperança de serem ajudados.

Por último, com este objetivo pretendemos contribuir para dar a conhecer as competências essenciais e as estratégias que os assistentes sociais que trabalham em comunidade terapêutica utilizam para responderem aos desafios que lhe são colocados durante sua prática profissional. A explanação deste objetivo relaciona-se com todo o processo dinâmico, interventivo e interativo das relações interpessoais e concretizou-se com o testemunho dado pelos assistentes sociais que participaram nesta investigação.

Este *modus operandi* pressupõe a existência de vários objetivos específicos que nos conduzem à concretização do objetivo geral.

Objetivos específicos:

1. Compreender a percepção dos toxicodependentes sobre a intervenção do assistente social durante o seu percurso de tratamento e reinserção socioprofissional em comunidade terapêutica.

Mais concretamente pretendemos ouvir a opinião que os toxicodependentes têm sobre as relações interpessoais que estabelecem com o assistente social, especialmente na interação e na relação de ajuda. Sabemos que os processos relacionais tanto podem gerar cooperação, confiança e aceitação da ajuda, como relações de desconfiança, conflitos, tensões, dúvidas, crenças e expectativas que convêm explorar.

O assistente social é um profissional qualificado, não intervindo apenas, como alguém que estabelece pontes entre o toxicodependente e as suas pretensões, sejam estas de carácter familiar, profissional ou social. O assistente social tem de saber aconselhar, participar ativamente na decisão, mediar relações e propor soluções. De que forma o assistente social usa esses mecanismos para melhorar o seu desempenho e encontrar soluções que se ajustem às necessidades dos toxicodependentes em tratamento. Neste objetivo pretendemos identificar quais são esses mecanismos e instrumentos que o utiliza para garantir imparcialidade no uso do poder relacional, consultivo e proponente.

A relações em comunidade terapêutica são contínuas e permanentes, através deste objetivo pretendemos identificar como são constituídas as relações entre o profissional e o toxicodependente em tratamento, partindo do pressuposto que esta é uma relação de proximidade/distância.

2. Perceber de que forma a intervenção do assistente social foi determinante na reintegração familiar do toxicodependente em comunidade terapêutica.

Um dos grupos de pertença social de maior relevo para qualquer indivíduo é a sua família., o programa terapêutico preconiza uma forte articulação e intervenção familiar, a qual é realizada pelo assistente social na comunidade terapêutica. Com este objetivo propomo-nos saber de que forma a intervenção /ação do assistente social contribuiu para melhorar a visão que família tem do seu familiar em tratamento na comunidade terapêutica.

3. Compreender a relação estabelecida com o assistente social assistente social após alta-clínica.

Neste objetivo o principal foco são as estratégias relacionais usadas pelos assistentes sociais e a forma como as sentem os toxicodependentes. Neste sentido, que tipo de apoio e suporte é dado pelo assistente social da comunidade terapêutica após o tratamento, como é que se dá continuidade a essa relação? Os assistentes sociais interessam-se por saber se os toxicodependentes estão limpos e sem consumir drogas? Os assistentes sociais intervêm junto de pessoas e instituições dando o seu aval para garantir o bem-estar dos toxicodependentes em recuperação? Os toxicodependentes sentem essa dimensão de cooperação contínua?

4. De que forma é que os assistentes sociais consideram a história de vida dos toxicodependentes para a integração na comunidade terapêutica, e durante a reinserção social e familiar.

A complexidade e a multiplicidade de papéis e ações que tem de desenvolver não se esvaziam apenas na relação com os residentes, também se estendem a pessoas significativas e às suas famílias. Este objetivo pretende avaliar através dos relatos dos assistentes sociais se os conflitos e as tensões causadas pelos toxicodependentes junto da sua família, da entidade patronal, das entidades judiciais entre outras, dificultam as práticas do assistente social no seu tratamento e na reintegração social e familiar.

A intervenção do assistente social na reinserção social dos toxicodependentes é multidimensional. Sabendo que o tratamento em comunidade terapêutica se dá por via de um internamento prolongado, pretendemos identificar se a participação e a ação da família beneficiam ou dificultam o tratamento do toxicodependente.

Assim, ao aprofundarmos o fenómeno da toxicodependência à luz dos modelos de intervenção e dos planos de ação que vêm sendo implementados em Portugal e colocados em prática por muitos profissionais da área da saúde e das ciências sociais, em particular assistentes sociais, torna-se imprescindível compreender os contornos reais e conceptuais desta problemática social.

Ao conceptualizarmos a problemática da toxicodependência como uma questão biopsicossocial, visto que deve ser analisada pelas influências biológicas, psicológicas e sociais, aspetos esses que estão interligados, é fundamental captar a compreensão, as vivências, as experiências e os sentimentos dos atores envolvidos, tornando-se óbvia a pertinência de uma investigação de teor compreensivo.

Deste modo elegemos, em consonância com a estratégia indutiva, a metodologia qualitativa pelas suas características específicas e consonância com os nossos objetivos de investigação. Para além desta tríade relacional, na qual o expoente máximo da prática profissional tem enfoque nas práticas do assistente social, no residente e nas famílias ou pessoas significativas, existem outras relações e articulações entre várias disciplinas profissionais que obrigam a que o assistente social tenha efetivamente de conhecer os princípios orientadores da prática profissional, de modo a reconhecer as necessidades do residente e a respeitar os mecanismos institucionais. O assistente social tem de compreender essas interdependências pois todas elas são ações para concretizar os objetivos traçados.

O assistente social atua numa esfera muito complexa, fruto de uma imbricada rede de relações sociais. Essa forma mais evoluída da práxis social é a ação sobre outros, cujo objetivo, em última instância, é mediar a produção de valores de uso (...), ao precisar de criar consensos acerca das ações desenvolvidas, quando atua junto de dependentes químicos, no sentido de mudar hábitos e posturas. O assistente social procura a forma de humanizar a vida deles e influenciando-os a regressar à família e à comunidade, e a aprenderem a viver sem drogas” (Lacerda, 2014).

Uma investigação desta natureza obriga-nos a explorar intensamente as relações interpessoais, as relações de proximidade entre todos estes atores envolvidos no tratamento e reinserção socioprofissional dos toxicodependentes, o que implica perceber o valor que os estes atribuem a estas relações, que significado têm para si, como as estabelecem, que contornos e dinâmicas agregam e encerram em si.

O percurso coletivo assume uma particularidade específica. Todos os envolvidos têm responsabilidade na maneira como vão gerindo a relação, é um processo que tende a ser transparente pelo reconhecimento evidente de todos, visto que todos estão posicionados frente ao problema em concreto.

O toxicodependente no âmbito do seu tratamento só constrói pontes com o assistente social se aceitar a necessidade de se tratar e, para isso, necessita de passar ou deixar para trás a fase de negação. A família precisa de acreditar, (re)acreditar ou estar disponível para voltar a dar uma oportunidade ao toxicodependente, para isso tem de se acreditar e confiar na equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica, em particular no assistente social, elo de ligação entre o exterior e o residente internado. É recorrente que “entre as famílias ocorrem sentimentos comuns, tais como: raiva, ressentimento, descrédito das

promessas de parar de consumir, dor, impotência, medo, falência, desintegração, solidão em relação à sociedade, culpa e vergonha” (Petry, 2005:63).

A construção teórica deste trabalho de investigação é essencialmente consubstanciada numa perspetiva realística e compreensiva das transformações sociais que surgiram com o aparecimento da problemática da toxicodependência em Portugal nas últimas décadas. Para além da análise clássica com “uma forte regulação social vertida num quadro normativo proibicionista, estabelecido à escala planetária, que segrega uma categorização social muito estereotipada” (Valentim, 1998:57), com o passar dos anos, a dependência química tem vindo a ser socialmente aceite como uma doença, com necessidade de ser tratada do ponto de vista clínico e psicossocial devido à multicausalidade da doença.

Há assim neste trabalho um olhar sobre o fenómeno da toxicodependência à luz da revisão da literatura, das linhas de ação de tratamento e reabilitação de toxicodependentes de acordo com o SICAD - Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos, que se tem vindo a alterar, afastando a cultura punitiva e repressiva, a reputação negativa e todos os pontos negativos associados ao consumo das substâncias psicoativas.

Apesar desta realidade se verificar nas pessoas com longos percursos de dependência química, nos malefícios físicos e sociais resultantes do consumo das substâncias psicoativas, optámos também por analisar as implicações que a dependência química gerou nos comportamentos, nos sentires e nas vivências das pessoas toxicodependentes e dos jovens à época. A transformação de ideias e ideais, ligadas aos ambientes de excesso, onde a música, a moda, os estilos da indumentária e os *slogans* com eco social, (*sexo, drogas e rock and roll*, entre outros), foram determinantes para a disseminação e contágio desta problemática social. É um outro olhar, que não elimina ou exclui, os prejuízos que o consumo das substâncias psicoativas causa nas pessoas. A intenção é mostrar todos os pontos que se uniram na história recente da toxicodependência em Portugal e dar a conhecer através de uma abordagem integral e holística, alguns fatores micro e macrossociais, que acabaram por direta ou indiretamente estar interligadas às alterações socioculturais decorrentes do consumo das substâncias psicoativas em grande escala, sobretudo entre os jovens que viveram a sua adolescência nas décadas de 80 e 90 do século XX.

O presente trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos:

No primeiro Capítulo, apresentam-se os principais conceitos e definições da temática da investigação, exploram-se os percursos, as causas e efeitos sociais do aparecimento da droga, da mudança na legislação e nas principais das políticas públicas de combate e tratamento do fenómeno das substâncias psicoativas em Portugal.

No Segundo Capítulo, dá-se relevo ao aparecimento das comunidades terapêuticas, aos modelos de tratamento e apresenta-se o modo do funcionamento interno da comunidade terapêutica. As principais regras, normas e procedimentos a cumprir em comunidade terapêutica, assim como, a composição e as responsabilidades dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar que desempenham as suas funções nesta organização e a descrição das principais fases de tratamento em comunidade terapêutica. Cada uma das quatro fases transcritas são um processo interligado ao modelo de intervenção socio terapêutico usado na comunidade terapêutica e onde o assistente social tem um papel preponderante junto dos toxicodependentes em tratamento, para que cada um possa ultrapassar muitas das barreiras com as quais se vai deparando durante o seu percurso em cada uma das fases do tratamento. O capítulo encerra com uma abordagem às principais características associadas aos comportamentos adquiridos pelos toxicodependentes durante os anos de consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente, ao nível da linguagem em grupo.

No terceiro capítulo, faz-se uma elaboração teórica sobre o serviço social, são apresentadas as diferentes dimensões que compõem o corpus que constitui o serviço social, dando ênfase à questão da profissão, da intervenção do assistente social e da importância da investigação em serviço social como estratégia para potenciar a autonomização e consolidação da própria profissão. Ainda no mesmo capítulo, abre-se a perspectiva à diversidade dos campos/áreas de ação do assistente social, o recurso que faz das teorias e das metodologias adequadas às suas práticas profissionais. O serviço social é aqui pensado e refletido do ponto de vista conceptual, requerendo um pensamento estruturado e implicado com a temática em investigação. Essa conceção teórica desenvolve-se numa perspectiva integradora, desenvolvendo dois temas em específico e fulcrais no serviço social, o espaço relacional e o espaço de intervenção concreta, a

atuação junto dos outros e a capacidade do assistente social enquanto profissional para combater a inércia numa permanente necessidade de atualização de conhecimentos.

A discussão teórica ao longo deste capítulo respeita e mobiliza o objeto de estudo, particularizando-o na habilidade para as relações interpessoais, as competências emocionais e sociais que sustentam o perfil do assistente social, sem esquecer as competências académicas, e a perceção que a junção de ambas é obrigatória para a construção e operacionalização de boas práticas em serviço social. A par da análise feita às diferentes dimensões do serviço social, há um espaço de reflexão e avaliação crítica, que se traduz numa reflexão sobre como a teoria olha a prática, e inversamente, de que forma a prática olha a teoria. Apenas na clarificação dessa dicotomia se podem gerar processos de autotransformação e redefinição para que se possam ir limando e fazendo ajustes nos conhecimentos e na ação do assistente social de acordo com novos desafios socioprofissionais e na emergência de dar maior visibilidade ao serviço social.

Todavia, nesta investigação a explanação e o debate sobre a ação do assistente social, encontra a sua centralidade na compreensão da atividade do assistente social em comunidade terapêutica.

No quarto capítulo, apresentam-se as questões metodológicas de modo a fundamentar a estratégia de investigação escolhida para a realização deste trabalho e abordam-se os procedimentos relativos à execução do trabalho empírico, descrição dos instrumentos e técnicas utilizadas na recolha de informação.

No quinto capítulo, é feita uma caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes nesta investigação do contexto do estudo e apresentam-se os resultados da investigação.

Por fim, damos conta das conclusões do trabalho, procurando refletir sobre resultados aferidos de acordo com os objetivos iniciais.



# **CAPITULO I – CONCEITOS, DEFINIÇÕES E CONTEXTOS SOCIAIS DA TOXICODEPENDÊNCIA**

## **1 - Toxicodependência e Síndrome de Abstinência**

A definição de toxicodependência não é, nem pode ser baseada apenas na ideia de dependência química de substâncias psicoativas, embora neste trabalho a intenção e o enfoque esteja no consumo, no abuso das substâncias psicoativas e no impacto que este comportamento gera na vida dos seus consumidores nomeadamente durante um processo de tratamento e de pós tratamento em comunidade terapêutica.

Sob esse ponto de vista é necessário olhar para a toxicodependência como uma doença, uma incapacidade de preservar a própria saúde. A problemática da toxicodependência continua a constituir um dos maiores problemas a nível individual, familiar, e comunitário, “é um fenómeno biopsicossocial, que se situa no ponto de encontro de múltiplas dimensões que se interpenetram na vida humana, resultando do encontro de um produto tóxico (a droga), de um indivíduo (e a sua personalidade) e de um momento sociocultural, isto é, de um contexto social e cultural situado no tempo” (Fernandes , 2007:20).

A toxicodependência gera na pessoa um permanente desconforto, impulsividade e ansiedade no consumidor levando-o a perder limites e saber distinguir o certo do errado. Quanto maior for o período de consumos, mais aumenta a dependência e a quantidade de droga a ser consumida pela pessoa portador de comportamento aditivo. Para Lucchini (1985), “a toxicodependência é uma condição estranha às sociedades tradicionais e que só emerge nas sociedades contemporâneas” (Lucchini,1985:138). Esta afirmação é sustentada por Marques (2008), reforçando a tese de que nas sociedades tradicionais sempre houve uma utilização diversificada de drogas, “algumas hoje proibidas, mas sob uma ritualização simbólica e enquadradas socialmente; na maior parte das situações como suporte a cerimoniais religiosos e práticas mágicas” (Marques, 2008:19).

Mas a utilização das drogas, independentemente do fim para que são usadas, nunca as tornou um produto ou bem, possível de ser encarado como primário, essencial ou legal. Apesar do crescimento da indústria farmacêutica e da hegemonia do modelo biomédico terem vindo a potenciar a venda de vários tipos de drogas, usando-os estrategicamente de forma dominante para a obtenção de lucros, tem existido alguma cautela em regular e controlar a sua aquisição. Muitos dos medicamentos usados recorrentemente pela

medicina são na totalidade preparados e concebidos por compostos químicos que quando usados sem prescrição médica podem até ser mais arriscado do que o uso de drogas fabricadas de forma ilícita.

A investigação, nomeadamente ao nível da medicina, tem desenvolvido potentes medicamentos que na sua composição agregam drogas sintéticas e naturais, porém, a principal diferença está na permanente supervisão clínica que é feita às pessoas que as tomam. Ao contrário das pessoas toxicodependentes, os doentes tomam os seus medicamentos para aumentar e não para diminuir a sua saúde, o consumidor de substâncias psicoativas usa as drogas para atenuar as suas dores momentâneas, sem pensar que está a aumentar o vício e a destruir a sua saúde, mas a relação entre a “valorização social da saúde e a adoção de comportamentos que a protejam, como seria de esperar, nem sempre é linear. Outras variáveis complexificam esta equação, e no consumo de drogas, elas podem passar pelo prazer, pela imitação ou pela ritualidade” (Silva, 2011:43). A toxicodependência faz com que a pessoa olhe para a droga como o principal bem primário. Nada é mais importante no dia-a-dia de uma pessoa toxicodependente no ativo, que ter em sua posse e à sua disposição a droga que precisa de para consumir.

Apesar das diferentes abordagens sobre o conceito, é possível verificar na literatura sobre esta temática que “a dependência química se trata de um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma importância muito maior para um determinado indivíduo, do que outros comportamentos que antes tinham mais valor” (Costa, 2009:3).

A toxicodependência torna a vida do consumidor numa contínua luta pela dose a tomar, a vontade é permanente, a insatisfação é incontrolável e a falta de droga/síndrome de abstinência, vulgarmente conhecida com “ressaca”, é o tormento e o gatilho para que a pessoa faça qualquer coisa para colmatar a sua necessidade. Para um toxicodependente não há limites e tudo é possível de ser feito, desde que em troca receba o dinheiro que lhe permita obter a quantidade de droga necessária para colmatar a síndrome de abstinência, apelidado em linguagem corrente/calão de “matar a ressaca”<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Termo utilizado pelos toxicodependentes quando se referem a “terminar com a síndrome de abstinência”.

O Síndrome de abstinência (ou estado de abstinência):

“É um conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitados no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões” (SUS, 2015:2).

A Sónia (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação, define esta problemática da seguinte forma :

*” A toxicoddependência é um bicho que está dentro de nós, que não nos larga o sentimento, a emoção e o pensamento, perdemos o controlo, perdemos a vontade de tudo, de comer, de dormir, de fazer sexo, de estar com os outros de rir, de passear, de tudo, só queremos consumir, mandar um chuto, fumar uma chinesa, ou fumar um pipo, é a única coisa que nos pode deixar bem quando estamos a ressacar. Quando estamos nesse estado até me podem oferecer o melhor carro do mundo, convidarem para ir a uma grande festa, passar férias no sítio mais paradisíaco do mundo, se não tiver droga para consumir isso não presta para nada. Mas possivelmente o carro aceitaria, poderia sempre vendê-lo para ir comprar umas gramas e consumir.” (E07)*

Neste relato podemos confirmar que a toxicoddependência “é uma doença, talvez uma das mais grave, deste fim de século. Uma doença global que compromete, na pessoa, a vida física, mas também a dimensão psicológica e social do ser humano. O toxicoddependente está em constante sofrimento” (Andrade, 1994:1).

A Organização Mundial de Saúde (2002) definiu a toxicoddependência como um estado de intoxicação crónica do organismo que é prejudicial ao indivíduo e à sociedade, é produzida pela administração de uma “droga” (natural ou sintética) e caracteriza-se por um desejo ou necessidade incoercível de continuar.

Ainda a mesma Organização, na 10.<sup>a</sup> edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), redefiniu o conceito de toxicoddependência tornando-o mais abrangente e

multidimensional, considerando que apesar de ser um estado de permanente intoxicação está ligado a “um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo no seu uso apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras atividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física” (OMS, 2010).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a característica essencial da dependência de Substâncias psicoativas é a continuação do consumo de substâncias psicoativas apesar dos problemas significativos que a pessoa adquire e que estão intimamente relacionados com esta problemática. “Existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas. A *Dependência* é definida por um conjunto de três ou mais dos sintomas e que ocorrem em qualquer altura no mesmo período de 12 meses” (DGS, 2014:26).

Mas a toxicodependência transforma por completo a vida da pessoa afetada, não tem apenas as características de outras doenças que apesar de modificarem a vida de quem as vive negativamente, aumentam muitas às vezes o campo de conforto e geram uma onda de solidariedade, empenho e interajuda por parte de familiares, amigos e conhecidos que rodeiam quem está doente. Para Andrade *et al* (2002), as consequências do abuso de drogas não se restringem somente ao indivíduo que as consome, mas atinge toda a sua família, seus amigos, sua vizinhança e a comunidade onde vive.

Na toxicodependência, a pessoa, para além de alterar todos os seus valores e as suas condutas morais e sociais, faz com que amigos, vizinhos e familiares desenvolvam em si uma profunda vontade de se afastarem da pessoa pelo conjunto de comportamentos que este tende a adotar ao longo dos consumos, esses comportamentos são desajustados não só ao nível dos relacionamentos sociais e familiares, mas também na forma como os toxicodependentes lidam com o consumo dos vários tipos de substâncias psicoativas.

Para as pessoas chegadas, famílias e amigos, a toxicodependência é um autêntico drama de sofrimento:

“Tal como a vida minimal repetitiva do toxicodependente em torno da droga e seus esquemas, as suas famílias parecem derrapar em círculos viciosos, como discos riscados, enquanto o tempo vai passando ao lado. Conforme os estilos, a dor sai estridente ou inaudível, mas parece ser sempre apaziguada pela repetição. Perdendo-se, na memória da família, a noção do tempo, como

o perde o toxicodependente ao longo dos anos do consumo. A entrada da droga nestas famílias terá ajudado a congelar a sua história e alimentou este bloqueio da sua evolução, talvez porque os problemas em torno da dependência dos outros ficaram mascarados pelos problemas em torno da dependência da droga” (Martins, 2002:63).

O uso de drogas é agravado quando os consumidores começam a usar várias substâncias psicoativas simultaneamente ou sequencialmente, tendo geralmente como objetivo a intenção de melhorar ou potenciar os efeitos de outras ou em substituição da sua droga de escolha (UNODC, 2016). Este uso desregrado de vários tipos de droga é habitualmente designado como policonsumos.

O conceito de “policonsumo” de drogas remonta à década de 70. “Na sua aceção mais geral, o policonsumo de drogas é definido como o consumo de uma droga ilícita associado a outra droga lícita ou ilícita. Existe um consenso geral de que o policonsumo de drogas tem quatro funções principais: maximizar os efeitos, equilibrar ou controlar os efeitos negativos e substituir os efeitos secundários desejados” (OEDT, 2002:45).

Sobre os “policonsumos” Pedro (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação), refere:

*“A pessoa quando anda a consumir, claro que tem uma droga de escolha, ou seja aquela que consome todos os dias. A minha droga de escolha era a Heroína, fiquei agarrado, mas depois comecei a consumir mista, Heroína junto com Cocaína, (Speedbowling<sup>3</sup>), com a mistura das duas drogas em simultâneo, fiquei completamente agarrado, mas aos poucos como só conseguia dinheiro para o Cavalo<sup>4</sup>, quando tinha pasta<sup>5</sup>, acabava por só dar na Branca<sup>6</sup>, no haxixe, heroína e cocaína, o que viesse eu consumia, desde que ficasse com a moca<sup>7</sup>. O meu objetivo era estar ganzado<sup>8</sup>.” (E05)*

---

<sup>3</sup> Speedbowling – estrangeirismo usado na linguagem calão pelas pessoas toxicodependentes, quando se referem à mistura de Cocaína com Heroína.

<sup>4</sup> Cavalo – sinónimo de heroína usado na linguagem calão pelas pessoas toxicodependentes.

<sup>5</sup> Ter pasta – termo que serve na linguagem calão para dizer “ter dinheiro”

<sup>6</sup> Branca – sinónimo de cocaína usado na linguagem calão pelas pessoas toxicodependentes

<sup>7</sup> Moca – termo que serve para descrever o sintoma da droga consumida.

<sup>8</sup> Ganzado- estado de ausência, termo que serve para descrever o sintoma da droga consumida

As pessoas toxicodependentes no decorrer dos consumos não têm limites, como o seu único desejo é aliviar as dores, a angústia, a ansiedade e a frustração que resulta da síndrome de abstinência, não olham a meios para atingir os fins e consomem todo o tipo de substâncias psicoativas. As dores físicas, as diarreias, os suores frios, os vômitos, as insónias, entre muitos outros sintomas físicos e emocionais, provocam reações que os próprios têm dificuldades em controlar.

Para um consumidor de heroína “a ressaca” é um momento de descontrolo absoluto, nada será um obstáculo, barreira ou impedimento para arranjar estratégias, habilidades e maneiras de conseguir o dinheiro de modo a comprar a dose de droga necessária para combater a síndrome da abstinência e poder estar sem consumir durante algumas horas.

Um toxicodependente a “ressacar” sofre as dores físicas e emocionais, os medos, as angústias, a revolta interior de saber que existe um produto que lhe tira aquele sofrimento e por vezes não têm como o adquirir. Mas a “ressaca” constitui momentos difíceis e extremamente dolorosos. A vida não é nada fácil para o dependente de heroína, ou de qualquer outra droga. A ressaca é horrível para “qualquer pessoa que tenha passado por isso. Os sintomas incluem espasmos musculares, vômitos, diarreia, pingo no nariz, insónia (de tal modo que é impossível dormir), arrepios e suor. A ressaca a “frio” dura mais ou menos uma semana, mas o forte desejo de voltar a consumir e a incapacidade de dormir podem durar anos” (IDT, 2002).

Existem alguns testemunhos de figuras públicas que afirmam mesmo que a síndrome de abstinência é talvez um dos maiores pesadelos que já viveram. A cantora e intérprete Lena de Água, numa entrevista dada à radio renascença em 2016, descreve a abstinência como *“uma coisa absolutamente insuportável. Não tens força para estar em pé. As pernas a tremer. Os esticões – tau, tau tau! – na barriga das pernas. Suores frios. Ai, meu Deus, meu Deus, meu Deus, só me apetecia atirar-me para o chão!”* (Água, 2016).

Cada consumidor, dependendo do seu estado mais ou menos avançado de toxicodependência, consegue estar maiores ou menores períodos sem consumir drogas, a quantidade de droga que necessita de consumir para travar a síndrome de abstinência, que também está ligada aos anos de consumo e às quantidades de droga que o toxicodependente tem consumido ao longo da sua vida.

“Na perspetiva médico-psicológica, o consumo destas substâncias para além da dependência psíquica e física é acompanhado por um prazer especial. Este prazer é especial porque se trata de um prazer «automático, imediato conseguido através da manipulação do funcionamento bioquímico do sistema

nervoso central. No entanto, esta ligação com o prazer só é experimentada nos primeiros tempos, depois deixará de sentir prazer, utilizando a droga para não se sentir mal” (Cierco, 2003:27).

Não há nenhuma pessoa toxicodependente, independentemente do seu estatuto social, idade ou capacidade física que consiga num momento de “ressaca” ficar parado, sem tentar arranjar solução para adquirir droga para parar com a síndrome de abstinência.

Para o António (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação), sobre os momentos de “ressaca”, diz que jamais os esquecerá e refere:

*“A ressaca é a pior coisa pela qual já passei, a ressacar não somos capazes de fazer nada, nesse momento a única coisa que pensas é ir comprar pó<sup>9</sup>, se tens dinheiro não ficas a ressacar, porque antes de começares a ressacar vais logo ao Dealer<sup>10</sup>, se não tens dinheiro tens de te fazer à vida. Fazer à vida é: ou tens quem te dê, ou empreste, mas como isso só acontece muito no início de começares a consumir, porque depois já enganaste toda a gente e ninguém te dá ou empresta nada, fazes qualquer coisa para ir arranjar dinheiro, mesmo qualquer coisa, quando estás mesmo agarrado, estás-te a marimbar, queres é dinheiro para comprar a cena<sup>11</sup> e matar a ressaca<sup>12</sup>. (E06)*

A toxicoddependência é um dos maiores problemas de saúde que surgiu nos últimos 40 anos em Portugal. As consequências provocadas pelo consumo das drogas na saúde e em todas as dimensões da vida dos consumidores e das suas famílias fez com organizações da sociedade civil e os responsáveis políticos se vissem obrigados a trabalhar em conjunto e desenvolver estratégias de apoio, legislação e serviços que dessem resposta a esta problemática social.

Todas as questões levantadas à volta desta problemática há muito que inquietam e acompanham as pessoas ligadas de alguma forma a realidade das toxicomanias. “Uns questionam-se acerca das causas, outros das consequências, outros ainda buscam soluções

---

<sup>9</sup> Sinónimo de heroína usado na linguagem calão pelas pessoas toxicodependentes

<sup>10</sup> Nome dado à pessoa que vende droga.

<sup>11</sup> O termo usado em substituição de “droga”

<sup>12</sup> Matar a ressaca é um termo utilizado entre os toxicodependentes quando se referem a parar com a síndrome de abstinência.

para esta problemática que invadiu os nossos tempos de uma forma arrebatadora, trazendo o sofrimento e o desespero a muitos seres humanos, não só para aqueles que vivem dependentes de alguma substância, como também para todos os que os rodeiam” (Barbosa, 2007:2).

## 2 – Percursos, causas e efeitos sociais do aparecimento da droga em Portugal

Em Portugal “os primeiros esforços visando a criação de uma instituição para o estudo da problemática da droga e o tratamento da toxicod dependência remontam a 1976/77, coordenado pelo Dr. Eduíno Lopes, a quem se deve a criação em 1977 do primeiro Centro de Estudos da Profilaxia da Droga no Porto, organização inicialmente na dependência da Presidência de Conselho de Ministros, sendo mais tarde integrada no Ministério da Justiça, antes de transitar para o Ministério da Saúde em 1994 com a criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT), atual IDT” (Gonçalves, 2007:1).

O aparecimento de dependentes químicos em Portugal surge maioritariamente em meados dos anos 80 do século passado, esta alteração de comportamentos foi resultante da conjuntura política e social da época.

Passada apenas uma década do 25 de abril de 1975, a sociedade portuguesa adotava novos modelos de consumo e de vida replicando muitos dos costumes de outros países europeus e da América do Norte. Os meios de comunicação social vão-se modernizando e estão cada vez mais presentes na vida dos portugueses, muitos dos movimentos culturais e sociais que já tinham acontecido noutros países do mundo, começam a ter a sua expressão em Portugal nesta década.

A contracultura termo usado para “caracterizar os diversos movimentos civis e políticos, que ocorreram em diversos países do ocidente, principalmente nos anos 60 e 70, tinham na sua génese o descontentamento pelos ideais políticos [...] e uma crise existencialista que exigia uma revisão das relações sociais que ampliassem seus espaços de participação. Esse movimento teve sua maior expressão nos EUA e na França.” (Cruz, 2009:1). Alguns destes movimentos sociais chegaram mais tarde a Portugal e ganham mais expressão, associados às questões culturais, em especial aos movimentos musicais, estas novas formas de ser e estar, despertam novos interesses e começam a surgir no quotidiano dos jovens portugueses.

Por esta altura, as atividades culturais primavam pela liberdade de expressão e pela vontade de ultrapassar todas as barreiras morais e sociais. Os jovens, imbuídos num espírito de desresponsabilização e de liberdade sem fronteiras, recorriam à experimentação das novidades, como único método de aprendizagem, tudo era novo e tudo podia ser feito.

O consumo das drogas foi um dos comportamentos que se adquiriu sem qualquer informação preventiva, a proibição e a forma subalterna como gerava grupos e unia as pessoas em torno dos mesmos interesses, foram alguns dos principais motivos que levaram muitos dos jovens portugueses dar os primeiros passos no consumo de substâncias psicoativas. “O haxixe e a heroína começaram a ser as drogas mais consumidas, os padrões de consumo foram-se modificando e o mercado das drogas duras instalou-se alterando por completo o cenário das drogas” (Simão, 2014:22).

Apesar da expansão do abuso do consumo de produtos psicotrópicos e substâncias estupefacientes se iniciasse a partir do início dos anos 70. “A primeira reação pública foi uma campanha de cartazes "Droga, Loucura, Morte" que veiculava uma informação que acentuava e dramatizava as consequências, eventualmente desproporcionadas face ao relevo social das drogas na altura” (SICAD, 2012).



Figura 1 - Notícia sobre o aparecimento da Droga em Portugal - Com Texto de Paulo Figueira e Ilustração de Luís Filipe da Conceição

O desconhecimento, a falta de informação sobre as drogas e os seus malefícios, quer pela sociedade civil, quer pelos decisores políticos, criou um vazio na capacidade de informar e intervir junto das camadas juvenis expostas ao risco e mais vulneráveis.

Ainda na década de oitenta, a droga era referida pelas entidades competentes, - representantes do poder político e pelos educadores formais e informais -, apenas como algo perigoso e viciante, sem, contudo, haver o cuidado de transmitir informação credível, sobre as características, consequências, causas e efeitos dos diferentes dos vários tipos de droga. “Os políticos dividiam-se: a droga, sintoma de crise de uma sociedade ainda não preparada para viver em liberdade, ou a droga, introduzida do exterior malevolamente para destruir a combatividade revolucionária da nossa juventude” (Miguel, 1997:1).

Muitas das informações, bem como a forma como eram transmitidas, acabaram por gerar processos contraditórios aos quais estavam destinadas, em vez de informarem e criarem nos jovens uma consciência do risco e de perigo para não consumirem qualquer tipo de droga, as campanhas de sensibilização agressivas e aterrorizantes geravam nos jovens um processo contrário, a vontade de experimentação sobrepunha-se aos medos de terror e de morte anunciadas pelas campanhas publicitárias. Algumas imagens e cartazes da altura aparecem com descrições de horror e morte ou imagens sobre a completa destruição da vida.

Neste seguimento, é também nesta década de oitenta, que se deu o grande impulso no âmbito da produção de drogas sintéticas, também designadas por drogas de desenho.

Era o início de uma época de novas drogas, em que os laboratórios ilegais produziam psicofármacos a um ritmo cada vez mais acelerado, “estas novas substâncias constituem, atualmente, um grupo muito alargado de drogas laboratorialmente produzidas e quimicamente manipuláveis. Acresce o facto de que, no âmbito da produção de drogas sintéticas, o mais singelo erro pode levar a drogas com propriedades desconhecidas e com efeitos imprevisíveis” (Nunes & Jóluskin, 2007:235).

Por outro lado, filmes e livros sobre as drogas e em especial sobre as histórias de vida dos consumidores começam a chegarem às livrarias portuguesas, um dos principais livros que relatavam essas vivências foi “Os Filhos da Droga” de Christiane F., este livro relata a história de uma adolescente viciada em heroína e cocaína e toda a envolvência que a dependência química produz em si e nos restantes elementos do seu grupo, as peripécias e as artimanhas que os dependentes químicos têm de fazer para arranjarem dinheiro para consumir a sua dose diária.

O livro chega a Portugal no início da década de 1980 e rapidamente se torna um sucesso. Toda a envolvência urbana e a estética que os protagonistas do filme apresentavam foi assimilada pelos jovens portugueses, do vestuário, aos comportamentos, a história destes jovens alemães modificou a forma de ser e de estar de muitos jovens portugueses.

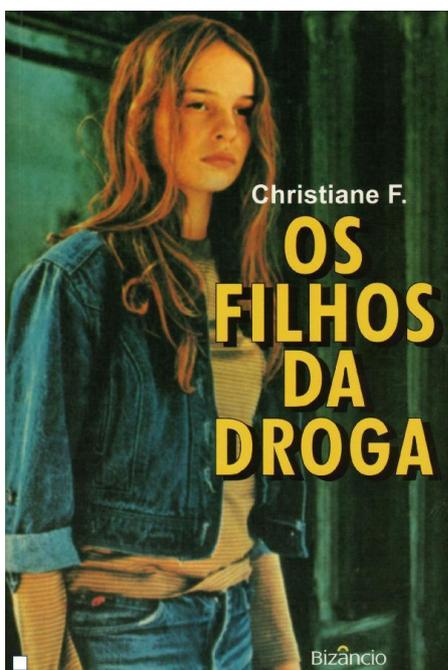


Figura 2 - Foto do Livro referenciado no texto: *Os Filhos da Droga* + Foto de uma Cena do filme com o mesmo nome<sup>13</sup>.

A crescente oferta de espaços de diversão noturna, os concertos de rock, a vivência e envolvência nos grupos de pertença invadidos pelo consumo de drogas, as atividades culturais criadas em torno de uma filosofia do “curtir”<sup>14</sup> e na discriminação às pessoas “caretas”<sup>15</sup>, geraram profundas alterações nos movimentos sociais e culturais da época. Foi efetivamente no seio de uma enorme panóplia das atividades culturais e artísticas que nasceram e nascem novos modos de vida e universos subalternos, proclamados de *underground*, aclamados e frequentados pelos curiosos fazendo-lhes despoletar uma certa rebeldia assente no prazer do desvio e do incumprimento das normas sociais.

<sup>13</sup> Foto retirada do site: <https://folhasdepapel.wordpress.com/2010/08/26/christiane-f-de-uli-edel/> acedido a 15 de dezembro de 2018

<sup>14</sup> Curtir- termo usado na linguagem calão para descrever: viver bem, divertir-se, estar de bem com a vida.

<sup>15</sup> Caretas- Nome dado nos anos 80/90 a pessoas que estavam em conjunto não fumavam ou consumiam qualquer tipo de droga.

O consumo em excesso de drogas e a liberdade desgovernada pela falta de informação, alude nesta altura, a uma aparente evolução da cultura do estilo, que torna a década de oitenta numa época contraditória, se por um lado a abertura ao mundo era óbvia, por outro, havia uma certa incapacidade para lidar com tanta oferta.

Em Portugal as alterações no consumo de drogas começaram a ser noticiadas por causa das mortes por *overdose*<sup>16</sup>.

“Para além do aumento do número de consumidores, o uso de substâncias cada vez mais tóxicas, aumentava assustadoramente devido à sua oferta no mercado. Cada vez mais jovens iniciavam o seu consumo com Heroína e Cocaína e já não com Haxixe. Progressivamente, a droga começava a estar presente e a assustar, deixando os indivíduos impressionados com a dimensão do fenómeno, incessantemente publicitado pelos meios de comunicação social, pelo que esta mediatização do fenómeno o contribuiu para a sua dimensão "persecutória" (Cierco, 2003:23).

No decorrer desta década, as transformações sociais vão-se estendendo às pequenas vilas e cidades portuguesas e há um evidente crescimento da indústria, as pequenas e médias empresas, começam a gerar empregos, havendo a partir dessa época maior capacidade de consumo e um significativo aumento das condições de vida das populações.

Uma das principais alterações sociais que deu a possibilidade aos jovens - que viviam fora dos grandes centros urbanos - acederem a novos estilos de vida, foi a mobilidade que se verificou com o crescente número de veículos automóveis que entraram em circulação e o aumento do número dos transportes rodoviários. Os sistemas de transportes em especial, a rede de expresso veio aumentar o fluxo de pessoas entre as zonas rurais e as zonas urbanas, o que facilitou aos jovens desbravar caminhos, descobrir, participar e aceder aos eventos culturais e sociais que aconteciam nos grandes centros urbanos.

A espontaneidade, vontade e capacidade para as pessoas se moverem dentro do próprio País, foi um dos principais veículos transmissores de opiniões, ideias e ideais, sentires e vivências que rapidamente transmoveram essas formas de ser e de estar a todo o território nacional.

Em Portugal assistia-se a um novo mundo, apesar não existir à época telemóveis ou *internet*, a informação chegava com rapidez a todos os pontos do País.

---

<sup>16</sup> Overdose- consumo excessivo de um tipo de substância /neste caso “drogas”, normalmente opiáceas.

Os jovens portugueses começam a estudar para além do 2.º ano do ciclo, com a mudança da escolaridade obrigatória para o 9.º ano, começou a existir um número mais elevado de alunos de idade mais avançada em contexto escolar, esta foi uma mudança crucial nas regras e na natureza do envolvimento entre os jovens e a famílias.

Numa fase da sua vida marcada pela irreverência da juventude, começou por haver uma perda significativa de controlo por parte dos Pais, motivada pelas diferenças na educação, nas ideias, nos valores e no desconhecimento dos novos perigos que os seus filhos estavam a correr. Para além de que, a juventude é período na vida da pessoa “que se distingue pelas rápidas mudanças físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, cognitivas e sociais que podem influenciar o nível do funcionamento e do indivíduo” (Silva, 2012:15). A popularização do “haxixe” faz com que esta substância psicoativa comece a ser utilizado por uma larga maioria dos jovens portugueses, mas a ampla disponibilidade de outras drogas no mercado gerou um contínuo aumento do seu consumo, nomeadamente:

“carabinoides, heroína e cocaína, barbitúricos, benzodiazepinas e álcool. Se, por um lado, a heroína é a droga mais consumida, vemos aparecer o consumo de medicamentos afastado do seu uso adequado: barbitúricos, tranquilizantes diversos misturados com álcool. É um tipo de “toxicomania de pobre” que significa, para o futuro, uma vida desprovida de sentido, mas também de futuro. Aumentam também os politoxicod dependentes e as substâncias deixam de ser um meio para se conseguir alguma coisa, mas se constituírem como um fim em si” (Marques, 2008:42-43).

À medida que o problema foi adquirindo maiores proporções foi necessária uma intervenção rápida e eficiente por parte das autoridades portuguesas na década de 90. O país vivia assombrado pela problemática do consumo e do tráfico de droga. Perante este flagelo o estado português viu-se obrigado a criar serviços públicos de apoio aos toxicod dependentes, medidas de redução de riscos e minimização de danos e projetos de prevenção primária de substâncias psicoativas.

Glenn Greenwald, autor de um estudo sobre a experiência da descriminalização da droga em Portugal, afirma:

“A mudança na política de drogas de Portugal, deu-se pelo facto de o país se ter tornado, nos anos 1980 e 90, num dos países que tiveram mais problemas com drogas na Europa. A resposta do governo foi intensificar a repressão e as prisões dos consumidores, até perceber que estas ações só agravavam a situação. No final dos anos 90, [as autoridades] estavam totalmente

perdidas. Em Lisboa, havia muitos viciados morando nas ruas, muitos crimes e doenças associados às drogas” (Greenwald, 2014:2).

Mas os anos 90 estavam cheios de ratoeiras e caminhos mal feitos, apesar de começarem a emergir serviços com competências e técnicos especializados para fazer face ao problema da toxicodependência. A moda do consumo de droga mantinha-se com intensidade, os pontos de compra e consumo eram, cada vez mais, a repressão não conseguia travar o constante aumento de consumidores.

Nas grandes malhas urbanas, nos bairros apelidados à época de bairros de lata<sup>17</sup>, zonas em que a maioria da população residente mostrava maior fragilidade económica e social, eram criados autênticos supermercados de droga ao ar livre.

O Dr. Nuno Miguel em 1997, num Seminário sobre a droga, promovido pelo então Presidente da República de Portugal Dr. Jorge Sampaio, durante a sua comunicação acabou por descrever a facilidade com que qualquer pessoa podia comprar droga na cidade de Lisboa.

“Numa cidade como Lisboa, depois da meia-noite, é mais fácil comprar heroína do que tabaco (...), era difícil encontrar uma rede de venda superior à existente para a droga, seja em relação a que produto for, e de facto, é isto que se passa. É a maior rede de distribuição do país, e pública. Existem em Lisboa vários bairros do tipo do Casal Ventoso e tudo se passa neles às claras. As pessoas compram e vendem visivelmente, injetam-se no meio da rua, sem que a comunidade pareça, de facto, incomodada com isso” (Miguel, 1997:3).

A facilidade de compra de droga fazia com que muitos, dos já dependentes na altura, abandonassem as suas famílias e as suas casas montando tendas perto dos locais de consumo. Em Lisboa bairros como o Casal Ventoso, a Currealeira, a Musgueira, as Galinheiras, o Camboja (antigo bairro do Relógio) entre outros, estavam de manhã à noite cheios de homens e mulheres, viciados, que entravam e saíam para comprar e consumir droga.

O Casal Ventoso foi talvez o bairro de tráfico a nível nacional que maior visibilidade teve pela sua centralidade, pelo movimento e pela quantidade de pessoas que diariamente se

---

<sup>17</sup> Bairro da lata: é a designação que se dá em Portugal a um bairro pobre, de construção precária (edifícios improvisados de madeira ou chapas de metal ou tendas) ou degradada (edifícios de alvenaria a ameaçar ruína), geralmente sem água canalizada, saneamento, eletricidade ou outras infraestruturas, situado quase sempre na periferia de cidades de média e grande dimensão. (Referencia retirada do site: <http://chkbairrosdelata.blogspot.pt/2008/05/bairros-de-lata.html>)

dirigiam para esta zona para comprar droga. Todos os dias de manhã à noite, vinte e quatro horas por dia, havia pessoas que subiam e desciam a Rua Maria Pia para ir comprar a sua dose diária.

Os traficantes contratavam dependentes químicos para propagandear o seu produto e estarem de alerta em caso de chegada da polícia. Nas portas de quem vendia drogas, eram feitas filas pelos toxicodependentes/compradores que eram alinhados por rapazes e raparigas contratados pelos traficantes para manter a ordem, contudo, nem sempre corria bem e a violência era uma constante. O trabalho desempenhado pelos dependentes químicos contratados pelos traficantes era pago em droga, estes acabavam por viver presos pelo vício, dormiam em tendas ou casas abandonadas, pela manhã bem cedo instalavam-se em zonas mais perto das barracas alugadas pelos traficantes de modo a publicitar o produto e fidelizar os clientes.

“O complexo abarracado do Casal Ventoso, instalado no Vale de Alcântara, em Lisboa, é o hipermercado da droga que abastece metade dos vícios da capital e tudo à volta. Nele, como nos grandes centros de consumo mais "clássicos", não há domingos de descanso, está-se sempre aberto. Para os desgraçados que por lá deambulam, sabe-se que a porta do inferno pode ser aberta” (Vidal, 1999:5).

Muitos destes homens e mulheres fixavam-se nos terrenos circundantes aos bairros associados ao tráfico e consumo, onde dormiam em tendas em condições degradantes.



*Figura 3- Tendas onde residiam os toxicodependentes no Casal no Ventoso.*

A vida de consumo era contínua, colocando em causa não só a saúde destas pessoas, mas a de toda a comunidade em geral. Por esta altura, as drogas mais consumidas e mais usadas pelos consumidores eram a Heroína e a Cocaína.

A principal maneira de consumir estas drogas era aspirando até aos pulmões, geralmente através da boca (por inalação), fumando a heroína. A heroína é colocada sobre uma prata de alumínio, com o auxílio de um isqueiro que vai aquecendo a prata pela parte inferior, por sua vez o calor derrete a heroína, de seguida inala-se com a ajuda de um pequeno tubo feito em papel (habitualmente era usada uma nota enrolada), este método de consumo é referido pelos toxicodependentes como “Chinesa”<sup>18</sup>.

Outro método de consumo que mais adeptos ganhou no decorrer das décadas de 80/90 foi consumo de forma intravenosa, chamado pelos consumidores de “Ticket”, “Caldo”<sup>19</sup> ou “Chuto”<sup>20</sup>.



Figura 4 - Fotografia de uma toxicodependente a fumar heroína



Figura 5 -Fotografia de um toxicodependente a consumir droga por via endovenosa.

Nas conversas que tivemos com os ex-residentes da comunidade terapêutica/toxicodependentes em recuperação, para a construção deste trabalho, pudemos constatar que o processo de iniciação no consumo de substâncias psicoativas não foi igual para todos. A ideia generalizada de que todas as pessoas que se tornaram dependentes químicos passaram por um processo de escalada nem sempre é verdadeiro,

---

<sup>18</sup> Chinesa- Nome dado entre os toxicodependentes ao consumo da Heroína fumada. Coloca-se a heroína sobre uma prata de alumínio e com apoio de um tubo colocado na boca, aspira-se o fumo libertado pela heroína. A fotografia alusiva à descrição foi retirada do site: <http://elcorreoweb.es/provincia/aumenta-el-numero-de-toxicomanos-atendidos-por-consumo-de-heroina-FA3233722>

<sup>19</sup> Termo na linguagem calão para referir consumir droga de forma intravenosa/injetada.

<sup>20</sup> Termo na linguagem calão para referir consumir droga de forma intravenosa/injetada A fotografia alusiva à descrição foi retirada do site: <http://www.oxygen.com/blogs/ohio-coroner-running-out-of-room-for-bodies-due-to-opioid-crisis>

isto é, nem todas as pessoas toxicodependentes se iniciaram no consumo de drogas leves e vão fazendo um percurso evolutivo, até chegar às drogas pesadas.

Mas, a escalada e o aumento da quantidade de droga que se usa diariamente “ gera um aumento progressivo das doses, caso não aumente o efeito sentido, sinaliza-se o fenómeno da tolerância, no entanto não existe entre os especialistas um consenso relativamente à noção de escalada, visto que se tem verificado alguma evidência empírica de que a utilização regular de drogas não conduz inevitavelmente à escalada” (Fonte, 2007:240).

A maior parte dos participantes na nossa investigação afirmam que o primeiro contacto que tiveram com a heroína e cocaína - em especial com estas duas drogas –foi em momentos em que havia falta de drogas leves mercado ou quando alguém do grupo onde estavam inseridos lhe dava a conhecer outros tipos de drogas e acabavam por experimentar.

O António (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação) relata essa experiência:

*“A primeira vez que consumi cavalo (Heroína), foi num dia que estava a fumar umas ganzas<sup>21</sup> com uns amigos e um deles disse que tinha ido comprar “xito”<sup>22</sup>, perto do casal e que comprou “um conto”<sup>23</sup> de pó, já sabia que havia amigos nossos que já tinham experimentado, mas eu não. Esse amigo pôs na prata e fumei, não gostei nada. Na primeira vez quase todos os toxicodependentes dizemos o mesmo, tive vômitos, fiquei a dormir, cheio de comichão, detestei! Nunca fui muito de fumar pó (Heroína), mas depois ainda fumei algumas vezes. Um dia ia ver um concerto com uma amiga e outro amigo e então antes do concerto- como era habitual- fomos comprar pó à curraleira.<sup>24</sup> Quando saímos do bairro, fomos a casa de um deles e eles disseram que iam picar<sup>25</sup>, fiquei naquela, mas também quis! A partir desse dia foi uma desgraça para a minha vida. Apaixonei-me pela heroína que me ia matando. Nem sei como ainda aqui estou!? (E06)*

---

<sup>21</sup> Termo para designar fumar haxixe

<sup>22</sup> Xito - termo calão para designar a substância psicoativa: Haxixe

<sup>23</sup> Um conto – termo de linguagem corrente para dizer “mil escudos”, na moeda atual “cinco euros”.

<sup>24</sup> Antigo bairro de tráfico no centro de Lisboa. A Curraleira já foi demolida há vários anos. De acordo com uma notícia do jornal público a 17 de abril de 2010, escrita por José Bento Amaro, a imensidão de barracas deu lugar a prédios de habitação social antes se vendia droga nas barracas, agora vende-se nos prédios, por vezes ombro a ombro com polícias ali destacados para fazerem serviços gratificados.

<sup>25</sup> Picar – injetar droga na circulação sanguínea por meio de uma seringa.

A droga de escolha nessa época era a heroína, fumada ou injetada era a droga mais consumida, por grande parte dos consumidores da altura. A cocaína estava em segundo lugar na escolha. Contudo, os próprios consumidores foram importando hábitos e costumes vindos de outros países, nomeadamente, dos Estados Unidos da América e começaram por usar em simultâneo as duas drogas, a maneira mais fácil de o fazer era através da forma intravenosa, que em linguagem corrente os toxicodependentes apelidavam de “*chutar, mandar um ticket*”, “*dar um pico ou “mandar um caldo*”.

Para juntar as duas drogas, os toxicodependentes transportavam consigo uma serie de objetos, o chamado material necessário para mandar “*o caldo*”<sup>26</sup>, entre esses objetos estavam seringas, colheres ou tampas de garrafa, limão ou ácido cítrico, algodão sendo este substituído pela parte interna do filtro do cigarro. Todos estes objetos eram necessários para o toxicodependente consumir a sua dose.

A mistura feita de heroína e cocaína era apelidado de “*mista*”, para definir o ato de injetar a mistura dessas drogas, foi usado um estrangeirismo que se mantém até aos dias de hoje *speedballing*, coloca-se na colher em primeiro a heroína com duas ou três gotas de limão, aquecendo-se lentamente com um isqueiro por baixo, quando ferve a heroína fica diluída, de seguida mistura-se a cocaína, sobre a mistura põe-se um pedaço de algodão ou o filtro de cigarro, para filtrar as impurezas antes de introduzir a solução na seringa e injeta-se a composição na circulação sanguínea.

Cada consumidor tem sempre uma ou duas veias de eleição, são zonas do corpo onde as veias estão mais salientes e contêm maior textura junto à pele, tornando o ato de injetar a droga mais fácil e com maior rapidez. Uns têm essas veias nos braços, outros nas pernas, cada pessoa usa a veia que está em melhores condições e que o satisfaça o mais rapidamente.

Para os toxicodependentes a usar drogas, para além da despreocupação da degradação física do corpo por causa do consumo de drogas de forma intravenosa, também serve como o objeto de troca para obter dinheiro rapidamente, havendo um grande número de toxicodependentes que recorrem frequentemente à prostituição. Ainda que geralmente esta forma de ganhar dinheiro esteja mais associado às pessoas do género feminino, também é uma forma de angariação de dinheiro por parte pessoas do género masculino.

---

<sup>26</sup> Dar um caldo: em Linguagem calão significa consumir droga de forma intravenosa; injetar diretamente na veia a mistura feita.

De acordo com o Rui (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação), a prostituição foi uma das soluções que encontrou para pagar a droga que precisava de consumir.

*“Numa altura da minha vida que morei no Porto, trabalhava num restaurante e já estava completamente agarrado á heroína, um cliente (homem), que habitualmente jantava nesse restaurante começou a ser simpático comigo. Eu aproveitei e um dia pedi-lhe 20 euros, ele emprestou-me. Comecei a ter confiança com ele e um dia fui com ele para a sua casa, nunca me tinha apercebido que ele era Homossexual, e eu também nunca tinha tido vontade de ter sexo com homens, mas percebi que era uma forma de arranjar dinheiro e que ele me dava a troco de sexo, a partir desse dia comecei a conhecer esse mundo e percebi que era mais uma forma de arranjar dinheiro, sem ser a estacionar carros, a roubar ou a pedir. Ainda no Porto e depois em Lisboa andei muito tempo a fazer carros<sup>27</sup>”. (E04)*

Para Sónia (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação), a prostituição foi a principal forma de arranjar dinheiro para comprar a droga que consumia diariamente.

*“Nós vivíamos no casal ventoso numa tenda, tínhamos saído de casa porque a dependência já era tanta que só queríamos estar perto do local onde se vendia droga, de manhã levantava-me e ia dar um caldo, depois ia trabalhar durante algum tempo...quer dizer ia prostituir-me, fazia dois ou três clientes e assim que tinha dinheiro para comprar uma ou duas quartas, ou meia-grama de cavalo<sup>28</sup>, dependendo da ressaca, voltava ao Diller<sup>29</sup> para comprar mais e mais. Andávamos os dias nisto, éramos muitos. Para nós mulheres era mais fácil porque vivíamos da prostituição, mas havia muitos homens/rapazes que também iam para o parque atacar<sup>30</sup>, pedir ou roubar.” (E07)*

---

<sup>27</sup> Fazer carros – termo utilizado pelos toxicodependentes que se prostituíam para designar os clientes que chegavam de carro à sua procura.

<sup>28</sup> Cavalo: termo utilizado na linguagem calão que serve para designar Heroína.

<sup>29</sup> Traficante de droga

<sup>30</sup> Ir para o Parque: refere-se ao Parque Eduardo Sétimo em Lisboa; Atacar: termo utilizado em linguagem calão que quer dizer prostituir.

Nesta época a constante rotina e o consumo intravenoso das drogas faz com que começassem a aparecer em Portugal os primeiros toxicodependentes portadores de HIV e Hepatite C. Estes problemas de saúde ganham grande dimensão e as entidades responsáveis pela saúde em Portugal vêem-se obrigados a tomar medidas radicais. A saúde pública estava em causa, estas duas doenças eram muito contagiosas e propagavam-se cada vez mais entre as pessoas toxicodependentes e com os quais estes se relacionavam.

O contágio do HIV e da hepatite C surgia rapidamente pelo uso partilhado de seringas e pela prostituição. De acordo com Lorga (1997), a população toxicodependente que usava drogas de forma injetada continuava a ser “o principal agente de transmissão e de disseminação do HIV, não só porque o podiam transmitir a outro toxicodependente pela partilha de todo os materiais utilizados: seringa, colher, filtros etc. e a população em geral pela transmissão sexual” (Lorga, 1997).

É necessário ter em conta que muitos das pessoas que frequentavam as/os prostitutas (os) não usavam preservativo e que esses eram potenciais infetados por HIV, Hepatite C. e outras doenças sexualmente transmissíveis que encontravam aqui um foco de proliferação de doenças.

Alguns dos toxicodependentes que entrevistámos são seropositivos há muitos anos e quase todos referiram que a informação e a abertura para falar e debater sobre estas problemáticas no final da década de 90 e no início do século XXI, sobre as doenças infetocontagiosas eram muito reduzidas e havia muito celeuma á volta destas questões, os médicos de família, não queriam sequer falar sobre sida, os médicos dos centros de apoio a toxicodependentes eram mais abertos, mas estavam também a receber as primeiras informações sobre o tema, o que dificultava uma atuação precoce e eficaz.

Nuno (ex-residente da C.T./toxicodependente em recuperação), relata:

*“Hoje falamos sobre HIV e Sida, mas na altura só se falava em Sida e começamos todos a achar que já tínhamos essa doença, até tínhamos medo em ir fazer análises. Nessa altura não era como agora, que se faz um teste rápido e já está..., era preciso ir ao médico pedir para fazer essas análises e depois demorava duas a três semanas. Eu andava a ser acompanhado nas Taipas e um dia partilhei esse medo com a assistente social e com a psicóloga, elas depois transmitiram ao médico e fui chamado para fazer as*

*análises. Nessa altura, não tínhamos consciência do perigo que vivíamos, podia estar muito assustado, mas se estava a ressacar e não tinha seringa pedia emprestado e nem pensava nisso, o que importava era matar a ressaca. Entre nós íamos sabendo que este ou aquele tinha Sida, então nós passávamos a mensagem uns aos outros e dizíamos que aquele ou aquela pessoa tinha o “bicho”<sup>31</sup>, tentávamos não usar a seringa dele ou dela, mas às vezes num ato de desespero a ressacar, queimávamos a ponta da seringa com um isqueiro e acabavas por usar a mesma seringa. O melhor mesmo que surgiu foi a distribuição de KIT`S de Seringas, dadas nas farmácias e pelas Equipas de Rua.” (E08)*

Para prevenir o HIV, a Hepatite C entre outras doenças sexualmente transmissíveis foi criado em 1993 o programa de troca de seringas, tendo-se verificado resistência por parte das populações, que não o desejavam. O Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” resultou de um protocolo da responsabilidade do Ministério da Saúde, através da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e das farmácias portuguesas. O Presidente das Farmácias Portuguesas, numa entrevista na comemoração dos 15 de programas de troca de seringas, chegou mesmo a afirmar que “a toxicodependência deixou de ser um problema individual, assumiu rapidamente contornos de um problema social a que as farmácias, enquanto estruturas de saúde vocacionadas para o serviço público, não podiam ser indiferentes. [...], e, ainda que só uma seringa infetada tivesse sido recolhida, ainda que só uma vida tivesse sido poupada, teria valido a pena termos ditos presente a este desafio (Cordeiro, 2008:3).

A troca de seringas foi a face mais visível deste programa, mas a estratégia de redução de risco não se esgotava apenas nessa ação, este programa envolveu igualmente:

De acordo com Barros e Cordeiro (2008), a transmissão de mensagens que contribuíram para a educação/informação dos utilizadores de drogas injetáveis, de modo a que estes adquirissem comportamentos de menor risco para a transmissão do VIH, e outras doenças de transmissão por via endovenosa, como a hepatite C. Assim, no centro do diálogo estavam mensagens como: “*Não partilhes a tua seringa nem os restantes materiais de*

---

<sup>31</sup> “O bicho” - termo utilizado entre os toxicodependentes para referir “Sida”.

*injeção*”; “*Não te sirvas dela mais do que uma vez*”; “*Não a deixes ao abandono*”; “*Pratica sexo seguro, utiliza o preservativo*”.

Esta sensibilização visava a proteção da saúde individual do utilizador de drogas, mas também da comunidade envolvente: o elevado grau de infecciosidade do vírus faz com que a sida ultrapasse a esfera pessoal e se transforme numa ameaça à saúde pública. (ANAF, 2008)

Os comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas sempre tiveram como principais fatores o uso por via injetada e/ou continuado, partilha de materiais de consumo (algodão, seringa e recipiente), as alterações comportamentais associadas ao (...), à utilização de substâncias ilícitas, facilitam comportamentos de risco entre eles, relações sexuais não protegidas com preservativo relações com múltiplos parceiros, bem como a troca de seringas e agulhas e demais material usado, vão aumentando o risco de comportamentos marginais (Silva & Quintas, 2010).

O *KIT* Prevenção SIDA, era composto por uma seringa esterilizada, um toalhete desinfetante, um preservativo e um folheto informativo.” Em 1999, adicionaram-se a ampola de água bidestilada e o filtro, e, em 2007, dois recipientes e duas carteiras de ácido cítrico. Entre 1993 e dezembro de 2008, foram recolhidas 43.045.293 seringas, das quais 30.317.392 nas farmácias, 8.986.467 nas parcerias e 3.741.434 nos postos móveis.” (ANAF, 2008:10)



*Figura 6-KIT de prevenção da Sida: O programa de troca de Seringa entre os anos de 1993 e 2008.*

No início dos anos 90, o estado e as estruturas de saúde em Portugal já tinham percebido a gravidade e a dimensão do problema da toxicod dependência, a entrega e disponibilização de *KIT*S de consumo de drogas para as pessoas toxicod dependente foi um grande avanço histórico na aceitação da problemática e na abertura a outras linhas de ação quer ao nível de mudança na legislação portuguesa no âmbito do consumo de drogas, ao nível da prevenção primária do consumo das substâncias psicoativas, nas estratégias de redução

de riscos e minimização de danos, bem como na abertura de novos centros de apoio social, psicológico e clínico aos toxicodependentes.

Já com um longo historial de trabalho efetuado nas últimas duas décadas do século XX, na área da toxicod dependência por via dos vários organismos estatais existentes para o efeito, nomeadamente pelo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência que posteriormente se passaria a designar de Instituto da Droga e da Toxicod dependência, começa a existir uma vontade explícita por parte de muitos especialistas e profissionais que trabalhavam nesta área de intervenção em participar na construção de novas leis e na modificação das existentes com o sentido de terminar com a punição para com os consumidores de substância psicoativas. Foi uma decisão importante e talvez a maior relativamente à posse e o consumo Portugal todo o tipo de drogas desde o haxixe, à cocaína, à heroína.

“Desde o ano de 2001 que a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social” (SICAD, 2012).

Esta alteração na legislação portuguesa, com a chegada da Lei da Descriminalização do Consumo (Lei nº30/2000, de 29 de novembro), veio modificar em particular a forma como o estado olhava para o consumidor “deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considerá-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado” (SICAD, 2012).

No início, a resistência e a oposição à mudança foi muito forte, para Greenwald (2014), os argumentos assentavam na ideia de que “a descriminalização significaria uma mensagem de incentivo ao uso de drogas e de que Lisboa se tornaria um ponto turístico para consumidores de drogas. Enfrentando todas as críticas, o governo descriminalizou o uso de drogas, que passou a ser uma infração passível de multa, com o usuário encaminhado a tratamento” (Greenwald, 2014:2).

Mas contra tudo e contra muitos opositores a lei acabou por ser aplaudida e cedo se percebeu que a dissuasão era um fator principal para deixar de tratar o toxicod dependente como um criminoso sem precisar de temer a polícia e as forças de segurança podendo assim tornar que o toxicod dependente a aceitar tratamento mais facilmente. (Goulão, 2015)

“Ao mesmo tempo, há uma mudança moral: com a descriminalização, o utilizador de drogas deixa de ser visto como uma pessoa ruim, que merece castigo, mas como alguém com um problema de saúde e concluiu que agora há outros países que estão a fazer estas mudanças” (Greenwald, 2014:5).

### 3-Cronologia: Acontecimentos e iniciativas relevantes no Combate á Toxicodependência

A evolução das políticas da droga em Portugal começa a alinhar-se na primeira metade do Século XX “a primeira legislação publicada em Portugal em matéria de drogas data de 1924, com a aprovação da Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º 10 375, de 9 de dezembro. Este diploma apenas virá a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro. No que respeita ao Tratamento, em 1963, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118, de 3 de abril), já se referia ao "tratamento das toxicomanias" no entanto, não havia nenhuma estrutura para o efetivar” (SICAD, 2017).

Apesar de consagrado na lei o tratamento da dependência química, só mais tarde de vem desenvolvendo estruturas para o consumir, visto que “em Portugal, o fenómeno do uso/abuso de produtos psicotrópicos e substâncias estupefacientes inicia-se (...) a partir do início dos anos 70” (SICAD, 2017).

A problemática da toxicodependência, em Portugal, tem feito com que os sucessivos Governos se vejam obrigados a desenvolver planos e estratégias de intervenção tanto no âmbito do combate ao tráfico, como na prevenção e tratamento da toxicodependência, de acordo com Miguel (1997), os primeiros Centros de atendimento a toxicodependentes criados pelo Estado no ano de 1977 serviam expressamente para responder à toxicodependência, quer na redução da procura, quer na redução da oferta. Os Centros encarregados da prevenção e tratamento, em cada região — norte, centro e sul, foram nomeados como Centros de Estudo e Profilaxia da Droga.

É consensual que o fenómeno da toxicodependência é pluridimensional Lopes (1997), como tal é necessário e fundamental que a prevenção, a redução de riscos e minimização de danos e o tratamento sejam realizados e orientados por profissionais quer da área da saúde, quer da área da intervenção social, como médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, dirigidos para o assistir e o reintegrar, sendo o objeto comum salvaguardar a saúde física e psíquica dos consumidores e da sociedade em geral.

“Em 1999 com a aprovação da Estratégia Nacional de luta contra a droga, Portugal assumiu uma nova maturidade de intervenção política face ao fenómeno da droga. Desta forma, a Estratégia Nacional assentou num quadro de intervenção completo, reconhecendo a importância e interdependência de sete componentes essenciais: prevenção primária, tratamento, reinserção social, redução de riscos e minimização de danos e dissuasão da Toxicodependência. A partir de 2000 predomina, na política portuguesa em matéria de drogas, uma visão descriminalizadora do consumo de drogas que se mantém até hoje. Nesta ótica de análise percebe-se que o modelo português em matéria de políticas de drogas se desenvolveu, de 1970 a 2004, sob um prisma de transformações e mudanças sócio históricas que se deslocam desde o sistema repressivo até ao sistema descriminalizador” (Dias , 2007:15).

A Assembleia da República encerrou o século XX com “uma decisão histórica relativamente à opção pela descriminalização do consumo de produtos estupefacientes, proibindo-o como ilícito de mera ordenação social, em resultado da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro.” (Costa, 2007)

A Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro veio definir o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado:

“O consumo de substâncias psicoativas ilícitas continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social. Esta mudança na legislação portuguesa, vulgarmente chamada de Lei da descriminalização do consumo alterou a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considerá-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado” (SICAD, 2015).

A construção de leis e a criação de estruturas de apoio à toxicodependência foram surgindo de acordo com as transformações políticas e sociais. “Os acontecimentos políticos que decorreram entre o final da década de 1960 de 1970, nomeadamente a

descolonização e a revolução de abril de 1984, originaram grandes transformações sociais e culturais, Portugal deixa de ser um país fechado em si e, “é num quadro de profundas alterações sociais e políticas, que o flagelo da droga vai medrando no nosso país, chegando ao ponto de ser unanimemente considerado como o mais grave problema social que a nossa sociedade enfrenta, sendo mesmo apelidado, no final do século XX, de inimigo público número um” (Costa, 2007 :124).

Perante todos os factos atrás mencionados e atendendo ao conjunto de medidas e de iniciativas legislativas, elaborou-se uma tabela onde se alinham cronologicamente os principais acontecimentos e as principais alterações que aconteceram a nível nacional a nível político e legislativo em matéria de combate, prevenção, tratamento da toxicoddependência.

#### 4- Tabela cronológica da evolução das políticas da droga em Portugal: impacto da legislação no apoio e tratamento da Dependência química

Ano	Descrição da criação/Alteração da Legislação, Medidas e Políticas de apoio de combate da toxicoddependência a nível nacional
1973	-MNE de Portugal envia 1000 Dolares para o FNULAD- Fonds des Nations Unies pour la Lutte Contre l'Abus des Drogues.
1975	1ª Governo Provisório -Contribuição de 1000 dólares para o FNULAD é autorizada por Medeiros Ferreira -Criação do Centro de Estudos da Juventude e do Centro de Investigação Judiciária da Droga (DL n.º 745/75 de 31 dez. DR n.º 300- Iª Série) -Ratificação do Protocolo de 1972, com reservas.
1976	Criação do Gabinete Coordenador de Combate à Droga (DL n.º 790/76 de 5 nov., DR n.º 259, Iª Série) - Criação do Centro de Investigação do Controlo da Droga (em substituição do Centro de Investigação Judiciária da Droga) (DL n.º 791/76 de 5 de nov. DR n.º 259, Iª Série) - Criação do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (em substituição do Centro de Estudos da Juventude), (DL n.º 792/76 de 5 nov., DR n.º 259, Iª Série)
1977	-Alteração do regime de controlo das substâncias psicotrópicas - introdução das disposições da Convenção de 1971 (Lei n.º 21/77 de 23 de Mar., DG n.º 69, Iª Série)
1978	- Aprovação para adesão do protocolo que altera a Convenção Única (DL n.º 161/78 de 21 dez., DR n.º 292, Iª Série)
1979	- Plano de Prevenção Primária das Toxicoddependências em meio escolar - Aprovação para adesão da Convenção de 1971 sobre as substâncias psicotrópicas (DL n.º 10/79 de 30 jan., DR n.º 25, Iª Série)

1983	- Alteração do regime de controlo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas (DL n.º 430/83, de 13 dez. DR n.º 285, Iª Série) <sup>32</sup> - Avaliação do Uso indevido de Drogas- Inquérito Epidemiológico
1985	Extinção do Conselho Coordenador do Combate à Droga (DL n.º 17/85/M, BO n.º 9, 2 Mar.)
1987	- Adoção do Plano Integrado de combate à droga/Projeto Vida (RCM N.º 23/87 de 21 abr., DR n.º 92- Iª Série) <sup>33</sup> - Criação do Centro das Taipas, /Ministério da Saúde (Dec. Do Governo n.º 20-A/87 de 12 de jun. DR n.º 134, Iª Série) - 1.ª Série de “spots” televisivos sobre a prevenção do consumo de drogas (GPCCD)
1988	- Criação dos Centros de Apoio a Toxicodependentes da Cedofeita e do Algarve (Portaria. N.º 74/88 de 2 de fev. DR n.º 28, Iª Série) <sup>34</sup>

<sup>32</sup> Regulamentado pelo Dec. Lei n.º 71/84 de 7 set., DR n.º 208, Iª Série.

<sup>33</sup> Alterado em 1990 (RCM n.º 17/90, 21 Abr., DR n.º 93- Iª Série), 1992 (DL n.º 248/92 de 11 Nov., DR n.º 259- Iª Série), 1996 (DL n.º 193/96, 26 Mar., DR n.º 293, - Iª Série). E 1998 (DL n.º 266/98 de 20 ago., DR. N.º)

<sup>34</sup> De acordo com o serviço de intervenção em comportamentos aditivos, em 1982, pelo Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de setembro, foi reestruturado o Gabinete de Coordenação do Combate à Droga, que passa a designar-se Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD), na dependência do Ministério da Justiça, ficando incumbido de planear e coordenar as atividades do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD), e com a missão de planear atividades preventivas e repressivas contra o tráfico ilícito de drogas, através do Grupo de Planeamento. O Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD) é integrado na Polícia Judiciária. Em 1983, com a publicação do Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de dezembro, é alinhado o **direito português em matéria de drogas pelas convenções internacionais**, fomentando uma perspetiva clínica e ressocializada relativa ao consumo de drogas e uma forte repressão respeitante ao tráfico. Até à data da publicação do Decreto-Lei n.º 430/83, que revoga o Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro, não fora feita a devida adaptação sistemática do direito interno.

Com a publicação e entrada em vigor deste diploma, culminavam os trabalhos iniciados vários anos antes, com a colaboração de técnicos das Nações Unidas que, para o efeito, se deslocaram a Portugal e que tiveram em conta algumas experiências estrangeiras, designadamente a italiana, a francesa e a suíça, bem como as recomendações internacionais da especialidade.

Manteve-se, para não dizer que se acentuou, o carácter repressivo da lei para com o tráfico, isto porque se considerou demonstrada a relação cada vez mais estreita entre este e a criminalidade organizada e violenta e até a criminalidade de negócios, através da “lavagem” dos fundos obtidos mediante o respetivo reinvestimento em atividades lícitas. O mesmo já não sucedeu relativamente ao consumo. Com efeito, embora tenha continuado a constituir crime, o legislador interrogou-se, pela primeira vez, sobre se o consumo, ainda que ocasional, deveria ser censurado penalmente.

Assim, embora continuando a considerar socialmente censurável o consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, desde logo pela quebra de responsabilidade individual de cada cidadão perante os outros, o legislador declarou não poder deixar de reconhecer o toxicodependente como alguém que necessita de assistência médica e que tudo deve ser feito para o tratar, por sua causa e também pela proteção devida aos restantes cidadãos. Por isso se incitou o tratamento espontâneo, ou a partir dos seus familiares, criando condições de não intervenção do aparelho repressivo.

O **Projeto Vida – Programa Nacional de Combate à Droga**, foi criado em 1987, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de abril, na dependência funcional da Presidência do Conselho de Ministros. Tratava-se de um plano integrado de combate à droga, que contemplava 30 medidas nos domínios da prevenção, do tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos, e ainda no domínio do combate ao tráfico.

No referido plano constava o reforço da colaboração do Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD) com a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a garantir o atendimento de toxicodependentes em estruturas do Ministério da Saúde, prevendo-se incentivos às instituições e entidades privadas que desenvolvessem projetos no âmbito do seu tratamento e reabilitação socioprofissional.

1990	- Criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (DL n.º 83/90 de 14 Mar. DR n.º 61, Iª Série) <sup>35</sup> - Relatório “Droga em Portugal: Situação e Tendências (1986-1989), GPCCD
1991	-Ratificação da Convenção de 1988 contra o tráfico ilícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores (Dec. do Pres. República, n.º 45/91 de 6 set., DR n.º 205, Iª Série) - Sumários de Informação Estatística (Tráfico, Consumo; Tratamento), Dados 1989-Sumários de Informação Estatística (Justiça Penal)
1992	- Droga em Portugal: Situação e Tendências (1990-1991) - GPCCD
1993	- Revisão do regime jurídico de controlo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores acolhendo as disposições da Convenção de Viena/1988 (DL n.º 15/93 de 20 fev., DR n.º 18, Iª Série) -Contribuição para uma Epidemiologia da Droga em Portugal - Droga e Justiça Penal – Decisões dos tribunais de 1.ª Instância, GPCCD, Inicia a sua publicação) - Droga e Meio escolar- Perfis Regionais e Risco - Caracterização Farmacológica dos Toxicodependentes
1995	- 1º Governo Guterres - Cessação da exclusividade da investigação do tráfico de droga por parte da Polícia Judiciária (DL n.º 81/95 de 22 abr., DR n.º 95- Iª Série) - “Toxicodependências”, nº 1, ano 1. (Editada pelo SPTT)
1996	- Agravamento das penas aplicáveis aos traficantes de drogas (Lei 45/96, 3 set., DR n.º 204, Iª Série)
1997	- ESPAD, Portugal, 1995- Cândido Agra e Outros - Droga e Crime <sup>36</sup>
1998	- Programa Vida/Emprego (RCM n.º 136/98 de 4 Dez. DR n.º280- Iª Série B) - 2º Governo Guterres
1999	- Criação na Presidência de Conselho de Ministros do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (DL n.º 31/99 de 5 de março, DR n.º 30, Iª Série) <sup>37</sup> - É adotada a Estratégia Nacional de Luta contra a droga e a Toxicodependência (RCM n.º 46/99 de 22 abr., DR n.º)

Entre as medidas preconizadas na área do tratamento contavam-se, ainda, a reestruturação dos Serviços existentes, a entrada em funcionamento de uma unidade hospitalar para toxicómanos e a criação de um serviço telefónico gratuito, de esclarecimento e encaminhamento.

Ainda em 1987, dando cumprimento à medida de funcionamento de uma unidade hospitalar, foi criado em Lisboa o **Centro das Taipas**, primeira unidade do Ministério da Saúde exclusivamente vocacionada para o tratamento de toxicodependentes (Decreto-Lei n.º 20-A/87, de 12 de junho). Este Serviço congrega as valências de Consulta, Centro de Dia, Internamento de Desabituação e Urgência.

Em 1989, com base na experiência do Centro das Taipas, foram criados, pela Portaria n.º 74/89, de 2 de fevereiro, o Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) da Cedofeita, no Porto, e o Serviço de Prevenção e Atendimento a Toxicodependentes (SPAT) do Algarve, na dependência das ARS do Porto e Faro.

<sup>35</sup> A respetiva lei orgânica será publicada em 1994 (DL n.º 43/94 de 17 Fev. DR n.º 40, Iª Série)

<sup>36</sup> Sob este título e sob a coordenação científica de Cândido Agra foram publicados, pelo GPCCD, 11 estudos sobre o tema.

<sup>37</sup> A designação e estrutura é alterada em 2000 (Dec. Lei n.º 90/2000 de 18 de maio, DR n.º 115, Iª Série A)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São criados os núcleos Distritais Do Projeto Vida (Lei n.º 109/99 de 3 agosto)</li> <li>- Criação dos núcleos de acompanhamento médico aos Toxicodependentes Reclusos (Lei n.º 109/99 de 3 de agosto.)</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação do Conselho Coordenador da Estratégia Nacional (DL n.º 88/2000 de 18 de mai. DR n.º 115, Iª Série) e do Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência (DL n.º 88/2000 e 89/000 de 18 de mai., DR n.º 115, Iª Série)</li> <li>- Descriminalização do consumo de drogas (Lei n.º 30/2000, de 22 nov., DR n.º 276-Iª Série)</li> <li>- Criação da Missão para o Acompanhamento da Participação Portuguesa junto do Grupo Pompidou (RCM n.º 30/2000, DR n.º de 18 de maio)</li> <li>- Relatório Anual 2000 – Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, IPDT<sup>38</sup></li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano Nacional de Luta contra a Droga- Horizonte 2004 (RCM n.º 39/2001 de 9 abr., DR n.º 84, Iª Série)</li> <li>- É estabelecido o regime de funcionamento da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (DL n.º 130-A/2001, DR n.º 95, Iª Série A)</li> <li>- Definição do regime geral das políticas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos (DL n.º 183/2001 de 21 jun., DR n.º 142, Iª Série)</li> <li>- 30 Objetivos da Luta contra a Droga e a Toxicodependência / Horizonte 2004, DR, I Série B, n.º 61, 13 Mar.</li> </ul>
2002	<p>Governo Durão Barroso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal – IDT<sup>39</sup></li> </ul> <p>O Instituto da Droga e da Toxicodependência, IDT, foi criado em 29 de novembro de 2002, pelo Decreto-Lei n.º 269-A/2002, e resulta da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT). Esta fusão, decidida pelo XV Governo Constitucional, veio introduzir um ruído iniludível na prossecução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, aprovada em 22 de abril de 1999. Esta previa claramente a continuidade do SPTT, Serviço do Ministério da Saúde com a missão central de oferecer tratamento aos toxicodependentes, e dotava o IPDT, a par de tarefas na área da prevenção, de responsabilidades enquanto “observatório” e, sobretudo (porque a sua tutela se situava na dependência do Primeiro Ministro), de competências na coordenação transversal de políticas que interessam diversos ministérios.<sup>40</sup></p>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganização das Estruturas de Coordenação Nacional da Luta contra a Droga (DL n.º 1/2003-01 de 6 de janeiro)</li> </ul>

<sup>38</sup> A partir do Relatório passou a ser elaborado por força do disposto no artigo do decreto-lei n.º de e destinado à Assembleia da República. A partir de 2002 o Relatório Anual, passou a comportar duas partes/volumes (vol. 1 – A situação do País/Dados Estatísticos, vol. 2- Atividades Desenvolvidas).

<sup>39</sup> Relatório apresentado ao Instituto Português da Droga toxicodependência- julho de 2002

<sup>40</sup> Plano de luta contra as drogas e as toxicodependências 2005/2012

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação do Conselho Interministerial, Coordenador Nacional e Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, (DL n.º 1/2003, DR, I Série A, n.º 4, 6 jan.)</li> <li>- Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população Portuguesa/2001 - IDT<sup>41</sup></li> <li>- Consumos Problemáticos de drogas em Populações Ocultas, IDT<sup>42</sup></li> </ul>
2004	<p>Criação de um Grupo de Trabalho para revisão dos diplomas que concretizam a política sobre a Toxicodependência (Despacho n.11/500/2004 (2.ª série) - DR n.º 136, IIª Série, 11 jun.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga (1999-2003)<sup>43</sup></li> <li>- Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (2005-2012).</li> </ul>
2005	Governo Sócrates (XVII Constitucional)
2005/2008	<p>Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências - Horizonte 2008.</p> <p>Este foi um dos principais planos desenvolvidos pelo Instituto da Droga e toxicodependência, no âmbito da luta contra a droga e a toxicodependência, designadamente a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, com relevância nas áreas da saúde, solidariedade social, segurança e justiça.</p> <p>Ao nível da informação, Investigação, formação e avaliação este plano tinha como principal objetivo a atingir: contribuir para um maior e melhor conhecimento do fenómeno das drogas e das toxicodependências e para a melhoria contínua da qualidade das intervenções, por forma a apoiar a intervenção e a decisão e a contribuir para a melhoria dos resultados obtidos;</p> <p><u>Ao Nível da Prevenção:</u> Resultado a atingir: aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço do componente técnico – científica e metodológica.</p> <p>Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção;</p> <p>Relativamente à Dissuasão da Toxicodependência pretendia: garantir a eficiência na aplicação da lei, assegurando o acompanhamento adequado, justo, com qualidade técnica e que vá ao encontro das necessidades efetivas dos indiciados consumidores;</p> <p><u>Na Redução de Danos e minimização de Riscos</u> o objetivo passava por: construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos com parceiros públicos e privados; disponibilizar programas de redução de riscos e minimização de danos a grupos específicos;</p> <p><u>No Tratamento</u> pretendia-se: garantir a toda a população que o deseje o acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas (articuladas e complementares); disponibilizar uma oferta de programas de tratamento e de cuidados diversificada, abrangendo um amplo leque de abordagens</p>

<sup>41</sup> Inquérito realizado por Casimiro Balsa, CEOS/Universidade Nova, Lisboa, 2003

<sup>42</sup> Inquérito realizado por Luís Fernandes e Maria do Carmo Carvalho da Universidade do Porto

<sup>43</sup> Esta Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga (1999-2003 realizada por Luís Valadares Tavares, Pedro M. Graça, Orlando Martins, Maria Ascenso – INA, Lisboa

	<p>psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica; implementar um processo de melhoria contínua da qualidade a nível de todos os programas e intervenções terapêuticas.</p> <p><u>A Reinserção</u> tinha como principal objetivo: garantir a abrangência e a transversalidade dos recursos institucionais/ não-institucionais da Reinserção nas várias áreas de vida do cidadão, de forma a facilitar o desenvolvimento de projetos de vida responsáveis e responsabilizantes;</p> <p><u>A redução da oferta</u> estava centrada em reduzir de forma significativa a prevalência do consumo de drogas entre a população, bem como os prejuízos a nível social e para a saúde causados pelo consumo e pelo comércio de drogas ilegais e assegurar, tendo em consideração as conquistas e valores em termos de direitos e liberdades fundamentais, um elevado nível de segurança para o público em geral, tomando medidas contra a produção e o tráfico de drogas e o desvio de precursores (incluindo o transfronteiriço) e intensificando as medidas de prevenção contra a criminalidade relacionada com a droga através da cooperação eficaz, firmada numa abordagem conjunta, com as forças de outros Estados.</p>
2005/2012	<p>“Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012” (PNCDT).</p> <p>A matriz das políticas de luta contra a droga e as toxicodependências assenta em dois grandes eixos a saber, a redução da procura e a redução da oferta. Os vetores de intervenção relativos às atividades de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tratamento e reinserção formam o corpo do eixo da redução da procura. Neste domínio, os principais objetivos prendem-se com a prevenção e dissuasão dos consumos de drogas, a prevenção da evolução dos consumos para situações de adição problemática, a redução dos riscos associados a estes comportamentos bem como a minimização dos danos por estes originados, o tratamento e reinserção. O segundo eixo, da redução da oferta, assenta em esforços para limitar a oferta e o acesso às drogas ilícitas.</p>
2011	<p>Em 2011, a nova lei orgânica do Ministério da Saúde (MS) veio trazer alterações estruturais, nomeadamente através do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o qual concretiza uma importante mudança no “reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de drogas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências”. Com a publicação deste Decreto, procedeu-se à criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo, conseqüentemente, o Instituto da Droga e Toxicodependências, I.P. (IDT, I.P.), e atribuindo às Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I.P.), a componente de operacionalização das políticas de saúde. Este dado trouxe dificuldades acrescidas no cumprimento do trabalho de avaliação decorrentes das mudanças existentes neste organismo.</p>
2013/2016	<p>Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013- 2016;</p>

	<p>Depois de 29 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde proceder a uma reorientação da política neste domínio ao alargar o âmbito de intervenção a outros comportamentos aditivos e dependências, ao criar o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e ao cometer às Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) a componente de operacionalização dessas políticas. O PNRCAD constitui-se como um reforço importante no domínio das políticas de saúde, de abordagem a fenómenos que encerram riscos e custos aos quais é importante fazer face pelas repercussões e impacto que têm na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade. As múltiplas problemáticas associadas aos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD).</p>
--	---

Um dos maiores progressos em matéria de apoio e tratamento ao nível da toxicodependência veio com a Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro, que no artigo 12º estabelece que em substituição da pena judicial, deve ser disponibilizado tratamento a todos aqueles que tenham em sua posse substâncias psicoativas para consumo próprio.

Os resultados confirmam que a operacionalização da lei “se constitui como um paradigma de intervenção que tem vindo a contribuir para a redução do consumo de substâncias ilícitas, apontando para a continuidade, consolidação e sustentabilidade da dissuasão, por via do envolvimento dos parceiros na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas e aperfeiçoar as respostas e intervenções existentes” (SICAD, 2013).

A lei n.º 30/2000 de 29 de novembro modificou efetivamente a atuação por parte das forças de autoridade, o seu foco deixou de ser a punição/castigo a pena, dando início a uma intervenção colaborativa em conjunto com a Comissão de Dissuasão da Toxicodependência/Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e o Ministério da Justiça, que dando cumprimento da lei passaram a substituir as penas judiciais pelo tratamento das pessoas toxicodependentes.

O cumprimento da lei e a possibilidade de não penalizar obriga o consumidor tenha em sua posse a quantidade considerada necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias de acordo com n.º 2 do artigo 2º, a avaliação da quantidade de substâncias psicoativas ilícitas que cada pessoa pode ter em sua posse são referidas nas tabelas I a IV anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

As quantidades relativas às drogas mais utilizadas pelos dependentes químicos e com as quais pode circular no espaço público - sem que as forças de segurança o possam deter ou considerar traficante- apresentam-se na seguinte figura:

**MAPA A QUE SE REFERE O N.º 9.º**

Plantas, substâncias ou preparações constantes das tabelas I a IV de consumo mais frequente	Tabela	Limite quantitativo máximo (g)
Heroína (diacetilmorfina) .....	I-A	( <sup>2</sup> ) 0,1
Metadona .....	I-A	( <sup>2</sup> ) 0,1
Morfina .....	I-A	0,2
Ópio (saco) .....	I-A	( <sup>1-2</sup> ) 1
Cocaína (cloridrato) .....	I-B	( <sup>2</sup> ) ( <sup>4</sup> ) 0,2
Cocaína (éster metílico de benzoilego- rina) .....	I-B	( <sup>2</sup> ) ( <sup>4</sup> ) 0,03
<i>Carabis</i> (folhas e sumidades floridas ou frutificadas) .....	I-C	( <sup>2-c e d</sup> ) 2,5
<i>Carabis</i> (resina) .....	I-C	( <sup>2-c e d</sup> ) 0,5
<i>Carabis</i> (óleo) .....	I-C	( <sup>2-d</sup> ) 0,25
Fenciclidina (PCP) .....	II-A	( <sup>1-2</sup> ) 0,01
Lisergida (LSD) .....	II-A	50 µg
MDMA .....	II-A	( <sup>2</sup> ) ( <sup>2-d</sup> ) 0,1
Anfetamina .....	II-B	0,1
Tetrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ THC) .....	II-B	0,05

(<sup>1</sup>) Os limites quantitativos máximos para cada dose média individual diária são expressos em gramas, excepto quando expressamente se indique a unidade diferente.

(<sup>2</sup>) Os limites referidos foram estabelecidos com base em dados epidemiológicos referentes ao uso habitual.

(<sup>3</sup>) As quantidades indicadas referem-se:

- As doses diárias mencionadas nas farmacopéias oficiais;
- As doses equipotentes à da substância de abuso de referência;
- A dose média diária com base na variação do conteúdo médio do THC existente nos produtos da Cannabis;
- A uma concentração média de 2% de ( $\Delta^9$ THC);
- A uma concentração média de 10% de ( $\Delta^9$ THC);
- A uma concentração média de 20% de ( $\Delta^9$ THC);

(<sup>4</sup>) Para a cocaína são especificados limites quantitativos diferentes, respectivamente para o cloridrato e para o éster metílico de benzoilegoína, uma vez que o potencial adictivo das duas formas químicas é muito diferente.

Figura 7 - Tabela com as quantidades diárias possíveis de serem transportadas pelos consumidores (Toxicodependentes)

No artigo 12º da Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro, refere-se ainda que todo o consumidor toxicodependente que aceitar sujeitar-se ao tratamento, a comissão de dissuasão da toxicodependência<sup>44</sup> faz a articulação com o serviço de saúde público ou privado escolhido pelo consumidor, contudo se o consumidor optar pelos serviços de saúde privados, os encargos com o tratamento são da responsabilidade do próprio.

A implementação de serviços de referência, apoio, acompanhamento, prevenção, redução de riscos e minimização de danos (RRMD) e tratamento da toxicodependência em Portugal tem sido responsabilidade do Serviço de Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), a sua missão é promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

As principais estruturas são: os Centros de Respostas Integradas, consideradas pela ARS-Administração Regional de Saúde do Centro, IP, como:

<sup>44</sup> O desenvolvimento destas Comissões para a Dissuasão em 2001, constituíram um importante passo veio-se a refletir na nova abordagem em termos de política da droga, ao colocá-las sob a tutela do Ministério da Saúde, em vez do Ministério da Justiça.

“Estruturas locais de cariz operativo, constituídas por equipas técnicas multidisciplinares que executam programas de intervenção local no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como prestam cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em regime ambulatorio, seguindo intervenções terapêuticas baseadas em evidência científica, com vista ao tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção destes doentes. Com base nestes pressupostos os CRI contemplam: Equipas de intervenção comunitária - As intervenções comunitárias procuram dar respostas no âmbito da prevenção, de modo a possibilitar a diminuição de fatores de riscos na área dos comportamentos aditivos e dependências, quer através de ações na comunidade, nas escolas e /ou com famílias, quer de acompanhamento de projetos ou ainda de supervisão/parcerias no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

Equipas técnicas especializadas – São equipas multidisciplinares com intervenções do médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social com vista ao processo de reabilitação do utente e envolventes nomeadamente a família. Esta intervenção psicoterapêutica (tratamento) e psicoeducativa (prevenção indicada) dá resposta de acordo com as necessidades individuais, psicológicas e sociais de cada utente, procurando a melhoria da sua qualidade de vida” (ARSC, I.P, 2012).

No Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 está explícito que a “responsabilidade pela prestação de cuidados no âmbito do tratamento da toxicodependência tem vindo a ser partilhada por instituições públicas e por organizações não-governamentais. A ação destas últimas tem-se centrado sobretudo na provisão de cuidados em regime de internamento em comunidade terapêuticas, recurso de intervenção para atender a situações de maior complexidade” (SICAD, 2013:55).

A redução de riscos e minimização de danos sempre serviu como estratégia de educação para a saúde, as campanhas de sensibilização sobre doenças infecciosas ou o uso de preservativos, (...), contudo estas tem sido considerada insuficientes e demasiado distantes da realidade da vida dos toxicodependentes, (...), contudo, os técnicos secundarizam muitas vezes os problemas reais do consumo, não conhecendo a realidade do local de consumo (Anjos, 2014).

“A R.R.M.D. é uma área de intervenção de cariz sanitário e social que procura reduzir os danos associados ao consumo de drogas (...). Procura incutir comportamentos de menor risco, através da educação para a saúde e do aconselhamento, recorrendo a vários programas e serviços, sendo talvez o mais conhecido, o programa de troca de seringas. O objetivo principal não passa necessariamente por levar os consumidores de drogas à abstinência, procura-se antes trabalhar, pequenos patamares de cada vez, de uma forma pragmática, uma vez que o uso de drogas na sociedade existe, quer seja considerado crime quer se encontre descriminalizado” (Silva , 2011:1).

Muitas das vezes acontece que os toxicodependentes nas fases de consumos têm, “frequentemente, comportamentos de desestabilização que passam pelo incumprimento de regras e por outros comportamentos, inclusivamente de risco, em relação às substâncias. Ora, a conhecida influência interpessoal faz com que, potencialmente, outros doentes, até aí em cumprimento do tratamento, também se possam desorganizar” (Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010 : 80).

A Rede Nacional de Redução de Riscos e Minimização de Danos para realizar foi fundamental para a realizar um trabalho de proximidade junto desta população, e conhecer efetivamente,

“todos os indicadores disponíveis para esta área, nomeadamente, redução dos consumos por via endovenosa, redução de novas pelo VIH, redução do número de overdoses, bem como um considerável aumento de novos utentes e maior capacidade de adesão desta população às respostas de saúde, tais como terapêuticas para as doenças infecciosas. Ou seja, aproximámo-nos as respostas de saúde, a uma população altamente fragilizada que não acedia, por vários motivos, a estes cuidados” (Andrade, 2013:12).

As equipas de rua são a principal via de concretizar na prática as ações de redução de riscos e minimização danos. As áreas de formação dos técnicos são diversificadas. “As profissões mais comuns são: psicólogos, assistentes sociais, animadores socioculturais, técnicos psicossociais, médicos e enfermeiros” (Anjos, 2014:15).

**PROGRAMA**  
*Diz não a uma seringa em segunda mão.*

**Kit PREVENÇÃO**

A seringa de material utilizado no consumo de drogas injetáveis e nos procedimentos de troca de seringas, deve ser o VIH e os vírus das Hepatites B e C.

**OBJETIVOS DO PROGRAMA**

- Prevenir infeções pelo VIH e pelos vírus das Hepatites B e C por via sexual, endovenosa e parentérica nas Pessoas que Utilizam Drogas Injetáveis (PUDI);
- Incrementar a assepsia do consumo endovenoso;
- Evitar a partilha de seringas facilitando o acesso a seringas estéreis;
- Evitar o abandono e reutilização de seringas recolhendo-as para destruição;
- Promover o uso do preservativo;
- Divulgar informação personalizada sobre a infeção pelo VIH e pelos vírus das Hepatites B e C.

**FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO**

ESTRUTURAS DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

DGS | SPMS

**PROGRAMA “DIZ NÃO A UMA SERINGA EM 2ª MÃO”**

**1. REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE INJEÇÃO E RECOLHA DE CONTENTORES**

**2 SERINGAS, 2 AMPOLAS DE ÁGUA BISTILADA, 2 RECIPIENTES PARA PREPARAÇÃO DA SUBSTÂNCIA (CARICAS), 2 CARTERAS DE ÁCIDO CÍTRICO, 2 TOALHETES DESINFETANTES, 2 FILTROS, 1 PRESERVATIVO**  
**ATENÇÃO:** prazo de validade dos Kits

O envio do número de trocas efetuadas, assim como o pedido de material deve ser remetido por email, até ao dia 8 de cada mês, sendo as quantidades definidas em função do material distribuído no mês anterior.  
Email: carla.caldeira@spms.min-saude.pt  
Telefone: 933 498 180

**ENTREGA DE MATERIAL** – a equipa de intervenção deve verificar as quantidades entregues e assinar a guia de remessa.

**CONTENTORES**

**5L**

**10L**  
Nota: só deve ser requisitado quando o nº de recolhas é >800 seringas/mês

**EMPRESA DE RECOLHA (AMBIMED)** – Os contentores vazios são entregues quando se procede à recolha dos contentores com material de injeção usado.  
Nota: Não se deve encher o contentor acima do limite indicado pelo fabricante (normalmente 2/3 da capacidade do contentor), para evitar acidentes.

**CONTACTOS**

**AMBIMED**  
Quando necessitar que o contentor seja recolhido, por favor contactar o número: 808 200 246

contactos para esclarecimento de dúvidas, sugestões e reclamações:  
Email: trocadeseringas@spms.min-saude.pt  
TM: 933 498 180

**2. INTERVENÇÃO DAS ESTRUTURAS DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS**

**ENTREGA DE MATERIAL**

- Deve ser disponibilizado um número de kits que corresponda ao número de seringas que a pessoa que utiliza drogas injetáveis (PUDI) apresenta, não havendo limite para o número de trocas de kits.
- Devem ser fornecidos à PUDI kits mesmo que esta não traga uma seringa para troca, reforçando a importância de entregar sempre a seringa usada e de não partilhar material.
- Deve ser promovida a utilização de todos os materiais de injeção, disponibilizados no âmbito deste programa.

**RECOLHA DE MATERIAL USADO**

- Os profissionais que efetuam as trocas nunca devem manusear o material de injeção usado, entregue pela PUDI.
- As seringas devem ser colocadas no contentor pela PUDI, com segurança e tranquilidade.
- Nunca devem efetuar ou solicitar à PUDI a contagem manual das seringas usadas.

DGS | SPMS

Figura 8 - Flyer de divulgação do programa de RRMD

O tratamento da toxicodependência é a intervenção mais importante utilizada com as pessoas que têm problemas relacionados com o consumo de drogas, de acordo com o Relatório Europeu das Drogas de 2017:

“Os percursos dos utentes durante o tratamento são frequentemente caracterizados pela utilização de diferentes serviços, vários internamentos e períodos de internamento variáveis. Os resultados de uma análise de dados de 2015 relativos aos tratamentos realizados em sete países europeus fornecem uma perspetiva dos percursos de tratamento. Dos 400 000 utentes em tratamento nesses países durante esse ano, menos de 20 % iniciaram tratamento pela primeira vez; cerca de 30 % repetiram tratamento, tendo recebido tratamento num ano anterior; e cerca de metade tinham estado em

tratamento contínuo durante mais de um ano. A maioria dos utentes em tratamento contínuo era do sexo masculino, com quase 30 anos, tinham estado em tratamento durante mais de 3 anos e tinham problemas relacionados com o consumo de opiáceos, nomeadamente heroína” (OEDT, 2017:65).

Em Portugal, um grande número de toxicod dependentes está integrado em tratamento de substituição opiácea (ambulatório) e internamento de estadia prolongada em comunidades terapêuticas. O tratamento é designado e adequado à pessoa, de acordo com os anos de consumo e com os tipos de droga consumidos.

As principais drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral e que causam modificações no estado físico e psicológico da pessoa são chamadas de drogas psicotrópicas, conhecidas também como substâncias psicoativas.

Na tabela seguinte faz-se uma caracterização das drogas mais usadas nos últimos anos em Portugal, as suas características, licitude e ilicitude, principais vias de administração, efeitos desejados e efeitos adversos e meio de substituição possível, para que o consumidor se possa libertar da sua dependência.

Droga	O que é?	Legal, ilegal ou para uso médico	Conhecida como...	Efeitos Procurados	Efeitos Adversos	Pode ser substituída por.
Álcool	O álcool é o principal componente em bebidas destiladas.	Legal.	Bebidas alcoólicas	Coragem, satisfação, prazer, vencer a timidez, ser mais alegre.	Afeta as regiões responsáveis por habilidade como memória, aprendizado, autocontrole. Causa dependência.	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo.
Anfetamina	São substâncias simpatomiméticas que tem a estrutura química básica da beta-fenetilamina	Uso médico	Anfetamina ou <i>doping</i>	Agem estimulando o sistema nervoso central através de uma intensificação da noradrenalina, um neuro-hormônio que ativa partes do sistema nervoso simpático	Overdoses fatais, todavia, são raras, e a dosagem letal ainda é desconhecida	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo.
Cocaína	É uma droga alcaloide, derivada do arbusto	Ilegal	Cocaína	Euforia, sensação de poder, ausência de medo e	Insônias, delírios, problemas cardiovasculares, aumento de força e frequência	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo.

	Erythroxylum coca Lanarck.			ansiedade, agressividade, excitação física, mental e sexual.	cardíacas, palpitações. Causa dependência.	
Ecstasy	É uma droga moderna sintetizada.	Uso médico, mas é ilegal	Balinha, ecstasy, Metilendioximetanfetamina (MDMA)	Euforia, sensação de bem-estar	Alterações da percepção sensorial do consumidor e grande perda de líquidos. Causa dependência.	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo
LSD	É uma das mais potentes substâncias alucinogênicas conhecidas.	Ilegal	LSD	Foi inicialmente utilizado como recurso psicoterapêutico e para tratamento de alcoolismo e disfunções sexuais, hoje é usado para provocar ilusões, alucinações (Auditivas e visuais).	Sinestésias, experiências místicas, flashbacks, paranoia, alteração da noção temporal e espacial, confusão, pensamento desordenado, baforadas delirantes podendo conduzir a atos autoagressivos (suicídio), despersonalização, perda do controle emocional, sentimento de bem-estar experiências de ecstasy, euforia alternada com angústia, pânico, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, perturbações da memória, psicose por “má viagem”	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo

					(bad trip). Causa dependência.	
Maconha	Refere-se a um número de drogas psicoativas derivada da planta Cannabis	Ilegal	Baseado	Alucinações	Aumento de frequência cardíaca, diminuição de pressão de sangue, diminuição da coordenação psicomotora, perda de memória e câncer. Causa dependência. Um cigarro de maconha equivale a 5 cigarros normais.	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo.
Solventes	Uma substância que pode ser inalada, pelo nariz e pela boca	Algumas são legais	Loló, lança perfume, cola e etc.	Prazer e alucinação	Tontura e desmaios. Causa dependência.	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo.
Heroína	Heroína (tal como o ópio e a morfina) é feita a partir da resina das papoilas. O ópio, esbranquiçado, tipo seiva é removido em primeiro lugar da cápsula da flor da papoila. Este ópio é refinado para	Ilegal	Pó; Castanha; Na sua forma mais pura, a heroína é um pó fino branco	A heroína age sobre os sistemas digestivo e nervoso central, onde os efeitos de torpor e tontura vêm associados, nos estágios iniciais, há um sentimento de	A heroína impede a produção de endorfinas, analgésicos naturais do organismo, porque a própria droga se encarrega de fornecê-los. As consequências não podem ser piores: quando o viciado tenta suprimir a droga, o organismo não volta automaticamente a produzir as endorfinas	Prática de exercícios físicos e terapia de grupo.

	fazer a morfina, depois ainda mais refinado em diferentes formas de heroína			leveza e euforia. Agindo como depressora do sistema nervoso central, alivia as sensações de dor e angústia. Segue-se um estado de letargia que pode durar horas.	logo, nada ameniza a dor da pessoa. O mesmo processo se repete com outras substâncias.	
--	---	--	--	--	--	--

*Figura 9 - Tabela de Drogas adaptado de Venegeroles (2014).*

## 6 - Estética dos comportamentos e da linguagem na Toxicodependência

A toxicodependência entendida como uma das mais graves problemáticas das sociedades contemporâneas gera nos dependentes químicos uma forma de ser e estar muito própria. Um dependente químico/adicto/toxicodependente apreende, ao longo dos anos que passa pela experiência do consumo das substâncias psicoativas, uma linguagem codificada para se referir as ações inerentes a esse modo de vida.

Na década de 90, indústria da moda aproveitou-se da imagem e dos comportamentos degradados associados às pessoas viciadas em droga, para criar um novo estilo na forma de vestir e de estar.

A ideia partiu de uma fotógrafa profissional de moda Corinne Day, que foi responsável pelo nascimento deste estilo designado como “*heroin chic*”.

O “*Heroin chic*”, era um estilo que apresentava uma clara galmourização das drogas<sup>45</sup>. No livro “*Fashion, Desire and Anxiety: Image and Morality in the 20th Century*,” a autora de Rebecca Arnold, menciona que este assunto se tornou tão sério, que Presidente dos estados Unidos da América (Bill Clinton) e outras figuras de relevo internacional estavam preocupadas com este assunto, pela forma negativa e abusiva como passava aos jovens uma ideia completamente errada sobre o consumo de drogas.

A oito de agosto de 1996, o jornal L.A. Times, fez um artigo sobre o “*heroin chic*”, com o título: “Estilos: nos anúncios e na pista de decolagem, o “*heroin chic*”, é o olhar, alimentado pelo sucesso do filme “*Trainspotting*” e o renovado uso de alto padrão da droga.”<sup>46</sup> Este novo estilo, acabou por ter bastante impacto na forma como alguns toxicodependentes começaram a assumir uma nova identidade, não só do ponto de vista visual, mas também na postura.

O toxicodependente a consumir, para além de uma linguagem muito própria, também acaba por desenvolver um estilo próprio e uma imagem que projeta e alimenta em conjunto com os outros elementos do seu grupo. Esta componente estética, ainda que por vezes degradante e decadente ao olhar dos que estão de fora desta esfera relacional, constitui-se como uma ferramenta primordial para comunicar e estabelecer relações de proximidade com outros toxicodependentes e traficantes.

---

<sup>45</sup> O termo “glamourização das drogas” é comumente usado entre as pessoas toxicodependentes para descrever os aspetos positivos das drogas, como a qualidade, quantidade e sintomas.

<sup>46</sup> Este noticia pode ser lida em [http://articles.latimes.com/1996-08-08/news/ls-32243\\_1\\_fashion-industry](http://articles.latimes.com/1996-08-08/news/ls-32243_1_fashion-industry), o autor é Robin Givhan | The Washington post.

“As diversas formas de comunicação são apreendidas ao longo das histórias de vida de cada sujeito, influenciando em como cada um age em relação aos demais. As bagagens apreendidas por cada comunicador influenciam na forma como vão se comunicar um com o outro no momento presente, pois os predis põe a um conjunto maior de sinais e mensagens, que serão interpretados e compartilhados por ambos” (Ceron, 2012:28).

Começando pela linguagem verbal no âmbito da toxicodependência, há uma utilização de termos que apenas são perceptíveis aos consumidores, o uso de um código próprio tem como principais razões: a ilegalidade inerente ao tráfico de estupefacientes e o consumo de substâncias psicoativas ser socialmente censurável.

Apesar do consumo de substâncias psicoativas ter sido descriminalizado, não despenalizado em Portugal, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social. Apesar de toda a evolução na legislação portuguesa em matéria de consumo, essas mudanças não modificaram a imagem e a visão que as pessoas tem sobre o consumo das substâncias psicoativas, continuando a ser uma prática sentida como obscura e malvista pela sociedade em geral, fazendo com que este um grupo crie o seu próprio dialeto.

Estar e ouvir falar as pessoas toxicodependentes na fase de consumo, é para a maior parte das pessoas uma tarefa difícil de perceber, pois estes códigos linguísticos são percebidos apenas pelos elementos que pertencem ao grupo.

A problemática da toxicodependência é para qualquer interventor social um mundo recheado de aprendizagens, o reconhecimento destes códigos linguísticos permite ao assistente social em comunidade terapêutica ampliar o entendimento sobre a realidade dos toxicodependentes em tratamento para melhor os compreender e analisar as suas vivências e estar munido de conhecimentos para intervir. Um dos princípios fundamentais do “trabalho do assistente social, é o de perceber a realidade objetivamente e identificar os meios para se trabalhar no intuito de chegar ao objetivo a que se propôs” (Lacerda, 2014: 31).

Uma das obrigadoriedades do assistente social na sua prática é “saber usar a linguagem escrita e oral de forma correta, criando assim, a imagem de um profissional competente, a articulação da prática com a teoria que também se faz necessária, pois o domínio de ambas possibilitará uma prática inovadora, criativa e reflexiva” (Silva D. , 2016), mas “além da escrita e da fala que deve ser compreensível, e um profissional tem de ser capaz

de se adaptar e adequar a sua linguagem a cada um dos usuários do serviço social, ou seja, no campo da profissão” (Carvalho , 2013:43).

Para falar em situações de consumo/compra e venda de droga, são usados alguns termos, apenas perceptíveis por consumidores no ativo, consumidores em recuperação ou pessoas que trabalham diretamente com este tipo de público-alvo e que ao longo da sua atividade profissional vão captando este modelo de comunicar codificado.

“É através da “comunicação que se toma consciência do estado de saúde, se processa a tomada de decisão e se promove uma gestão adequada de um determinado regime terapêutico, muitas vezes complexo. É fundamental que os profissionais (...) sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde” (Sequeira, 2014:2).

A arte de ouvir significa ter paciência e tolerância com o outro, ou seja, é preciso perceber, compreender e, principalmente, respeitar opiniões divergentes.

Tendo em vista a realidade e a necessidade de na intervenção direta, o assistente social tem de utilizar palavras técnicas, porém, sabe-se que um grande número de pessoas com as quais comunicam durante a sua atuação, mesmo possuindo um nível intelectual elevado, estão numa situação de bastante fragilidade física e psicológica, por isso, é importante saber simplificar, utilizar palavras incomuns, jargões, “os termos técnicos, podem comprometer a nossa comunicação com os utentes. Se não agirmos assim, quando já estivermos no meio do diálogo ou exposição, algumas pessoas ainda estarão a tentar entender o que dissemos no início” (Cordeiro & Martins, 2013:24).

Perante as explicações dos assistentes sociais, se os utentes não entenderem as suas palavras, será difícil acompanharem o seu raciocínio e, como consequência, deixam de prestar atenção ao que lhe está a ser transmitido, se assim for dificilmente os utentes cumprirão as regras e adotarão novos comportamentos. Deparando-se com estas barreiras comunicacionais os utentes criam resistências e não informarão o assistente social sobre as suas necessidades e prioridades de modo a que este possa tomar decisões técnicas que contribuam para o seu tratamento e reinserção social.

A população em geral quando se refere às pessoas que consomem substâncias psicoativas de forma abusiva e continuada usa termos como drogado, toxicodependente, dependente químico ou adito, sendo que a forma usa o termo depende sempre do conhecimento que tem sobre esta problemática.

Para analisar e descortinar alguns destes termos usados pelos consumidores de substâncias psicoativas, começámos por perguntar aos entrevistados, qual o termo mais utilizado entre si para designar a pessoa toxicodependente.

Em conversa com os toxicodependentes em recuperação, que participaram na presente investigação foi-nos possível aferir que entre si, no meio onde se movimentavam, estas designações são substituídas por “agarrado”, “carocho”, “janado”, “kafunheiro”, isto é, dentro deste grupo, ninguém se refere ao outro como toxicodependente ou adito. Quando falam entre si, sobre si, usam principalmente os termos “carocho” “janado”.

Para clarificar e exemplificar estes códigos linguísticos, pedimos aos toxicodependentes em recuperação que nos elucidassem dizendo algumas frases que utilizavam no seu dia-a-dia e que um não-toxicodependente possa não entender no imediato.

*“Quando estávamos a falar entre nós, num sítio publico e queríamos ir consumir, bastava dizer para o outro, “Boo dar um ticket”, ao dizer isso o outro percebia de imediato o recado, já quem estava de fora não entendia nada... Era uma forma de disfarçar” (E09)*

Outro dos nossos entrevistados dá um exemplo completamente diferente, mas com o mesmo significado. Para decrecer a mesma ação usa outra terminologia diferente e que todos os dependentes químicos entendem na perfeição.

*“Eu nunca gostei muito de dar bandeira<sup>47</sup>, quando estava com colegas e estávamos para ir consumir, usava muitas vezes a expressão vou dar na fruta. Hoje para me referir a alguém que anda a consumir, usava, e uso, o termo “agarrado”, ou “carocho” (E06)*

Muitas são as designações para dizer “vamos ou vou consumir”, tais como: vamos dar nela, embora dar um chuto/pico ou caldo, fumar uma chinesa, dar um pipo. Todas estas denominações servem para convocar á ação de consumir drogas.

O calão e as expressões próprias entre os toxicodependentes, ganha maior impacto sempre que o toxicodependente passa para um estágio de entrega completa ao consumo das

---

<sup>47</sup> Bandeira termo do calão da língua portuguesa para descrever uma atitude ou ação que dá a entender aos que nos rodeiam o que está a acontecer. Quando alguém está a dizer, divulgar, gesticular ou ter um comportamento que dá a conhecer o segredo aos que estão fora do seu grupo. No dicionário informal online, este termo é classificado como “deixar à mostra aquilo o que devia ocultar; deixar transparecer algo que não devia.”

substâncias psicoativas. A existência de uma linguagem comum, é uma forma de integração destes indivíduos no grupo de consumidores.

Quando abordamos os entrevistados sobre esta questão, pudemos confirmar pelos seus relatos que a utilização desta linguagem ajuda na forma como os toxicodependentes se relacionam e interagem neste circuito.

Quando falamos habitualmente sobre ou de drogas, usamos geralmente as nomenclaturas reconhecidas por qualquer cidadão, apesar destes nem sempre serem os corretos do ponto de vista técnica e científica, no entanto, são termos que todos percebemos.

Quando mencionarmos as drogas mais conhecidas, utilizamos os seguintes nomes: Heroína; Cocaína; Haxixe; erva etc.

Já dentro do grupo dos entrevistados para falar destas substâncias, são usados outros termos. A heroína é denominada por “*castanha, pó, kafufo, cavalo, veneno*”, etc.

*“Na altura que andava a consumir nunca perguntava a ninguém tens heroína? De vez em quando dizia tens “heroa”, mas quase sempre perguntava os termos, tens “pó” ou tens “castanha.” (E03)*

*“Eu, quase sempre dizia, “castanha” ou “cavalo”, nunca usei o termo heroína, só mesmo as pessoas que não consomem é que dizem heroína.” (E07)*

A cocaína é designada pelos utilizadores de droga como “coca, branca ou gulosa”. Para a maioria dos participantes nesta investigação o termo mais usado “é branca”.

*“Normalmente dizia “branca”, quando queria falar de cocaína. Nas ondas do consumo todos dizemos “branca”, ou “coca” (E02)*

*“Quando andava na vida, ouvia o pessoal todo a dizer branca! Às vezes, algumas pessoas diziam coca, mas isso eram mais os novatos ou pessoal que não estava muito agarrado.” (E09)*

O haxixe é completamente desvalorizado por quase todos os entrevistados. Esta droga é habitualmente denominada por “xito”, “xamon”, “ganza”, ou mais aproximado ao seu verdadeiro nome “haxe”, para descrever a ação de consumir esta droga, usualmente os

consumidores mencionam: “fumar uma ganza, uma broca, um charuto ou um carapau.” O termo “charro” é o mais reconhecido por qualquer pessoa, contudo este não é o mais usado entre os consumidores.

Para os consumidores, os traficantes também são apelidados de diferentes maneiras, uma das denominações mais conhecidos é “Dealer”, contudo existem outros como “Paiador” ou “Passador”. No entanto, “Dealer” é o termo mais utilizado pelos consumidores de acordo com os relatos dos ex-residentes da comunidade terapêutica.

*“Eu chamava “Dealer”, ou nem dizia nada, dizia vou comprar uma quarta ou meia grama” (E08)*

*“Da minha parte dizia “Dealer”. Eu ia quase sempre aos mesmos sítios e havia sempre pó, só dizia essa palavra, se me apercebesse que a alguém andava à procura, nessa altura era capaz de perguntar: Então está à procura de pó, queres que te apresente o “Dealer”. Mas fazia isto porque esta era uma forma de ficar com uns traços<sup>48</sup>” (E04)*

Uma outra questão que nos levou a pensar e refletir na estética dos comportamentos e dos códigos linguísticos utilizados pelos dependentes químicos foi a importância e o valor que estes assumem durante o internamento destes indivíduos em comunidade terapêutica, visto que estes se encontram em grupo durante o internamento de estadia prolongada, apoiados por uma equipa multidisciplinar composta por um conjunto de profissionais que têm de estar atentos à forma como os toxicodependentes comunicam entre si, se comportam, agem no dia-a-dia.

Na interação entre si, os toxicodependentes em tratamento influenciam-se mutuamente, desenvolvendo vários tipos de clivagem, nomeadamente na criação de subgrupos e alianças prejudiciais ao bom funcionamento da comunidade terapêutica. Há uma constante necessidade de os diferentes elementos da equipa técnica estarem alerta da dinâmica interna do grupo de toxicodependentes em tratamento. Por vezes alguns elementos do grupo mais perturbadores e manipuladores que potenciam a existência de processos negociais que se concretizam na troca de tarefas e atividades obrigatórias que tem de desenvolver na comunidade terapêutica. Estes comportamentos são resquícios dos

---

<sup>48</sup>“Ficar com uns traços” - significa que após indicar o Dealer para comprar de Heroína ou Cocaína a pessoa que paga o produto lhe dava uma pequena quantidade de droga como gratificação.

anos de consumo e geralmente têm como princípio a subversão das regras e dos papéis que estes têm dentro da comunidade terapêutica.

A droga “torna os indivíduos mais desinibidos e sociáveis, favorece a sua integração e participação nas atividades do grupo, podendo até dizer-se que este é, provavelmente, o aspeto cultural mais observável ao longo dos tempos.” (Veiga, 2012, p. 20).

Neste caso, estas relações são prejudiciais ao ambiente socio terapêutico, á evolução dos projetos de vida, estas ligações com efeitos nefastos sobre o comportamento dos residentes terminam muitas vezes em punições – definidas em reunião comunitária- que vão desde a realização de pequenas atividades, à expulsão de toxicodependentes em tratamento residentes.

Os profissionais que desenvolvem as suas práticas em comunidade terapêutica têm de estar permanentemente atentos e ser perspicazes, para garantir que a sua atividade não seja comprometida pela incompreensão e incapacidade de perceber estes indivíduos. Para que a sua prática profissional se concretize com eficácia, é necessário que os profissionais compreendam uma série de termos e de comportamentos, resultantes dos longos períodos de toxicodependência vividos por estas pessoas.

Os profissionais que trabalham na área da toxicodependência fazem estas aprendizagens ao longo dos anos de experiência que trabalham com estes indivíduos.

Os profissionais da equipa técnica da comunidade terapêutica têm obrigatoriamente de aprender e entender estes códigos linguísticos usados pelos toxicodependentes em tratamento, de acordo com a quantidade de designações e termos que estes usam para comunicar.

Neste sentido, pudemos aferir juntos dos assistentes sociais que desempenham a sua atividade em comunidade terapêutica que é muito importante perceber os significados dos comportamentos e da linguagem própria deste grupo.

*“Uma das coisas que acontece muito durante o tratamento em C.T., é a manipulação e a influência que uns residentes exercem sobre os outros. Essas tensões dentro do grupo residentes são muitas vezes visíveis, na forma como estes se relacionam entre si, no tom de voz que usam para se referir ao seu semelhante, nos comportamentos mais impulsivos, nas desculpas que usam para deixar de cumprir as suas responsabilidades e principalmente quando arranjam um bode expiatório para os seus problemas. Se não estivermos atentos e perceber essas dinâmicas internas do grupo teremos sérias dificuldades de trabalhar com este tipo de população.” (Entr/AS-02)*

*"Um dos principais critérios para lidar com toxicodependentes em tratamento em C.T., é manter uma postura assertiva, ter cuidado com a tolerância e não ser permissivo. Enquanto assistente social na comunidade terapêutica não tenho muita razão de queixa, apesar de alguns residentes estarem constantemente a pedir coisas, que por vezes não têm qualquer significado para o seu tratamento. Perceber a maneira como se dão uns com os outros, é muito importante para nós assistentes sociais e para toda a equipa. Quando há desentendimento e conflitos entre os eles essa energia sente-se e percebe-se quem são os residentes que estão pouco motivados e desinteressados pelo tratamento. Têm comportamentos autodestrutivos, não no sentido de se destruírem fisicamente, mas agem muitas vezes de forma a serem expulsos. Relativamente à linguagem com o treino e ouvido apurado, vai-se apreendendo a linguagem que usam entre si. Claro que um profissional que não está envolvida neste meio, dificilmente entende o que eles estão a dizer. Já aconteceu alguns residentes usarem palavras que eu não conhecia e quando assim é, pergunto aos que são mais acessíveis, em especial aos que tem mais tempo de casa e que estão mais avançados nos eu tratamento."*

(Entr/AS-04)

A compreensão do calão aumenta a capacidade de perceber e verificar presencialmente as dinâmicas socio relacionais que se geram entre os toxicodependentes em tratamento, e entre estes e os profissionais do corpo técnico da comunidade terapêutica.

“A comunicação como fator de humanização do cuidado humanizado compreende diversos atores: profissional, usuário, instituição e comunidade. Todas estas instâncias devem atuar de forma inter-relacionada no desempenho de suas funções e representatividades, o que envolve especial atenção nas habilidades linguísticas e comunicativas que causam impactos diretos nas relações interpessoais. A questão central reside na importância da linguagem aplicada nas relações de comunicação, pois a linguagem pode ser entendida como toda forma de comunicação que obedece a um código, inserido em contextos, realidades e culturas diferentes” (Bertachini, 2012:513).

Ao adquirir competências de compreensão sobre os códigos usados pelos toxicodependentes em tratamento na comunidade terapêutica, os profissionais conseguem

decifrar e perceber se os residentes estão a adotar novos comportamentos, se há mudança de atitude, de conduta, ou se inversamente continuam no mesmo registo a valorizar as drogas, as vivências em torno do consumo, ou se prevalecem a vontade de as consumir.

O processo evolutivo no tratamento pode verificar-se quando os residentes começam a abandonar a linguagem e os hábitos que adquiriram durante esse período.

A “glamourização<sup>49</sup>” da droga leva à recaída, e através dessas atitudes e comportamentos é possível ter a percepção mais apurada dos conflitos e tensões existentes no grupo de residentes da comunidade terapêutica.

No testemunho dos assistentes sociais entrevistados constata-se a preocupação, a necessidade e a importância que estes profissionais atribuem em perceber a linguagem dos toxicodependentes em tratamento.

*“Quando vimos que os residentes falam muito sobre o passado de consumo e sobre a qualidade das substâncias que utilizavam, percebemos que andam com vontade de consumir. Outra situação é quando passam muito tempo a conversar isolados dos restantes membros do grupo e da equipa técnica, percebermos que não estão bem, mas os residentes também sabem que isso são sinais que nos alertam e muitas vezes a maneira que têm de passar a mensagem uns aos outros é com palavras novas que nós ainda não conhecemos.”*

(Entr/AS-01)

*Quando vim trabalhar para a comunidade terapêutica, tinha muita dificuldade em descodificar certas palavras nas conversas que mantinham em grupo. Houve um dia que estava de serviço à tarde e o Monitor tinha saído com outro residente para uma consulta, fui eu quem fiquei a supervisionar o grupo, durante a hora do lanche uma residente em conversa com o colega, começou a gritar com ele a dizer, “já tantas vezes te dei tela para sacares o guito aos gringos, já te safei*

---

<sup>49</sup> Glamourização das drogas- é um termo usada entre os técnicos ou pessoas envolvidas no tratamento da toxicoddependência. Este termo serve para descrever os momentos em que os toxicodependentes falam sobre a droga de uma forma glamorosa, como se fosse algo de muito bom, que proporciona um bem-estar incapaz de ser sentido de outra forma. Contar histórias grandiosas sobre momentos em que a pessoas estava drogada.

*da cana e não és capaz de me lavar a loiça”. Chamei-os à tenção e de imediato se calaram.*

*Sem perceber o que se estava a passar, questionei um dos residentes mais velhos na comunidade terapêutica, que me explicou que a residente estava a dizer-lhe que quando andavam os dois a roubar carteiras, ela o tinha apoiado, fazia equipa com ele, ela distraía as pessoas (da tela) enquanto ele roubava a carteira ou dinheiro aos turistas (sacava o guito aos gringos) e já te livreis de ires para a prisão (já te safei da cana). Com o tempo fui aprendendo a linguagem que os residentes traziam da rua e da vida que levavam, isso ajuda na relação e na comunicação com estas pessoas. Mas relativamente a este assunto também gostava de dizer que essa é uma parte que nós assistentes sociais em comunidade terapêutica temos de trabalhar com os residentes, seja apelando-lhes que mudem esse tipo de linguagem e dando-lhe ferramentas para o fazer, seja a incentivá-los a participar nas aulas de alfabetização ou em formações que os ajudam a modificar esse comportamentos. (Entr/AS-05)*

Na realidade, as mensagens e as conversas que os toxicodependentes em tratamento têm uns com os outros na comunidade terapêutica, servem ao assistente social e aos restantes membros corpo técnico como instrumentos de avaliação, de aferição do comportamento das atitudes, pelos quais analisam permanentemente o nível de vontade e a motivação que estes têm para se libertarem das amarras da droga.



## **CAPITULO II – HISTÓRIA, CONCEITOS E MODELOS DE TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA**

### **1 - Modelos de tratamento da toxicodependência**

No livro “Novos avanços na reabilitação da dependência química (Álcool E Drogas), Carrilho (1991), descreve os diversos modelos de tratamento para a dependência química. O mesmo autor afirma que nenhum deles individualmente pode combater esta problemática, cabe a cada instituição ou profissional optar por utilizar aquele com o qual mais se identifica, podendo utilizar partes de outros, de forma a melhorar a sua intervenção de modo a que o resultado final seja o pretendido.

Após vinte sete anos, as definições sobre os modelos de tratamento criadas por Carrilho (1991) continuam muito atuais. Este autor começa por distinguir modelos básicos – unifocais e modelos integrados multifocais. Os modelos básicos são o modelo moralista, o psicológico de aprendizagem, o médico de doença, o psiquiátrico de auto prescrição e o social.

Dos modelos integrados refere os grupos de autoajuda de 12 passos (alcoólicos anónimos e narcóticos anónimos), duplo diagnóstico e biopsicossocial.

Os modelos integrados são compostos com partes significativas estruturadas nos modelos básicos, enquanto o modelo médico de doença tem o seu principal enfoque no abuso das substâncias psicoativas, o modelo psiquiátrico de auto-prescrição na psicopatologia subjacente, o modelo de duplo diagnóstico tem o enfoque simultâneo no abuso de substâncias e na coexistência da psicopatologia.

O modelo moralista básico tem vindo a ser cada vez menos utilizado pelos profissionais que trabalham na área da toxicodependência, talvez por ser o mais antigo e em especial por se centrar na ideia de que a dependência química resulta de um comportamento desviante. Neste modelo a dependência química resulta de uma fraqueza moral ou perda de vontade e o toxicodependente é visto como alguém com maldade de carácter. A grande desvantagem deste modelo é colocar o profissional de ajuda numa relação ambivalente com o dependente químico, assim o profissional é visto e age como juiz que censura e pune, sempre que o toxicodependente não age de acordo com as orientações deste modelo. O modelo moralista é apoiado na força de vontade de deixar as drogas, quem não tem essa força é um fracassado e deve reaprender a comportar-se nem que tenha de haver uma

punição constante, o toxicodependente é visto como um prevaricador e se não mudar só lhe resta esperar pela punição. Neste modelo o objetivo de fortalecimento ser paradoxalmente como um contributivo para a recaída. Quando o toxicodependente se sente forte e capaz de enfrentar tudo e todos, facilmente resvala para a ideia de que está suficiente preparado para controlar o uso das drogas. No modelo psicológico de aprendizagem, mais defendido pelos psicólogos, a dependência química e outros comportamentos aditivos resultam da aprendizagem de comportamentos ou hábitos desadaptados. Partindo desta ideia, o principal objetivo está na transmissão de novos comportamentos e cognições de modo a que os antigos hábitos sejam controlados pelos novos conhecimentos aprendidos. A ênfase deste modelo está no autocontrole, a recaída pode ser ensinada como perda de autocontrole do qual resulta o uso nocivo de drogas. A estratégia deste modelo foca-se na educação e inclusão de ensino de novas abordagens para lidar com o problema. A questão ou desvantagem apresentada por este modelo é o conceito de controlo, pelos significados complexos e ocultos que esta palavra pode conter para o toxicodependente, que têm como desculpa o descontrolo, habituando-se a assim a recorrer a um trajeto de ida e volta, que por um lado nega o seu problema, estado de negação, acreditando em pequenos momentos de descontrolo.

No modelo médico de doença, a toxicodependência a etiologia da dependência é na atualidade desconhecida, embora, seja de valorizar as predisposições genéticas e biológicas. O toxicodependente é enquadrado como um doente ou alguém saudável, não porque tenha uma perturbação psiquiátrica, mas tão só porque tem uma dependência química como síndrome primária. Este modelo coloca a ênfase na dependência química em vez de valorizar a perda de força de vontade, perda de autocontrole ou perda de equilíbrio e saúde mental. Tal como outros modelos ensina novos estilos de vida e comportamentos para substituir o consumo das substâncias psicoativas. As vantagens deste modelo é não ser punitivo, censurante, e estigmatizante, promove a necessidade de tratamento e ajuda, tal como em qualquer doença. Ao contrário do modelo psicológico de aprendizagem, que propõe o autocontrole, o modelo médico valoriza mais a educação para a saúde e os cuidados da própria doença. Outra vantagem deste modelo é a clara ênfase na dependência química como um problema primário que merece um tratamento específico, contudo têm como principal desvantagem o facto de alguns dos seus proponentes subestimarem a coexistência por vezes de psicopatologias associadas e as tratarem de forma isolada.

O modelo psiquiátrico de auto prescrição da dependência química, surge como um sintoma de uma doença psiquiátrica de outro tipo ou como mecanismo ou estratégia para lidar com deficiências na estrutura ou funcionamento psicológico prévio. O toxicodependente é enquadrado na situação de alguém que usa e abusa das substâncias psicoativas como meio de alívio de outros sintomas dolorosos de uma doença ou perturbação específica primária como a depressão ou de uma estrutura funcional deficitária a nível psicológico. A grande vantagem deste modelo está em valorizar outras psicopatologias quando estão presentes e não tem características punitivas ou de censura, por outro lado as desvantagens estão mais associadas à tónica acentuada que coloca na psicopatologia como etiologia da dependência química e a centralidade de que uma vez tratadas as doenças ou problemas psiquiátricos, tal será um fator determinante na recuperação do toxicodependente.

No modelo social, a dependência química resulta do meio circundante, de fatores culturais, sociais, grupais e familiares. O toxicodependente é um produto do conjunto das forças externas como: estrato socioeconómico baixo, facilidade de aquisição de drogas, pressões grupais e disfunção familiar. As principais técnicas de intervenção são realizadas na envolvente social, o toxicodependente tem de se afastar do meio de consumo e de ambientes onde estão outros consumidores no ativo.

A vantagem deste modelo de tratamento está na importância que atribuem aos conflitos nos relacionamentos interpessoais como fator importante nas recaídas, na falta de suporte social, no ambiente degradante e destruturado e na qualidade das relações sociais e a possibilidade de as diretrizes deste modelo poderem ser articuladas com as dos outros modelos referidos anteriormente.

O modelo de duplo diagnóstico integrador tem como principal base de trabalho os toxicodependentes que insistem na depressão ou problemas sociais e acham que o seu tratamento deve ser feito pensando em primeiro nesses problemas em vez de no consumo excessivo de substâncias psicoativas. Maior parte destes doentes, quer no modelo social, quer no modelo psiquiátrico de auto prescrição, minimizam o abuso das drogas.

Neste modelo o perigo é primeiro tratar uma das doenças e não recorrer a métodos que possam tratar em simultâneo, tais como: por via da medicação e da intervenção socio terapêutica. Contudo neste modelo a toxicodependência é vista como doença primária e o tratamento específico é preventivo na recaída. A estratégia de tratamento deste modelo está no enfoque simultâneo nas duas perturbações, devendo, no entanto, o consumo das

substâncias psicoativas ser parado de forma a diagnosticar e tratar conveniente a perturbação psiquiátrica coexistente (Carrilho, 1991).

O modelo biopsicossocial é considerado por vários autores como um modelo integrador. De acordo com Donovan (2009) citado por (Carrilho,1991), (Coelho & Oliveira, 2014), por ser um modelo que pode proporcionar maior clareza para a área dos comportamentos aditivos, ampliando a probabilidade de evitar recaídas de forma mais eficaz. Uma das vantagens do modelo biopsicossocial é facilitar a integração de três componentes fundamentais envolvidos na etiologia, manutenção, diagnóstico e tratamento dos comportamentos aditivos. A desvantagem deste modelo é quando se torna demasiado genérico, não se focando apenas na dependência química como alguns os modelos anteriores.

O Modelo biopsicossocial desenvolveu-se a partir dos centros de tratamento e reabilitação, constitui uma opção para impulsar o enfoque holístico de atenção integral da pessoa com problemas de saúde, transcende o modelo Biomédico abordando a pessoa de forma integral, desde o reconhecimento dos direitos humanos, à autonomia, a sua integração, considerando todo o ambiente onde esta habita e as determinantes sociais que influenciam e condicionam a sua capacidade de se recuperar (Alfaro, Ugarte, Orellana, & Canizalez, 2012).

Em Portugal os modelos de tratamento mais usados em comunidade terapêutica são Modelo Biopsicossocial que definimos anteriormente, o Modelo Biopsicossocial Espiritual, Modelo Holandês, Modelo Hierárquico e o Modelo Minnesota. O modelo Biopsicossocial Espiritual comporta intervenção do modelo biopsicossocial, contudo dá um enfoque especial à religião.

O objetivo fundamental do modelo Holandês é a prevenção e limitação riscos associados às drogas quer para o consumidor como para a sociedade em geral, especificamente este modelo foca-se na prevenção da marginalização, estigmatização e criminalização do consumidor e apostam numa política de redução de riscos e minimização de danos, através deste modelo de intervenção pretende-se retardar o consumo das drogas mais prejudiciais, tais como a cocaína, heroína, *crack* e anfetaminas (Batalla, 2016).

O Modelo hierárquico, na medida em que é proposta uma hierarquia desses valores e de relações, com vista a conseguir um desenvolvimento pessoal, autonomia, e responsabilidade progressivas do utente, para uma integração familiar, social e laboral;

Muitas comunidades terapêuticas seguem o modelo de tratamento preconizado pelo Alcoólicos Anônimos (AA). Os AA<sup>50</sup> surgiram em 1935 nos Estados Unidos, fundada por Bill Wilson, e Bob Smith - ambos alcoólicos- é uma organização composta, exclusivamente, por alcoólicos. O método do A.A. está fundamentado em Doze Passos e Doze Tradições, que, embora inalteráveis, prestam-se a reinterpretações. O programa é baseado na abstinência completa e o eixo básico do tratamento é o intercâmbio da experiência de cada um dos alcoolistas Musumeci (1994) *citado por* (Fossi & Guareschi, 2015).

Este modelo de tratamento foi mais tarde apelidado de modelo Minnesota por utilizar como recursos técnicos os “Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos” associados aos constructos da psicologia comportamental cognitiva” (Ferreira, 2006).

O Modelo de tratamento Minnesota ou Doze Passos de Recuperação do está estruturado em três princípios básicos: “Espiritualidade, disciplina e trabalho e possui um cronograma para um ano de tratamento. A disciplina é promovida como um meio para dominar os impulsos, uma vez que, no entendimento da comunidade terapêutica, o dependente químico tem aversão há regras e normas e, por isso, foge dos padrões estabelecidos pela sociedade. Portanto, a comunidade terapêutica tem a pretensão de produzir sujeitos aptos aos padrões sociais, que insiram normativamente aos ditames da sociedade” (Fossi & Guareschi, 2015:105).

Todos estes modelos utilizados no tratamento da toxicod dependência em comunidade terapêutica têm em comum o modelo Humanista baseado no desenvolvimento de valores e estilos de vida saudáveis sem droga. O principal objetivo da estadia terapêutica em Comunidades Terapêuticas é produzir mudanças estruturais “em diversas dimensões da vida do indivíduo, nomeadamente, a nível pessoal (autonomia, reaquisição de rotinas de auto cuidado, regulação de funções alicerçais ao saudável funcionamento do indivíduo como ciclo sono vigília e a alimentação) e comunitário (hierarquização de valores, reflexão sobre normas de conduta social, treino de competências interpessoais, entre outros” (Campos , 2015:30).

---

<sup>50</sup> Alcoólicos Anônimos

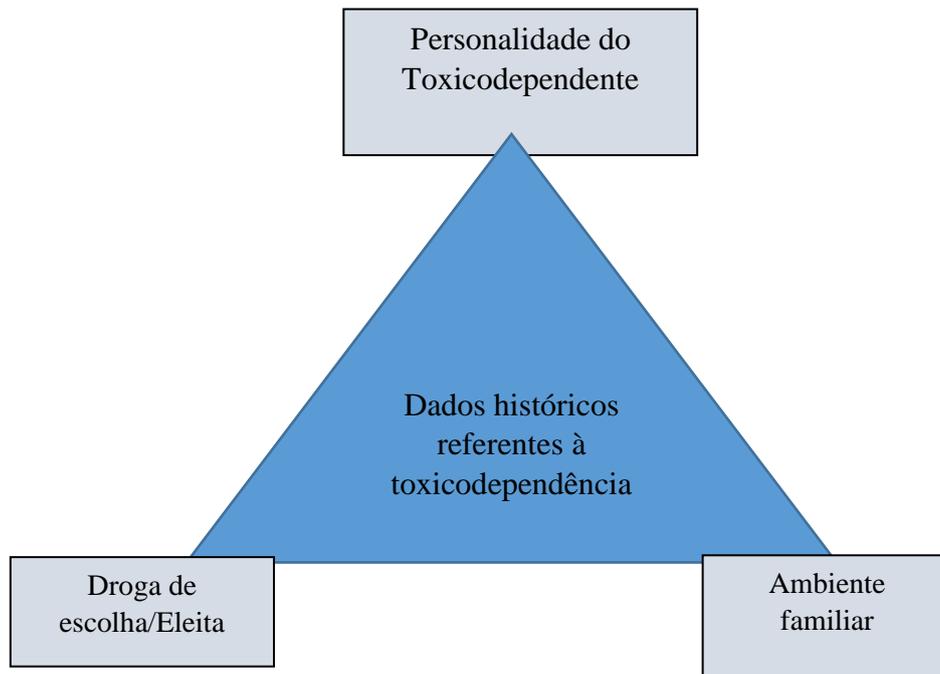


Figura 10 - Esquema de análise da toxicod dependência. Oliveira (2013,p.20)

Em qualquer modelo que o toxicod dependente faça uso abusivo de droga deve ser sempre analisado pela Tríade: Agente (Substância psicoativa); Hospedeiro (Consumidor/toxicod dependente) - Ambiente Familiar e sociocultural (Oliveira, 2013:20). Tendo em conta esta perspectiva facilmente compreendemos que a integração do consumidor não passa apenas pela integração em emprego ou formação profissional. É necessário quebrar o isolamento em que vive, que ele se integre e se identifique com grupos de pertença e de referência, que lhe permitam o acesso à identidade social e que partilhe objetivos em comum com a sociedade. Outro fator “importante para a integração é a existência de uma conjuntura social favorável. Assim, não é suficiente que o indivíduo assimile normas e regras, adquira competências relacionais e profissionais se o meio onde se encontra não apresentar condições que permitam a inserção” (Carvalho , Pinto, Freitas, & Agra, 2007).

## 2 - Enquadramento histórico das Comunidades terapêuticas

Do pedido de ajuda ao regresso à autonomia percorre-se o caminho do tratamento numa parceria de responsabilidade mútua entre os que são capazes de prestar ajuda e aqueles que dela necessitam.

“O tratamento das toxicodependências apresenta aspetos específicos ligados a cada substância em concreto e aspetos gerais comuns a todas as dependências sendo diversos os problemas colocados por cada situação e, como tal, diversos os recursos a mobilizar em cada caso. As equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros, técnicos psicossociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros, refletem esta diversidade de intervenção” (IDT, 2003:8).

As comunidades Terapêuticas são vistas na atualidade como um dos mais importantes serviços ao nível do tratamento e da reintegração socioprofissional das pessoas toxicodependentes, e tentam “responder a um conjunto de necessidades e lacunas sentidas e vividas pelos seus residentes. Os clientes das Comunidades Terapêuticas representam um grupo diferenciado de indivíduos que partilham uma história comum de consumos de drogas e cujas vidas foram marcadas por estes consumos, tanto a um nível psicológico, social, clínico-médico, familiar e espiritual” (Sommer, 2011:136).

Segundo De Leon (2003) *citado por* Ramos e Boarini (2015), a ideia de comunidade terapêutica é verificada ao longo da história sob diferentes formatos. Na sua forma contemporânea, “podemos dizer que surgiram de duas grandes variantes dessas instituições: uma no campo da psiquiatria social, que consiste em unidades destinadas ao tratamento psicológico e guarda de pacientes psiquiátricos, dentro ou fora de ambientes hospitalares; e outra de programas de tratamento residencial para dependentes de álcool e outras drogas” (Ramos & Boarini, 2015:1235).

De acordo com vários autores - e. g., Slater (1986); Leon (2003) e Sommer (2011) -, observamos na modernidade dois movimentos em torno da Comunidade Terapêutica. Foi na Unidade de Reabilitação Social do Hospital Psiquiátrico de Belmont, no Reino Unido que a Comunidade Terapêutica psiquiátrica modelar foi desenvolvida na década de 1940. Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros” (Fracasso, 2016: 4).

As primeiras comunidades terapêuticas livres de drogas seguiram, entre nós, os princípios dos modelos democráticos. “A experiência não se revelou proveitosa e exigiu uma reformulação. Desde os inícios dos anos 70, no entanto, a prática interventora tem vindo a aproximar-se de alguns princípios da tradição americana” (Tinoco, 2006:22).

As iniciativas que configuraram maior impacto e que continuam a influenciar a conceção de trabalho que é feita atualmente são as realizadas na Inglaterra por Maxwell Jones e nos Estados Unidos, [...] “Maxwell Jones (1972) e seus colegas, Rapaport (1960), Salasnick e Amini (1971), estudaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica, a natureza terapêutica do ambiente [...], é precursora do conceito fundamental de comunidade como método no tratamento do consumidor de substâncias psicoativas que surgiria mais tarde” (Fracasso, 2016:3).

Para Jones (1972) citado por Woerner (2014) “a grande mudança de um hospital para uma comunidade terapêutica foi o modo de organização dos espaços, a postura dos pacientes e funcionários. A proposta foi oferecer um espaço democrático e propiciar às pessoas a possibilidade de tomar decisões e assumir responsabilidade, distanciando-se da postura passiva de paciente, tendo como foco o caráter educativo e desenvolvimento da autonomia” (Woerner, 2014:66).

Em Portugal, na década de 70 é criado o Gabinete de Coordenação do Combate à Droga, que teve como função não só coordenar as atividades do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD) no domínio da prevenção, tratamento e reinserção social dos toxicodependentes, mas também coordenar o Centro de Investigação e controlo da Droga que era responsável pelo combate ao tráfico.

“É através do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEDP) que nascem as primeiras duas Comunidades em Portugal: a Comunidade “Arco-íris” do CEPD-Centro e a Comunidade do CEPD-Sul (Restelo). Estas duas Comunidades utilizavam inicialmente modelos medicalizados, mas ao longo do tempo, foram adotados outros modelos terapêuticos com o objetivo de encontrar um modelo adequado para o tratamento eficaz dos utentes. Atualmente os modelos utilizados pelas Comunidades Terapêuticas podem ser diversos, consoante a duração do tratamento e o modelo da intervenção preconizada” (Lima, 2012:28).

As comunidades terapêuticas têm sido historicamente identificadas como sendo um ambiente sem drogas onde as pessoas com problemas de droga (e outros) vivem juntas, de uma forma organizada e estruturada, com vista à promoção de alterações sociais e psicológicas. “Os utentes são vistos como participantes ativos no seu próprio tratamento e no tratamento uns dos outros, sendo a responsabilidade pelo funcionamento diário da comunidade partilhada pelos utentes e pelo pessoal” (OEDT, 2012:36).

As comunidades terapêuticas são um modelo de tratamento residencial,

“O seu funcionamento é fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar a sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de drogas” (Sabino & Cazenave, 2005:172).

As comunidades terapêuticas prestam cuidados a toxicodependentes que necessitem de internamento prolongado e em regime residencial, com apoio psicoterapêutico e socio terapêutico. Quando tratamento em regime ambulatorio não evolui de forma adequada, a comunidade terapêutica é entendida, para maior parte dos interventores sociais na área da toxicodependência, como repostas mais adequada para o tratamento de pessoas dependentes químicas, com ou sem duplo diagnóstico. A designação de duplo diagnóstico é cada vez mais usada entre os profissionais que trabalham com pessoas toxicodependentes e significa a combinação de uma perturbação psiquiátrica grave com o abuso ou dependência de substâncias (Marques-Teixeira, 2000).

A Comunidade terapêutica forma uma sociedade em miniatura na qual os residentes e funcionários no papel de facilitadores desempenham papéis distintos e aderem a regras claras.

A Comunidade terapêutica enquanto unidade residencial, pelo quotidiano de indivíduos que estão internados gira neste contexto, obviamente em contacto com outros contextos. É uma “comunidade de sentido, porque há, nesta experiência de Comunidade Terapêutica, obrigatoriamente, uma partilha de sentidos de vida, inerentes à filosofia da comunidade, modelo de tratamento, regras, valores inerentes que enquadram a ação e a experiência” (Vieira, 2009:22).

Como é um espaço de transição a autoajuda e ajuda mútua são pilares do processo terapêutico, em que o residente é o protagonista e responsável para alcançar o crescimento pessoal (Wouter Vanderplasschen, 2014). Na comunidade terapêutica o beneficiário do tratamento está acompanhado e apoiado durante 24 horas por dia pelos membros da equipa multidisciplinar que compõe o corpo técnico da comunidade terapêutica.

Ainda que as comunidades terapêuticas em grande maioria se foquem no internamento e na estadia prolongada da pessoa com comportamentos aditivos, cada uma dessas unidades pode recorrer a diferentes modelos de tratamento. As intervenções nas comunidades terapêuticas “são longas, durando vários meses e a duração do tratamento está relacionado

com a abstinência após a alta, quando o indivíduo regressa ao seu meio ambiente de origem” (Alves, 2015:20).

A permanência em Comunidade Terapêutica tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos. Os primeiros Modelos de tratamento apresentavam uma estadia em Comunidade Terapêutica de entre 2 a 3 anos, posteriormente reduzida para estadias entre 12 a 18 meses, “isto observa-se mais recentemente, e devido a um conjunto de mudanças, tanto a um nível da população de utentes, do tipo de consumos, e do surgimento de outras realidades clínicas associadas aos consumos, das substâncias consumidas em si, da realidade social e das políticas sociais em matéria de toxicodependências” (Sommer, 2011:14).

O processo de tratamento das toxicodependências é um processo moroso e complexo, “com avanços e recuos, que implica a rutura com os referenciais previamente incorporados pelos indivíduos, os quais estão por vezes associados aos quadros disfuncionais da situação de dependência e requerem um forte investimento e motivação para a mudança nas diferentes áreas de vida” (Coelho, 2016:48).

A comunidade terapêutica surge, assim, como uma resposta da sociedade a um problema individual, familiar e social.

“Enquanto método e estrutura em si própria, atenta na pessoa na sua globalidade, não a fragmentando, nem a confinando ao seu problema de toxicodependência. Espera do indivíduo, através da experiência comunitária, a mudança do seu estilo de vida e a redefinição da sua identidade, devolvendo-lhe, assim, o seu papel reflexivo, no sentido de se poder confrontar consigo, com a sua história, com as suas decisões, com a sua identidade, com o seu presente, com as suas expectativas de futuro” (Vieira, 2009:5).

A Comunidade terapêutica como estrutura física deve estar contida, longe da movimentação urbana. Estas estruturas residenciais são colocadas em zonas rurais ou periurbanas, onde o próprio espaço e ambiente apela á tranquilidade e ao descanso.

Esta distância das localidades e da movida urbana é intencional, este afastamento ajuda a os residentes se foquem em si mesmo e em todas as atividades realizadas no decorrer do seu tratamento. Há um empenho contínuo por parte das equipas multidisciplinares das comunidades terapêuticas para que os residentes tenham ocupações, atividades lúdicas, responsabilidades e tarefas coletivas e individuais.

Relativamente às comunidades terapêuticas que existem em Portugal, não se verificam muitas diferenças nas suas dinâmicas internas, assim como nas atividades lúdicas e na distribuição de tarefas e responsabilidades pelos Residentes.

De um levantamento feito através de cinco *sites* das diferentes comunidades, com diferentes modelos terapêuticos, podemos verificar que a oferta e a atividade interna das comunidades terapêuticas são muito similares, nomeadamente no empenhamento de proporcionar aos residentes, atividades lúdicas ou profissionais que potenciem vontade, motivação, autoestima, recuperação cognitiva e emocional para voltar a viver com qualidade de vida e em abstinência de drogas e álcool.

O objetivo centra-se então em apreender e aceitar as alegrias, tristezas e aprender a lidar com as frustrações. Assim, “tanto a estrutura da Comunidade Terapêutica (condições habitacionais, de lazer, de salas, condições de desporto, etc.), como a sua população (funcionários e residentes) e a organização do seu dia-a-dia (reuniões de grupo, terapias individuais, tempos livres, etc.) são organizados no sentido de serem representativos do método de tratamento escolhido e praticado” (Sommer, 2011:162).

Nome da comunidade terapêutica	Site da internet	Modelo de tratamento	Oferta terapêutica
<b>Comunidade Vida e Paz</b>	<a href="https://www.cvidaepaz.pt/intervencao/#!/recuperacao/terapeutica">https://www.cvidaepaz.pt/intervencao/#!/recuperacao/terapeutica</a>	O modelo terapêutico que adotamos, Modelo Minnesota Hierárquico, assenta na reestruturação global da pessoa nas vertentes físicas, psicológica e espiritual.	Estruturado em duas unidades complementares (primária e secundária), o programa comporta um conjunto de atividades terapêuticas, ocupacionais e de capacitação que tem o acompanhamento de uma vasta equipa técnica.
<b>Comunidade Dianova</b>	<a href="https://dianova.pt/servicos/tratamento-das-dependencias/tratamento-de-dependencias-droga/">https://dianova.pt/servicos/tratamento-das-dependencias/tratamento-de-dependencias-droga/</a>	Programa intensivo e individualizado para tratamento da dependência de substâncias psicoativas, focaliza-se na concretização das suas aspirações, bem-estar e realização pessoal.	Um programa terapêutico individualizado e flexível, adaptado ao perfil de cada residente Um “ambiente familiar” em que a proximidade entre a equipa e o residente converte-se na nossa senha de identidade. Instalações confortáveis e acolhedoras com amplas zonas ajardinadas e instalações desportivas próprias.

<p><b>Comunidade</b></p> <p><b>Linha de água</b></p>	<p><a href="http://www.linhadagua.net/tratamentos/tratamento-de-dependencias">http://www.linhadagua.net/tratamentos/tratamento-de-dependencias</a></p>	<p>Mantém o espírito do Modelo Minnesota, o primeiro de todos os modelos de <b>tratamento de dependências</b> químicas a assumir uma base estruturada nos preceitos dos Doze Passos de Alcoólicos Anónimos. Paralelamente, foi também o primeiro a fazer uso de uma abordagem (e equipa) multidisciplinar.</p>	<p>Promovendo-se a ajuda mútua, o recurso a grupos de terapia é um elemento essencial, dado que se considera que o apoio interpessoal é crítico para a recuperação, em especial aquando do tratamento de dependências. Um projeto para a vida, que implica um crescimento pessoal contínuo.</p> <p>Encontra-se num meio calmo, sereno e rodeado de um ambiente natural e agrícola</p>
<p><b>Comunidade</b></p> <p><b>casa da barragem</b></p>	<p><a href="http://www.caritas.pt/beja/images/pdf/Boletim/comunidade.pdf">http://www.caritas.pt/beja/images/pdf/Boletim/comunidade.pdf</a></p>	<p>Comunidade Terapêutica constitui-se como uma abordagem por si só. A ajuda terapêutica assenta em vários modelos: dinâmico, cognitivo – comportamental, existencial e sistémico, permitindo com autenticidade, a cada residente, encontrar o seu Sentido para a Vida.</p>	<p>A componente de Lazer e Animação permite: • Trabalhar a ocupação dos seus tempos livres, bem como fomentar a prática de Lazer dos mesmos, reduzindo, desta forma, sensações de tensão e ansiedade nos residentes; • Reforçar a sua atitude positiva e permitir obter experiências de sucesso; • Estimular hábitos de práticas culturais, recreativas e desportivas que passem a acompanhar o residente em percurso de recuperação, ao longo da sua vida, livre de drogas e permitir organizar e proporcionar</p>

			momentos que reforcem o espírito de grupo, fomentando a relação inter-pessoal.
Comunidade Terapêutica Ares do Pinhal	<a href="http://www.aresdopinhal.pt/tratamentos">http://www.aresdopinhal.pt/tratamentos</a>	<p>O processo terapêutico das pessoas dependentes implica, geralmente, a passagem de duas fases diferentes:</p> <p>O parar os consumos de substâncias psicoativas, suportando o conjunto de sintomas psíquicos e por vezes físicos provocados pela síndrome de privação.</p> <p>O reaprender a viver sem substâncias psicoativas, reencontrando o interesse e o prazer de viver.</p>	<p>Pretende-se que Ares do Pinhal seja um lugar, um espaço, um tempo onde se faça:</p> <p>A descoberta de si próprio, física e psiquicamente, nas suas possibilidades e limitações</p> <p>O encontro do interesse e satisfação do trabalho, quer pelo domínio, transformação e utilização da realidade, prova da sua capacidade e possibilidade de autonomia, quer pela possibilidade de criar e exprimir.</p>

### 3 - Funcionamento interno de uma comunidade terapêutica

#### 3.1 – Acolhimento, Destinatários, Objetivos, Condições de Admissão e funcionamento interno da Comunidade Terapêutica

A Equipa técnica da Comunidade terapêutica pretende assegurar um apoio de qualidade aos toxicodependentes, para os quais os cuidados de acompanhamento e ambulatório não foram considerados resposta suficiente/adequada. A comunidade terapêutica garante um programa terapêutico em regime residencial/fechado, de média duração, cuja natureza/designação, objetivos, princípios orientadores, componentes e regime de funcionamento aqui se descrevem.

Os programas terapêuticos das comunidades terapêuticas em Portugal funcionam nos moldes de várias comunidades terapêuticas - difundidas pela Europa, Estados Unidos e resto do mundo, destinando-se a toxicodependentes com um longo historial de consumo de drogas- independentemente de os mesmos serem portadores de patologias associadas, – desde que tal não inviabilizem o funcionamento em grupo -, mostrem vontade em realizar o tratamento em comunidade terapêutica.

A comunidade terapêutica tem como principal objetivo proporcionar aos toxicodependentes que a ela recorrem condições propícias para a realização – para cada um e em grupo - dum percurso pessoal reorientador da própria vida.

A orientação de um novo projeto de vida concretiza-se através da planificação conjunta de ações, entre os técnicos da comunidade terapêutica e os toxicodependentes em tratamento, como garante do sucesso na reintegração social e profissional. Para que exista mudança e impacto na vida da pessoa em tratamento, é necessário começar por travar o empobrecimento, físico, psíquico e relacional associado a longos períodos de consumo de drogas.

Um novo projeto de vida nasce quando o toxicodependente em tratamento começa a aceitar a mudança e a reaprende a ser responsável por si e pelos outros elementos do grupo, confrontando-se e sendo confrontado. O trabalho que desenvolve permanentemente na comunidade terapêutica de interiorização de si mesmo, tem como objetivo combater as suas dificuldades, os seus medos e as suas frustrações, vai progressivamente, restabelecendo a sua dignidade pessoal.

A entrada do toxicodependente em comunidade terapêutica é antecedida por um conjunto de procedimentos obrigatórios, tais como: a entrevista prévia de admissão.

Antes de ingressar na comunidade terapêutica é realizada uma entrevista ao futuro candidato a residente (toxicodependente em tratamento), com o objetivo de conhecer, ouvir, compreender/informar, situar, dar a conhecer e avaliar as probabilidades de sucesso de acolhimento do candidato na Comunidade terapêutica.

A entrevista constitui-se num instrumento de trabalho do assistente social pelas requisições e atribuições assumidas desde os primórdios da profissão. Diferentes autores, Richmond (1950), Kisnermam (1978), Anette Garret (1988), (Carvalho (1991) *citados por* Lewgoy & Silveira (2007), classificaram a “entrevista como um intenso momento de proliferação de análises, reflexões e experiências de vida, do qual tanto entrevistado como entrevistador sairão transformados pelo intercâmbio, pelos embates e interfaces ocorridos “ (Lewgoy & Silveira, 2007: 235).

Esta entrevista reveste-se de particular importância pelo ato simbólico que carrega, sendo um momento de receção e disponibilidade para ajudar o toxicodependente recém-chegado e na formalização de um contrato/compromisso entre o candidato e a equipa técnica da comunidade terapêutica. Estamos assim perante um ato que abre caminho para que os vários profissionais da comunidade terapêutica possam apreciar devidamente o pedido de ajuda do candidato (toxicodependente), tendo por base de trabalho, as informações que lhe chegam às mãos vindas de outros serviços, a análise da entrevista com o próprio e a “carta de intenções”. A Carta de intenções é um dos principais instrumentos de avaliação, neste documento o futuro candidato a residente expõe manuscritamente as razões pelo qual sente necessidade de fazer tratamento em comunidade terapêutica.

Ao aceitar o internamento do toxicodependente, a equipa técnica da comunidade terapêutica tem de planificar e planear uma intervenção individualizada que implica direitos e deveres das duas partes.

O toxicodependente tem de aceitar cumprir e obedecer às regras internas inerentes à vida comunidade terapêutica, contribuir de forma ativa e permanente – à medida das suas possibilidades - no trabalho que tem de realizar em comunidade terapêutica com os demais residentes e que este seja feito de forma eficaz.

Os futuros candidatos a residentes, são também devidamente esclarecidos sobre proibição da realização de contactos com exterior e da limitação mínima e indispensável de tais contactos, salvo quando se coloquem questões relacionadas com a reinserção social e profissional, entrega de correspondência considerada urgente, ou outros autorizados pela

equipa técnica da comunidade terapêutica. Todos os contactos com o exterior são alvo de reflexão conjunta entre o toxicodependente em tratamento e os elementos da equipa técnica da comunidade terapêutica.

No decorrer da entrevista é fornecido ao futuro residente o regulamento interno da comunidade terapêutica, para que fique esclarecido que no caso de incumprimentos, quebras de regras ou atos não admitidos na comunidade terapêutica, serão avaliados por parte dos responsáveis da comunidade terapêutica. A entrevista deve ser conduzida com grande sensibilidade pelas questões éticas que envolve.

A entrevista é um instrumento que possibilita a “construção de conhecimento mútuo, onde o tipo de relação e de linguagem formada pelo assistente Social e o utente permite uma troca de informações, que amplia as suas consciências (...), e assim se torne possível uma reflexão crítica sobre a realidade, procurando uma forma intervir” (Sousa , 2015:50).

O contacto telefónico com a família é assegurado, quando considerado necessário, pela instituição através do assistente social. Qualquer alteração deste procedimento passa pela apreciação do mesmo em reunião comunitária e com a concordância da comunidade.

A entrevista de admissão deve ser realizada pelos seguintes técnicos da equipa multidisciplinar, psicólogo, assistente social, monitor de serviço e residente mais-velho da comunidade terapêutica, cabendo a cada um individualmente, desempenhar analisar e perceber o interesse que o futuro candidato mostra para ingressar na comunidade terapêutica:

Ao psicólogo cabe: particularmente: avaliar a motivação do candidato; a história do seu desenvolvimento precoce; o processo de autonomização (adolescência); a forma como se coloca ante a realidade externa e os outros; a forma como organiza e gere a realidade interna (o vivido, os sentimentos) e os acontecimentos externos com vista a compreender a especificidade do candidato e planear a especificidade da intervenção terapêutica.

Ao Monitor cabe: Dar informações importantes sobre a convivência entre os residentes, informar dos bens que o residente deve trazer consigo para dentro da comunidade terapêutica, mostrar-se disponível para acompanhar o processo de adaptação do futuro Residente. Dispõem-se a esclarecer que estão permanentemente na comunidade terapêutica e ser um canal de comunicação em que os toxicodependentes em tratamento possam confiar e com quem se seguros. O Monitor explica os principais procedimentos e

corrige comportamentos, tira dúvidas ao futuro residente sobre o funcionamento da Comunidade terapêutica.

Ao assistente social cabe: situar o candidato no plano da realidade concreta, o percurso de integração social e profissional; informando concretamente das atividades e tarefas cuja execução lhe cabe; informar-se das particulares “tendências”, interesses/preferências e dificuldades face aos diferentes tipos de atividades/tarefas; dar a conhecer de forma “compreensível” as normas bem como as responsabilidades que lhe serão progressivamente exigidas; compreender as relações familiares; capacidade económica ou financeira do candidato; situação profissional; questões relacionadas com processos jurídicos em tribunal; existência ou inexistência de apoios sociais; configuração da sua vida á data; perceber da expectativa relativamente ao internamento em comunidade terapêutica.

O sentido da complementaridade entre os diferentes técnicos/papéis e a flexibilidade entre os diferentes domínios determina acertos e evita repetições/insistências intrusivas. O princípio do conhecimento da ética e da deontologia profissional, assim como o bom senso terão de estar sempre presentes.

Um dos principais objetivos da entrevista conjunta é criar motivação no futuro residente da comunidade terapêutica. A presença de um dos residentes mais velhos na entrevista de admissão visa a transmissão empírica sobre o seu trajeto durante o tratamento em comunidade terapêutica, entendendo-se que por via da identificação, tomando o outro como exemplo o futuro candidato se disponibilize e aceite com maior facilidade o tratamento.

“No que diz respeito às técnicas utilizadas na entrevista motivacional, distinguem-se dois grupos de técnicas de acordo com a definição estratégica, as utilizadas para construir a motivação para a mudança e as que permitem fortalecer o compromisso para a mudança. Entre as primeiras, inclui-se a realização de perguntas abertas, a escuta reflexiva, apoiar, resumir e evocar frases auto-motivacionais. As primeiras quatro técnicas constituem um conjunto integrado que visa o aumento da discrepância e por essa via mobilizar a pessoa para a ação. As frases auto-motivacionais, para além de serem instigadas pela utilização das primeiras técnicas e de aumentarem também a discrepância entre os objetivos da pessoa e as consequências do

comportamento problema da mesma, distinguem-se pelo facto de conterem elementos de reconhecimento do problema, expressão de preocupação, intenção de mudar e otimismo sobre a mudança” (Janeiro, 2007:35).

O contrato terapêutico<sup>51</sup> entre o candidato tem lugar quando os representantes da comunidade no encontro de acolhimento aceitam o pedido formulado pelo candidato e implica a elaboração pelo candidato duma Carta de intenções manuscrita que dê forma, ainda que provisória, ao seu projeto.

A carta de intenções<sup>52</sup> é um documento onde o futuro residente deverá demonstrar clareza e discernimento sobre a premente necessidade de entrar em tratamento, neste documento manuscrito procura-se que haja “partilha de conhecimento tendo sempre presente as preocupações, as expectativas, bem como o entendimento do doente sobre a sua saúde; procurando através do esclarecimento modificar e adaptar uma decisão tornando-a mais adequada à situação e à pessoa em presença” (Silva, 2012:5).

Uma vez celebrado o contrato entre a equipa da comunidade terapêutica e o candidato a residente, este deverá apresentar, antes da entrada no programa: resultados atualizados dos exames/análises clínicas de rotina (HIV, Marcadores de hepatite e sífilis, RX do tórax), informação sobre o acompanhamento terapêutico anterior, credencial dos serviços competentes com vista a assegurar o pagamento dos custos de internamento no regime em vigor e comprovativo de desintoxicação física.

Aquando do ingresso no programa terapêutico o candidato será sujeito a cuidada vistoria, seguida obrigatoriamente de um banho. Têm de fazer entrega de todos os valores e dinheiro de que disponha para que sejam guardados num cacifo com o seu nome na sala destinada a esse fim.

Nesta entrevista, é dada muita importância à presença de um Representante dos Residentes, normalmente é o Residente com mais tempo de comunidade terapêutica ou na fase mais avançada e que tenha demonstrado ao longo do seu percurso maior disponibilidade e capacidade de desempenho durante o seu projeto terapêutico, este é o

---

<sup>51</sup> O contrato entre a pessoa toxicod dependente e a comunidade terapêutica tem como principal objetivo responsabilizar o utente a cumprir todos as regras fixadas no regulamento interno da instituição e em simultâneo que a prestadora do serviço zele para que o processo de tratamento decorra dentro da normalidade. É um documento que responsabiliza ambas as partes e as obriga a cumprir os deveres estabelecidos de acordo com as linhas orientadoras para tratamento e reabilitação em comunidade terapêutica estabelecidas pelo serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

<sup>52</sup> A carta de intenções expõe de forma objetiva e clara a motivação e a necessidade que o futuro residente apresenta para ser internado em comunidade terapêutica. Este documento deve ser manuscrito (*Cf.* Anexo II)

elemento melhor colocado para dar a conhecer ao candidato, o regime de funcionamento da comunidade terapêutica, as dificuldades mais correntes que os residentes encontram para se adaptar ao funcionamento, as possibilidades e condições em que poderá superá-las e as ajudas com que pode contar para prosseguir o seu trabalho.

Depois de terminar a entrevista o representante dos residentes analisa e transmite aos técnicos da comunidade terapêutica as necessidades particulares do candidato e o tipo de contributo que esta terá para dar de modo a que este consiga fazer com sucesso o seu percurso. É uma conversa prospetiva e baseia-se no conhecimento, na experiência que este residente tem, e em toda a informação que absorveu nas conversas que teve com o futuro residente.

O Programa Terapêutico visa como fim último a reabilitação e ressocialização dos indivíduos que o seguem e assenta nos seguintes pressupostos:

Cada elemento do grupo pode e deve contribuir - ainda que de forma diferenciada - para a reabilitação ressocialização dos restantes residentes, independentemente do nível de perturbação/afetação pela doença.

Não obstante o regime comunitário de funcionamento é reconhecido o direito à diferença, com todas as implicações aí incluídas, a responsabilização diferenciada face às situações e à tolerância do ritmo diferenciado e dos percursos individuais de reabilitação.

A participação no conjunto integrado das intervenções socio terapêuticas postas à disposição de todos os elementos do grupo - desde o acompanhamento médico-psiquiátrico, à terapia individual, à terapia de grupo, apoio social, apoio familiar e profissional - é matéria do foro relacional entre o toxicodependente em tratamento e os respetivos terapeutas e assistente sociais. Esta forma integrada e articulada entre o toxicodependente em tratamento e algum destes profissionais, só pode ser interrompida excecionalmente, caso se verifique que a sua participação interfira com as responsabilidades deste no funcionamento da comunidade terapêutica;

A participação nas atividades de manutenção das instalações e dos espaços exteriores, na coinfecção/serviço das refeições constituem - conjuntamente com a prática de atividades orientadas de cariz profissionalizante (frequência escolar, informática, cerâmica) - oportunidades de outras tantas reaprendizagens, sendo estas consideradas componentes vitais na ressocialização, pelo que a participação nas mesmas não é opção deixada ao critério de cada um, mas faz parte integrante do projeto terapêutico proposto cuja adesão e desempenho é matéria de apreciação permanente e obrigatória da reunião comunitária.

O candidato a futuro residente da comunidade terapêutica aquando do seu internamento assume a forma dum contrato com equipa técnica, implicando deveres e direitos, cuja denúncia por qualquer das partes obedecerá às regras constantes do regulamento interno que só a direção da comunidade terapêutica poderá alterar.

O percurso de cada residente distribuir-se-á por fases ou patamares, caracterizadas por níveis de autonomia, exigência e responsabilidade crescentes e a transição de fase e avaliação do percurso terá lugar na reunião comunitária, a pedido do próprio ou por decisão da comunidade por proposta fundamentada de qualquer dos elementos aceite do coletivo.

A presença no projeto terapêutico deixa de ter sentido a partir do momento em que o indivíduo, de forma continuada, deixe de contribuir ativamente para o trabalho dos restantes, não avance nas aprendizagens básicas, implícitas ao processo de reabilitação e ressocialização ou transgrida de forma grave e reiterada as normas que consubstanciam o ideal comunitário.

O acompanhamento do processo de integração/reintegração do residente na família, na sociedade e no mundo do trabalho – como forma de garantir o sucesso do investimento conjunto realizado – faz parte do compromisso institucional e revestirá, ao longo do período de internamento e após o mesmo, formas diversificadas de acordo com a natureza das situações.

### 3.2 – Regras obrigatórias da estadia na comunidade terapêutica

Durante a frequência do Programa terapêutico são reduzidos ao mínimo os contactos diretos com o exterior, aí incluídas a receção e envio de correspondência. Será entregue toda a correspondência proveniente dos tribunais e, sempre que se justifique, assegurado por um dos elementos do corpo técnico o contacto telefónico com a família.

O contacto direto com a família será objeto de particular atenção na fase adiantada do programa e sempre em função da integração do residente após a conclusão do internamento.

É dever do toxicodependente em tratamento pautar o seu comportamento em conformidade com os objetivos do programa e com os princípios orientadores da Comunidade terapêutica e constitui particular obrigação dos residentes:

- ✓ Respeitar rigorosamente o regime de prescrição da medicação; cumprir os horários em vigor; observar as regras de higiene e limpeza individual e das instalações;
- ✓ Utilizar adequadamente os equipamentos e instrumentos disponibilizados para o desenvolvimento das atividades ou ocupações;
- ✓ Acatar as orientações do corpo técnico e dos colegas com responsabilidades de orientação, sem prejuízo de levar à apreciação comunitária as eventuais discordâncias que as mesmas lhe mereçam; cumprir as sanções que a comunidade decida aplicar-lhe no seguimento do incumprimento das suas responsabilidades e obrigações;
- ✓ Os estragos decorrentes da utilização inadequada ou descuidada no património da Comunidade serão pagos pelos residentes envolvidos;
- ✓ Sendo expressamente proibido: O relacionamento privilegiado entre os toxicod dependentes em tratamentos que ponha em causa a participação responsável na vida do grupo, designadamente as relações sexuais; O recurso a linguagem imprópria, insultuosa ou intimidatória e a qualquer forma de violência e a insubordinação.
- ✓ Estes temas são objeto de avaliação obrigatória em reunião comunitária, podendo sempre que pertinente, ser aplicadas sanções ou medidas que o coletivo entenda possam contribuir para a responsabilização do envolvido. O incumprimento, por parte dos residentes, dos compromissos inerentes ao contrato terapêutico, bem como o desrespeito entre pares.
- ✓ A intenção/decisão do residente abandonar o programa; O percurso terapêutico de cada residente e a transição de patamar ou fase; qualquer pedido de procedimento de exceção desde que presumivelmente sirva ao processo de ressocialização.
- ✓ No decorrer do período de internamento poderão ser feitas, sem aviso prévio, análises de controlo. O consumo de tabaco não é permitido durante as refeições nem nos locais devidamente assinalados.
- ✓ São motivo de expulsão da Comunidade: A introdução de drogas, medicamentos e álcool, o seu consumo bem como a troca com terceiros; O recurso a ameaça, à intimidação e a qualquer forma de violência.

### 3.3-As Regras do Placar Amarelo: Manual de sobrevivência dos Toxicodependentes em tratamento na C.T

As instituições especializadas no tratamento da toxicodependência “devem organizar-se para ajudar a mudar os indivíduos a que elas se dirigem, geralmente de livre vontade. Se cada toxicodependente constitui um caso singular, as instituições possuem regras de funcionamento que se dirigem necessariamente a todos” (Geismar-wieviorka, 1999, p. 154). Estas regras serão tanto mais impostas quanto mais exigente for a instituição, as características das regras dependem do modelo de tratamento.

De acordo com Erving Goffman (1961) "uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada". (Goffman, 1961:11) Partindo da descrição de Goffman (1961), as comunidades terapêuticas são instituições totais onde regras e as normas existem para que as pessoas institucionalizadas as incorporem durante o seu processo de *aprendizagem*. Com relação às “exigências e às normas, cada sujeito na comunidade terapêutica possui uma tarefa diária predeterminada, que envolve em sua rotina de cuidar dos animais, cuidar da horta, fazer artesanato, cozinhar ou lavar as roupas (Pacheco & Scisleski, 2013).

Viver em grupo implica cumprir regras universais e particulares de acordo com a cultura, as vivências, as tradições das pessoas. Segundo Fracasso (2002) *citado por* (Scaduto, 2010) refere que o tratamento em comunidade terapêutica consiste num “modelo de relacionamentos interpessoais estruturado, num ambiente com regras específicas que visam favorecer relações francas e abertas entre os indivíduos. O comportamento de cada um dentro da comunidade e o grau de interação social são monitorados tanto pelos próprios internos como pela equipe, a fim de que cada indivíduo possa se avaliar e responsabilizar-se por seu tratamento” (Scaduto, 2010:5).

#### História das Regras do Placar Amarelo

Nos dois primeiros anos de abertura e funcionamento da Comunidade terapêutica os toxicodependentes em tratamento decidiram na sua reunião semanal que era fundamental criarem um conjunto de regras que todos os elementos do grupo cumprissem de maneira a garantir boas relações entre o grupo sem descuidar a manutenção da casa.

Para além das regras previamente estipuladas no regulamento interno, estas deveriam ser transmitidas oralmente por todos as pessoas em tratamento, já que todos lutavam pelos mesmos interesses e tinham o objetivo comum de tratarem a sua toxicod dependência com vista à sua reinserção social, foi com este propósito que nasceu o placar amarelo.

O Placar Amarelo era uma cartolina amarela que continha as 17 regras escritas a marcador e estava colocado na porta da casa de banho do 1.º Andar, o placard amarelo estava colocado estrategicamente neste local como forma de garantir que todos os residentes as a lessem diariamente e garantia que nenhum residente se atrevesse a deixar de as cumprir, baseando-se na desculpa que nunca as tinha lido ou que nunca lhe tinha sido dada a oportunidade de as ler, estavam expostas num local onde todos os residentes tinham acesso e onde se dirigiam diariamente.

Com a mudança para um novo espaço físico, novas infraestruturas, o cartaz ficou para trás, mas de maneira a garantir a sua existência no primeiro grupo evolutivo em que o toxicod dependente em tratamento participava era-lhe entregue pelo membro mais velho do grupo toxicod dependentes em tratamento uma folha A4 com as 17 regras para guardar e manter em seu poder durante o seu internamento em comunidade terapêutica.

Mas os toxicod dependentes no decurso do tratamento vão carregando e memorizando as regras do placar amarelo, fazendo com o maior rigor possível para as transmitir aos restantes elementos do grupo.

Em conversa com toxicod dependentes em recuperação que passaram pelo internamento em comunidade terapêutica, pode-se verificar que este conjunto de regras pela razão de terem sido criada pelos toxicod dependentes em tratamento e por garantirem um equilíbrio e redistribuição do trabalho entre todos, são guardadas cuidadosamente na sua memória, tendo a perfeita noção que esta regras foram e sempre serão essenciais para manter vivo o Ideal comunitário.

Para os residentes da comunidade terapêutica:

*“As regras não podem ser esquecidas, nem o Ideal Comunitário pode deixar de fazer sentido, caso assim acontecesse a Comunidade Terapêutica não fazia sentido, as regras eram e são ouro sobre azul, para o nosso crescimento individual e coletivo e para manter um bom relacionamento entre todos os que viviam e trabalhavam na comunidade terapêutica. Então nós éramos tão diferentes uns dos outros, tínhamos todos andados a consumir, mas uns estavam mais perdidos que outros. Eu morei na rua, prostitui-me, só fazia o*

*que era preciso para consumir, nada mais, estava na rua há 6 anos em Lisboa. Na comunidade terapêutica tinha de me levantar a horas e cumprir os horários, fazer a minha higiene individual todos os dias, cumprir a escala de tarefas e as responsabilidades. Mesmo com tantas regras de vez em quando, bastava um se passar, havia tanta confusão.” (E05)*

*“O ideal comunitário é estarmos bem uns com os outros e agradecer o que nos vai acontecendo de bom durante o projeto. Em N.A., falamos em “Poder Superior”, na comunidade terapêutica o nosso “Poder Superior” é o Ideal Comunitário, é qualquer coisa que nos trava. Quando era chamado à atenção em grupo evolutivo ou em reunião comunitária, parece que não ficava com tanta raiva quando me diziam que eu estava a ir contra o ideal comunitário, não sei bem explicar isto, mas é algo que nos impede de fazer as coisas mal.... As regras da comunidade terapêutica eram duras, mas tinha de ser, sem regras era difícil vivermos naquela harmonia, mesmo assim às vezes havia discussões tão grandes entre nós por causa das tarefas, das responsabilidades, havia de ser bonito estarmos sem regras. Quase todos nós durante o tempo dos consumos não trabalhávamos e só fazíamos o que queríamos, se não houvesse regras muitos dias, se calhar não fazíamos nada, principalmente nos primeiros meses de internamento. (E03)*

### Regras do Placar amarelo

A transcrição das “Regras do Placard amarelo”, só foi possível graças ao empenho de todos os ex-residentes da comunidade terapêutica que se dispuseram a ser entrevistado para a realização desta investigação. Existia apenas um documento manuscrito junto dos documentos que nos foram cedidos para análise, porém este não estava completamente preenchido.

1. Aos sábados enquanto se fazem as limpezas gerais, ninguém vai para a cozinha (lavar a loiça do pequeno almoço) ou para os quartos, quem tem tarefas destinadas (casas de banho, corredor grande) cumpre as suas mesmas, os restantes limpam as partes comuns da casa no interior e no exterior, em grupo;

2. Ninguém pode fumar enquanto as limpezas gerais não terminarem, no final das mesmas, antes de começarem a limpar os quartos, devem fumar em conjunto;
3. O corredor dos quartos só é feito quando todos terminarem os quartos, logo ao sábado devem de acabar os quartos de manhã, para que o colega possa despachar a sua tarefa;
4. O Jantar de sexta-feira deve ser frango no churrasco – com exceção da sexta – feira Santa ou quando não existir frango na dispensa da comunidade terapêutica.
5. Um elemento da equipa que Utilizou a grelha para grelhar o frango no dia anterior deve lavar e arrumar a grelha durante a limpeza dos pátios;
6. A rega deve ser feita no final do dia pelo elemento responsável da horta e cada dia ajudado por 1 dos elementos de cada uma das equipas de cozinha;
7. A Porta dos quartos não pode ser aberta enquanto a rega não estiver feita, de modo a que esteja garantida;
8. As mesas para o pequeno-almoço devem ser postas à noite, deixando apenas para colocar de manhã na mesa, o leite, a água, o pão, o café e a manteiga;
9. Nenhum residente deve ir fazer uma tarefa ou lavar a loiça do pequeno-almoço sem primeiro ir arrumar o seu quarto;
10. Nenhum residente deve usar as casas de banho comuns para fazer necessidades de carácter sólido, antes do residente que está escalonado para fazer as casas de banho as ter feito;
11. Os residentes devem andar a fazer as suas tarefas até à hora do lanche, apenas o elemento que está ao lanche nesse dia deve sair às 16h 30 minutos das tarefas para colocar a mesa e tudo o que é necessário para esta refeição;
12. Cabe a um dos dois Residentes mais velhos a limpeza e arrumação dos Gabinetes, caso um deste esteja ocupado, passa a tarefa para o residente hierarquicamente superior, ao sábado deve ser o Residente mais velho e terceiro mais velho, durante a semana cabe aos dois mais velhos ou a quem o Monitor de Serviço indicar;
13. É extremamente proibido emprestar cigarros, partilhar ou dividir cigarros (fumar cigarros a meias) e trocar cigarros por qualquer bem ou serviço;
14. Na Cozinha, de modo a que todos os residentes cresçam, evoluam e se autonomizem, o residente o líder da equipa deve ensinar os restantes elementos a preparar e a fazer a comida para todos, compete-lhes ainda a arrumação da cozinha, é obrigatório que as tarefas sejam rotativas para que todos os Residentes as possam realizar e aprender direito a dinâmica da casa;

15. As esfregonas, baldes, panos e todo o material de limpeza, pode ser usado por todos, ninguém pode arrumar nenhum destes objetos no seu quarto e tomá-lo como seu;
16. Na carrinha da casa existem posições hierárquicas, à exceção que caso haja raparigas na casa as duas mais novas vão sempre à frente e as mais velhas passam para trás os residentes homens, sentam-se hierarquicamente;
17. A TV e o VIDEO são da responsabilidade de um residente, mas a televisão só deve ser ligada pelo residente mais velho, pelo Monitor ou a quem este indicar. Aos sábados a TV só deve ser ligada depois das limpezas gerais finalizadas.

Numa perspetiva relacional, pretende-se facilitar o desenvolvimento de relações interpessoais e grupais, capacitando o sujeito a assumir os seus papéis estimulando novas formas de comunicação e expressão, desenvolvendo-se desta forma uma intervenção não-diretiva no residente, capacitando-o para auto orientar o seu processo de mudança.

“A relação é possivelmente a ferramenta fundamental com a qual se pode alcançar os nossos objetivos. Os relacionamentos geram-se ao direcionar as pessoas que pretendem transformar e melhorar a sua integração social, a sua qualidade de vida. Ao interligar relacionamentos com os ambientes sociais com os quais se pretendem promover espaços de reunião, solidariedade, apoio mútuo, etc. O relacionamento é "útil" para estes e muitos outros fins gerar enquadramentos relacionais de confiança aumenta nossa capacidade de gerar transformação social” (Castillo & Sostegno, 2014).

Cada decisão que é tomada pelo assistente social relativamente a um elemento do grupo de toxicodependentes tem de ser cuidadosamente pensada, não só pela complexidade ou não complexidade da questão em si, mas porque esta decisão passa a ser um direito adquirido de imediato pelos restantes elementos do grupo.

“Neste contexto (...), onde trabalham e cujos valores, normas, ideologias, objetivos e recursos vão condicionar ou mesmo inviabilizar o poder de ação e decisão dos Assistentes Sociais, cabe-lhes exercer um poder profissional de base pessoal, assente nas relações sociais de âmbito profissional que estabelece com os clientes, bem como na manipulação dos recursos de que dispõe, (...)cabe-lhe agir de acordo com as diretrizes da profissão, mas não escamoteando as diretivas da organização” (Henriques, 2006:72).

Perante esta realidade, a decisão do assistente social tem de ser muito ponderada, porque em tratamento os direitos e os deveres são iguais para todos, caso salvos e raras exceções

na “comunidade terapêutica tudo é, de deve ser terapêutico”, logo diferenciar ou discriminar só de forma positiva.

A ideia central da discriminação positiva “assenta na equidade que está associada à prosperidade das sociedades onde existe uma expressão manifesta – nos sistemas de discriminação positiva – em assumir que a autorregulação não basta. Assim, a sua existência e aceitação social parece facilitar os processos sociais evitando assim a dissipação da energia em questões não essenciais” (Ribeiro, 2009:109).

A discriminação positiva baseia-se na ideia que se dever agir de forma diferente com a outra pessoa e que essa diferença no agir, vai melhorar não só a qualidade de vida da pessoa, como dos restantes com quem esta está envolvida.

Na comunidade terapêutica a discriminação positiva acontece sobretudo em momentos em que o toxicodependente e a equipa técnica da instituição se veem confrontados com notícias ou situações que tem a sua origem no exterior, são exemplo disso as saídas ou idas á casa não planeadas previamente e que acontecem em caso de perda de pessoas significativas para o toxicodependente. No entanto, assim que o assistente social recebe uma informação que seja perturbadora para o toxicodependente em tratamento, essa informação é comunicada a toda a equipa multidisciplinar e é estrategicamente pensada e elaborada o modo como deve ser dada a informação ao toxicodependente. No tratamento de estadia prolongada em comunidade terapêutica uma notícia devastadora pode servir como alavanca à continuação do tratamento como servir de motivo para o abandonar.

As saídas não programadas do toxicodependente que se encontram em primeira fase ou segunda fase só acontecem em caso de perda de pessoas significativas ou obrigações para este se apresentar perante certas entidades oficiais. Nas saídas não programadas os toxicodependentes em tratamento são habitualmente acompanhadas por um membro da equipa técnica da comunidade terapêutica. O técnico que acompanha toxicodependente nas saídas programadas ou não programadas, não o faz apenas com uma atitude de vigilância e controlo, é o elo de ligação entre a comunidade terapêutica, a realidade e o toxicodependente.

Estar em comunidade terapêutica é estar num tubo de ensaio, as emoções, os comportamentos, as atitudes, os desejos, os medos, as raivas em suma os sentimentos são potenciados, tudo tem um valor muito intenso.

Estar em comunidade terapêutica é pertencer a um grupo de pessoas em que todas se identificam com muitas das situações que viveram antes de se conhecerem e de entrarem

para comunidade terapêutica, com a vantagem de que essas situações ou momentos tenham sido vivenciadas no norte, no centro ou no sul de Portugal carregam a todas a mesma expressão e simbologia, e todos os elementos do grupo as interpretam e descodificam facilmente.

Com a entrada do toxicodependente em comunidade terapêutica este adquire de imediato o estatuto de “Residente”, termo utilizado para descrever as pessoas toxicodependentes que estão em tratamento em comunidade terapêutica.

Uma das principais causas que geram grande dificuldade e confusão na comunidade terapêutica é o tabaco. Apesar de cada um dos residentes ter direito a um maço de tabaco, que é pago do seu fundo maneio mensal, existem alguns residentes que por motivos de descontrolo, incapacidade de gestão do tabaco, ou por andarem com mais ansiedade muitas das vezes pedem ou roubam cigarros aos restantes elementos do grupo. Este comportamento gera muitos conflitos e tensões no grupo.

Devido às dificuldades que os cigarros causam nas relações do grupo de residentes da comunidade terapêutica, foram elaboradas regras específicas para o uso e partilha do tabaco na comunidade terapêutica.

### Regras do Tabaco

O tabaco é um bem individual e não pode ser partilhado entre residentes, dar cigarros, emprestar cigarros, partilhar o mesmo cigarro ou trocar cigarros por qualquer outro bem ou serviço é um comportamento punido na Comunidade Terapêutica. Caso se verifiquem estes comportamentos as punições são as seguintes:

Emprestar cigarros: O residente fica sem 2 cigarros do tabaco do dia seguinte: Partilhar ou dividir cigarros (Fumar cigarros a meias): Fica um dia da semana à escolha do residente sem receber os cigarros a que diariamente tem Direito.

Trocar cigarros por qualquer outro bem ou serviço: O Residente fica 2 dias sem beber café e dois dias seguidos fica com menos 2 cigarros do que habitualmente tem direito.

#### 4 – Composição & responsabilidades dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica

A toxicodependência, exige o desenvolvimento de um projeto terapêutico, assente em medidas articuladas, ou seja, atitudes médico-psicológicas e sociais centradas no utente, mas não só. “Este projeto implica também a promoção de modificações no ambiente do utente, isto é, na família, na relação com os amigos, na escola, no trabalho e no lazer, sendo essencial que o indivíduo com toxicodependência faça uma rutura com o meio da droga (Patrício, 1995). Para conduzir a bom termo este projeto, é fundamental que o conceito de equipa multidisciplinar seja materializado por todos os profissionais de saúde” (Martins & Fernandes, 2010:1).

Para além do diretor clínico, o corpo técnico íntegra profissionais da área do serviço social, da psicologia, sempre que possível com formação terapêutica, da enfermagem, da motricidade, bem como monitores com formação em atividades ocupacionais diversificadas.

A prática tem vindo a revelar a necessidade de, sem prejuízo da unidade da intervenção do corpo técnico no seu conjunto, explicitar as responsabilidades e atividades específicas de cada um dos diversos grupos de profissionais que prestam serviço nas instituições, perante “quem” cada um dos elementos funcionalmente responde, bem como as práticas a seguir e os procedimentos a adotar nos diversos tipos de situações - de forma a garantir a desejada uniformidade da intervenção.

##### 4.1 - Responsabilidade da direção clínica na comunidade terapêutica

Cabe ao diretor clínico assegurar a correta execução daquele Programa e garantir o funcionamento da Comunidade nos termos constantes do Regulamento Interno e demais disposições aprovadas pela Direção, competindo-lhe, designadamente: assegurar, pela forma que considere mais adequada - a unidade e articulação da intervenção desenvolvida pelos diversos profissionais que integram o corpo técnico:

- ✓ Garantir por parte de todos os profissionais envolvidos, o respeito pelos princípios éticos e deontológicos aplicáveis, em particular:
- ✓ O respeito, em todas as circunstâncias, da dignidade dos doentes
- ✓ O respeito pela privacidade dos residentes, no que à informação pelos mesmos fornecida diz respeito;

- ✓ Definir os espaços e condições em que terá lugar a articulação da intervenção dos diferentes profissionais do corpo técnico e bem assim a elaboração do plano terapêutico de cada residente e o tipo de registo que dos mesmos deverá constar;
- ✓ Propor a adoção e assegurar a adequada execução o funcionamento das diversas atividades - assegurando o respetivo controlo e comunicação à Direção, sempre que se justifique, das infrações verificadas;
- ✓ Do um sistema de controlo da assiduidade e de avaliação do desempenho de funções dos funcionários afetos à Comunidade terapêutica.
- ✓ Promover, obtida a concordância da Direção, um plano regular de formação do corpo técnico que garanta a desejada qualidade dos serviços prestados aos residentes;
- ✓ Com a concordância da direção, diretor clínico poderá delegar no seu adjunto as funções que lhe estão cometidas, sem que tal signifique pôr em causa a sua plena responsabilidade pela execução das mesmas.

#### 4.2 - Responsabilidades do assistente social na comunidade terapêutica

A intervenção do assistente social à luz do programa terapêutico a cumprir pelo corpo técnico da comunidade terapêutica, está centrado com maior profundidade no acolhimento, acompanhamento dos toxicodependentes durante a sua estadia na comunidade terapêutica, tendo ainda que estabelecer todos os contactos com todas as instituições e entidades do exterior favoráveis ao desenvolvimento pessoal, relacional e profissional dos toxicodependentes, competindo-lhe, designadamente:

- ✓ Assegurar, antes da entrada do residente, que estão cumpridas as formalidades relativas ao pagamento à instituição das participações devidas, quer pelo próprio quer pelos serviços competentes;
- ✓ Intermediar os contactos dos residentes com os familiares nos termos definidos no plano terapêutico do utente e tendo em conta o papel desse tipo de relações no processo de reabilitação e na inserção social pós-institucional;
- ✓ Elaborar com cada utente o plano de vida na vertente do trabalho/emprego, alojamento (pós-alta) e apoiando-o na concretização das diligências tendentes à sua concretização;

- ✓ Elaborar com/para cada residente um plano de acompanhamento pós-institucional tendo em vista prevenir recaídas e garantir a sua execução;
- ✓ Elaborar os relatórios da situação dos residentes para serem entregues a outras instituições ou entidades que sejam fulcrais para a reintegração do toxicodependente ou nas quais a obrigatoriedade legal assim o defina, tais como: tribunais, comissão de dissuasão da toxicodependência, forças de segurança pública (Polícia), judiciária, serviço nacional de saúde, direção geral de reinserção social, instituto de emprego e formação profissional entre outras.

Perante a diversidade e complexidade das consequências geradas pela problemática da toxicodependência nas dimensões familiar, profissional, habitacional, judicial, comunitária, na saúde entre outras, é inquestionável que o serviço social constitui “uma profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar laços e as relações sociais que constituem o tecido social; permitindo a cada um, [...] reencontrar um lugar no corpo social, um reconhecimento, um status, uma identidade, que respeite o sentido da sua cidadania” (Pires, 2000:57).

O assistente social da comunidade terapêutica tem obrigatoriamente de facilitar a programação das atividades no que respeita à preparação de materiais, espaços, transporte, etc..., sendo possível prever com antecedência toda a logística necessária e as eventuais despesas.

Preparar devidamente a equipa de monitores e os próprios utentes, de modo a existir um maior envolvimento de toda a comunidade na preparação, realização e avaliação das atividades; organizar melhor as tarefas da casa e facilitar a gestão do tempo à equipa técnica, inserindo no plano de tarefas semanais, com a devida antecedência, os dias-chave a serem comemorados, ficando desde logo clarificados os objetivos dos mesmos, horários e número de pessoas envolvidas.

Por outro lado, as atividades a realizar visam prosseguir diversos fins, que se prendem diretamente com os da Comunidade, nomeadamente: Estimular a interação entre todos os intervenientes na comunidade terapêutica, para além do processo terapêutico, no sentido de facilitar o relacionamento e criar um espírito de entreaajuda e cooperação;

Possibilitar aos residentes o contacto com áreas diversificadas, como música, leitura, jardinagem, culinária, teatro, atividades ao ar livre, trabalhos manuais, entre outros, fomentando, de forma natural, valores e atitudes que serão imprescindíveis no seu

processo de reinserção social, como a saúde, a higiene, o trabalho, a solidariedade, o respeito pelo outro e por si mesmo e o respeito pelo meio ambiente;

Avaliar o grau de integração dos residentes, observando o seu comportamento fora do ambiente de consulta, entrevista ou tarefas obrigatórias da casa, de modo a realizar uma intervenção técnica mais adequada; envolver os residentes em todas as fases das atividades: planificação, preparação, realização e avaliação, treinando esta metodologia em todas as áreas, de forma a eliminar gradualmente o imediatismo a que os utentes estão habituados;

Promover atividades que despertem o interesse e envolvimento dos residentes, ao longo de todo o ano, de modo a reduzir os tempos “mortos”;

Uniformizar e melhorar o trabalho dos monitores, através de reuniões mensais e de um acompanhamento e supervisão contínuos.

Assim sendo, a planificação atempada, cujo fim não é a obrigatoriedade de realização, mas antever que é possível de realização, tem subjacente um plano suficientemente flexível para se adaptar aos condicionalismos diários da comunidade da comunidade terapêutica, permitindo uma melhor organização de todos os níveis nomeadamente humano, material e financeiro.

#### 4.3 - Responsabilidades do psicólogo na comunidade terapêutica

O psicólogo da comunidade terapêutica, também mantém uma ligação contínua e presente na intervenção que tem junto dos toxicod dependentes, cabendo ao serviço de psicologia proceder - à luz do Programa Terapêutico- à avaliação e acompanhamento psicológico dos residentes – individualmente ou em grupo - competindo-lhe, designadamente:

- ✓ Fazer uma avaliação psicológica inicial e continuada dos residentes e, ainda que em termos provisórios, traçar o prognóstico quanto à evolução da situação – contributo para a elaboração do plano terapêutico individual orientador da intervenção institucional;
- ✓ Conduzir, em articulação dos demais serviços, a elaboração do projeto terapêutico de cada residente e assegurar o respetivo desenvolvimento e controlo;

- ✓ Assegurar o acompanhamento terapêutico individualizado dos residentes, nos termos compatíveis com as respectivas potencialidades;
- ✓ Propor, sempre que o considere recomendável, a avaliação conjunta dos casos por parte do diretor clínico e de todos os demais elementos do corpo técnico;
- ✓ Elaborar os relatórios julgados convenientes respeitantes ao processo evolutivo dos residentes, designadamente o relatório pós-alta clínico.

#### 4.4 - Responsabilidades do monitor na comunidade terapêutica

Ao Monitor compete – à luz do Programa Terapêutico – assegurar o acompanhamento permanente, ocupação e orientação dos residentes nos diversos tipos de atividades cabendo-lhe designadamente:

- ✓ Acompanhar os residentes nas deslocações ao exterior, quando programadas ou determinadas por motivo de força maior as determinem;
- ✓ Orientar os residentes na execução das atividades ocupacionais, “profissionalizantes”, de manutenção das instalações, serviço das refeições, tratamento das roupas bem como nas atividades culturais e de lazer;
- ✓ Assegurar que, em todas as circunstâncias, são respeitadas pelos residentes as regras em vigor na comunidade, tomando preventivamente as medidas/iniciativas que em cada circunstância considerem mais adequadas e reportando superiormente e à reunião comunitária, conforme as circunstâncias, as falhas e incumprimentos registados;
- ✓ No contexto dos números anteriores não podem os monitores, ou quem os substitua nas suas funções, abrir exceções às disposições do regulamento interno ou, sem justificação fundamentada, permitir a criação de situações que possam determinar ou facilitar o desrespeito das disposições regulamentares por parte dos residentes.
- ✓ Os Monitores são os olhos e os ouvidos da restante equipa técnica, dada a sua relação privilegiada com os toxicodependentes em tratamento, pela permanência contínua na comunidade terapêutica.

#### 4.5 - Responsabilidades do enfermeiro na comunidade terapêutica

Ao Enfermeiro cabe assegurar a distribuição e toma efetiva da medicação nos precisos termos em que a mesma tenha sido prescrita aos residentes e pelo acompanhamento dos residentes no período noturno, competindo-lhe, designadamente:

- ✓ Garantir o rigoroso cumprimento das prescrições médicas no que às tomas de medicação diz respeito e informar superiormente, pela forma adotada na instituição – sem prejuízo de poder haver lugar a comunicação imediata sempre que para tal haja fundamento - das anomalias surgidas;
- ✓ Assegurar, no período noturno, o cumprimento, por parte dos residentes, das disposições do regulamento interno aplicáveis, tomando preventivamente as medidas/iniciativas que em cada circunstância considerem, para o efeito, mais adequadas e reportando superiormente – nos termos em vigor ou no imediato conforme as circunstâncias, as falhas e incumprimentos registados;
- ✓ Intervir ativamente e pela forma mais adequada na mobilização dos residentes com vista à sua adesão ao processo de mudança de funcionamento que determinou a sua presença na Comunidade.
- ✓ No contexto do número anterior está vedado aos enfermeiros abrir exceções às disposições do regulamento interno ou, sem justificação fundamentada, permitir a criação de situações que possam determinar ou facilitar o desrespeito das disposições regulamentares por parte dos residentes e sempre que tal ocorra deverá ser superiormente e de imediato comunicado;

#### 4.6 - Responsabilidades do psiquiatra na comunidade terapêutica

Cabe ao psiquiatra - à luz do programa terapêutico – assegurar o acompanhamento dos residentes no que à sua especialidade diz respeito, cabendo-lhe designadamente: verificar o diagnóstico psiquiátrico constante do processo individual que acompanha o residente:

- ✓ Prescrever a medicação adequada ao diagnóstico - tendo em conta a natureza não medicamentosa do modelo de funcionamento da Instituição – e assegurar que a mesma é rigorosamente cumprida;

- ✓ Colaborar com os demais profissionais do corpo técnico da Instituição, nos termos definidos pelo diretor clínico – atentos os princípios do Programa terapêutico quer- na elaboração do plano terapêutico de cada residente quer na sua execução.

#### 4.7 - Outros serviços de apoio em comunidade terapêutica

Os serviços de medicina geral são garantidos pelo médico afeto à comunidade terapêutica, as consultas de especialidade - à exceção da psiquiatria - são garantidas pela rede de saúde pública.

A equipa da comunidade terapêutica deve estar atenta às necessidades dos seus residentes e sempre que necessário se socorra dos serviços do centro de saúde da área de residência nos termos determinados pela que a direção e/ou o diretor clínico da comunidade terapêutica. As demais colaborações que venham a ser consideradas necessárias a nível da intervenção da área da medicina serão propostas pelo diretor clínico e decididas pela direção, e pautar-se-ão pelo normativo determinado pela direção da comunidade terapêutica no ato da contratualização.

#### 4.8 - Processo clínico e psicossocial do toxicodependente em tratamento

Os profissionais e demais colaboradores ao serviço da comunidade terapêutica, sem prejuízo da observação das disposições consagradas nos códigos deontológicos das respetivas organizações profissionais, estão obrigados, em todas as circunstâncias, a tratar dos toxicodependentes em tratamento em conformidade com a dignidade da pessoa humana – nos termos consagrados na Convenção Europeia dos Direitos do Homem e constantes da transposição no direito nacional.

Ao dever de sigilo relativamente aos dados fornecidos pelos toxicodependentes em tratamento respeitantes à sua vida privada e familiar e à sua situação de saúde. Relativamente ao dever de sigilo salvaguardam-se as situações em que estejam em risco direitos dos próprios ou de terceiros de nível idêntico ou superior ao protegido pelo presente dever.

Os processos individuais dos toxicodependentes em tratamento reúnem, pela sua natureza e finalidade, dados individuais respeitantes à vida privada dos indivíduos envolvidos.

A recolha, o acesso e a transmissão de tais dados estão, devido à sua natureza, protegidos pela constituição e pela lei, constituindo infração penalmente sancionável violação dos preceitos pertinentes da referida lei (ordinariamente, transpostos, com maior ou menor desenvolvimento, para os códigos deontológicos das profissões de saúde (medicina, psicologia, enfermagem e serviço social).

Para o caso concreto dos indivíduos acolhidos nas comunidades terapêuticas o IDT<sup>53</sup> - atualmente o SICAD<sup>54</sup> - recomenda a constituição de um “processo clínico” e de um “processo psicossocial”. Tendo em vista explicitar os procedimentos a adotar para assegurar o integral respeito da lei e as orientações do SICAD nesta matéria na comunidade terapêutica estabeleceram-se as seguintes normas:

Para cada do toxicodependente em tratamento é constituído um processo clínico e um processo psicossocial. O processo clínico reúne todos os dados e informações da área médica- psiquiátrica, os resultados dos exames prescritos e efetuados, as prescrições médicas e respetivas alterações; do mesmo deverão constar os registos das consultas internas e externas.

O processo psicossocial deverá reunir toda a informação e dados individuais relativos à história compreensiva do residente, informações sociais, relatórios sociais, informações de ordem jurídica, dados e registos familiares e deverá conter o registo atualizado das sessões de terapia individual quando existam, assim como os resultados dos exames psicológicos ou testes que, pela sua natureza e conteúdo, o terapeuta considere adequado conservar e proteger no processo individual.

O processo clínico e psicossocial, na sua totalidade ou parcialmente podem acompanhar o residente em caso de consultas da especialidade, transferências para outros equipamentos de saúde, nessa circunstância, circulam fechados e endereçados aos profissionais a quem se destinam.

Os processos clínicos e psicossociais estão arquivados num armário fechado, de acesso exclusivo aos profissionais das respetivas áreas de intervenção na Comunidade terapêutica. “O sigilo profissional trata de uma informação a ser protegida, impõe uma relação entre privacidade e publicidade, cujo dever profissional se estabelece desde a se ater ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho, a não informar a matéria sigilosa” (Sampaio & Rodrigues, 2014:86).

---

<sup>53</sup> Instituto da Droga e da Toxicodependência

<sup>54</sup> Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

No final do tratamento ou aquando da saída ou transferência do toxicodependente os processos transitam para arquivo morto/fechado por 5 anos.

## 5- Caracterização das fases de tratamento em comunidade terapêutica

O tratamento na comunidade terapêutica sobre a qual desenvolvemos esta investigação tem como limite temporal o prazo mínimo de 12 meses e o máximo de 18 meses e divide-se em 4 fases, cada uma dessas fases do tratamento do toxicodependente obriga a que o assistente social tenha de desenvolver o seu trabalho para que o toxicodependente consiga durante o tempo em que está em cada uma das fases atingir os objetivos a que se propôs. Na comunidade terapêutica “Ponte dos Rios” sendo a média de internamento de 12 a 18 meses, estes são constituídos por 4 fases:

- 1ª Fase - A adaptação;
- 2ª Fase - A integração no grupo com tarefas definidas;
- 3ª Fase - A estabilização com responsabilidades;
- 4ª Fase - A ressocialização/ reinserção.

### Primeira fase – A adaptação

A intervenção do assistente social na 1.ª fase de tratamento tem como principal objetivo incentivar o toxicodependente na sua compreensão do funcionamento, no cumprimento das regras, do regulamento interno da instituição, em suma aceitar, viver o ideal comunitário, as principais atividades e tarefas do assistente social na fase de adaptação com o residente recém-chegado, são:

Estimular a interação entre o novo residente e todos os intervenientes na casa, no sentido de facilitar o relacionamento e criar um espírito de entreajuda e cooperação; colocar o toxicodependente em contacto com áreas diversificadas, como música, leitura, jardinagem, culinária, teatro, atividades ao ar livre, trabalhos manuais, entre outros, e fomentar, de forma natural, valores e atitudes que serão imprescindíveis no seu processo de tratamento, como a saúde, a higiene, o trabalho, a solidariedade, o respeito pelo outro e por si mesmo, avaliar o grau de integração dos utentes, observando o seu comportamento fora do ambiente de consulta, entrevista ou tarefas obrigatórias da casa, de modo a realizar uma intervenção mais adequada e envolver os residentes em todas as fases das atividades: planificação, preparação, realização e avaliação, treinando esta

metodologia em todas as áreas, de forma a eliminar gradualmente o imediatismo a que os utentes estão habituados; Promover atividades que despertem o interesse e envolvimento dos residentes, ao longo de todo o ano, de modo aumentar as suas competências sociais e relacionais.

### Segunda fase - A integração no grupo com tarefas definidas

A 2.ª fase tem como objetivo primordial a integração no grupo com tarefas definidas, para que o residente possa ser avaliado pelo grupo de pares e pelo corpo técnico da comunidade, o próprio tem de elaborar um projeto escrito. O projeto escrito de passagem de fase comporta dois momentos, num primeiro momento o toxicodependente em tratamento descreve as principais conquistas e aprendizagens feitas durante a 1.ª fase, assim como as dificuldades sentidas, mas a passagem de fase só acontecerá se o toxicodependente em tratamento tiver cumprido os requisitos exigidos na 1.ª fase.

Esse projeto escrito designa-se em comunidade terapêutica “Pedido de Passagem de Fase”, após elaborado este trabalho escrito o toxicodependente em tratamento entrega-o á equipa multidisciplinar.

Na reunião comunitária, o próprio toxicodependente em tratamento informa os restantes elementos do grupo da sua intenção de passar da 1.ª para a 2.ª fase e que já fez a entrega do seu pedido de passagem de fase ao corpo técnico da instituição. Nessa mesma reunião, pede ao grupo que se prepare de modo a podê-lo avaliar na próxima reunião comunitária e faz um pedido de avaliação de estar.

A avaliação de estar<sup>55</sup> é um método de avaliação feita pelos pares e pelos elementos que compõe a equipa técnica da instituição durante uma reunião comunitária<sup>56</sup>.

Os objetivos de 2.ª fase são principalmente:

Começar a deixar transparecer o ideal comunitário e ajudar os residentes no que estão em primeira fase, melhorar a participação em grupo; evitar o isolamento e procurar ajuda por iniciativa sempre que necessitar, deixar de ficar à espera que venham ao seu encontro; cumprir e ajudar a cumprir as regras da comunidade terapêutica; aplicar-se e envolver-se o mais possível na dinâmica da Comunidade e no meu tratamento; Expressar-me mais,

---

<sup>55</sup> O guião da avaliação de estar apresenta-se nesta investigação, após se definirem todas as fases de tratamento em comunidade terapêutica

<sup>56</sup> A composição da reunião comunitária apresenta-se nesta investigação depois de exposto o guião da avaliação de estar.

falar mais de si e confiar nos outros; começar a ter uma atitude mais ativa na reunião comunitária, grupo evolutivo e reunião de residentes (grupo de toxicodependentes em tratamentos); começar a ser responsável por algum dos setores da comunidade terapêutica.

### Terceira fase - A estabilização com corresponsabilidades

Na 3.<sup>a</sup> fase o toxicodependente em tratamento já tem de estar muito apto em todas as dimensões da vida em comunidade, a sua responsabilidade para com os restantes colegas e com todos os elementos da equipa técnica é essencial na medida em que é nesta fase de tratamento que o toxicodependente tem de enfrentar os maiores desafios que lhe são colocados durante todo o período de tratamento

Na 3.<sup>a</sup> fase para além da sua participação e toda envolvimento na dinâmica do grupo e da comunidade terapêutica é exigido que nesta fase o residente prime por olhar para si.

Neste período de responsabilização e capacidade de interiorização de si mesmo, o toxicodependente em tratamento dá início a um percurso em que lhe sugerido pelo seu terapeuta e pelo assistente social trabalhar a autoestima, saber e ter capacidade de lidar com a frustração e saber aceitar que os danos causados durante os consumos de substâncias psicoativas.

Na 3.<sup>a</sup> fase o toxicodependente em tratamento começa por pertencer ao grupo de residentes mais velhos, o que naturalmente lhe exige maior disponibilidade para com os restantes membros do grupo e nas tarefas e responsabilidades a desempenhar dentro da comunidade terapêutica.

Esta fase do tratamento é sobretudo um tempo em que o toxicodependente em tratamento começa a organizar seriamente o seu projeto de vida a relação, dá continuidade ao seu trabalho terapêutico com o psicólogo e inicia uma etapa de negociação e interação com o assistente social. Por sua vez dá e tem de servir como exemplo aos restantes toxicodependentes em tratamento, no cumprimento das regras e das condutas a cumprir dentro e fora da comunidade terapêutica.

Na 3.<sup>a</sup> fase, os processos e as situações dos toxicodependentes em tratamento a resolver são muitos e vão vindo á tona com os primeiros contactos com o exterior, nomeadamente as visitas com a família ou com pessoas significativas, no caso de não existir familiares ou destes não quererem estar envolvidos no tratamento do toxicodependente, “a família, como rede social primária do indivíduo e dependente desempenha um papel fundamental.

A forma como o indivíduo é acolhido e como as relações se restabelecem entre ele e seus familiares são importantes para a sua segurança emocional e social, proporcionando-lhe condições favoráveis para manter-se em abstinência.” (Souza, Silva, Batista, & Almeida, 2016:173).

Para o toxicodependente em recuperação, as visitas das famílias são vistas como uma demonstração de aceitação do problema do toxicodependente, são sentidas como início de perdão por todos os comportamentos negativos deste durante o período de consumos.

O Rui (ex-residente e toxicodependente em recuperação), relata:

*“A minha família ter aceitado vir visitar-me à comunidade terapêutica foi uma vitória. Quando vim para tratamento a assistente social e o psicólogo do Centro de apoio a toxicodependentes onde estava a ser seguido tentaram várias vezes entrar em contacto com a minha família e tanto a minha Mãe como os meus irmãos ninguém quis saber. Eu já estava na rua há um ano e meio, contacto com eles, vim para a Comunidade terapêutica porque estava no Porto, dormia na rua perto de um bairro de uso, como fui parar ao hospital e a assistente social do hospital teve de falar com a minha assistente social do centro de apoio a toxicodependentes, por causa da minha toma de metadona e entre elas organizaram tudo e perguntaram-me se queria ir para uma comunidade terapêutica e sair da rua. Durante os oito dias que estive no hospital pensei em vir, depois como o me disse que estava muito mal de saúde refleti e aceitei ir para comunidade terapêutica. Foi a melhor coisa que fiz, foi na comunidade terapêutica que a assistente social, conseguiu convencer a minha família que eu me podia tratar e que me deveriam de dar uma oportunidade.*

*Se hoje estou bem com eles, foi graças a toda a equipa técnica da C.T., mas em especial à assistente social que eu tanto massacrei, mas que conseguiu que a minha família me apoiasse.” (E04)*

As visitas ao exterior seja para estar junto das famílias ou de pessoas significativas, são muito analisadas em conjunto com o assistente social, a visita á família é sempre um acontecimento que é profundamente discutido com todos os membros da equipa técnica.

Contudo, compete ao assistente social agregar todas as informações existentes no processo psicossocial do toxicodependente em tratamento e ajustar a sua prática, e a sua decisão profissional de acordo com todo o trabalho que desenvolveu com o toxicodependente em tratamento ao longo do projeto. As visitas as famílias são momentos complicados e tem de haver certeza se existe capacidade, vontade e organização por parte da família para receber a visita do familiar que está em toxicodependente em tratamento. Na verdade, “não há um perfil de toxicodependente nem de famílias de toxicodependentes, sendo os traços apresentados apenas amplamente verificados nas famílias com toxicodependentes que procuram as estruturas de tratamento, o que não significa que todas as famílias tenham os mesmos, com a mesma configuração.” (Vieira, 2008:20).

#### Quarta fase - A ressocialização/ reinserção.

Os toxicodependentes em tratamento em 4.<sup>a</sup> fase são um modelo para os restantes elementos do grupo, servem como exemplo seja no cumprimento das regras e das condutas a cumprir dentro e fora comunidade terapêutica, seja na forma como encaram a sua nova forma de estar e de ser, a maneira como falam sobre os seus projetos para o futuro ou sobre o seu passado, têm de refletir tudo o que foi reaprendido durante a sua estadia em comunidade terapêutica.

As suas responsabilidades como líderes são agora postas à prova, a gestão dos comportamentos do grupo e da comunidade terapêutica em conjunto com o corpo técnico servem para reforçar as suas competências sociais e relacionais.

Nesta fase os toxicodependentes em tratamento são os responsáveis por liderar a “reunião de residentes” que é feita uma vez por semana, acontecendo habitualmente ao sábado à tarde, durante duas horas, são tratados especialmente assuntos relacionados com a dinâmica da comunidade terapêutica, são feitas as escalas de tarefas semanais, a ementa da semana e atualizam-se as tarefas de manutenção da casa quando necessário.

São os elementos do grupo que estão em 4<sup>a</sup> fase que alertam os restantes para estarem presentes a horas em todas a dinâmicas da casa, registando as falhas, atrasos e outros incumprimentos em documento próprio para o efeito.

Nesta reunião são discutidos assuntos internos do grupo tentando que sejam resolvidos em conjunto, tais como: conflitos dentro do grupo, mudanças das equipas de cozinha, etc., se alguns do assunto não ficarem resolvidos neste espaço de reflexão coletivo, os mesmos

transitarão para próxima reunião comunitária, onde serão novamente colocados à consideração dos residentes, mas a decisão ou resolução do assunto será da responsabilidade da equipa técnica.

Neste espaço são ainda feitos elogios ou chamadas de atenção entre os elementos do grupo de toxicodependentes em tratamento, os elogios são em maior quantidade se as tarefas inerentes à casa estão a ser bem desempenhadas, são parabenizados.

Relativamente aos elementos que passam de fase, é-lhes pedido que durante a reunião exponham claramente qual foi o contributo que cada um dos outros elementos do grupo teve na sua evolução pessoal durante o período que estiveram na fase anterior.

Na comunidade terapêutica é valorizado o empenho, a participação e a interajuda que cada residente estabelece para o desenvolvimento do projeto socio terapêutico do companheiro.

É nesta fase que se verifica o impacto que o tratamento em comunidade terapêutica teve na sua vida, conforme os objetivos traçados no *Manual de Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas de 2011*, os objetivos são:

“Criar um espaço de reflexão com vista à elaboração da história pessoal do indivíduo para que lhe possa dar um novo sentido e identificar pontos de mudança necessária; mudar padrões negativos de comportamento, pensamento e sentimentos que predispõem ao consumo de drogas a fim de conseguir a abstinência e sua manutenção; Promover a autonomia e responsabilidade como pilares da vida adulta em sociedade. Desenvolver a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis rompendo padrões destrutivos; fomentar competências sociais que permitam encontrar alternativas de trajetória para um projeto de vida realista; perspetivar a inserção social através da elaboração e contratualização de um Plano Individual de Reinserção.” (Vicente, 2011:9-10)

A 4.<sup>a</sup> fase ressocialização/ reinserção tem como objetivos principais objetivos relativamente ao futuro, inicia-se a efetiva procura de emprego, habitação, de modo a concretizar o projeto de vida pessoal elaborado, praticar o modelo integração na família promover contactos diretos com todos os membros e parceiros com vista á reinserção social a 4.<sup>a</sup> fase é sobretudo a preparação para viver autonomamente e colocar em prática as aprendizagens feitas ao longo de todo o projeto em comunidade terapêutica.

Esta última etapa “consiste no contacto real com o exterior, a partir da implementação prática das estratégias estabelecidas e ensaiadas até então, no contexto da Comunidade

Terapêutica. É uma fase de rutura e transição, que conta com a reflexão relativamente às dificuldades encontradas, sentidas no presente, e estratégias passíveis de prevenir futuras recaídas – processo já iniciado, mas agora aplicado mais na prática.” (Campos, 2015:34)

O toxicodependente em tratamento passa a fazer as saídas sozinhas, ainda que estruturadas e planeadas pela equipa técnica da Comunidade terapêutica. Estas saídas visam sobretudo a procura de emprego, idas a consultas médicas, tratar de assuntos relacionados com a sua reintegração socioprofissional ou visitas à família e passam ser uma forma de experimentação, para que o toxicodependente em tratamento se possa testar e confrontar com a realidade.

Todo o seu projeto pessoal de vida é analisado de acordo com todas as vivências, capacidades, seguranças e inseguranças para enfrentar a realidade. O Toxicodependente em tratamento continua a participar nas atividades da comunidade terapêutica, contudo este adquire maior flexibilidade de horário.

### Avaliação de Estar

A avaliação de estar é um momento de reflexão e diálogo conjunto, entre os residentes e os elementos do corpo técnico da comunidade terapêutica em Reunião Comunitária.

Depois de apresentar os argumentos e refletir conjuntamente com o assistente social e o seu terapeuta, a forma como cumpriu os objetivos a que se propôs durante a fase de tratamento em que se encontra, o toxicodependente em tratamento pode e deve pedir para que seja agendada e realizada uma avaliação de estar em reunião comunitária. A avaliação de estar deve ser agendada no mínimo de duas semanas de antecedência de se realizar para que os restantes elementos do grupo possam refletir sobre os avanços e recuos que este foi tendo ao longo do seu percurso em comunidade terapêutica.

O papel e a intervenção do assistente social são decisivos neste processo, se a opinião e o sentir dos restantes toxicodependentes em tratamento é muito valorizado, assim como dos restantes membros da equipa multidisciplinar, a posição do assistente social é determinante pela capacidade de comprovar se muitos dos objetivos forma cumpridos e as metas alcançadas. Para o assistente social no decorrer da sua intervenção “é fundamental avaliar a capacidade das pessoas de interiorizarem na sua prática a informação que lhes é fornecida” (Pereira, 2010:17).

Esta realidade exige do assistente social a adoção de estratégias de ajuda individualizadas composta por níveis de atuação que se estabelecem desde a entrada do toxicodependente

na comunidade terapêutica e decorrendo em todo o projeto socio terapêutico como ponte para passar à seguinte fase de tratamento.

Na realidade, o comportamento do toxicodependente em tratamento, a sua entrega e dedicação no decorrer do tratamento é que lhe garante a possibilidade de aceder a uma avaliação de estar, as atitudes, flexibilidade, tolerância, educação, compromisso e partilha, contributo para o bem-estar individual e coletivo são a chave para que o momento da avaliação de estar possa acontecer de forma positiva.

Neste sentido, o papel do avaliado é o seguinte:

- Pode dar a tónica sobre o que gostaria que os colegas manifestassem;
- Deve intervir sempre que achar oportuno;
- Levar o anterior Projeto de Passagem de Fase<sup>57</sup> para avaliar os objetivos conseguidos/não, conseguidos.

**- Objetivos da avaliação:**

- Aspetos do Regulamento Interno
- Pedidos do avaliado
- Ouvir o grupo em vista de novas mudanças

**- O que avaliar?**

- Higiene, imagem, apresentação e arranjo pessoal;
- Execução das Tarefas:
- Tarefas básicas inerentes ao estar em Comunidade (Ex: arranjo do quarto);
- Tarefas distribuídas.
- Pontualidade;
- Ocupação de tempos livres;
- Participação nas atividades/formações;
- Consciência da sua situação/doença e suas implicações na sua vida futura;
- Preocupações (para onde se orientam as suas preocupações “maiores”:  
Presente/Futuro; pontos importantes; aspetos secundários;
- Preocupações e projetos para o futuro.
- Responsabilidades;
- Saídas para o exterior;

---

<sup>57</sup> O projeto de passagem de fase é um documento escrito em que o residente apresenta os argumentos que para que lhe seja concedida a passagem de uma fase para a seguinte. Para além da justificação dos objetivos já cumpridos este documento deve conter também os principais objetivos a que o residente se propõe a cumprir na fase seguinte.

### **- Interação e relação na comunidade terapêutica:**

- Com os colegas (indiferença/ajuda/confronto);
- relação padrinho<sup>58</sup>/afilhado;
- Com os elementos do corpo técnico (dificuldades de acatamento.
- Atitudes/reações perante as diferentes situações: dinamismo passividade/indiferença;
- Aprendizagens feitas;
- Dificuldades;
- Punições/infrações;
- Tipo de Linguagem;
- Expressão do pensamento e do sentir / capacidade de comunicar;

Na reunião Comunitária no caso de avaliação de estar do residente-avaliado seja positiva e não havendo oposição de nenhum elemento do grupo de toxicodependentes em tratamento nem da equipa técnica, toxicodependente em tratamento passa para a fase seguinte, este procedimento dá-se da mesma maneira na passagem de todas as fases em que se divide o tratamento em comunidade terapêutica.

#### A reunião Comunitária

A participação dos utentes nas decisões da comunidade – e permanente avaliação no coletivo comunitário - é um exercício e treino indispensável à sua recuperação e faz parte integrante do tratamento dos toxicodependentes em comunidade terapêutica.

A avaliação/debate de todas as questões ligadas ao funcionamento da comunidade e ao comportamento de cada toxicodependente em tratamento a sua responsabilidade e conformidade com o ideal e as normas da instituição é feita em sede de reunião comunitária. Nesse sentido a reunião comunitária é espaço próprio para a análise da realidade e conta com a participação de todos os elementos presentes na comunidade terapêutica.

---

<sup>58</sup> A relação padrinho/afilhado é um vínculo estabelecido aquando da entrada do toxicodependente em comunidade terapêutica. Um dos residentes mais velhos da comunidade terapêutica assume o papel de padrinho do residente recém-chegado, ensinando-lhe a regras, ajudando-o nos compromissos e nas responsabilidades, na forma de ser e estar dentro do grupo de toxicodependentes em tratamento, para com a equipa técnica e no cumprimento das regras do regulamento interno e nas regras inerentes à vida em comunidade.

Os assuntos a tratar na reunião comunitária são atempadamente preparados entre o assistente social, o terapeuta monitor de serviço e os dois residentes mais velhos, de modo a que cada todos estejam representados e haja possibilidade de todos os assuntos as serem tratados serem expostos e tratados de forma clara e objetiva.

Após esta reunião os residentes mais velhos coordenam-se com todo o grupo e recolhem os assuntos que querem ver tratados na reunião comunitária.

Esta dinâmica colaborativa faz com que cada um durante a sua intervenção exponha as suas preocupações, frustrações, alegrias, pedidos ou lançar desafios que sejam centrais no desenvolvimento pessoal e na construção do seu projeto de vida.

No início da reunião comunitária a apresentação dos assuntos a tratar é feita:

- Pelo monitor de serviço;
- Pelo residente mais velho;
- Por outro utente, que esteja envolvido em alguma situação problemática;
- Ou por outro técnico da equipa multidisciplinar – assistente social ou psicólogo, quando existem situações de grande importância que devem de ser resolvidas com urgência ou informações<sup>59</sup> que tem de ser dadas a todo o coletivo e tenham sido decididas em reunião de equipa técnica com a direção.
- Deve ser feito o agendamento prévio de outras questões:
- Avaliações de estar.
- Situações que não eram importantes para aquele dia;
- Outros assuntos que os técnicos propõem e que não foram trazidos para debate na reunião comunitária pelos residentes.

De acordo com as atas das reuniões comunitárias a que tivemos acesso para a realização desta investigação os assuntos que mais se colocam são:

- Pedidos para saídas lúdicas.
- Confronto com algumas situações menos corretas por parte de alguns residentes, surgindo de seguida os pedidos de punição/consequência.
- Informações sobre as equipas de cozinha.
- Tarefas e responsabilidades dos residentes

---

<sup>59</sup> São considerados assuntos a tratar com urgência as expulsões por mau comportamento, as fugas da comunidade terapêutica, os consumos de substâncias psicoativas, no decorrer das saídas para reinserção profissional, alterações da dinâmica comunitária, etc.

- Crítica a atuação aos técnicos da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica
- O Desempenho de tarefas e responsabilidades: no sentido de elogiar ou de atribuir punição a residentes não cumpridores.
- Queixas orgânicas: Sono e medicação.
- Partilhas: idas ao Hospital ou visitas à família.

Os Elementos que mais intervêm na reunião comunitária são normalmente os mais velhos (em tempo de casa), e os que menos intervêm são os mais novos ou, por vezes, os que mostram menos motivação em tratamento e continuam em processo de negação.

A Postura e atitude dos utentes, nas suas intervenções são das mais variadas. Alguns utentes falam no início da reunião, de modo a não fazer mais nenhum tipo de intervenção, até ao final, há uma pressa em fechar o contencioso. Têm atitudes de defesa, ao falarem de assuntos com pouca importância, camuflando realmente aqueles que não pretendem falar. Por vezes, também estão prontos a desculpar, chegando-se a um consenso entre todas as partes.

A disposição e forma como estão sentados os vários atores presentes na reunião comunitária ajuda a que durante os momentos de partilha, confrontação se possa analisar e entender a linguagem corporal. Nos momentos em que estão latentes conflitos entre residentes ou dentro do grupo, estes são perceptíveis na emoção positiva ou negativa que põem nas palavras durante as suas partilhas. Como todos os elementos estão voltados para uns para os outros a reunião comunitária é um espaço de interiorização e revelação dos sentimentos individuais e coletivos.

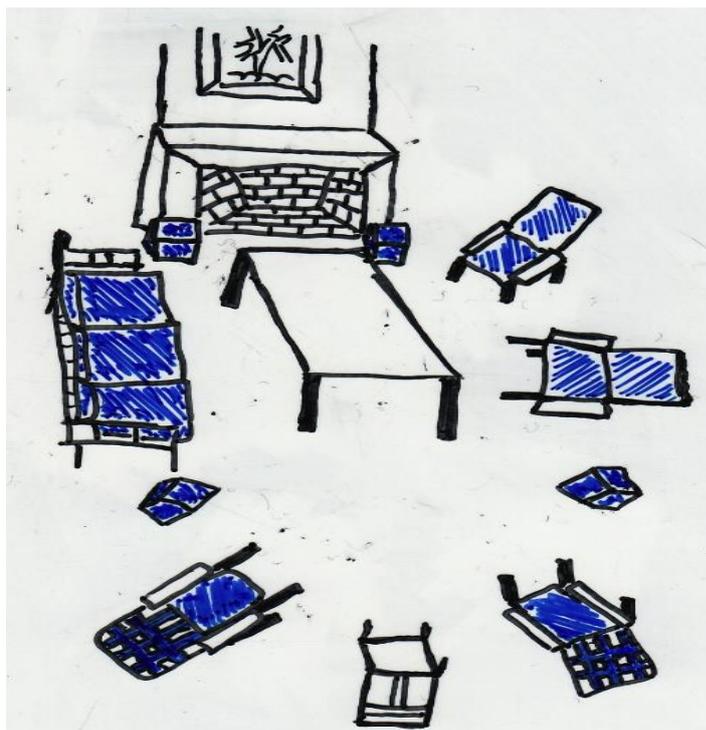


Figura 11- Disposição da reunião comunitária.

As atitudes tomadas face às decisões, durante e no fim, da reunião são observados por curtos períodos de silêncio total, só depois é que se reinicia a reunião, por vezes com a iniciativa de um elemento do corpo técnico da comunidade terapêutica. Como têm à sua disponibilidade o assistente social ou o psicólogo permanentemente na comunidade terapêutica, alguns residentes aproveitam a reunião comunitária para dar informações ou partilhar com os restantes elementos do grupo, mas só falam, depois de individualmente o terem feito com um destes técnicos.

Manuela (toxicodependente em recuperação e ex-residente da C.T.), diz:

*“As reuniões comunitárias às vezes eram momentos difíceis, tanto podiam correr bem, como podiam dar para o torto. Lembro-me que uma fui com outros dois residentes beber “pensal” (cevada) fora das horas. Isto parece uma coisa sem importância nenhuma no nosso dia-a-dia, mas na C.t, é uma situação grave. O Monitor que estava de serviço no dia seguinte de manhã, quando chegou percebeu que estavam três chávenas escondidas na dispensa da cozinha, como o pequeno-almoço era com todos os residentes em conjunto, o Monitor confrontou-nos e perguntou “Quem tinham sido os residentes que usaram as chávenas que estavam sujas na dispensa e para*

*quê? Eu e os outros colegas ficámos sem pinga de sangue, eu tinha acabado de ter feito o pedido de passagem de 2ª para 3ª fase e sabia que isso ia atrapalhar. Ele pediu que refletíssemos no sucedido e que os residentes que tinham participado nessa quebra de regra que tivessem a capacidade de assumir essa atitude. Nesse dia não disse nada e andei mal, os outros residentes também não queriam dizer, mas no dia seguinte em vez de fazer o pedido de passagem de fase acabei por dizer o que tinha feito e os outros também assumiram o erro. A consequência foi: fazer um trabalho escrito sobre honestidade e respeito pelas regras em geral, beber café uma vez por dia durante uma semana e...claro, vi o pedido de passagem de fase adiado quinze dias, o que atrasou a visita com a minha família o mesmo tempo. Mas não me esqueci disso e quando me lembro percebo que a reunião comunitária era um espaço importante e que me ajudou a ser menos impulsiva e desonesta. Se erras assume sem medo, esse era o lema” (E01)*

Quase todos os entrevistados referiram que se mostravam muito interessados nas decisões finais das reuniões e afirmam que levavam para a reunião comunitária todos os assuntos que os ajudassem a mudar os seus comportamentos e por isso faziam questão de pedir conselhos ao coletivo. A partilha funciona como meio de identificação, ao ouvirem os toxicod dependentes com mais tempo de tratamento a falar sobre as vivências antes da sua entrada na comunidade terapêutica e os futuros projetos, os recém-chegados vão-se sentindo mais motivados e empenhados no seu tratamento.

Outra das situações que relatam com prazer são os dias de reunião em que participavam na aceitação de um residente recém-chegado à comunidade.

A Sónia (toxicod dependente e ex-residente da comunidade terapêutica) descreve a situação da seguinte forma:

*“No início da reunião, o novo residente sai da sala acompanhado pelo “padrinho”. Depois o “padrinho” regressa à sala e todos ouvíamos e dávamos a opinião geral sobre o novo residente, se este devia ser ou não aceite. Seguidamente o “padrinho” chama o seu “afilhado” que então, de regresso à sala, ouve os seus colegas, que lhe transmitiam o veredito final. Nesse dia se fosse aceite, fazíamos um bolo e todos nos disponibilizávamos*

*para o ajudar. Era um ritual que todos gostávamos muito, tínhamos a sensação que era mais um que se poderia livrar da droga” (E07)*

Para alguns autores os grupos de autoajuda, reuniões comunitárias, grupos evolutivos, encontros de partilha entre outros são descritos “como importantes ferramentas na promoção do bem-estar e cuidado diferenciado, sendo considerada uma forma de conhecer, compreender a saúde e lidar com a doença, facilitando a socialização das ideias. (...) e servem para o grupo como “espaço de ajuda na tomada de consciência como ser social, favorecendo o convívio e a interação social, a inserção em círculo de amigos com atitudes positivas em relação ao uso de álcool e a partilha das experiências” (Lima & Braga, 2012:888-891).

## 6- O ideal comunitário: um sentir coletivo da vida em comunidade terapêutica

O ideal comunitário é um sentir coletivo entre os toxicodependentes que fazem parte do grupo da comunidade terapêutica. É o respeito pela própria comunidade terapêutica, por tudo o que esta representa, o bem-estar coletivo, a não discriminação, a inclusão, a partilha, o afeto e o porto seguro. Este ideal comunitário é um sentimento que envolve o respeito pelo regulamento interno da organização, as regras e as tarefas que os residentes/toxicodependentes acordam realizar e concretizar tanto na reunião comunitária como na reunião de residentes ou no grupo evolutivo.

João (toxicodependente em recuperação e ex-residente da C.T), refere o ideal comunitário como o expoente máximo para conviver em comunidade terapêutica de forma cordial e com respeito por tudo e todos.

*“O ideal comunitário não é só uma máxima falada entre os residentes da C.T- tipo chavão-. O ideal comunitário é um valor, um sentimento que todos temos. Não têm só a ver com a relação entre nós, tem a ver com a manutenção da casa, com manter tudo limpo e arrumado, cumprir regras. Nós dizíamos “o ideal comunitário prevenia a recaída, a recaída em atitudes. Se deixas de fazer as coisas básicas da vida, estás a um passo de ir dar nela”<sup>60</sup>(...)é como*

---

<sup>60</sup> Dar nela – termo usado frequentemente pelos toxicodependentes, significa em linguagem formal: Ir consumir droga.

*deixares de fazer a barba, não fazes a cama, faltas ao trabalho, porque já não te apetece fazer nada! Quando comesças assim estás em atitude de recaída. Voltas ao mesmo, perdes a responsabilidade de orientar a tua vida.”*  
(E02)

No dicionário de língua portuguesa a palavra “ideal” significa: “princípio que se defende e em que se acredita”<sup>61</sup>. O dicionário criativo *online* acrescenta que “é a síntese de tudo a que aspiramos, de toda perfeição que concebemos e que se pode conceber.” O significado da palavra comunitário é definido com algo ou alguma coisa “relativa ao sentimento de pertença a uma comunidade, em oposição ao particularismo.”<sup>62</sup>

O ideal comunitário assenta no respeito mútuo entre todos os atores presentes na comunidade terapêutica, entre toxicodependentes em tratamento e todos os membros da equipa multidisciplinar que desenvolve a sua atividade na comunidade terapêutica.

A realização das tarefas a desempenhar diariamente pelos residentes da comunidade terapêutica, são um elo fortíssimo para manter equilíbrio no grupo e para manter o ideal comunitário, a disponibilidade e a solidariedade que cada um dos elementos deste grupo depende com os outros, estimula e mantêm o ideal comunitário.

Para que relação seja pacífica entre todos os toxicodependentes em tratamento, na sua reunião semanal elaboram uma escala com todas as atividades cumprir semanalmente.

Para além das atividades em grupo, são atribuídas tarefas específicas a cada residente.

Para além das regras do regulamento interno e das atividades agendadas semanalmente, para manter o equilíbrio e o bom senso no seio do grupo, os toxicodependentes em tratamento cumprem as regras do placard amarelo.

---

<sup>61</sup> Retirado do <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ideal> acessido a 10 de agosto de 2017

<sup>62</sup> Retirado do <https://dicionariocriativo.com.br/significado/ideal> acessido a 10 de agosto de 2017

## **CAPITULO III – SERVIÇO SOCIAL: INTERVENÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO**

### **1 – Serviço Social: Desafios entre a Intervenção e a produção de conhecimento**

Neste capítulo, a reflexão estrutura-se em três momentos, num primeiro momento reflete-se em torno do serviço social, seguidamente, a análise centra-se nas principais questões da profissão tendo como base a intervenção e por fim faz-se uma reflexão sobre a importância da investigação em serviço social.

Para Carvalho & Pinto (2015), o serviço social é uma disciplina no âmbito das ciências sociais e humanas e uma profissão associada à intervenção social, que se desenvolve na sociedade, com uma competência científica e técnica, uma relativa autonomia de critérios e, conseqüentemente, uma responsabilidade social. (Carvalho & Pinto, 2015)

Na mesma linha de pensamento a International Federation of Social Workers (IFSW) e a International Association of Schools of Social Work (IASSW), adotaram em 2014, e que tem por base o conceito de serviço social como uma profissão e uma disciplina científica que reconhece que a interação entre os fatores históricos, culturais, espaciais, políticos e socioeconómicos e os fatores pessoais/individuais, podendo funcionar quer como oportunidade ou como uma barreira na promoção do bem-estar e do desenvolvimento humano.

O serviço social, está intimamente ligada à sua legitimação como profissão, estando sustentada nos “fundamentos científicos do quadro das ciências sociais e humanas e nos seus fundamentos éticos, nas questões dos direitos humanos, da dignidade humana, da justiça social e da autodeterminação do sujeito como pessoa/cidadão” (Ferreira, 2014).

Assim, o serviço social inscreve-se como disciplina e profissão com competência científica na “promoção da mudança social, na resolução de problemas das relações humanas e no reforço da emancipação das pessoas para a promoção do bem-estar.

Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, “o serviço social intervém nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o serviço social” (APSS,2007).

“O serviço social surge como disciplina profissional entre o final do século XIX e o início do século XX, no contexto da industrialização, onde a máquina veio a substituir cada vez mais o trabalho do homem. Em Portugal

encontrávamo-nos em regime ditatorial, ou seja, anti estado liberal e anti estado previdência, onde o serviço social apenas era exercido por pessoas do sexo feminino e ensinado segundo o postulado católico, que assentava na beneficência e assistencialismo” (Carvalho, 2013:3).

O serviço social tem sido “caracterizado, na sua origem, por várias determinações e valores, através de práticas repressoras e controladoras. Assim, podemos entender que o serviço social resulta da emergência da questão social do conjunto de expressões das desigualdades sociais, econômicas e/ou culturais” (Berti & Cunha, 2014:25).

A questão social é a base do trabalho social do assistente social. A questão social surge com o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o seu trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

“O entendimento simplista da questão social está presente entre os assistentes sociais de todos os níveis de formação, que atuam em diversos espaços institucionais. Vários profissionais que trabalham na docência desconhecem a dimensão do método dialético-crítico, entendem que a questão social é incapaz de explicar os fenômenos presentes na sociedade e que muitas demandas com as quais os assistentes sociais se deparam não podem ser analisadas a partir da contradição fundante do capitalismo. Alguns temas (violência intrafamiliar, uso de drogas, etc.) são tratados em uma perspectiva individualizante, de modo dissociado das relações de produção” (Ferreira, 2010:213).

No contexto histórico Mary Richmond foi uma das principais percussoras que influenciou a profissão de assistente social. Em 1897, deu início à criação de escolas profissionais e começou a enfatizar a necessidade de uma educação formal de trabalho social. Com uma visão inovadora acabou por agregar e beber das tradicionais linhas de intervenção da medicina e da psicanálise.

A profissão de assistente social mantém na sua gênese uma constante necessidade de perceber a realidade onde desenvolve as suas práticas e que progressivamente se tem vindo a adaptar à real necessidade das pessoas.

“O sentido de pensar a profissão na atualidade implica, portanto, transitar pela sua história reconhecendo e desentranhando limites e possibilidades com o objetivo de a transcender e não de a repetir. Os

métodos do trabalho Social e conseqüentemente os elementos constitutivos da metodologia refletem as diferentes épocas. O seu surgimento e consolidação tem que ver com as visões, concepções, interesses, pedidos e necessidades (sociais ou profissionais) prevalentes em cada momento” (Silva , 2016:35).

Para Piana (2009), “o serviço social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, realiza sua ação profissional no âmbito das políticas socio assistenciais, na esfera pública e privada. (Piana, 2009:85)

Segundo Iamamoto e Carvalho (1995) *citados por* Gomes & Diniz (2013):

“O serviço social desenvolveu-se como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo (...), a expansão urbana, processos apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes (...), das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas” (Gomes & Diniz, 2013:2).

O serviço social é uma profissão reconhecida na sociedade na medida em que é socialmente necessária e exercida “por um grupo social específico, uma categoria profissional que compartilha um sentimento de pertencimento e possui uma identidade profissional” (Fraga, 2010:43).

Os principais desafios desta profissão são nomeadamente redescobrir alternativas e possibilidades para a vida social no cenário atual, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social, encarando o utente como sujeito e não como vítima, apontando perspectivas para decifrar o movimento sociais, para se ir aproximando dos utentes, das suas condições de vidas e romper com as relações de poder.

O serviço social como profissão é desenvolvida por pessoas credenciadas, como formação superior com conhecimentos teóricos e científicos, para que possam desenvolver as suas práticas com autonomia técnica e capacidade para dar resposta às exigências com que se vão deparando na prática profissional. Entendemos, assim, que as profissões se “transformam de acordo com os movimentos sociais e as condições de cada época, produzindo conhecimentos, afirmando princípios, elegendo valores, formulando indicações teóricas, éticas, práticas e políticas, influenciando e espraiando-se a todo o corpo profissional” (Simionatto, 2016:8).

As mudanças na concepção que se tem da profissão de assistente social “são conseqüências de processos históricos, e dependem do significado social que se atribui à profissão, fruto

de movimentos da categoria e também da sua relação com a dinâmica e o desenvolvimento do conjunto da sociedade” (Fraga, 2010:43).

Na atualidade exige-se que os assistentes sociais, sejam bastante qualificados, que consigam aceder facilmente a todas as redes de comunicação, principalmente ao nível das novas tecnologias e plataformas informáticas, tal com um bom domínio da língua inglesa, essas diretrizes estão assentes no nº 2.2.1 (3) do documento sobre a “*Ética no Serviço Social-Valores e Princípios*”. Contudo, a introdução e o uso de novas tecnologias no âmbito da ação social como meio de aumentar a rentabilidade e o desempenho profissional, não podem servir como motivos para desvirtuar o dever do assistente social, ou seja : a proteção, os interesses e os direitos dos utentes (APSS, 1994).

Como afirma Iamamoto (1998), exige-se que o assistente social:

“seja um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. (...) O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto nas suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o tempo presente, os homens presentes, a vida presente e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história” (Iamamoto, 1998:49).

Na Classificação Nacional das Profissões, o assistente social é definido como um profissional que “ajuda a resolver problemas de adaptação e readaptação social dos indivíduos, grupos ou comunidades, provocados por causas de ordem social, física ou psicológica, através da mobilização de recursos internos e externos. Utiliza como método geral o estudo, a interpretação, o diagnóstico em relações profissionais individualizadas, de grupo ou de comunidade; aplica processos de atuação tais como, as entrevistas, mobilização dos recursos da comunidade, prospeção social dinamização de potencialidades a nível individual, interpessoal e intergrupar” (INE, 2011).

“o assistente social é um executor direto das políticas sociais, as quais têm como objetivo, a manutenção e o controlo da força de trabalho, e, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, suprir algumas das necessidades (...).Esse carácter não decorre exclusivamente das intenções profissionais, pois sua intervenção sofre condicionamentos objetivos dos contextos onde atuam, conseqüentemente, desenvolve atividades e cumpre funções que estão além

de sua vontade ou intensão, assim como qualquer trabalhador assalariado” (Carvalho,2016).

O principal objetivo do assistente social é “capacitar o indivíduo para resolver a situação/problema que o afeta, “aqui e agora”, cumprindo os seus papéis sociais, portanto o correto e adequado “funcionamento social” (Vieira, 1998:10).

O seu posicionamento profissional é a favor da equidade e justiça social, no empenho e na eliminação de todas as formas de preconceito,

“Na garantia do pluralismo, optando por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos mesmos princípios (...). O compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual. O exercício do serviço social não discrimina, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física, são princípios fundamentais a serem reconhecidos pelo assistente social comprometido com a profissão” (Gomes & Diniz, 2013:8).

O assistente social contribui ativamente com todos os seus conhecimentos técnicos e científicos para mapear a realidade social, colaborando na construção de uma visão estratégica e prospectiva necessária para o desenvolvimento social e comunitário.

Portanto, os assistentes sociais têm também como função como principal função elaborar políticas de bem-estar social, cabendo-lhes promover a inserção socioeconômica de indivíduos, famílias e grupos na sociedade em que vivem, auxiliando-os na solução dos seus problemas.

“No centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contato com as perspectivas do cotidiano dos mesmos e por ser mediador entre estes e a instituição. Tem como dever ético e político defender que suas exigências/necessidades sejam atendidas de forma prioritária. Por outros termos, avançar na direção dos interesses e necessidades dos beneficiários, exige do assistente social, mediar a discussão do que está sendo vivenciado pela população, como por exemplo, a qualidade, os critérios e as exigências para o acesso às ações, serviços e rotinas de saúde, com o que está assegurado formalmente “(Prá, 2003:4).

Assim, pede-se ao assistente social que tenha boa capacidade de análise das situações, espírito de iniciativa, capacidade de diálogo com as pessoas e gosto pelo trabalho em equipa. Fundamentalmente é gostar de trabalhar com pessoas, ter um interesse real pelos seus problemas, respeito pela autonomia e liberdade do indivíduo. Por outro lado, e exatamente devido ao contacto próximo com a vida das pessoas e os seus problemas, esta é uma profissão que pode provocar desgaste emocional. Neste caso, é necessário que os assistentes sociais sejam resilientes e tenham capacidade para não deixarem que os problemas profissionais influenciem a sua vida pessoal.

Para além destas competências sociais, emocionais e relacionais, os assistentes sociais necessitam conhecer a legislação, as medidas e as políticas sociais, em particular sobre a problemática social com que lidam diariamente. Uma vantagem para os assistentes sociais desenvolverem as suas práticas com qualidade, é atualizarem-se permanentemente e saberem adaptar-se às novas diretrizes profissionais, para isso, sempre que possível é favorável participar em ações de formação, fazer novas aprendizagens que se transformam em novas metodologias de trabalho.

A exigência desta aprendizagem contínua, reforça a sua capacidade de agir, com maior segurança, certeza para recorrer a diferentes estratégias, esta ideia da formação contínua, pressupõe ter mente aberta e valorizar o aprender, para saber-fazer, como expressava Paulo Freire” (Prates, 2007:223).

Impõe-se, no entanto, sobre todas as outras características, que os assistentes sociais tenham maturidade e inteligência emocional para combater o preconceito, derrotar os estereótipos, aceitar a diferença e pautar o seu olhar pela flexibilidade e tolerância não permissiva. As estratégias usadas pelo assistente social no decorrer da sua atividade profissional, constroem-se com a capacidade de aceitar e usar um modelo de serviço social que vá ao encontro das necessidades que se registam na “atualidade, pois isso implica mudança de hábitos, de comportamentos, de valores, assim como no desenvolvimento de novas competências e o surgimento de uma nova cultura que permeia as profissões e a sociedade como um todo” (Abreo, 2001:180).

Perante a notória desigualdade social, os assistentes sociais devem estar e ser atores assíduos na construção de políticas sociais para combater os principais problemas da sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais urgente afirmar a participação política, de modo a dar visibilidade aos assistentes sociais, valorizar os seus conhecimentos e aumentar a sua capacidade de intervenção e decisão. O assistente social possui conhecimento das causas terminais que estão na raiz dos problemas sociais, que se:

“manifestam no quotidiano dos sujeitos através de refrações materializadas no desemprego estrutural, precarização de relações de trabalho, de vínculos familiares, de espaços de pertencimento, e em novos modos de resistência, como características contemporâneas, velhas expressões tais como as dificuldades de trabalhar a mobilização, o engajamento dos sujeitos, enfim os processos de participação, continuam se manifestando como necessidades primordiais para o desenvolvimento de processos de trabalho pautados pela defesa dos direitos e justiça social, da democracia, do protagonismo e autonomia dos sujeitos, condições para uma efetiva cidadania (Prates, 2007:222).

Os assistentes Sociais encontram-se em contacto direto com as questões de saúde pública, da criança e do adolescente, da terceira idade, da violência, da habitação, da educação, da saúde, da justiça e etc., acompanhando as diferentes maneiras como essas questões são experimentadas pelos sujeitos.

“É sempre uma profunda responsabilidade realizar intervenção na vida de seres humanos, homens, mulheres e crianças que possuem história, desejos, sonhos, dificuldades e fragilidades – como qualquer outro, com a diferença de que tiveram oportunidades concretas bastante diferenciadas. Assim, respaldar-se para realizar as chamadas “escolhas de intervenção” exige que se deve superar limites já estabelecidos, sobretudo, aqueles que se referem à avaliação da própria atuação” (Carvalho, 2012:4).

A intervenção é o ato, a ação, o agir do assistente social e só pode ser validada se for construída de forma estruturada com objetivos bem delineados e metas bem definidas. Só assim, a intervenção se realiza com capacidade analítica, quando estudados e aperfeiçoados “os instrumentos na realidade (...), a finalidade desse aperfeiçoamento é o ajustamento social, os instrumentos utilizados servem para obter um diagnóstico da situação social e da personalidade da pessoa com necessidades” (Bouças, 2011).

Os assistentes sociais têm vindo a qualificar-se, a ganhar conhecimentos, a adotar novos meios de intervenção, alguns deles mais específicos, mas sempre de acordo com as particularidades da questão social. O seu aporte científico tem progredido, com o objetivo de intervir com a compreensão do problema. Apesar da conjuntura totalmente desfavorável a qualquer processo de reflexão, os assistentes sociais conseguiram introduzir novos elementos de análise, novas ações e procedimentos fundamentais para a profissão (Netto, 2010).

Ao colocarmos o assistente social no centro da intervenção, estamos a atribuir-lhe a categoria de motor do desenvolvimento dessas ações, assim, o assistente social é considerado um profissional com conhecimentos teóricos bem estruturados e que estão intrinsecamente enraizados nas suas práticas.

Há uma preocupação constante em perceber de que forma os assistentes sociais integram nas suas práticas profissionais os conhecimentos teóricos. A questão da teoria e da prática “é uma discussão permanente, esta discussão assenta sobretudo em dois conceitos: prática social e prática profissional.

A prática do serviço social refere-se “às atividades realizadas pelo assistente social nas instituições, confundindo prática, com prática profissional, esta última entendida, muitas vezes, numa perspetiva pragmática e tarefaira” (Medeiros, 2016:352).

O conceito de prática profissional<sup>63</sup>:

“Pode ser entendido como um componente específico presente dentro da prática social, esta que, por sua vez, é uma categoria teórica que permite compreender e explicitar a constituição e as expressões do ser social e a dinâmica social na qual se insere. A prática profissional, assim, é resultante da especialização do trabalho coletivo, previamente determinada pela divisão sociotécnica do trabalho, situando-se no âmbito das relações sociais concretas com uma dimensão historicamente determinada, que vai se particularizar em diversos campos de trabalho vinculados ao todo social” Baptista (2009) *citado por* (Xavier & Mito, 2014).

A prática profissional, é assim entendida como o resultado de aprendizagem de teorias e concretização das mesmas na intervenção do assistente social.

A transformação e a visão do serviço social, como mera disciplina conceptual, seria apenas uma miragem, retirando a importância e o impacto que o serviço social tem vindo a ganhar. O que caracteriza as boas práticas na intervenção do assistente social, é o anseio de conhecimento e preocupação constante em respeitar “um conjunto de princípios, conceitos filosóficos e científicos, aplicáveis através de processos e técnicas diversas e

---

<sup>63</sup> Conforme Xavier e Moita (2014), nesta investigação adotamos o conceito de prática profissional de forma a caracterizar a atuação quotidiana do assistente social. O nosso objetivo é problematizar essa caracterização procurando conceptualizar essa atividade profissional como trabalho ou serviço, ou mesmo situá-la no debate em torno dos processos de trabalho, mas, antes, partimos do entendimento de que o assistente social realiza uma atividade direcionada a um fim e para isso reúne saberes, técnicas e teorias para materializá-los.

múltiplas situações encontradas. Não é uma atividade, embora empregue grande número de atividades de natureza diversificada, nem tão pouco um programa, não obstante de ser um trabalho planejado e coordenado. (Vieira , 1989:79-80).

A mesma autora, refere que à medida que os estudos e as experiências se processam, o serviço social desenvolve-se e vai aperfeiçoando paulatinamente as suas características, o que permitirá concetualizar de forma mais acertada a sua verdadeira natureza e a procura de uma teoria do serviço social.

Dessa forma, a “teoria é o movimento do pensamento, do ato cognitivo para compreender determinado fenômeno que se expressa na realidade; não pode ser confundida com um receituário a ser aplicado. A partir dessa compreensão, observamos que a teoria não é uma forma que se encaixa na prática, tendo em vista que as determinações do concreto são mais dinâmicas do que a sua compreensão teórica” (Assis & Rosado, 2012:204).

A teoria é um conhecimento organizado, sedimentado, que muito embora tenha partido da realidade concreta, passou por um complexo processo de sucessivas abstrações, que ao mesmo tempo o faz distanciar-se do concreto imediato e poder explicar uma realidade mais ampla, concentrando-se em apontar os elementos essenciais de um objeto construído nesse processo de generalização e abstração” (Marsiglia, 2006:1).

Para Netto (2006),

“Na acumulação teórica operada pelo serviço social é notável o fato de, naquilo que ela teve e tem de maior relevância, incorporar matrizes teóricas e metodológicas compatíveis com a ruptura com o conservadorismo profissional – nela se empregaram abertamente vertentes críticas, destacadamente as inspiradas na tradição marxista. Isto significa que, também no plano da produção de conhecimentos, instaurou-se um pluralismo que permitiu a incidência, nos referenciais cognitivos dos assistentes sociais, de concepções teóricas e metodológicas sintonizadas com os projetos societários das massas trabalhadoras (ou seja: de concepções teóricas e metodológicas capazes de propiciar a crítica radical das relações econômicas e sociais vigentes” (Netto, 2006:12).

No plano da intervenção direta, pura e concreta o assistente social deve produzir e nortear-se pelas orientações teóricas e conceptuais, pelos modelos de atuação e pelas referências analíticas fruto da sua formação académica. Contudo, no concreto, no real do quotidiano, o assistente social move-se - muitas vezes - num terreno hierarquizado, em que as decisões nem sempre cabem dentro desses quadros de referência.

Nesse sentido, teoria e prática são conceitos distintos e específicos, contudo a sua unidade está na forma como se imbricam para dar corpo e concretizar a atuação do assistente social.

Estas formas de concretização e finalização das práticas não têm obrigatoriamente que ser consideradas negativas ou desprestigiante para os assistentes sociais, porém podem servir para a construção de momentos de análise e reflexão, de modo a garantir a promoção de práticas sólidas que sustentam a qualidade da sua intervenção e prestigiem a profissão.

“A prática social não se constrói fora das ciências sociais; pelo contrário, apoia-se no seu contributo, confronta-as com a realidade, verifica a sua pertinência e veracidade e, ao construir perspectivas muito próximas do real, acrescenta o saber científico sobre a realidade social e pode produzir equilíbrios e articulações entre as disciplinas que dividem artificialmente o social e estabelecem fronteiras, quando a realidade é una e total” (Granja, 2007:126).

Estando o assistente social inserido tanto no âmbito do trabalho privado como no público, cabe-lhe realizar uma leitura atenta da realidade – conforme pautado no seu projeto ético-político – “seja em forma de pareceres sociais, estudos socioeconômicos, trabalhos de grupos, entre outras atividades em situações que envolvam o meio social em conflito com o meio físico. São instrumentos que perpassam a prática profissional da profissão, já apropriados historicamente em diversas subáreas de atuação” (Sauer & Ribeiro, 2012:395).

Para tal, é necessário que o assistente social tenha um “conhecimento teórico profundo sobre as relações sociais de uma determinada sociedade (universalidade), saber como elas se organizam naquele determinado momento histórico, para que possa superar essas “armadilhas” que o senso comum do quotidiano prega – e que muitas vezes mascaram as reais causas e determinações dos fenômenos sociais. É na relação entre a universalidade e a singularidade que se torna possível apreender as particularidades de uma determinada situação” (Sousa, 2008).

O serviço social ao estar de bem com a sua filosofia de atuação, será aceite e valorizado pelas outras áreas disciplinares, o serviço social tem fontes teórico-metodológicas relevantes onde o assistente social pode fundamentar a sua intervenção. De acordo com Ferreira (2011), um novo domínio do serviço social “emerge com maior pertinência, ou seja, o da investigação em serviço social, de forma a consolidar práticas sociais baseadas

em argumentos teóricos e em meios de prova. As mudanças ocorridas na sociedade contemporânea impõem ao serviço social recorrer à investigação como processo rigoroso para interpretar a realidade social e a sua complexidade de forma a encontrar respostas adequadas às necessidades sociais.” (Ferreira,2011:110)

Para além das políticas, das medidas e dos projetos que têm vindo a ser delineados e executados pelos assistentes sociais no combate às desigualdades sociais, a investigação na área do serviço social tem vindo a ser uma mais-valia para a sobrevivência, para a qualidade da intervenção e para o prestígio do serviço social. Para Amaro (2018), no “serviço social o conhecimento gera-se na ação e para a ação na busca da transformação da realidade social. É nesta medida que o estatuto científico do serviço social implica a atribuição de um valor epistemológico aos saberes gerados a partir da prática” (Amaro, 2018:1).

Nesse sentido, os assistentes sociais têm de se esforçar para defender a sua classe, para isso, é necessário definir e redefinir conceitos, pensar, elaborar e estruturar novas teorias, estando conscientes de que “o poder de cada grupo depende da sua capacidade de definir o enquadramento conceptual e prático do desempenho profissional, e no serviço social, o conhecimento que advém dos centros de investigação e da prática é aplicado pelos profissionais no terreno” (Pena, 2013:18).

A evolução e a progressão científica do serviço social dar-se-á na análise dos modelos de intervenção, na reflexão crítica, na ponderação e utilização de estratégias, para retirar da experimentação, da ação, da interação e da partilha para que o conhecimento que venha a enriquecer o universo disciplinar e terá de ser através desta vontade de superação que se poderá ultrapassar o preconceito que associado às disciplinas ligadas à prática com o vulgar e as disciplinas associadas à construção de conhecimento com o erudito (Amaro, 2018).

A área disciplinar do serviço social terá mais impacto e maior visibilidade perante as outras disciplinas quando os profissionais do serviço social aceitarem que “a teorização em serviço social é um processo que possibilita reconhecer a área do serviço social como um campo do saber autónomo, porque esta sistematiza uma base conceptual que uniformiza o discurso do serviço social como área de conhecimento científico” (Ferreira, 2011:72).

Em linhas gerais, tem de haver preocupação por parte dos assistentes sociais em fazer investigação, só assim se mostrarão empenhados em conhecer em profundidade os problemas sociais e a colocar nas práticas um olhar diferenciador que assente no

pressuposto que “o serviço social tem como quadro epistemológico a vantagem de interagir continuamente com o seu campo empírico de ação na relação que estabelece com o sujeito individual e coletivo, com a comunidade, com as instituições/organizações e com a sociedade. Sendo nesta teia de relações e interações que se deve identificar e construir a epistemologia do serviço social” (Ferreira, 2011:71).

A produção de conhecimento no serviço social é fundamental para fazer emergir e sobressair o diálogo e o debate reflexivo em torno das problemáticas sociais, só dessa forma se alcançarão explicações ou interpretações consubstanciadas pela investigação e aceites como válidas do ponto de vista científico.

Os assistentes sociais poderão agir com maior rigor, confiança e segurança, se a reflexão crítica for analisada à luz de teorias resultantes de processos de investigação feita pelos seus pares, permitindo a que os assistentes sociais possam adotar práticas coerentes e uniformizadas. Este “olhar sobre o conhecimento, a ciência e a sua relação com o mundo concreto apontam para um caminho de grande proximidade entre investigação e ação e oferece um modelo capaz de descodificar a complexidade inerente ao serviço social enquanto campo multiforme que se apresenta como disciplina científica e profissão da intervenção” (Amaro, 2018,:4).

Na área dos comportamentos aditivos a produção científica feita por assistentes sociais tem sido escassa, porém, esta é uma das problemáticas sociais onde um grande número de assistentes sociais desenvolve a sua atividade profissional. A intervenção dos assistentes sociais nesta problemática social iniciou-se desde que se criaram equipas multidisciplinares de apoio à toxicodependência. Através da literatura existente sobre este flagelo social, foi possível comprovar que a investigação nesta área tem sido realizada por investigadores de outras áreas das ciências sociais e médicas, com especial enfoque nas questões clínicas, nos malefícios das drogas, delinquência e criminalidade.

As principais publicações relativas às questões da toxicodependência foram publicadas com a chancela do Gabinete do planeamento e de coordenação de combate à droga, sob a direção científica de Cândido Agra, as investigações- maioritariamente de cariz quantitativo- deram especial atenção – às questões dos planos de vida, droga e crime; Emoções e cognições em consumidores de droga e delinquentes ; Consumo de Droga nas prisões portuguesas; Personalidade e ação em consumidores de droga e delinquentes; Trajetórias desviantes e Etnografia urbana das drogas e do crime. Poucas, são as investigações sobre o papel e intervenção dos assistentes sociais na toxicodependência. Esta temática tem sido dissecada em artigos científico, teses de mestrado e de

doutoramento, sendo quase inexistentes em Portugal livros sobre serviço social e toxicodependência.

A Revista Toxicodependências, editada pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência entre o ano de 1995 até 2011, apesar de se constituir como uma enorme mais-valia para a compreensão da toxicodependência em Portugal, tanto pela quantidade, como pela qualidade dos artigos científicos que comporta, é no entanto, um excelente barómetro onde se pode verificar a inexistência de investigação por parte de assistentes sociais na área da toxicodependência. A maior parte dos artigos científicos que se encontram na Revista Toxicodependências, referem-se a questões do fórum clínico ou são estudos de natureza quantitativa sobre o perfil dos doentes em tratamento nos diferentes serviços de apoio à toxicodependência. Um aspeto importante é referir que muito poucos são os trabalhos de investigação nesta publicação que tem como intuito de dar a conhecer a intervenção e o contributo dos assistentes sociais no âmbito da toxicodependência, seja em ambulatório – Centro de Respostas Integradas (CRI); equipas de rua ou comunidades terapêuticas.

Por outro lado, as investigações feitas em outras áreas do serviço social - velhice, infância e juventude, ação social nas autarquias, nas CPCJ's, na segurança social também parecem viver de pesquisas demasiado rígidas, demasiado centradas em si, contrariamente à psicologia e à sociologia que se apropriam de diferentes conceitos, fazem uso dos mesmos, e adequam-nos de acordo com a natureza da investigação.

Na investigação em serviço social, as fusões conceptuais encontram resistências, pela falta de interligação entre o mundo académico e o mundo da prática. Apesar de se reproduzirem aprendizagens feitas durante a formação académica, os assistentes sociais rapidamente se embrenham na sua atividade profissional e deixam de participar na construção de novos processos de teóricos e metodológicos importantíssimos para o serviço social.

“O serviço social é uma disciplina profissional cujo reconhecimento pela comunidade científica se está a construir e que busca a sua autonomia epistemológica e metodológica. (...) A investigação em serviço social é condição fundamental para a formação dos profissionais. A disciplina para ser ensinada precisa de construir modelos práticos de intervenção, que tornem coerentes as estratégias e o processo de ação com articulação com modelos teóricos elucidativos e explicativos que deem sentido e significado às atividades profissionais” (Granja & Queiroz, 2011:250).

A investigação científica em serviço social e em particular na área da toxicodependência, tem de olhar a realidade, sentir o pulsar de quem a vive, descortinar e aferir as suas particularidades, só neste entrosamento de diálogo reflexivo, sem descartar novas abordagens geradas pela criatividade epistemológica, a vitalidade e o empenho para além de criarem novos ensinamentos/aprendizagens podem moldar significativamente a trajetória do serviço social e colocá-lo no centro do conhecimento sobre a realidade social.

“É hoje reconhecido, embora nem sempre pacificamente aceite, que mesmo no campo da ciência existem várias formas de aproximação ao real, que correspondem a diferentes perspetivas do que é a realidade e de como é que a realidade pode ser conhecida. Neste âmbito, o contributo que o Serviço Social pode dar para a constituição de conhecimento científico ganha um novo vigor. A proximidade com as situações e o envolvimento com as perceções subjetivas que delas os indivíduos fazem têm vindo a ser olhadas como vantagens quando se trata de pensar nas formas de obter conhecimento sobre o real. Desta forma, abre-se um espaço de conquista pelo Serviço Social de um lugar na produção científica das ciências sociais, tornando mais clara a sua relação com as grandes correntes de pensamento e as implicações que pode ter na forma de pensar a ação profissional” (Amaro, 2008:75).

A este propósito Jorge Ferreira sugere que o conhecimento científico “deve ser integrado tanto nos planos de formação graduada e pós-graduada em serviço social como nas práticas profissionais do assistente social, prevenindo assim a sua desprofissionalização” (Ferreira, 2014).

A elaboração de trabalhos de investigação realizados por assistentes sociais é um meio para afirmar particularmente duas dimensões: a investigação com finalidade pedagógica, com vista melhorar a qualidade da ação/intervenção e os trabalhos de investigação propriamente científica, (Almeida,2009), para reconhecermos efetivamente, os contextos, as práticas, os modelos de intervenção adequadas a cada uma das realidades onde a seja necessário intervir.

## 2 – A relação e a ação do assistente social em comunidade terapêutica

O campo de ação dos assistentes sociais pode ser entendido como “um espaço relacional, na medida em que se estrutura e se corporifica através da comunicação e da participação

dos elementos que compõem o campo, diremos que um dos aspetos essenciais que nos interessa perceber é a rede de relações que se estabelece entre os diferentes protagonistas que integram esse campo de intervenção” (Andrade, 2001:226). A intervenção destes profissionais é normalmente, dirigida a uma determinada população-alvo e tem como objetivo fundamental promover o desenvolvimento de capacidades sociais - sejam elas coletivas ou individuais - a três níveis: o organizativo, promovendo a interação entre cidadãos e organizações, acionando apoios com objetivos sociais (por exemplo, subsídios concedidos a instituições de cariz social) e desenvolvendo a participação e a capacidade organizativa dos indivíduos e grupos; o cognitivo (do conhecimento), fornecendo informação aos indivíduos, incentivando a sua compreensão para o funcionamento da sociedade e orientando-os sobre a melhor forma de utilizarem os seus recursos; o relacional, facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais, capacitando os indivíduos para assumirem novos papéis e estimulando novas formas de comunicação e expressão.

Deste modo, no campo relacional o assistente social cria condições para emergirem situações relacionais e emocionais de cariz diverso que exigem do assistente social, respostas adequadas e integrativas pelo amor à verdade, promovendo o estímulo e a confiança no próprio e nas suas capacidades para desenvolvimento pessoal e profissional. A relação fortifica-se na ação, no agir com o intuito de aumentar a confiança e melhorar a situação relacional entre o assistente social e/os utentes (Vieira, 2007).

As interações conjuntas focalizadas entre o assistente social e os utentes estabelecem-se com a aproximação, e a transformação relacional acontece quando ambos percecionam a relevância de se autoanalisarem, fazem uma interiorização de si mesmo como princípio para repudiar os preconceitos que podem inquinar o processo de ajuda. Para Robertis (2003) citado por Pena (2012), “o assistente social é um profissional de ajuda, cuja legitimidade deriva de dispositivos éticos e legais, apontando como valores o respeito pela dignidade do homem e a sua consideração como sujeito (...) sendo que, é a partir daí que cada um faz a sua contribuição para o conjunto e para a responsabilidade que cada ser humano tem face aos outros que se traduz em todas as formas de solidariedade” (Pena, 2012:84).

Para que exista efetivamente uma relação de ajuda, cada um tem de se aceitar tal como é, só assim se pode iniciar um caminho e cada um mudar em si o que está errado. Essa aceitação do próprio converte-se numa autêntica relação com o outro e garante uma trajetória terapêutica frutífera. A consideração pelo outro é um processo em construção,

como um puzzle que se vai montando lentamente, valorizando cada uma das peças de modo a que se construa na totalidade, mas para isso é preciso aprender no presente mais do que o passado, ganhar bases sólidas para o futuro, trabalhando para construir a partir do momento atual aspetos positivos que capacitem a pessoa e lhes dê convicção de que quem tem um presente e com ele poderá melhorar o futuro (Vélez, Miguel, Sánchez, Borrego, & Pérez, 2016).

Para Sapeta (2011) citada por Ramos (2013) a relação de ajuda “promove-se na motivação para a mudança, abordando os problemas e ajudando a tomar decisões, partindo sempre do pressuposto democrático e anti paternalista, com obediência máxima a todos os princípios éticos (...) É necessário estabelecer uma relação de ajuda que compreenda os princípios orientadores do comportamento, os utilize e os adapte a cada um em particular.” (Ramos, 2013), a “relação de ajuda é sustentada no encontro, acontece num processo de interação interpessoal em que a confiança, o consentimento e a livre adesão são elementos fundamentais na construção de uma relação facilitadora da intervenção” (Pena, 2013:85).

A relação de ajuda compreende-se em dois níveis o respeito por si mesmo e o respeito pelas escolhas do outro, para além da proximidade é necessário um elevado nível de compreensão tolerância, capacidade de interpretação e de decodificação dos sinais que sobressaem de ambos os lados sobre a relação, no entanto é preciso ser claro e objetivo no que se quer dizer e fazer sentir, tem sempre de ser “uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa outra parte, ou ambas, uma maior precisão, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos latentes internos ao indivíduo” (Brinca, 2017:84).

Para Phaneuf (2005), as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda são: a aceitação, o respeito e a empatia. A aceitação, segundo a autora, constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda, é um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança (Novo, Galvão, & Rodrigues, 2014).

No que respeita à empatia refere que é caracterizada por ser um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se penetrasse no seu universo, como se se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive e que lhe leva o reconforto de que tem necessidades (Phaneuf, 2005).

Para desenvolver uma relação profissional empática significa procurar conhecer os problemas do outro, o mais claramente possível, para tentar ajudar a resolvê-los. A “compreensão empática diz respeito à sensibilidade que o facilitador deve ter para com os sentimentos e as reações pessoais que a outra experimenta a cada momento; ao compreendê-los de dentro, tal como o outro os vê, e quando consegue comunicar com êxito sobre essa mesma compreensão ao outro, então dá-se a mudança” (Mendes, 2006:74).

É preciso ouvir para entrar no mundo dos sentimentos e concepções pessoais, aceitar totalmente, tolerar os desvios de comportamento e estimular as atitudes positivas (Novo, Galvão, & Rodrigues, 2014).

“A empatia é útil para a qualidade e eficácia do relacionamento profissional, e ajuda a obter rapport; para obter informações dos clientes, mostrando-lhes compreensão ou atenção; adotar as metas do clientes em relação à autoexploração; ajudar o cliente a conhecer-se quando confrontado com outra pessoa que se torna um espelho vivo capaz de coletar fielmente e refletir claramente os aspectos do seu mundo interior; e aumenta a segurança do cliente em si mesmo para explorar seu mundo interior para se sentir acompanhado, respeitado e aceito pelo assistente social” (Vélez, Miguel, Sánchez, Borrego, & Pérez, 2016:10).

Na comunidade terapêutica a relação de ajuda é um processo que se vai cimentando ao longo de todo o processo de tratamento do toxicodependente em comunidade terapêutica. A relação estabelece-se entre o assistente social e o toxicodependente em tratamento, desde a primeira entrevista até ao final do projeto socio terapêutico, que se concretiza com a reinserção social e profissional.

A relação estabelece-se por meio de uma comunicação que se pretende eficaz, assertiva e não impositiva, para que exista uma “comunicação eficaz é necessário desenvolver um conjunto de competências que têm como eixo central atitudes básicas, como o respeito, a escuta ativa, aceitação e empatia, entre os mais proeminentes. As habilidades de comunicação (conhecimentos, habilidades e atitudes), são expressas tanto na comunicação verbal como na comunicação não-verbal.” (Sequeira, 2016). A comunicação é elemento primordial no trabalho do assistente social, está presente em todos os instrumentos do profissional, uma profissão eminentemente interventiva nas relações sociais, de trabalho, mobilização e participação dos utentes (Cordeiro & Martins, 2013).

O não reconhecimento, por parte do assistente social, da importância de uma boa comunicação, pode pôr em causa a eficácia da mesma e dessa forma contribuir para o insuficiente reconhecimento da dimensão humana no serviço social (Coelho & Sequeira, 2014). O assistente social na comunidade terapêutica está em permanente comunicação, a constante presença e o contacto diário do assistente social com os toxicodependentes em tratamento, geram uma atividade relacional intensa baseada na comunicação verbal e não-verbal, sendo que por vezes a comunicação não-verbal expressa-se em comportamentos e atitudes tidas pelos toxicodependentes, na falta de aceitação e na incapacidade de lidar com a frustração. Por outro lado, o assistente social tem de manter a calma, manter um registo adequado e focar-se em saber explicar, transmitir ensinamentos com clareza, saber ser e saber fazer com a capacidade de se impor sem ser autoritário.

A comunicação em comunidade terapêutica do assistente social extrapola a esfera dos toxicodependentes em tratamento e dos demais profissionais com que desempenha as suas práticas profissionais, o assistente social comunica com todos os outros parceiros da rede com quem cria respostas adequadas às necessidades dos toxicodependentes em tratamento, famílias, instituições públicas e privadas na área da saúde, educação, justiça e emprego e segurança social. A comunicação interna, exige um conhecimento efetivo da realidade e da história de vida da toxicodependente em tratamento e das dinâmicas organizacionais, das questões administrativas, da filosofia e do modelo de intervenção da comunidade terapêutica. A comunicação externa, mantém o mesmo nível de exigência obrigando o assistente social a atualizar as suas aprendizagens, a reciclar os seus conhecimentos sobre as constantes alterações nas leis, nas medidas e as políticas sociais de modo a poder a construir os seus instrumentos de trabalho de forma correta, informações sociais, relatórios sociais, pareceres técnicos, fazer encaminhamentos e requer apoios que possam colmatar as necessidades sentidas pelos toxicodependentes em tratamento.

Na observação presencial, nos atendimentos individuais, nas reuniões comunitárias, nos grupos evolutivos e na interação diária com os toxicodependentes em tratamento o assistente social em comunidade terapêutica deve ter em atenção que a narrativa é relevante para a comunicação, (...) pelo facto de ser através da narrativa pode compreender a perspectiva do toxicodependente em tratamento e só com base na conversação vai evitando dúvidas e leva pessoa a relatar as suas experiências e participe na construção do seu novo projeto vida (Pena, 2012).

Para que mantenha nas suas práticas uma comunicação forte e mobilizadora, consistente, coerente e com significado o assistente social tem de ter “uma escuta qualificada e cuidadosa, que procure entender as exigências reais dos utentes e as características do território onde intervêm e se movimenta, a fim de identificar os pontos de vulnerabilidade, mas também a existência de recursos disponíveis” (Silva, de 2015:8).

Assim, neste contato com os toxicodependentes em tratamento o assistente social viabiliza a comunicação e estabelece uma relação de ajuda, mas para isso é preciso de ambos os lados haver disponibilidade mental e emocional, para que haja entrega, com a certeza de que as fragilidades de ambos possam servir como modelo de identificação para o outro. Ao utilizar a escuta ativa o assistente social tem de mostrar confiança, dando oportunidade ao outro para dizer o que pensa sem ter de filtrar o pensamento. Nesta interação o assistente social faz sentir o toxicodependente que tem de saber de si, de olhar por si e fazendo-o perceber que não está sozinho nessa etapa da sua vida.

Na comunidade terapêutica, o tempo para dissecar os maus pensamentos e transformá-los em bons, nasce num espaço de interajuda em que o assistente social, tal como o toxicodependente em tratamento, se comprometem em reconstruir peça a peça uma vida desfeita pelos consumos de substâncias psicoativas.

A relação que se vai estabelecendo entre o assistente social e o toxicodependente em tratamento vai sendo fortalecida pelos ensinamentos, pelos valores e regras que o assistente social lhe vai incutindo, ajudando-o a entender-se e a compreender-se como pessoa com deveres e direitos, reconhecendo a sua importância no futuro.

O impacto do trabalho do trabalho feito pelo assistente social junto do toxicodependente em tratamento, verifica-se na sua alteração de comportamentos, na sua forma de ser e de estar no dia-á-dia na comunidade terapêutica. Estas modificações são notórias nomeadamente, na forma como os toxicodependentes em tratamento se relacionam com os restantes elementos do grupo, com os membros da equipa multidisciplinar e com todas as pessoas e instituições que pertencem à rede de relações sociais e familiares.

A comunidade terapêutica, é assim, uma espécie de tubo de ensaio, onde cada um, independentemente das patologias que tem associadas à dependência química, pode reforçar e treinar as suas competências emocionais, abrandando a sua impulsividade e o imediatismo resultante do seu percurso de consumo de substâncias psicoativas.

Este modelo de trabalho baseado na possibilidade do toxicodependente colocar em prática as aprendizagens que vão sendo feitas, dá espaço a que exista treino e o mesmo possa ir afinando, revendo e recalculando a sua forma de ser e de estar em sociedade, este longo

período de experimentação traz novas possibilidades do próprio se autoconhecer, de se olhar e de deixar que os outros, e em particular o assistente social, o possam confrontar e ajudar a corrigir as suas ações, atitudes e incorretos ou o possam elogiar e valorizar pela sua capacidade de transformação.

No que concerne á atuação do assistente social, é essencial que este conheça o diagnóstico do toxicodependente em tratamento, só um diagnóstico claro e objetivo lhe permite compreender os problemas que o toxicodependente em tratamento apresenta.

Um diagnóstico claro privilegia a participação e a comunicação com o toxicodependente em tratamento e ajuda a que este tome consciência e aceite o seu próprio problema.

Apesar do diagnóstico do toxicodependente em tratamento em comunidade terapêutica nem sempre ser estanque, é muitas vezes um *work in progress*, devido às novas informações que vão surgindo ao longo do tratamento, sejam essas obtidas através das partilhas do próprio em reuniões comunitárias, psicoterapia individual, consultas de psiquiatria ou de outras fontes de informação, tais como: serviços de saúde, tribunais, família e etc. Todas as informações recolhidas são pertinentes e necessárias para reforçar o trabalho do assistente social e a intervenção seja feita com qualidade.

A nível da intervenção o assistente social desenvolve diferentes funções: a Informativa/ Terapêutica e Orientação /Encaminhamento.

O assistente social intervém ao nível relacional usando como principal técnica o envolvimento. No que diz respeito ao envolvimento, o assistente social estabelece uma comunicação direta de maneira a criar uma relação empática com o residente garantindo uma maior compreensão e diagnóstico do problema para assim atingir uma melhor eficácia na resposta. Este processo inicia-se no momento da primeira entrevista que é feita presencialmente com o toxicodependente, sempre que este mostre motivação e vontade para ser internado na Comunidade Terapêutica.

A função Informativa/ Terapêutica visa o aspeto educativo e pedagógico, desde a entrevista de entrada até ao dia da saída, a informação é clara e objetiva para que o percurso socio terapêutico seja de aprendizagem, não só ao nível do desenvolvimento psicológico, mas também aos níveis sociais e cultural.

Quanto á Orientação / Encaminhamento, trabalha-se sobretudo na articulação dos recursos existentes na comunidade envolvente e geral, procurando respostas às necessidades dos residentes relativamente á reinserção social.

O assistente social estabelece assim um papel de agente de mudança entre o indivíduo, a família e a comunidade e está incumbido da tarefa de contactar e coordenar com todas as

entidades externas que de alguma maneira continuem para melhorar e potenciar a reintegração sociofamiliar e socioprofissional do toxicodependente: segurança social, tribunais, entidades patronais, finanças, juntas de freguesia, camara municipal, instituto de emprego e formação profissional e na comunidade em geral.

A prática do Serviço Social neste “campo efetiva-se por meio de ações que reclamam por equidade e justiça social, pressionando as instituições na melhoria do acesso aos cuidados assistenciais e no reconhecimento dos direitos de uma população” (Barbosa, 2011:77).

O assistente social é o agente de estímulo á cooperação, á relação e á dinamização de todas as capacidades e competências sociais e relacionais que o toxicodependente comporta, as aprendizagens são instrumentos com as quais poderá fazer frente às adversidades e às barreiras que terá de combater, seja no período que vai estar internado em comunidade terapêutica, como no futuro durante a reintegração social.

Na comunidade terapêutica a equipa multidisciplinar baseia a sua intervenção de acordo com a máxima que “cada caso é um caso”, contudo, o toxicodependente em tratamento tem de cumprir regras, cumprir os deveres comuns a todos os elementos do grupo. Durante o projeto socio terapêutico é fundamental que o assistente social perceba que faz parte da sua intervenção impulsionar e executar as suas práticas de forma interligada, todas as suas ações têm de ser estruturadas em rede, nessa medida é efetivamente necessário que o assistente social seja capaz de pensar e dinamizar ações em grupo, em função das reais potencialidades dos elementos que o constituem.

Os beneficiários desta estrutura residencial são pessoas de ambos os sexos toxicodependentes que depois de terem passado por vários métodos de tratamentos - sem obter sucesso - recorrem aos serviços da comunidade terapêutica. O meio de chegar à comunidade terapêutica não é relevante, o mais importante é chegar até lá, ser admitido e integrar o grupo de pessoas que na comunidade coabitam em tratamento. Muitos dos toxicodependentes vão para tratamento na comunidade terapêutica para não cumprirem pena prisão efetiva, outros são aconselhados pelos seus terapeutas e assistentes sociais que os atendem em ambulatório, outros por motivação própria e sentir que a sua dependência química os levou até a um ponto impossível de suportar, de viver, numa profunda angústia quase irreversível, num desespero absolutamente cruel.

Todos estes homens e mulheres são maioritariamente pessoas com um longo historial de consumo de substâncias psicoativas.

*“No dia em que me disseram que estava marcada a entrada para a comunidade terapêutica, fiquei sem saber o que fazer. Foi-me dito de manhã*

*ao pequeno almoço pela a assistente social do Centro de Abrigo (...). Tomei o pequeno-almoço, bebi a metadona e vim para a rua arrumar carros, mesmo a consumir branca, andei nervoso todo o dia, ao mesmo tempo tinha medo. Para mim, já tinha assumido que a minha vida ia ser acabar na droga, já tinha perdido tudo, nessa noite não fui dormir ao centro de acolhimento e andei toda a noite a consumir. Mas de manhã quando fui tomar a metadona, o enfermeiro e a assistente social voltaram a falar comigo e aceitei a ajuda deles.” (E08)*

*“A minha vinda para a comunidade deu-se por acaso, na semana antes de entrar para a comunidade andava na vida (prostituição), e fui com um cliente para uma zona perto da casa do “Diller”, no fim de fazermos o trabalho, ele pagou-me e pedi-lhe para esperar por mim que eu já vinha, ele esperou num café da esquina. Quando estava a pagar a bebida para irmos embora reparei que estava com a carteira cheia de dinheiro, dólares e euros, um grande maço de notas. Dei-lhe uma tanga e pedi-lhe para parar o carro junto de um prédio em obras, fiz que entrei no prédio do lado e fui ao prédio em obras dar o chuto (consumir a dose), fui para dentro do carro comecei a dar-lhe conversa, etc. e no meio da confusão (sexo), consegui roubar-lhe a carteira. Ele foi fazer queixa de mim e nessa semana, fui sendo avisada pelo pessoal que a bófia andava à minha procura e ele também. Como já tinha tantos processos em tribunal e percebi que se não viesse para tratamento ia para a prisão. Acabei por pedir no Centro de apoio a toxicodependentes para ir para a comunidade terapêutica, como já tinha desistido duas vezes e tinha o processo concluído acabou por ser rápido e fui a tomar metadona.” (E07)*

Na comunidade terapêutica o trabalho do assistente social reveste-se de uma particularidade, o permanente contacto com a pessoa toxicodependente, desde a primeira entrevista ainda como candidato a residente, passando por todas as etapas que estabelecem desde a data de entrada em comunidade terapêutica, estendendo-se até à fase de reinserção social e posteriormente no suporte que o assistente social lhe vai dando nos primeiros meses de vida autónoma. O trabalho do assistente social ganha vigor e razão de ser na “gestão dos problemas sociais e na contribuição para a coesão social, reduzindo e

prevenindo os riscos sociais, intervindo atualmente nos contextos da emergência de novos e persistentes riscos sociais” (Barbosa, 2011:72).

Ao longo de todo o percurso que o toxicodependente está internado em comunidade terapêutica o assistente social tem de desenvolver estratégias para o apoiar e ajudar a reconstruir um novo projeto de vida.

A intervenção do assistente social na comunidade terapêutica ocorre tendo por base modelos de intervenção, por modelo entendemos um “conjunto de princípios relativos a um campo definido por fenómenos ou experiências. De acordo com um esquema referencial para aplicar na prática, supõe uma representação simplificada e esquematizada da realidade, que sugere de uma teoria, que pode ser aferida na prática” (Caparrós, 1998). Payne (1995:80) *citado por* (Garro, 2007) assinala que os Modelos de Trabalho Social descrevem de uma forma geral o que sucede durante a atividade prática e devem ser aplicados de forma estruturada a um amplo mostuário de situações, extraindo uma série de princípios e pautas de atividades que dão coerência e uniformidade à prática.

Um pouco na mesma linha que Payne e Du Ranquet (1996), *citados* pelo mesmo autor, concordam que o modelo descreve o que o assistente social faz, e a forma como usa estratégias e técnicas que se adequam aos problemas encontrados.

“A organização da prática profissional em modelos de intervenção social revela-se como uma estratégia de ação que pode, simultaneamente, atuar de uma forma centrada no indivíduo, mas também agir no coletivo. Significa a defesa de uma postura inovadora e pró-ativa que reflita sobre a dimensão circundante e global do problema em causa, equacionando medidas mais sustentadas a médio-longo prazo sem menosprezar uma intervenção pontual, incidente nas necessidades imediatas. Defende, igualmente a necessidade de consolidar organizadamente as diferentes estratégias profissionais que o assistente social utiliza quotidianamente” (Santos, 2012:134).

Na comunidade terapêutica os assistentes sociais empenham-se no planeamento, na execução e na implementação de ações que visam aumentar as competências sociais e relacionais dos toxicodependentes em tratamento, estes profissionais não são meros condutores imparciais, são interventores participantes, com capacidade de intervenção e agentes ativos e produtores de respostas cimentadas em modelos de construção teórica. Dependendo do caso com que o assistente social se depara, este profissional agrega às suas decisões e ações às principais linhas orientadoras do modelo de intervenção social pelo qual pauta a sua intervenção. Os modelos de intervenção social são usados pelos

assistentes sociais tendo em conta o contexto e a problemática social, sendo os que mais se salientam, o modelo psicossocial, o modelo de intervenção em crise, o modelo centrado na resolução de problemas, o modelo de gestão de caso, modelo sistémico, o modelo sistémico e ecológico, o modelo radical e o modelo de modificação de comportamento, o assistente social “deve munir-se de um conjunto de estratégias de atuação que tornam a sua prática o mais adequada possível às exigências da realidade social e à lógica organizacional, permitindo, progressivamente, legitimar a sua presença enquanto profissional” (Santos & Reis, 2010:446).

O Modelo Psicossocial “consiste em considerar a pessoa na sua multidimensionalidade, portanto amplia o sentido de saúde como uma experiência subjetiva e resulta de uma conceção holística e ecológica (Püschel, Ide, & Chaves, 2006) e para Lameiras (2015) o modelo psicossocial:

“Surge da prática profissional, tendo sido progressivamente desenvolvido com diferentes teorias. No início assentava a sua ação no modelo médico, mas o seu manancial teórico nasce precisamente da teoria psicanalítica de Freud e dos seus seguidores. Daí, este modelo enraizar a sua intervenção no indivíduo, no seu funcionamento psíquico, dirigindo a sua ação para as causalidades dos problemas, bem como, para as dificuldades que a pessoa apresenta no confronto e na resolução dos mesmos” (Lameiras, 2015:7).

Para Garro (2007), a teoria e a metodologia da intervenção de crise foram desenvolvidas pela Psiquiatria americana e dá-nos como principais referências Erich Lindemann e Gerald Caplan. A adaptação desta teoria ao trabalho social é devido ao fato de que a prática dos trabalhadores sociais se desenvolve em contato permanente com pessoas em estado de crise.

“Todos, grupo ou família, em um sentido ou outro, experimentam crise e participam nas crises dos outros em diferentes momentos da vida. Enquanto alguns podem lidar com suas próprias crises, outros se voltam para profissionais para receber apoio emocional e profissional. Além disso, situações de crise muitas vezes exigem, em geral, uma resposta imediata e um conselho do de profissionais dentro de um curto período de tempo; por que essa intervenção geralmente é classificada nas chamadas terapias breves de intervenção” (Garro, 2007:312).

O modelo centrado na resolução de problemas consiste na resolução dos problemas apresentados pelos clientes, problemas que podem ser definidos com clareza, objetivos,

concretos, são por norma fruto de situações que os clientes desejam ver alteradas, estão ligados a “desejos insatisfeitos”. As principais categorias de problemas nos quais incide o trabalho centrado em tarefas são, “conflito interpessoal, insatisfação em relações sociais, problemas com organizações formais, dificuldade no desempenho de papel, problemas de decisão, *stress* emocional reativo, recursos inadequados, problemas psicológicos e comportamentais não categorizados de outra forma, mas que vão de encontro à definição geral de problemas do modelo (Pereira , 2011).

O Modelo Sistémico, por sua vez encara os fenómenos, não de forma individual ou de causa e efeito, mas sim numa perspetiva de análise “totalizadora”, que engloba além dos fatores acima referidos, os aspetos materiais, culturais e de relacionamento, Núncio, (2010) *citado por* (Leal, 2011). Para Mouro (2006), o modelo sistémico “têm como objetivo o exercício da reconstrução dos laços sociais, como eixo de reparação dos suportes a partir dos quais se pode canalizar a intermediação e a comunicação, elementos necessários ao desenvolvimento de uma cultura do sentimento - tornou-se no mais indicado para agir sobre as situações de vulnerabilidade social” (Moura, 2006:138).

Para Garro (2007), o modelo de modificação da conduta surge como uma nova corrente da psicologia, e fixa-se em compreender e interpretar o comportamento observável das pessoas e não em analisar e interpretar a sua consciência como vinha sendo até aqui. “Esta nova corrente da psicologia teve um grande impacto para o serviço social, visto que estes tinham por vezes necessidade de moldar ou mudar o comportamento dos seus utentes. Assim, a teoria da aprendizagem social surge como uma corrente teórica deste modelo, ao considerar que a experiência dos outros pode conduzir à aquisição de novos comportamentos<sup>64</sup>” (Guerreiro, 2011:30).

Do ponto de vista apenas do serviço social e das práticas do assistente social os modelos de intervenção em serviço social estão bem definidos como pontos de acesso e de partida para a atuação do assistente social. Uma prática regulada por postulados teóricos que faz o profissional desenvolver a sua atividade assente numa base teórica muito mais transversal e que lhe acrescenta riqueza, se a abordagem sistémica está tão generalizada

---

<sup>64</sup> A tradução é da autora supracitada (Guerreiro,2011,p.30).No livro *Métodos y modelos de intervención en trabajo social* na pag.308,*Viscarret Garro (2007)*, onde consta a seguinte definição: “Modelo de modificación de conducta - El conductismo es una corriente de la psicología que provocó una revolución dentro de la misma, ya que fija el objeto de su interés en comprender e interpretar el comportamiento observable (externo) de las personas y no tanto en analizar e interpretar la conciencia (interno), como venía siéndolo hasta aquel momento. El Trabajo Social, al igual que ocurrió con los descubrimientos y avances en psicodinámicos, se vio atraído por esta nueva corriente, que tiene en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta del problema, más que los factores que han contribuido a su desarrollo, como lo hacía el modelo psicodinámico.”

e espalhadas por outras disciplinas, o modelo centrado na resolução de problemas, o modelo de intervenção em crises, o modelo centrado na tarefa, o modelo sistêmico e ecológico, o modelo de modificação de comportamento são amplamente na sua gênese fruto da investigação e do trabalho social, e para o assistente social no seu “exercício profissional deve dividir entre um modelo de características generalistas e um outro por especialidades” (Moura, 2006:50).

Qualquer que seja o modelo de intervenção usado pelos assistentes sociais em comunidade terapêutica, a premissa para a prática centra-se em trabalhar com a pessoa, para a pessoa, como modo de construir um projeto de vida assente em novos valores, num estilo de vida saudável sem consumos de drogas, comportamentos de risco e atitudes que possam levar á recaída. O assistente social ao colocar todo o seu empenho no trabalho que desenvolve em conjunto com os toxicodependentes de modo a que estes sejam capazes de se reconhecer, reencontrar e tornar tão autónomo quanto possível nas relações sociais, familiares e profissionais necessárias e próprias da vida em sociedade.

Neste continuo processo de aprendizagem e partilha os toxicodependentes em recuperação não podem e não têm como fugir de barreiras, medos, associações que faz entre o tempo de consumo e a sua nova vida, como tal só apreendendo a lidar com situações problemáticas inerentes ao consumo compulsivo das drogas, o toxicodependente poderá ser o próprio condutor da sua vida e nesse sentido todas os ensinamentos que são fruto da relação com assistente social sejam de extrema importância, nesse sentido, é de salientar que o trabalho que o assistente social se realiza em todas as fases que o toxicodependente passa durante o tempo que se encontra em tratamento em comunidade terapêutica.

Neste ambiente balizado e reforçado pelo apoio socio efetivo os toxicodependentes internados na comunidade terapêutica encontram neste espaço uma nova família, o que leva a que o assistente social tenha de criar um vínculo positivo, contudo reforçado pelo distanciamento e pela capacidade de autocontrolo.

A relação de proximidade/distância entre o assistente social e o toxicodependente é evidente, e impossível de ser feita de outra forma. Na comunidade terapêutica a equipa técnica e o grupo de toxicodependentes em tratamento, estão em contato permanentemente entre si. A comunidade terapêutica tem os espaços físicos bem delineados e bem definidos, existem gabinetes próprios para cada um dos profissionais da equipa técnica, contudo a intervenção a realizar constantemente com o toxicodependente, tanto a nível individual como em grupo, requer que o assistente social

tenha estratégias de sustentação do seu papel profissional de modo a não pôr em causa a relação com o toxicodependente.

Para além da destruturação e dos danos causados na relação familiar, os toxicodependentes têm dificuldades em manter uma atividade profissional estável, sem rendimentos económicos e incapazes de fazer face às despesas do dia a dia, a intervenção do assistente social é respetivamente articular com outros serviços, instituições e entidades parceiras para agregar o máximo de recursos financeiros e humanos suficientes para colmatar as necessidades apresentadas pelos toxicodependentes.

Para que o toxicodependente em comunidade terapêutica possa ter o seu dinheiro de bolso para os seus gastos pessoais, há um conjunto de ações e procedimentos que o assistente social tem de executar até ser desbloqueada a verba protocolada com o Serviço de Intervenção e Comportamentos aditivos e outras verbas vinda de outras instituições públicas e privadas, há uma clara insuficiência de apoios sociais destinados à toxicodependência, para se fazer face a esta problemática, por vezes é necessário recorrer às redes informais, a familiares e amigos.

Em Portugal há claramente uma falta de apoios de cariz económico para as pessoas toxicodependentes, fruto das diretrizes e das políticas sociais a nível nacional, esta é uma das razões que impelem a que o assistente social tenha uma atitude proactiva e dinâmica na organização sessões de esclarecimento, reuniões e protocolos com todos os agentes sociais da sociedade civil com o objetivo de os sensibilizar, no sentido de travar a evolução da pobreza psicossocial dos toxicodependentes. Os assistentes sociais que trabalham com a problemática da toxicodependência tem um papel importante na reformulação de políticas sociais, na promoção de programas de intervenção específicos, construir redes e articular sistematicamente e regularmente com as entidades responsáveis para que haja mais envolvimento por parte de todos, de modo a melhorar a qualidade de vida dos toxicodependentes.

“Uma das estratégias mais utilizadas pelo assistente social é a *advocacy*, a defesa e representação da pessoa no sentido de esta obter os serviços necessários, o que se justifica pelo facto de os utilizadores dos serviços estarem, muitas vezes, numa situação vulnerável, frágil, sem possibilidade de se fazer ouvir ou fazer reconhecer os seus direitos, sem esquecer que o objetivo último é que o utilizador do serviço seja capaz de se representar a si mesmo” (Pena, 2012:142).

O assistente social tem um papel ativo, interventivo e educativo ao longo do todo o pauta por princípios de promoção de bem-estar físico e psicológico, a filosofia de intervenção tem de ser focada essencialmente em trabalhar “com” o toxicodependente, lado a lado, cooperando, respeitando a sua individualidade, para que este se autodetermine e reajuste a sua forma de estar á realidade social, onde no futuro se terá de encaixar, reinserir e refazer a sua vida.

O desenvolvimento do toxicodependente, que advém do suporte e do trabalho feito com o assistente social, é uma marca que visa não só travar o seu empobrecimento físico e psicossocial, mas também uma muleta, na qual o toxicodependente se poderá apoiar durante a sua reintegração social.

O serviço social vem construindo novos modelos de atuação e de intervenção consonantes com a realidade social. As fragilidades e debilidades existentes nas relações interpessoais, nas relações institucionais, a recomposição e reorganização das famílias e tem vindo a fazer eclodir outros *modos operandis* na intervenção social. O grande combate do serviço social é, e sempre será, a luta contra todas as formas que assumem as desigualdades sociais, normalmente acentuadas pela pobreza e exclusão social.

“Ao nível do discurso político e da própria formulação e avaliação da política social, estes conceitos são geralmente confundidos, tendo vindo a ganhar importância a conceção de exclusão social em detrimento do conceito de pobreza.(...) Embora distintos, os dois conceitos visam traduzir um conjunto de desvantagens sociais que alguns indivíduos detêm face a uma dada norma, definida em termos da satisfação de determinadas necessidades consideradas básicas, ou relativamente a um padrão social dominante de bem-estar. O conceito de pobreza é o mais antigo e foi, durante muito tempo, associado a insuficiência de rendimentos e/ou de consumos (bem-estar material), tendo evoluído, nas últimas décadas, em função de um melhor conhecimento das suas manifestações nas sociedades contemporâneas.” (OIT/BIT, 2003:15)

O assistente social ao reconhecer as necessidades sociais de qualquer cidadão ou comunidade deve aniquilar qualquer forma de impedimento ou de travão que impeça a sua força para vencer essa batalha. O assistente social trava o embate a que se propõe, para “avançar com o seu projeto ético-político na direção de uma sociabilidade mais justa, mais igualitária e onde direitos sociais sejam observados.” (Yazbek, 2010:154).

Em Portugal no âmbito da problemática da toxicodependência os assistentes sociais estiveram desde o primeiro momento envolvidos na construção e na operacionalização

das leis, medidas de apoio e combate à toxicodependência. A dimensão da intervenção dos “Assistentes Sociais (...) rege-se, por teorias, métodos, instrumentos, enquadramentos legais e específicos, programas de financiamento legais específicos, e procedimentos adaptados ao contexto de intervenção” (Brinca, 2017:3).

Neste sentido, o serviço social tem contribuído para diminuir o impacto de um diversificado painel de problemáticas sociais existentes na sociedade em geral, a sua intervenção tem passado por criar iniciativas e métodos de trabalho para melhorar a qualidade de vida das populações, relativamente à problemática da toxicodependência o assistente social tem colocado o seu cunho profissional em três eixos fundamentais: prevenção, redução de riscos e minimização de danos e tratamento.

Na prevenção primária das substâncias psicoativas o serviço social tem garantido o seu espaço de atuação com o conhecimento adquirido nomeadamente na redução de riscos e minimização de danos e tratamento, a prática do assistente social nestes dois contextos tem possibilitado adquirir saberes importantes para a informação preventiva, nomeadamente junto das populações mais jovens em contexto educativo e na população em geral pelo desconhecimento efetivo sobre esta problemática, as ações de sensibilização tem como principal objetivo dar a conhecer a existência dos vários tipos de substâncias psicoativas, sinais de alerta para avaliar e sinalizar e os novos consumidores, entre outros. Prevenir e promover é implementar atitudes, planos, programas que partem do ideal de bem-estar para as pessoas e retornem a esse mesmo ideal. Assim, o assistente social tem um papel de destaque na estrutura interdisciplinar que valida, melhora e tem vindo a viabilizar o seu trabalho, (Santos & Freitas, 2012). Nas equipas de rua, o serviço social tem um papel de agente supervisor no controlo socio sanitário, com o objetivo de prevenir maiores danos na saúde dos consumidores e desencadear uma relação positiva que se venha a traduzir no encaminhamento dos consumidores para as respostas sociais que atuam no âmbito de tratamento. Tem-se “verificado que, através das equipas de rua que atuam nos contextos onde os consumidores de substâncias psicoativas se encontram, tem sido possível estabelecer contacto e intervir concorrendo para uma maior procura de serviços, nomeadamente de tratamento (SICAD, 2009).

O serviço social está fortemente representado em qualquer uma das respostas sociais que disponibilizam o tratamento da toxicodependência, em comunidade terapêutica sua intervenção tem ganho grande relevo e expressão como fator integrador da importância do papel do assistente social no âmbito da saúde. O papel do serviço social na orgânica

institucional e na prática em comunidade terapêutica tem-se efetivamente constituído um processo de luta histórico e tem-se vindo a consolidar nos últimos anos, deixando para trás a ideia que a intervenção do assistente social existia numa lógica assistencialista, e não de garantia de direitos, de intervir junto à realidade, como um processo de (re)construção constante da mesma, exigindo, de forma periódica, uma leitura crítica e contextualizada da realidade por parte do profissional (Woerner, 2015).

Ao nível da toxicoddependência, a intervenção o assistente social tem vindo a ganhar maior consistência e reconhecimento pela aceitação e respeito que o assistente social tem por parte dos restantes profissionais com os quais desenvolve as suas práticas profissionais, a integração dos assistentes sociais em equipas multiprofissionais deu-lhes estatuto e reforçou a sua relação profissional perante as outras categorias profissionais, o trabalho colaborativo não apaga a competência e a responsabilidade ética de cada um dos outros profissionais das diferentes categorias (Santos, Jesus, & Almeida, 2012).

Na comunidade terapêutica o assistente social realiza o seu trabalho no âmbito da ação multidisciplinar e interdisciplinar, inseridos numa equipa multidisciplinar, os assistentes sociais têm sido elementos ativos e proativos em todos os processos, dinâmicas e desafios internos, quer da própria instituição que representam, como durante a construção de um novo projeto de vida dos toxicoddependentes em tratamento. A abordagem interdisciplinar mostra, de um lado, “o reconhecimento dos limites para a apreensão da realidade complexa e multideterminada que vivemos e a necessidade de articulação de várias áreas do conhecimento” (Denadai & Garcia, 2016). Ser assistente social, é manter a mente aberta e compreender as causas que estão na raiz dos problemas e estudá-las para as solucionar. Devendo o assistente social, agir de forma crítica, política e proativa, observando os limites e as possibilidades de sua práxis transformadora dentro da comunidade terapêutica. Compete-lhe esclarecer e informar os “toxicoddependentes em tratamento sobre os seus direitos, não reproduzindo o corporativismo (sistema político de proteção dos interesses de segmentos da sociedade, de alguns grupos em detrimento de outros), mas mantendo uma apreensão instrumentalizada dos processos sociais, observando a perspetiva de totalidade e promovendo a justiça social” (Freitas & Ribeiro, 2014:47).

A intervenção dos assistentes sociais é desencadeada por uma série de mecanismos e diferentes procedimentos assente em conhecimentos teórico-científicos, métodos e técnicas próprias para a ação que pretende desenvolver, com responsabilidade pela sua intervenção, os assistentes sociais vão colocando os seus conhecimentos ao dispor dos

reais interesses e necessidades dos beneficiários dos serviços, este agente de transformação e mudança, tem de ser exigente e mostrar a sua capacidade de influência e de lobby junto dos decisores, para melhorar dia a dia a qualidade da sua intervenção.

Enquanto profissional, o assistente social tem a obrigação de viver preocupado, olhar para o outro, sentir com o outro, capacitar-se e capacitar o outro, aprender e reaprender a ser, aceitar a mudança e ser reflexivo, explorar a problemática e esmiuçar a causa, sem juízos de valores, nem ideias preconcebidas de modo a poder evoluir enquanto profissional e contribuir para aumentar o conhecimento científico sobre a sua ação, e assim dar maior credibilidade á profissão.

### 3 - Serviço social e a recomposição dos laços familiares.

O grupo dos toxicodependentes em comunidade terapêutica é habitualmente constituído por homens e mulheres que se identificam entre si pela problemática que têm, como pelas perdas e pelas consequências fruto dessa problemática, uma das principais dificuldades de todos os residentes (Toxicodependentes) internados em comunidade terapêutica é a destruturação da relação familiar devido ao seu percurso no consumo das substâncias psicoativas. Esta é uma das principais tarefas que o assistente social tem de desenvolver em conjunto com o residente ao longo do internamento em comunidade terapêutica.

Maior parte dos residentes da comunidade terapêutica perdem não só o contacto como estão completamente afastados e desagregados dos seus núcleos familiares, por vezes sem saberem de muitas das alterações que foram acontecendo no seio das suas famílias, perdas de entes queridos, nascimentos, casamentos e até mudanças de contextos geográfico das próprias famílias, a total alienação do residente sobre a sua família é por vezes tão excessiva que o próprio não consegue dar informações suficientes ao assistente social para iniciar o primeiro contacto com a família.

O assistente social muitas das vezes dá início á sua intervenção para recuperar os laços familiares entre o toxicodependente e a sua família, apenas com conhecimento do último endereço onde o toxicodependente coabitou com os seus familiares.

A recomposição dos laços familiares é um dos mais difíceis e árduos trabalhos que o assistente social tem a fazer em comunidade terapêutica. Esta árdua tarefa implica disponibilidade, capacidade de aceitação, autoconfiança, esperança e perseverança ao assistente social. Os motivo do afastamento entre o toxicodependente e a sua família são muitas vezes duros e difíceis de perdoar pelos familiares, as sucessivas recaídas dos

toxicodependentes, a sucessivas promessas de recuperação aos familiares, os roubos, as traições, as mentiras tem uma dimensão negativa tão intensa que o assistente social quando entra a primeira vez em contacto com o familiar, tem de estar preparado para ouvir respostas ou desabafos dos familiares que se traduzem em sentimentos de raiva, negação e total descrédito. Tais como:

*“Essa pessoa já não é da minha família”, “por favor agradecia que não voltasse a ligar, nós queremos é que ela/ele esteja bem longe de nós”, “essa pessoa já fez demasiada mal à nossa família, se a senhora soubesse o mal que nos fez ganhava vergonha na cara e nem telefonava para nós”, “Oh minha senhora/senhor esse ou essa malandro/a quanto mais depressa morrer melhor, já nos deixou sem nada e agora que a nossa vida se está a orientar, já nos vem atormentar, ele que desapareça e não volte a ligar mais para nós”,*  
(Excerto retirado de um relatório do primeiro contacto efetuada entre a assistente social da comunidade terapêutica e o familiar de um toxicodependente internado na C.T.).

Neste ambiente degradado e difícil de ser recomposto, o assistente social tem de ter: capacidade de escuta, saber ouvir, ser assertivo, compreensivo e paciente, o uso de técnicas da escuta ativa, é fundamental em todo este processo.

As famílias ou pessoas significativas podem ser peças essenciais, logo ter tempo e disponibilidade para os ouvir, é saber fazer intervenção social direta.

Neste contexto de grande sofrimento para os que perdem e os que pensam ter perdido para o vício da droga os seus filhos, irmãos ou pais ou companheiros, o assistente social tem de saber usar todos os recursos necessários que tem ao seu alcance, que aprendeu em contexto académico e na prática profissional, para no momento que o familiar lhes transmite a sua insatisfação, deve saber captar a sua atenção e estabelecer *rapport*<sup>65</sup> como fonte para criar um ponto de partida para uma relação que pode ser fundamental para alterar o rumo do projeto de vida que vai sendo paleado com o residente da comunidade terapêutica e com a família.

---

<sup>65</sup> *Rapport* “é um conceito do ramo da psicologia que significa uma técnica usada para criar uma ligação de sintonia e empatia com outra pessoa. Esta palavra tem origem no termo em francês *rapporter* que significa “trazer de volta”. O *rapport* ocorre quando existe uma sensação de sincronização entre duas ou mais pessoas, porque elas se relacionam de forma agradável. Referência retirada do site <https://www.significados.com.br/rapport/> acessado a 11/08/2017

É perentório que o assistente social saiba fazer breves diagnósticos relacionais para saber aconselhar, apelar ao sentido de dever, e de responsabilidade social junto das pessoas que entenda serem uma mais-valia para minimizar o sofrimento do toxicodependente em tratamento. Só através dessa aptidão saberá estruturar respostas que possam retrazer e recolocar a pessoa toxicodependente no meio familiar. Por vezes, pequenos conselhos, apelos ao bom senso e ao coração, tornam-se bons antídotos para combater toda a revolta que a família carrega em si.

O assistente social tem de pensar, refletir, analisar e procure forças ou pontos positivos para recomençar o contacto com o familiar que se encontra completamente fechado e incapaz de aceitar de volta ao seu núcleo familiar a pessoa toxicodependente.

*“Fui informada pela Mãe do Residente João P., que não está disponível para a ligar para a C.T., todas as terças feiras. Contudo, dei-lhe a possibilidade de telefonar para a C.T., em qualquer outro dia entre as 9 da manhã e as 22 horas. Deixei essa informação escrita no livro de relatórios dos Monitores. Caso a Senhora telefone, agradeço a quem estiver de serviço quer lhe dê conhecimento do estado do filho.”*

(Excerto de um relatório de contactos semanais da Assistente social da Comunidade terapêutica)

*“A irmã do residente Tiago ligou para a comunidade terapêutica na sexta-feira de manhã (9.30 h), informou-me que já não lhe era possível receber este fim-de-semana o residente Tiago, porque os sogros vão passar o fim-de-semana com o casal e ela não pode receber o irmão, “pois este uma vez roubou a carteira ao sogro dela e o marido também não o quer lá em casa”, diz que o recebe quando estiver sozinha. Contudo, não lhe quer dar essa notícia e também não quer que os outros familiares saibam que ela o pretende ajudar.”* (Excerto de relatório diário do livro de Monitores – informação para o assistente social)

Uma das etapas mais preciosas e que mais pode gerar relações positivas e de confiança entre o assistente social e o toxicodependente é quando o profissional consegue restabelecer a relação entre a família e o toxicodependente em tratamento. Para o toxicodependente em tratamento restabelecer o contacto com a família é uma esperança,

e uma garantia de que pode voltar a reganhar o seu lugar no agregado familiar, desde que abandone o consumo das substâncias psicoativas.

Ao criar esta relação ao longo do internamento do toxicodependente em comunidade terapêutica, o assistente social favorece a envolvência e o trabalho colaborativo ganhando e gerando estruturas externas de apoio que por sua vez são essenciais no decorrer da intervenção que é feita com o toxicodependente em tratamento. As relações positivas e as relações negativas que a família ou os seus elementos têm com o toxicodependente, as suas perceções e conhecimentos sobre a sua presença no sistema familiar, é uma mais-valia e ajuda para o assistente social, o trabalho colaborativo entre família e profissional tem trazido vantagens evidentes na identificação de recursos e apoios para que o trabalho a realizar na comunidade terapêutica tenha maior eficácia. (Dias, 2013)

O trabalho com a família pode ser demorado e dispendioso, mas fundamental para incentivar o toxicodependente na sua reconstrução pessoal criando a necessidade do próprio se reposicionar de modo a ser aceite pelos seus familiares. Por vezes pequenas dinâmicas que o assistente social contrata com o toxicodependente podem ser extremamente relevantes e servem como gatilho para avaliar a importância e o valor que o toxicodependente atribui à sua família.

Quando o assistente social em comunidade terapêutica dá autorização ou sugere ao toxicodependente em tratamento que tome a iniciativa de escrever uma carta à família ou telefonar à família, a sua intenção é incentivar o próprio a agir autonomamente.

Nesse sentido, o toxicodependente em tratamento na comunidade terapêutica começa por desenvolver proximidade com a família, com a calma que a situação exige, vai informando os familiares ou pessoas significativas sobre trabalho socio terapêutico que está a realizar na comunidade terapêutica, esta estratégia tem como principal objetivo começar a estruturar o suporte familiar.

À medida que se vai consolidando e reestruturando a relação familiar, o assistente social dá início a uma nova etapa que consiste em que a família se disponibilize a visitar o seu familiar em tratamento. O assistente social em comunidade terapêutica sabe que com a presença da família, os toxicodependentes sentem-se mais motivados a continuar o tratamento. Esta ação concertada entre o toxicodependente e o assistente social visa, por um lado, restabelecer as relações de vínculo entre o residente e a família, e por outro, colocar o toxicodependente em contacto com o exterior, esta envolvência controlada - sob a alçada da família- é enriquecedora e contribui para aumentar e alargar o leque de

oportunidades essenciais ao toxicodependente em tratamento, durante a fase de reinserção socioprofissional.

Muitas das vezes, estas sugestões dadas pelo assistente social ao toxicodependente, são momentos muito importantes para potenciar o tratamento. Quando feedback dos familiares é positivo, dá-se início a um trabalho que exige do assistente social muita disponibilidade, criatividade, flexibilidade e conhecimento da intervenção social na área da toxicodependência.

Um grande número de pessoas toxicodependentes internados na comunidade terapêutica onde se desenvolveu esta investigação, perderam o contacto com o núcleo familiar devido ao elevado número de anos que estiveram a consumir drogas, o afastamento da família, deve-se muitas vezes à incapacidade do toxicodependente e da família em conviver com esta problemática.

Nas primeiras visitas que os toxicodependentes recebem das suas famílias, a conversa gira em torno do passado, especialmente a falar dos danos causados pelo toxicodependente durante os períodos de consumo. O excesso de recaídas dos toxicodependentes, a vergonha que sentem da sua degradação física e psíquica, perante os familiares e perante os restantes elementos da sociedade onde estão inseridos, acabam por servir de motivos para se afastarem de todos e irem para mais perto de zonas de tráfico de droga.

O conflito entre a vergonha e a compulsão para o consumo, fazem com que os toxicodependentes saiam da sua zona de conforto e procurem outras zonas geográficas para se instalarem, esta deslocação geográfica é a principal causa da perda de contacto entre as famílias e os toxicodependentes. Este afastamento é sentido muitas vezes, como uma necessidade por parte dos toxicodependentes, pois estes sentem que estar perto da família é estar a destruir a relação entre todos os outros membros da mesma.

O Manuel (E09- toxicodependente – residente da comunidade terapêutica diz:

*“O melhor é estar longe da família, pena que não se vê não se sente. A minha mãe e o meu pai já estavam fartos de mim e cansados de tanta vez me terem ajudado com tratamentos, desintoxicações, geográficas: chegámos a ir de férias para casa de um tio para trás dos montes, estávamos lá ao terceiro dia fui ao café, vi uma rapariga e olhei para o braço dela, vi que tinha uma cicatriz, daquelas que ganhas no fim de picar muitas vezes, fiquei logo de cabeça no ar. Vim para a rua fumar um cigarro, ela também lá estava sentada.*

*Como estávamos numa aldeia com 30 habitantes, os meus pais e os meus tios foram embora para casa descansados, eu fiquei no café, já estava a transpirar e ansioso, porque percebi que podia arranjar pó (heroína), depois de algum tempo começamos a conversar. Perguntei-lhe se conhecia bem aquela zona, ela disse-me que não era daquela aldeia, que era do Porto e se tinha instalado com o companheiro numa vila a 50 km da aldeia onde nós estávamos. Depois perguntei logo se sabia onde podia comprar umas ganzas para fumar, ela riu-se e perguntou se eu era “bófia<sup>66</sup>”, levantei o braço mostrei as marcas da “gringa<sup>67</sup>” e então ficámos na boa, contou-me que ali era conhecida como prostituta, trabalhava na estrada nacional que fica entra vila e aquelas aldeias, fazia alguns camionistas, agricultores e comerciais. Cada vez mais ansioso, perguntei se me arranjava alguma coisa, disse que tinha duas quartas e que me dispensava uma, mas eu só tinha 7 euros e meio, e precisava de 10 euros, mas ela foi fish<sup>68</sup> e dispensou-me a cena, deu-me uma das gringas<sup>69</sup> dela e pedi-lhe o telemóvel. Fui para casa dos meus tios, dei o caldo, e arrochei, a minha mãe chamou para jantar e eu disse que tinha tomado dois morfex<sup>70</sup> e que não queria. Até nesse sítio acabei por arranjar pó e no dia seguinte fugi da família, roubei 230 euros aos meus tios, claro que incompatibilizei com os meus pais e os meus tios, voltei para Lisboa todo agarrado outra vez. Foi tantas que fiz que estive sem ver a família 8 anos. “(E09)*

As famílias de algum modo mostram fragilidade na sua estrutura, quer a nível relacional, ocupacional e nos incidentes de saúde, o que de algum modo pode limitar a sua participação ativa na recuperação do toxicodependente em tratamento.

Neste sentido, “o consumo de drogas encontra-se associado a relações tensas no meio familiar, falta de vínculos afetivos positivos, falta de confiança e padrões de comunicação pouco claros.” (Gonçalves & Pereira, 2011:231). Quando confrontada com a realidade, a

---

<sup>66</sup> Termo do calão para designar polícia

<sup>67</sup> Termo do calão para designar Seringa

<sup>68</sup> Termo do calão para descrever um acontecimento positivo

<sup>69</sup> Termo do calão para designar Seringa

<sup>70</sup> Morfex – Medicamento ansiolítico, sedativo e hipnótico.

família reage habitualmente tentando ajudar o toxicodependente. Assim, com vista à reabilitação dos indivíduos toxicodependentes torna-se necessário incluir as famílias no tratamento e trabalhar as relações existentes entre os seus membros Stanton & Shadish, (1997) citado por (Gonçalves & Pereira, 2011:232).

Em Comunidade terapêutica para além de serem trabalhadas as expectativas dos toxicodependentes em tratamento, o foco da intervenção também é lidar e acompanhar, paralelamente, as expectativas dos familiares envolventes, sempre que estes se disponibilizem ou mantenham relação com o toxicodependente em tratamento.

É, pois, partilhando a ideia que, sendo a toxicodependência um problema humano que afeta a pessoa em todos os âmbitos do seu desenvolvimento, só é possível compreendê-lo e estudá-lo a partir do seu enquadramento na problemática das transformações sociais ocorridas nas últimas décadas e tendo em conta os diversos fatores que nele intervêm, os individuais, os familiares e os sociais, mas com especial enfoque na família. (Rosário, 2009:36)

O desfazamento entre a evolução de um toxicodependente em regime de internamento e a postura expectante da família, que por vezes desconhece os últimos anos e o percurso de vida do toxicodependente, é muitas vezes colmatada nos espaços de intervenção planeados com as famílias ou pessoas significativas, de forma a tornar possível de colmatar a distância entre si. Quando não existe qualquer ligação entre a família e o toxicodependente em tratamento, o assistente social tenta agendar uma sessão de esclarecimento com a família, “*conferência de família*<sup>71</sup>”, sem a presença do toxicodependente.

Este encontro realiza-se fora do espaço da comunidade terapêutica, é feito à revelia do toxicodependente em tratamento, para garantir a sua sanidade mental, muitas vezes a família quer saber notícias da evolução do residente e da sua saúde, mas às vezes, afirma perentoriamente o seu desinteresse em participar na sua recuperação ou reinserção social.

---

<sup>71</sup> A conferência de família é um momento destinado ao encontro conjunto entre os familiares do toxicodependente em tratamento e o assistente social e psicólogo que o acompanha durante o tratamento. A conversa inicia-se apenas com a família e estes profissionais, após todos os assuntos debatidos, o residente entra na conversa. Cada sessão deve durar aproximadamente uma hora, são abordados os assuntos que foram agendados para tratar nessa mesma sessão. Quando a conferência de família termina, deve marcar-se a próxima sessão. Para a conferência seguinte o residente deve fazer uma lista, bem como a sua família, de forma a que a conferência possa ser profícua e dê resultados.

A divagação e o excesso de partilha de danos causados pelo residente durante o período de consumos podem ser perigosos e destruir por completo a intenção de restabelecer os laços familiares. Os assistentes sociais ou psicólogos devem estar bem preparados para saber conduzir estas sessões. No final de cada conferência deve ser feita uma ata. Todos os intervenientes a devem assinar no início da sessão seguinte.

O desinteresse no tratamento de um filho pode-se verificar num excerto retirado de um relatório de acompanhamento á família, que aqui se transcreve:

*“O Pai do Manuel, referiu hoje na conferência de família que não pretende estabelecer contacto com o residente. Apesar da Irmã do Manuel se mostrar disponível para mandar algum dinheiro para tabaco, roupas, ou pagamento de despesas de saúde, não pretendem receber telefonemas deste residente e não irão telefonar para a comunidade terapêutica para falar com o Manuel.*

*O Pai do Manuel, frisa que não pode ajudar mais o filho, que está cansado e que neste momento ainda tem de andar a pagar 140 euros por mês durante 4 meses, para que a sua vizinha dona do supermercado que o Manuel assaltou com a esposa, não lhe colocasse um processo em tribunal.*

*A Mãe do Manuel, refere muita revolta por todos estes anos de sofrimento, no entanto diz que talvez daqui a uns meses estejam mais calmos e o venham visitar, mas pede que para já não lhe seja dito que o apoiam nas despesas, que ele pense que o único dinheiro que tem é o rendimento social de inserção. (Excerto de um relatório de acompanhamento familiar \_assistente social)*

Quando a família se dispõe a participar e envolver no tratamento, é marcado posteriormente em data oportuna, de acordo com o regulamento da instituição, um encontro do toxicodependente em tratamento e os seus familiares.

Nestes momentos de debate, reflexão e encontro com as famílias, sempre que possível, tentam-se trabalhar as relações intrafamiliares, com vista a que estas se tornem um suporte efetivo na relação entre o toxicodependente e a família.

A compreensão sobre as famílias, incluindo a família do toxicodependente, tem vindo a mudar nos últimos anos, segundo Relvas (1998), acreditava-se que a abordagem clássica (de como deve ser a família) era inquestionável. Teria de haver por parte do cuidador - assistente social - segundo o modelo, planear e definir estratégias a usar para eliminar o “valor” que origina o sintoma no sistema familiar.

As famílias dos “toxicodependentes eram vistas como tendo um perfil disfuncional típico, mas não patognomónico sendo famílias com outras sintomatologias apresentam características idênticas” (Relvas, 1998).

Segundo (Minuchin & Fishman, 1981) *citado por* (Relvas, 1998), a organização e caracterização das famílias é feita pelos seguintes modelos: emaranhadas, com limites difusos, definição pouco clara das normas hierárquicas, e com inversão dos papéis na hierarquia geracional, tendo dificuldades de separação, mas que escondem um conflito.

Estas famílias têm frequentemente uma comunicação patológica, pouco clara, ambígua que circula de forma excessiva e chega a ser nula. O seu modelo de funcionamento é tendencialmente de famílias rígidas, homeostáticas e com alta de flexibilidade.

Alguns autores têm vindo a propor diferentes tipologias das famílias. Ausloos (1996) propõe uma tipologia alternante e pendular, ou seja, as famílias oscilam entre períodos de grande imobilização e rigidez ou agitação e confusão. Contudo, na literatura outros autores sustentam que estas características contribuem para a manutenção do sintoma, mas não concluem que seja causa-efeito. Angel (1981), considera famílias disfuncionais, quando o contacto entre a família e o toxicodependente continua após 15 a 20 anos de consumos, referindo que estas famílias acabam por criar outras patologias: alcoolismo, comportamentos suicidários e outras doenças físicas ou mentais graves e também comportamentos aditivos ao longo das gerações.

A família pode apresentar perturbações relacionais quando um dos progenitores está fortemente ligado ao consumidor (normalmente sexo oposto), sendo o outro progenitor descrito como fraco, violento e até ausente. Estas mensagens paradoxais, comportamentos simbióticos que acompanham o processo de desenvolvimento dos filhos/as e cimta-se na existência de perturbações precoces da vinculação e satisfação das necessidades básicas na primeira infância do toxicodependente (Relvas, 1998).

Os Movimentos de pseudo-indivuação, referem que através do seu comportamento aditivo, o toxicodependente se “separa” da família, sem que ela se separe dele. A separação da família de origem nunca é real ou efetiva. Os moldes estruturais e funcionais clássicos fornecem bastante informação sobre a face negra/lado escuro da família do toxicodependente.

Na abordagem pós-moderna, o contributo do modelo clássico não garante a compreensão total das famílias. A diversidade e composição dos agregados familiares é muito diverso, apesar do conhecimento científico que existe sobre a influência e a importância que as famílias têm no processo de socialização, das teorias da carência cultural, nem todas as

famílias de pessoas toxicodependentes são destruídas ou descontroladas. Segundo a sua experiência clínica (Relvas, 1998), acredita que todas as famílias têm competências e potencialidades para crescer (sendo que em determinados momentos da sua existência é difícil ativar sem ajuda, isto aplica-se a todas as famílias que recorrem a terapias independentemente da origem do seu sofrimento).

Uma outra questão é a mudança da família, em que esta acontece quando todos mudam respeitando a auto-organização individual e familiar. É fundamental não descurar uma certeza de que quem tem maior conhecimento sobre a família é ela própria. Não se pretende um discurso totalitário, mas sim outra forma de compreensão. Cruzar o que é redundante nas famílias com o que as diferencia, favorecendo uma atitude de escuta evitando o mecanicismo compreensivo e interventivo.

É fundamental analisar de forma independente cada história familiar dando finalmente um valor único devido à sua própria história grupal e transgeracional e a própria compreensão da situação, sendo que as significações se multiplicam e as visões alternativas e complementares emergem. (Relvas, 1998)

As regularidades da família do toxicodependente: cegueira familiar, frequentemente a família é a última a tomar conhecimento dos consumos. Não-aceitação do risco mortal relacionado com o consumo do tóxico: preocupam-se com toda a envolvimento, mas negam o perigo real do consumo.

O mito familiar: conjunto de crenças expressas na família partilhadas por todos os seus membros que contribuem fortemente para a definição das regras familiares, o mito do bom entendimento: “na nossa família não há discórdias, entendemo-nos todos perfeitamente”; mito da loucura: “o verdadeiro mito é a loucura aparece em todas as gerações”; mito do sacrifício: “na nossa família todos se sacrificam pelo bem-estar dos outros”; Segredos de família: factos que todos conhecem, mas acreditam que são os únicos a saber (vertente familiar diacrónica); (vertente familiar sincrónica) é instável, havendo entre alguns elementos relações de forte emaranhamento, enquanto com os outros é de desmembramento.

As triangulações e coligações patológicas são facilmente encontradas nestes grupos familiares. O toxicodependente tem grandes dificuldades em assumir responsabilidades criando ao assistente social ou terapeuta uma dificuldade assumida em depositar responsabilidade nos outros elementos que o rodeiam (Relvas, 1998).

“A família relacionará à toxicodependência de um de seus membros a seu modo particular. Usualmente, o conjunto de tais reações ao invés

de contribuir para a melhoria, contribui para a cristalização do comportamento toxicômano, chegando até, em alguns casos, a produzir uma disposição relacional em que a família passa a depender do dependente. A família encontra na toxicodependência um eixo que fará com que tudo funcione em função deste. Em muitos casos isso passa a ser o principal motivo sustentador da família. A dependência de um de seus membros é muitas vezes um sinal de que esta família necessita de ajustes” (Cancissu, 2003:365).

A partir do momento em que a toxicodependência é assumida por um elemento da família, todos os restantes vivem em torno desta problemática, no momento em que a pessoa pede ajuda aos familiares provoca, ainda que a indignação o medo, a frustração e a dor se instale, há por vezes uma onda de solidariedade que cresce entre todos os membros do núcleo familiar de modo a contribuir para resolver a situação.

Para Maux (2004), “a família segundo o modelo tradicional, ainda é o núcleo básico da sociedade e que dá bases de sustentação e estruturação ao ser humano. É nela que os valores básicos éticos e morais deveriam ser assimilados para que o indivíduo viesse conviver dentro das normas da sociedade em que está inserido” (Maux, 2004:68).

Contudo com o tempo a passar várias questões vão surgindo, as recaídas constantes, os danos que o toxicodependente gera no seio familiar são tão elevados que para além de destruir as relações entre si e os familiares, faz muitas vezes que os pais sejam os únicos a suportar a situação incompatibilizando-se com os restantes familiares.

Ainda a mesma autora, acrescenta que todas estas circunstâncias geram medos, tensões e angústias que tem uma influência decisiva sobre o funcionamento familiar. Tal situação de insegurança leva a família, numa tentativa de preservar sua identidade, a se fechar sobre si mesma (Maux, 2004:70).

#### 4 – A Equipa multidisciplinar, toxicodependentes e assistente social na C.T.

Na comunidade terapêutica as relações entre os membros da equipa multidisciplinar e o toxicodependente em tratamento têm como objetivo ajudá-lo a recuperar o corpo e a mente de forma segura e a reaprender a viver sem drogas. Para isso, é importante que ao longo de todo o tratamento o toxicodependente se sinta a construir uma nova vida com relações sociais positivas, sem manipulação e mentira, começando a sentir esperança e a

acreditar que a sua vida se vai recompor com o seu esforço e a ajuda de todos os envolvidos no tratamento.

Na comunidade terapêutica não há preconceito, não há estigma, não há medo, a relação e intervenção que é feita em conjunto pelo toxicodependente e o assistente social é intencional, declarada, direta, aberta, sem segredos, a interação entre ambos funciona no respeito mútuo e no reconhecimento do papel e do estatuto de cada um.

O toxicodependente sabe onde está, e ao que veio, há um problema já identificado e referenciado, não existindo nem da parte da pessoa toxicodependente, nem do assistente social necessidade de fazer grandes interpretações e descodificações sobre a problemática em questão, desde que o toxicodependente passe a fase de negação do seu problema.

“A fase de negação do estatuto de toxicodependência (com racionalizações do género: “eu consumo, mas a ressaca só acontece aos outros”) a experiência da privação não deixa espaço para dúvidas, o indivíduo em questão está mesmo dependente. Ele passa a ser igual aos outros - outros [...] A conversão, neste caso, delimita claramente um antes e um depois que estão bem demarcados, pois não têm ligação ou coerência que permita uma visão globalizante. É quase como se uma história de vida, estranha ao indivíduo, invadissem e fragmentassem a sua coerência interna (Tinoco, 2002:65).

O internamento em comunidade terapêutica só acontece depois do toxicodependente ter passado por diferentes tratamentos, seja em ambulatório ou internamento. Todavia, todos os profissionais envolvidos nesse trabalho respeitam os toxicodependentes que estão internados na comunidade terapêutica, independentemente das vezes que falharam, dos danos que causaram ou dos anos que estiveram presos. Este comportamento ético, é vantajoso e faz com que o toxicodependente não se sinta discriminado e sobre um olhar crítico.

Da parte de todos os membros da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica há mente aberta, um constante dizer não à discriminação, às ideias preconcebidas, disponibilidade e entrega total na elaboração de um novo projeto de vida do toxicodependente.

Perante esta questão, sobre o respeito que os vários profissionais da equipa multidisciplinar têm pelos toxicodependentes em tratamento, Madalena - toxicodependente em recuperação e ex-residente na comunidade terapêutica, refere:

*“O melhor da comunidade terapêutica é que ninguém tem problemas em falar abertamente pelas experiências que passou, seja com os outros residentes, seja com os técnicos que nos acompanham, ninguém nos olha de lado ou fica de boca aberta, se dissermos que me prostituíamos, ou tínhamos ido roubado, para ir comprar pó. Os técnicos da comunidade terapêutica se nos ouvem a falar sobre essas experiências, podem chamar-nos à atenção. Mas é por uma questão de nos protegerem, caso vejam que estamos a glamourizar<sup>72</sup> sobre os momentos e as experiências do tempo dos consumos. Mas, nessa altura conversam connosco para nos alertar para esse facto.” (E03)*

A eficácia da intervenção que tem lugar na comunidade terapêutica passa pela atuação concertada e coerente do corpo técnico psicólogos, assistente social, monitores, enfermeiros e médicos. A articulação entre todos estes profissionais ganha força quando existe tempo e espaço para haver comunicação/formação e análise conjunta das situações que se vão passando em comunidade terapêutica. A equipa multidisciplinar encontra-se para “decidir, reunir consensos e preparar estrategicamente a melhor maneira de intervir. Logo é um procedimento que exige diálogo, troca de experiências e conhecimentos. Neste contexto multidisciplinar, o olhar sobre a toxicodependência é aberto, pressupondo reflexão e espaço para uma pluralidade de opiniões.” (Vicente , 2011:60)

A participação obrigatória de todos os elementos da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica e de todos os especialistas externos ligados à intervenção, são o arsenal terapêutico necessário e indispensável para que o trabalho efetuado e dirigido ao toxicodependente em tratamento resulte.

O trabalho do assistente social e dos restantes elementos da equipa em comunidade terapêutica reveste-se de enorme proximidade e de contacto diário com o toxicodependente. Tendo em conta a particularidade dessa relação de proximidade/distância, é necessária uma autovigilância por parte do profissional de forma a não colocar em causa os valores usados pelos assistentes sociais ao longo da história da profissão. Estes valores são a base do único propósito e da perspetiva do serviço social:

---

<sup>72</sup> Termo utilizado para falar sobre drogas com vontades de consumir/Forma de falar sobre drogas como algo de positivo.

“ética profissional, justiça social, dignidade e valor pessoal, importância das relações humanas, integridade e competência” (Lima, 2012:32).

A experiência acumulada do corpo técnico, o saber acumulado e divulgado através da literatura da especialidade e a preocupação em melhorar a eficácia do trabalho desenvolvido permitem o enriquecimento, a diversificação, e o reforço dos recursos terapêuticos com particular incidência no domínio do tratamento multidimensional do toxicodependente.

Os autores Frances, Franklin e Borg (1997) citados por Janeiro (2007), “defendem que nas etapas iniciais de tratamento se deve dar atenção aos conflitos relacionados com a aceitação da adição como problema, trabalhar a resistência do toxicodependente e ajudar a reconhecer a necessidade de tratamento. Neste sentido, ajudar toxicodependente a aceitar a necessidade de tratamento pode, segundo os mesmos autores, conduzir ao início de uma transferência positiva” (Janeiro, 2007:49-58).

A existência de uma equipa multidisciplinar em comunidade terapêutica é um verdadeiro compromisso entre todos os profissionais onde há um espaço comum, com ideias comuns ou as diferenças, mas onde todos podem ser contrapor e requer que sejam analisadas em conjunto para chegarem a um resultado ponderado. Apesar de todos estar em sintonia, o assistente social é um dos profissionais da equipa que mais tem de intervir, tem um papel preponderante não só pela responsabilidade, mas pelo tempo que passa na comunidade terapêutica.

Na comunidade terapêutica os assistentes sociais não intervêm de forma rígida pela agenda profissional, este profissional está em contacto com os toxicodependentes em tratamento durante sete dias por semana, em regra 7 horas por dia, cumprindo turnos de acordo com a escala de serviço aprovada pela entidade patronal. A sua permanência constante na comunidade terapêutica obriga a que estes profissionais consigam criar relações de equilíbrio com limites bem definidos. A sua envolvência no processo de tratamento dos toxicodependentes tem de ser bem estruturada e planeada, dessa forma as estratégias e os métodos de comunicação a usar por este profissional na comunidade terapêutica obriga-o a gerir bem as suas emoções e sentimentos.

A relação do assistente social com a pessoa utilizadora do serviço apresenta-se como fundamental e inquestionável na prática profissional do assistente social, mas não deixam de levantar-se questões quanto à sua configuração e às condições necessárias à sua efetivação (Pena, 2013:69). Uma relação profissional cuidada, é uma relação de responsabilidade onde cada um dos intervenientes sabe qual é o seu papel, o respeito é

recíproco, o comportamento gera comportamento, esta arquitetura da relação ajuda a que esta se mantenha saudável. O assistente social compreende e aceita a necessidade do toxicodependente em tratamento, mas impõe regras e normas que sirvam para colmatar a sua impulsividade e o hábito do imediatismo que está inerente à sua toxicoddependência. “O toxicodependente caracteriza-se pelo imediatismo, quer tudo «aqui e agora». Tem de consumir naquele lugar, naquele mesmo instante. Ele procura prazer na droga. Contudo, ela não é a remédio milagroso contra o desprazer que esperava” (Anjos, 2014:4).

Para que a assistente social sinta que está a realizar a sua atividade conscientemente e de forma coerente tem de mostrar vigor, capacidade de resposta, criatividade e empenho, só assim consegue que o toxicodependente em tratamento confie em si e nas suas capacidades para colmatar as suas necessidades e lhe prestar o devido aconselhamento. “É por isso que a intervenção pessoal ou organizada perante o toxicodependente exige consciência ética para educar para comportamentos, para reparar o carácter que perdeu a dimensão, para reinserir no corpo social, família, profissão, amigos” (Pinto,1995:35).

O assistente social em comunidade terapêutica tem de estar recetivo e sabe que o processo de comunicação baseado na relação de confiança melhora o desempenho do toxicodependente em todas as dimensões do seu tratamento.

O processo de comunicação e a capacidade que o assistente social tem para o desenvolver aumenta ou diminui as expetativas do toxicodependente tem no seu tratamento, a interação os comportamentos e a capacidade que o assistente social tem de gerir o processo comunicativo é determinante para diminuir a negação e a não-aceitação do toxicodependente do seu problema. De acordo com Carvalho (2013), o processo comunicativo é aquele pelo qual as pessoas interagem, sendo um:

“Processo de entendimento mútuo e circulação de informações entre seres humanos, são praticadas constantemente juntas. E, cabe aqui destacar que, embora gestos, desenhos, movimentos, símbolos, expressões corporais e faciais, palavras e silêncio sejam exemplos de diferentes linguagens, a palavra tem sido o instrumento mais utilizado na formulação do pensamento, na interação com o outro e, ao mesmo tempo, para se fazer compreender. Assim, essa interação por meio da linguagem – verbal ou não verbal –, ou seja, a comunicação, a transferência de informações e a compreensão estão diretamente ligadas e

constantemente presentes no trabalho do assistente social”  
(Carvalho, 2013:28).

A própria forma como o assistente social dinamiza, estrutura e implementa as atividades socio terapêuticas a realizar pelo toxicodependente no decorrer do tratamento, são etapas discutidas e pensadas num o trabalho conjunto, articulado e participado, é importante que estas possam servir de referência no futuro, fazendo com que os tempos vazios possam vir a ser colmatados com atividades prazerosas e saudáveis quer psicologicamente quer socialmente. Pretende-se que posteriormente em sociedade o toxicodependente se vá orientando-o na melhor forma de utilizar os recursos disponíveis.

O assistente social tornou-se um profissional atuante no sentido de garantir o acesso aos serviços [...], e na operacionalização quando tem as suas competências legitimadas no diálogo com outras profissões, no trabalho em equipa interdisciplinar e na assistência e acompanhamento de dependentes químicos (Petry, 2005).

O assistente social vai enquadrando as suas práticas profissionais conforme a necessidade e a fase em que cada toxicodependente se encontra, o trabalho e o modelo de intervenção do assistente social em comunidade terapêutica é dinâmico vai-se concretizando conforme a evolução que o toxicodependente vai tendo ao longo do seu tratamento, contudo esta evolução individual está sempre ligada e vinculada ao desenvolvimento que o toxicodependente apresenta perante o grupo de toxicodependentes em tratamento e perante a equipa técnica da comunidade terapêutica.

Sabendo-se que o tratamento da toxicodependência se reveste de múltiplas estratégias por parte do assistente social com o objetivo de ajudar os toxicodependentes a recompoem a sua vida, também não é alheio, o facto que estes ao passarem por várias etapas durante o tratamento e a reinserção social, por vezes possam recair, colocando em causa, não só o trabalho do assistente social como de toda a equipa técnica. Para Parton (2014), muitas das vezes os assistentes sociais temem pelo seu bem-estar físico e mental, por serem culpados quando as coisas correm mal, e por um enfraquecimento da integridade profissão (Vyvey, Roose, Wilde, & Roets, 2014).

## **CAPITULO IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.**

### **1- Paradigma e estratégia de investigação**

Esta investigação assenta num “quadro do paradigma interpretativo tendo sido elaborado um estudo de natureza fenomenológico, procurando compreender o significado que os acontecimentos e as interações do ponto de vista de quem vive essas interações” (Pena, 2012:9).

O paradigma interpretativo “subscreeve uma perspetiva relativista da realidade. Encara o mundo real vivido como uma construção de atores sociais que, em cada momento e espaço, constroem o significado social dos acontecimentos e fenómenos do presente e reinterpretam o passado” (Santos, 2000:183).

Consiste em “descrever e compreender o comportamento humano na sua complexidade e procura gerar uma compreensão interpretativa do real no sentido de revelar uma realidade múltipla e dinâmica, devendo ser entendida como uma modalidade de investigação cujo interesse reside na interpretação dos processos sociais com recurso à análise reflexiva e crítica das narrativas do real” (Silva, 2013).

Para Silva (2013), os investigadores fenomenológicos tentam compreender o significado que os factos têm para os atores sociais em contextos particulares. Trata-se de uma compreensão interpretativa das interações humanas, partindo da ênfase da componente subjetiva do comportamento. Na ação social diária os atores sociais recorrem a esquemas de relação para tentar interagir com os outros, embora tais esquemas não sejam conscientemente formulados” (Silva, 2013:8).

De acordo com o enquadramento de um paradigma interpretativo num quadro de estudo fenomenológico, o foco desta pesquisa é identificar os diferentes significados, opiniões e os fatores determinantes que os toxicodependentes atribuem ao assistente social durante o seu tratamento e reinserção social. Para analisar e compreender os sentidos dados pelos sujeitos de investigação, não podemos descurar a importância dos aspetos e das dinâmicas relacionais e comunicacionais entre o assistente social e o toxicodependente. Compreendendo que essas opiniões e o modo como estabeleceram contacto entre si geram universos que para as suas vidas poderão ser muito significativas. Pretende-se assim, de um modo geral, analisar as opiniões sobre o trabalho do assistente social.

Na metodologia qualitativa o investigador “ausculta as opiniões individuais (entrevista não estruturada ou livre, observação participante ou não participante) sem se preocupar

em categorizar as respostas de antemão; pressupõe ser fundamental atender às características individuais dos intervenientes num programa/intervenção, porque é da forma como estes se empenham que tudo depende” (Coutinho, 2004: 443).

A abordagem das metodologias qualitativas de investigação destaca o seu carácter descritivo, interpretativo e compreensivo com que se analisa o social, valorizando o significado da ação e o papel dos sujeitos na construção social da realidade. Estas metodologias permitem conhecer as especificidades dos contextos investigados na medida em que valorizam a contextualização e a perspetiva dos atores sociais (Silva, 2013:1).

Para desenvolver a presente investigação e considerando os nossos objetivos, adotou-se uma abordagem qualitativa caracterizada por um estudo de caso. Para Gil (2008), o estudo de caso “tem vindo a ser utilizado com maior frequência pelos pesquisadores sociais, visto servirem a pesquisas com diferentes propósitos e é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo que permite o conhecimento amplo do objeto de pesquisa.” (Gil, 2008:57). O estudo de caso é um processo específico para o desenvolvimento de uma investigação qualitativa particularística, procurando descobrir o que há de mais essencial e característico na situação em estudo (Gonçalves, Sá, & Caldeira, 2004/05). Visa conhecer em profundidade os “como” e os “porquês” que caracterizam o objeto de estudo, fazendo justiça à sua unidade e identidade próprias (Yin, 2001).

Entendendo assim, que o estudo de caso como estratégia de investigação se adequa ao carácter relativamente inexplorado deste fenómeno social, e à intensidade de análise que supõe adaptar-se às múltiplas facetas do mesmo. O estudo de caso presente nesta investigação assume uma perspetiva interpretativa/descritiva, centrando os seus objetivos em compreender como é que os participantes na investigação interpretam e dão sentido às suas experiências. O estudo de caso permite-nos perceber, descrever e analisar a importância os significados que um grupo de toxicodependentes que passaram por comunidade terapêutica atribuem ao papel do assistente social e por outro lado, conhecer e compreender as práticas que o assistente social realiza em comunidade terapêutica no tratamento e reinserção social dos toxicodependentes. O estudo de caso é ideal como estratégia de investigação quando existe pouco conhecimento do fenómeno em estudo e pode ser usado para dar uma imagem precisa para a compreensão de dada situação (Freitas & Jabbour, 2011).

Como método de análise recorreremos a uma abordagem indutiva e compreensiva, em que o ator social e os significados que confere à sua ação têm um papel fundamental na

intelecção da realidade social pelo investigador (Guerra I. C., 2006), é tanto mais sublinhada quanto o objeto de estudo da presente de investigação que se centra em perceber a importância e o significados que os toxicod dependentes atribuí ao papel assistente social no decorrer do seu tratamento e reintegração social.

Ao optar-se por uma estratégia de investigação do tipo indutivo não se pretende concretizar uma explicação do problema, mas sim compreender e interpretar a realidade em estudo, partindo de uma situação concreta do real. A démarche indutiva valoriza a observação e a experiência empírica. A abordagem qualitativa utiliza muito a indução na busca do entendimento e explicação de fenômenos (Ruiz, 2004).

A abordagem do tipo indutivo “desenvolveu-se valorizando a experiência como ponto de partida para a generalização do conhecimento. Parte da observação da realidade para, mediante a generalização da dita observação, chegar à formulação da lei ou formulação científica” (Freixo, 2012:85).

Para Patton, (1990) e Lichtman, (2006) citados por Batista, (2010) “na abordagem qualitativa, os investigadores analisam os dados recolhidos para compreender os fenômenos e as interações, tendo subjacente uma lógica indutiva; imergem nos detalhes e especificidades dos dados para encontrar categorias, dimensões e inter-relações, dando sentido às situações sem expectativas pré-existentes dos fenômenos” (Baptista, 2010:133).

## 2 - Campo empírico, universo e amostra

A Comunidade Terapêutica Ponte dos Rios surge no ano de 1992, tendo como principal objetivo ser como uma comunidade terapêutica mista, com internamento conjunto de homens e mulheres e capacidade para realizar tratamento a 10 toxicod dependentes em regime fechado, de acordo com o modelo biopsicossocial que perspetiva o utente como um todo, a componente orgânica, a componente psicológica e a componente social são trabalhadas de forma a potenciar o indivíduo.

A comunidade terapêutica funcionava numa casa de rés-do-chão e primeiro andar com um terreno de cultivo em volta da casa proporcionando aos toxicod dependentes em tratamento diversas atividades: criação de animais e cultivo de produtos agrícolas para consumo próprio, com a supervisão de um agricultor que os orientava. Existia ainda, um atelier de cerâmica onde os toxicod dependentes em tratamento com o auxílio de um

formador aprendiam várias técnicas e produziam peças de cerâmica, despertando assim o gosto de alguns por esta arte.

Para além das atividades e tarefas suprarreferidas, que se enquadravam no âmbito da terapia ocupacional, são parte integrante do tratamento a terapia individual, a terapia de grupo, o grupo evolutivo, os atendimentos individuais (consultas de clínica geral, psiquiatria e atendimentos sociais), em conjunto com as reuniões comunitárias, as reuniões de partilha, minigrupos, atendimentos individuais, reuniões de residentes e etc. O conjunto destas atividades assume um cariz terapêutico, em que tudo é, e se torna terapêutico. Compreendendo-se que a finalidade do projeto terapêutico é criar uma estrutura emocional no indivíduo que lhe permita viver sem adição de substâncias psicoativas, possibilitando-o e promovendo-lhe a plena reintegração social.

A criação da comunidade terapêutica surgiu pelo aumento de toxicodependentes em lista de espera nos Centros de Apoio a Toxicodependentes e pela falta de respostas sociais com internamento prolongado, nomeadamente na zona centro do País.

Apesar de abrir portas no ano de 1994, só em 1997 a comunidade terapêutica é licenciada pelo Serviço de Prevenção de Tratamento das Toxicodependências (SPTT) e em março de 1999, formulado um protocolo com o Ministério da Saúde, para obtenção de financiamento público.

Com a crescente evolução do tempo e a experiência resultante dos primeiros anos em que a comunidade terapêutica funcionou nas antigas instalações, a direção da instituição e a equipa técnica foram-se apercebendo que era necessário mudar a comunidade terapêutica de contexto geográfico (envolvência física), as principais razões foram a não funcionalidade interna do espaço, que se começava verificar ser insuficiente para a realização das todas as atividades e responsabilidades diárias desenvolvidas pelos dos toxicodependentes em tratamento e também pelo aumento de elementos do corpo técnico da instituição.

*“Na altura, a casa onde estava a comunidade terapêutica, estava a ficar velha, as instalações não eram as melhores, a lista de espera para a entrada de novos residentes também começou a aumentar, começaram a construir muitos prédios em volta da comunidade terapêutica e deixamos de estar resguardados, estávamos muito expostos e praticamente fomos engolidos pela malha urbana. Havendo assim a necessidade de mudar de contexto geográfico.” (Entr/AS -03)*

*“Nos primeiros anos de trabalho a vivenda onde estava instalada a comunidade terapêutica era suficiente, tinha sido adaptada aos nossos serviços e às nossas necessidades, foi importante até como experiência, para aplicarmos o modelo de trabalho e podermos ver se resultava, com o tempo a passar fomos ganhando confiança e a própria equipa começou a ficar mais madura, mais certa das práticas, nas decisões terapêuticas. A articulação com as instituições que trabalhavam na mesma área de intervenção também começou a aumentar e de facto começamos a perceber pelo número de pedidos de internamento e pelas expectativas que os outros parceiros tinham do nosso trabalho. Compreendemos através desses indicadores que havia necessidade de adquirir ou construir novas instalações que servissem efetivamente aos nossos residentes de acordo com as nossas metodologias de trabalho. O novo espaço físico da comunidade terapêutica veio acrescentar novas possibilidades na intervenção e aumentar as condições a todos os níveis, quer do ponto de vista das condições habitacionais, quer na concretização de terapias ocupacionais.” (Entr/AS-01)*

Como em todos os serviços que prestam internamento, são fundamentais as condições das estruturas físicas, a arquitetura, a estética, o ambiente e a envolvência geográfica. Estas características melhoram as condições de acolhimento dos utentes e são igualmente fatores significativos para que os profissionais possam desempenhar boas práticas.

Para um grupo de pessoas em tratamento em comunidade terapêutica é necessário que a estrutura residencial seja polivalente e ao mesmo tempo favoreça e comporte a intimidade, tendo em conta as características do grupo.

Numa comunidade terapêutica impõe-se a existência de amplitude, claridade e tranquilidade, como se de um retiro se tratasse, em simultâneo, o equilíbrio constrói-se na existência de espaços comuns, tais como: a sala de estar, o pátio exterior, a cozinha, os *ateliers* de atividades lúdicas e socio terapêuticas, onde a os ritmos e a azáfama do dia-dia se vive num constante movimento.

A arquitetura de um espaço físico com funções socio e psicoterapêuticas tem de ser bem desenhado, o ambiente da estrutura residencial não deve colidir com os seus objetivos, tem de haver sensibilidade e perceber que todas estas dimensões mexem com

interioridade dos residentes, permitindo experiências diversificadas. Isto significa que a arquitetura das estruturas residenciais de internamento prolongado:

“devem possibilitar aos seus habitantes, vivências quotidianas normalizadas. No entanto, devemos ter em conta a natureza coletiva destes equipamentos, (...) A organização do espaço, neste contexto, deve responder atentamente às características específicas dos seus utilizadores, de forma a romper com as estruturas rígidas e despersonalizadas (Silva, 2016).

Em março de 2002, foram inauguradas as novas instalações da Comunidade Terapêutica, com total apoio do Serviço de Prevenção de Tratamento das Toxicod dependências e do Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência.

A construção das novas instalações foi financiada pelo subsídio “Joker” do programa Projeto Vida, os equipamentos foram financiados pelo Programa Saúde XXI e a sua construção deveu-se ao facto de ser necessário reforçar a resposta dada pela instituição, aumentando assim a sua capacidade de 10 camas para 25 camas.

Estas novas instalações contam na parte funcional/organizacional com a sala de espera, gabinete para monitores, psicólogos, assistentes sociais, gabinete médico, sala de direção, salas de reuniões, biblioteca e casas de banho. A parte residencial é constituída por sala de estar e jantar, cozinha com despensa, despensa para frios, lavandaria, casas de banho, sendo uma adaptada para pessoas com deficiência, nove quartos com casa de banho privativa, e um com casa de banho adaptada para pessoas com deficiência. Para a realização de atividades lúdicas, desportivas e pedagógicas as comunidades terapêuticas contêm sala polivalente/multiusos, sala de informática, atelier de cerâmica e expressão plástica, sala de arrumos, garagens e um logradouro onde está implementado uma horta e um pátio interior com churrasqueira.

A comunidade terapêutica tem capacidade para vinte e cinco utentes, mas apenas vinte camas são protocoladas com o Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT)/Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), as restantes cinco camas são disponibilizadas a pessoas ou entidades privadas sem qualquer tipo de acordo ou protocolo que pagam o valor da mensalidade na totalidade.

A Comunidade Terapêutica manteve o seu objetivo inicial, o tratamento de toxicod dependentes em regime fechado, cujo projeto terapêutico tem a duração de 12 a 18 meses, sendo que os últimos 6 meses são de reinserção social e profissional.

Pretende-se que com a vivência em comunidade terapêutica, o indivíduo reaprenda a viver sem o consumo de substâncias psicoativas, ganhando capacidade de tolerância e de resistência à frustração, adquirindo competências sociais e pessoais e capacidade de autocritica.

Antônio e Manuela (toxicodependentes em recuperação, ex-resistentes da C.T.), sobre as instalações da comunidade terapêutica, referem:

*“As condições da comunidade terapêutica eram muito boas, apesar de o quarto sendo partilhado, tinha tudo o que é essencial, roupeiro com espaços divididos para cada um dos residentes, casa de banho privativa e a sala de estar era muito grande. Gostava da cozinha com tudo de bom, mas gostava particularmente do jardim interior da entrada e o pátio grande no exterior. Adorava quando estávamos todos juntos no pátio exterior e na esplanada, nos dias de contenção, ia sempre para a biblioteca do primeiro andar e ficava na varanda de reflexão a fazer os trabalhos escritos, tenho saudade desses momentos.” (E06)*

*“Uma das coisas que gostava na comunidade terapêutica era do pátio exterior, de me sentar cá fora no “banco da concentração” e no “baloço das emoções”, quando tinha de fazer o projeto escrito de passagem de fase era para lá que ia, outras vezes como andava a bater mal e com vontade de consumir ia para o baloiço das emoções e ficava lá, ficava indecisa, como vontade de abandonar a CT., com vontade de ir dar nela. Mas depois partilhava na reunião comunitária ou no grupo e evolutivo e passava. Os quatros eram muito bons, mas tenho saudades daquelas salas grandes, do atelier de cerâmica, e das churrascadas e sexta-feira á noite no pátio. Sofri na comunidade, mas também passei lá muitos bons momentos...a casa era maravilhosa.” (E01)*

É também propósito do projeto terapêutico travar o avanço do empobrecimento físico, psíquico e social, ao estimular a autonomia de vida do toxicodependente e perspetivar a sua efetiva reinserção social. A equipa técnica da comunidade terapêutico adotou como base da ação o modelo biopsicossocial. Este modelo visa construir vivências capazes de

facilitar a estruturação e reestruturação do indivíduo toxicodependente, promovendo um investimento relacional e pedagógico que seja ao mesmo tempo gerador de mudanças sociais e pessoais e promotor de estilos de vida saudáveis.

O programa terapêutico viabiliza a concretização dos objetivos propostos através da psicoterapia individual, da psicoterapia de grupo, das reuniões comunitárias, das atividades lúdicas, das tarefas comunitárias (confeção da alimentação, higiene da casa e sua manutenção, hortofloricultura, tratamento dos animais de estimação), das atividades de manutenção física, dos momentos de leitura, das aulas de alfabetização, das sessões de formação de cerâmica, de informática, de saúde e civismo, em atividades ligadas à expressão corporal e ao reconhecimento do corpo, da arte e no acompanhamento prestado pelo gabinete de serviço social na reintegração familiar, social e profissional dos toxicodependentes em tratamento.

Para concretizar os objetivos da investigação foram entrevistados um grupo de toxicodependentes que estiveram internados na comunidade terapêutica “Ponte dos Rios”, em Leiria.

O universo, ou população da investigação, é constituída pelos toxicodependentes que estiveram internados em comunidade terapêutica até o ano de 2011 (N=153), sendo o conjunto de sujeitos em estudo retirados deste universo de acordo com os seguintes critérios:

- I – Terem estados internados no período de 12 a 18 meses entre 2009 e 2011;
- II- Terem saído da comunidade com alta clínica, o que corresponde a um total de 27 indivíduos;
- III- Estarem sem consumir qualquer tipo de droga, incluindo álcool, na altura da realização desta investigação.

Aplicado o último critério de inclusão, verificou-se que 10 estavam elegíveis para o estudo, após contactados os 10 participantes, apenas 9 aceitaram participar no estudo. Desta forma, a amostra foi selecionada por critérios não probabilísticos, amostra não probabilística por intencionalidade.

O conjunto de assistentes sociais que participaram nesta investigação, é constituído por 2 assistentes sociais que trabalharam na comunidade terapêutica “Ponte dos Rios” e 5 assistentes sociais em outras comunidades terapêuticas, tendo por base o mesmo modelo terapêutico, tratamento por fases, modo de funcionamento, regime fechado e período de internamento.

O contacto estabelecido com os 7 assistentes sociais entrevistados que compõem a amostra desta pesquisa, foi baseada na rede de relacionamentos do pesquisador e foram selecionados pelos seguintes critérios:

- I - Terem estado a trabalhar em comunidade terapêutica no mínimo de cinco anos;
- II- Desenvolverem, ou terem desenvolvido, a sua atividade na comunidade terapêutica, a acompanhar e apoiar diretamente os toxicodependentes durante todas as fases do tratamento, desde a entrevista de admissão à reinserção familiar, social e profissional.
- III- Nas comunidades terapêuticas onde desenvolvem ou tenham desenvolvido a sua atividade, existirem camas protocoladas com o SICAD-Serviço de intervenção e comportamentos aditivos.

Privilegiando-se uma lógica de acessibilidade, entrevistaram-se os assistentes sociais que estavam a trabalhar na comunidade terapêutica “Ponte dos Rios”, mas também em comunidades terapêuticas similares, de modo a criar maior debate e reflexão para a investigação.

A realização das entrevistas aos 5 assistentes sociais das outras comunidades terapêuticas, foram uma mais-valia para podermos conhecer, analisar, identificar e contrapor as práticas dos assistentes sociais em comunidade terapêutica. Esta discussão teve como principal propósito, analisar as práticas desta comunidade terapêutica, não só a partir dos que a integram, como também de outros assistentes sociais que trabalham na mesma área, mas em diferentes organizações.

As comunidades terapêuticas onde os 5 assistentes sociais desempenham as suas práticas, não são identificadas neste estudo de modo a garantir o anonimato.

Tratando-se de um estudo eminentemente qualitativo pretendeu-se garantir a representação dos entrevistados com as características relevantes face aos objetivos fixados. As conversas informais tidas com os ex-residentes da C.T./toxicodependentes em recuperação, antes da realização entrevistas, foram determinantes para compreender os seus percursos individuais, houve tempo para compreender e perceber junto dos entrevistado as suas vivências durante os períodos que estiveram a consumir drogas, desde as difíceis relações familiares, às várias tentativas de tratamento sem sucesso, às perda de relações sociais e profissionais, e todo o seu percurso até a sua entrada na comunidade terapêutica. Estes diálogos incidiram sobre os “comportamentos dos atores na medida em que se manifestam em sistemas de relações, bem como sobre fundamentos culturais e ideológicos” (Quivy & Campenhoudt, 2005:96-97).

A disponibilidade e colaboração dos toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da comunidade terapêutica ao longo de vários meses foi fundamental para a realização deste trabalho, possibilitou-nos assimilar a linguagem e os códigos existentes entre o grupo de toxicodependentes internados na comunidade terapêutica, “o trabalho de campo, visa, por um lado, construir um documento, e por outro lado, acumular informação sobre os sujeitos de investigação para contextualizar melhor o seu comportamento e adquirir saber.” (Pinto, 1986).

### 3 – Técnicas de recolha e tratamento de dados

#### Etapas do Processo de investigação

A primeira etapa do processo de investigação consistiu na identificação da comunidade terapêutica, onde se realizou a investigação. A escolha da comunidade terapêutica que se apresenta nesta investigação, teve como principais critérios de seleção:

I – O contexto geográfico (acessibilidade para o investigador);

II– Ser uma comunidade terapêutica de referência a nível nacional no tratamento de toxicodependentes;

III- A comunidade terapêutica ter um gabinete de serviço social com 2 assistentes sociais a desempenharem a sua atividade profissional;

IV- A existência de uma equipa multidisciplinar e uma fase de tratamento especificamente vocacionada para a reinserção socioprofissional.

V – A facilidade do investigador (por motivos profissionais), em ter acesso aos contactos dos toxicodependentes em recuperação (Ex-Residentes da comunidade terapêutica), a relatórios sociais, relatórios de conferências de família; cartas de intenção; projetos de passagem de fase; pedidos de fins de semana; atas de reuniões comunitárias e atas de grupos evolutivos e a possibilidade de analisar documentos elaborados pelos assistentes sociais ao longo de todo o tratamento dos toxicodependentes em tratamento.

A etapa seguinte constitui-se caracterização da comunidade terapêutica, modelo de tratamento, tempo de tratamento, organização e funcionamento interno da comunidade terapêutica. A última etapa consistiu em contactar os ex-residentes da comunidade terapêutica (toxicodependentes em recuperação), para os convidar a participar na investigação e marcar a realização das entrevistas. Durante este período foram analisados os documentos supramencionados, de forma a retirar as informações mais importantes para a elaboração da tese de doutoramento, de acordo com os objetivos da investigação.

Depois de termos a resposta positiva dos ex-residentes da comunidade terapêutica, deu-se início à realização das entrevistas, em simultâneo, contactámos e convidamos os assistentes sociais para participar na investigação.

As entrevistas aos ex-residentes da comunidade terapêutica e aos assistentes sociais foram realizadas entre maio e novembro de 2017, a transcrição e análise das mesmas, deu-se entre agosto de 2017 e janeiro de 2018.

De salientar que, ao longo de toda a investigação as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental foram uma constante.

### Entrevistas semiestruturadas

Neste sentido, definimos como técnicas de investigação as entrevistas semiestruturadas e a análise documental. A entrevista semiestruturada consiste num conjunto de temas a abordar, com respostas livres e abertas. Isto é, apesar de se usar um guião, procura-se o mais possível a livre expressão de ideias. Por outro lado, permite a obtenção de uma maior riqueza de informação a partir dos discursos dos entrevistados (Joaquim, 2007).

A entrevista semiestruturada não é “inteiramente aberta ou encaminhada por um grande número de perguntas precisas, geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas guias relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber informação por parte do entrevistado. É uma técnica de recolha de dados que tem como objetivo obter as informações que interessam à investigação” (Quivy & Campenhoudt, 2005:95).

A entrevista é um importante “instrumento de trabalho nos vários campos das ciências sociais [...], como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia Social, a Política, o Serviço Social e outras” (Marconi & Lakatos, 2003:196).

Considerando-se as ideias expostas acima, a entrevista para este estudo foi uma técnica essencial de recolha de dados, tendo em vista que esta pesquisa teve como principal objetivo a obtenção de informações relacionadas com experiências de vida que envolvem por um lado, os significados e as opiniões dos toxicodependentes sobre o impacto da intervenção do assistente social no seu tratamento em comunidade terapêutica e por outro lado, a análise que os assistentes sociais fazem das suas práticas em comunidade terapêutica.

## Análise documental

A análise documental foi uma técnica essencial de recolha de dados na construção desta investigação. O acesso aos livros de relatórios, atas de reuniões comunitárias e grupos evolutivos, projetos de passagem de fase, projetos de fim de semana, registo de conferências de famílias/reuniões familiares, documentos sobre a comunidade terapêutica e fotografias, serviram para cruzar e unir informações, relacioná-las e confirmá-las para estabelecer um fio condutor entre os testemunhos dos entrevistados e os documentos, de modo a construir uma investigação lógica e coerente.

A análise documental é “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente do original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência” (Bardin, 1977).

Estes documentos/registos escritos permitiram o contacto com informações que potenciaram a compreensão de ocorrências, factos biográficos passados, valores, as relações e conhecer contextualmente aspetos da vida pessoal e profissional dos participantes na investigação, Oliveira (2007) citado por (Souza, Kantorski, & Luis, 2011). Conhecendo e estudando a história de alguém temos uma noção mais real do seu trajeto de vida, a análise documental foi fraturante para conhecermos o percurso dos toxicodependentes durante o tratamento em comunidade terapêutica.

A análise documental para que seja considerada uma produção e reprodução deve ser efetuada por uma leitura ativa do documento, devem utilizar-se várias fases de análise, devendo-se reter e referenciar as ideias/informações estratégicas para a construção da ideia a desenvolver.

Nesta investigação a análise documental foi determinante para descrever e contextualizar as principais alterações nas leis, nas medidas e políticas de apoio e combate à droga em Portugal nos últimos 30 anos.

A análise documental “funciona sempre como um recurso de memória com imensas funcionalidades” (Severino, 2000:130), método este que foi fundamental na elaboração desta investigação, na recolha e análise da informação escrita existente sobre o trajeto dos toxicodependentes em comunidade terapêutica. O exercício do método documental ajuda a consolidar matérias e assuntos sobre alguém ou grupo social, tendo em conta a sua história passada numa ótica do contexto presente, contribuindo de forma significativa para a análise de conteúdo e análise de discurso.

## Técnicas de Tratamento de Dados

No tratamento dos dados foi privilegiada a técnica de análise de conteúdo, de acordo com Campos (2004), para recorrermos a esta técnica de análise devemos respeitar três fases fundamentais desse processo.

“I - Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus das entrevistas, depois de selecionado o corpus a ser analisado procede-se às leituras flutuantes de todo o material, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. II - A seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), uma das mais básicas e importantes decisões para o pesquisador é a seleção das unidades de análise. Nos estudos qualitativos, o investigador é orientado pelas questões de pesquisa que necessitam ser respondidas. Mais frequentemente, as unidades de análises incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros. Existem várias opções na escolha dos recortes a serem utilizados, mas percebemos um interesse maior pela análise temática (temas), o que nos leva ao uso de sentenças, frases ou parágrafos como unidades de análise.

III-O processo de categorização e subcategorização que pode ser definido como processo de categorização pode ser definido como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação. Desta forma, podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. As categorias utilizadas podem ser apriorísticas ou não apriorísticas: a apriorística, o pesquisador de antemão já possui, segundo, experiência prévia ou interesses, categorias pré-definidas. No caso da escolha pela categorização não apriorística, essas emergem totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa, o que inicialmente exige do pesquisador um intenso ir e vir ao material analisado e teorias que suportam o estudo, além

de não perder de vista o atendimento aos objetivos da pesquisa” (Campos, 2004:613).

A importância da Análise de conteúdo como método de compreensão e produção do conhecimento científico no âmbito do trabalho realizado sobre a importância do assistente social na comunidade terapêutica, foi orientada segundo alguns pressupostos que assentam nos interesses da análise, nomeadamente por esta estar orientada para um número razoável de entrevistas, numa análise comparativa através da construção de tipos, categorias e temas.

A análise de conteúdo pretende descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito, “quando falamos em investigação empírica, falamos de uma serie de operações como, descrever os fenómenos, descobrir as suas covariações ou associações e ainda descobrir relações de causalidade/de interpretação das dinâmicas sociais em estudo” (Guerra, 2006:69).

A análise de conteúdo permite ao investigador construir um conhecimento a partir da análise do discurso contido em entrevistas e nas conversas com os toxicodependentes e assistentes sociais da comunidade terapêutica. Na transcrição discursiva da matéria gravada o investigador não se deve preocupar muito com os aspetos formais, mas sim dar mais importância aos indicadores e modelos relacionados com a informação vivencial e diretamente relacionada com a interpretação cognitiva do entrevistado.

Existe uma relação de proximidade na análise de conteúdo, entre a comunicação e o domínio do simbólico, transmitido através das palavras dos interlocutores. É uma metodologia que permite validar, detetar interferências entre os dados e informações recolhidas para com o seu contexto.

O objetivo está em fazer um tratamento de dados resultantes de trabalho de terreno, fazer uma triagem e seletividade da informação a fim de que se possa apresentar um conjunto de informações o mais possível fidedignas e próximas da realidade contextual (Krippendorf, 1980).

O processo de análise das entrevistas foi feito de forma de horizontal, no primeiro momento fez-se a transcrição das entrevistas realizadas para a investigação e de seguida organizou-se todo o material. No segundo momento classificaram-se as categorias contidas nas falas dos sujeitos entrevistados, a análise e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados pesquisa empírica e da análise documental. (Bardin, 2010)

## CAPITULO V - A INTERVENÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

### 1 – Caracterização e dados sociodemográficos dos entrevistados

#### 1.1 - Dados sociodemográficos dos ex-residentes da C.T e toxicodependentes em recuperação

Sexo	Idade	Estado civil	Anos de abstinência	Situação profissional	Contexto geográfico	Nomes fictícios
Feminino	40	Divorciada	5	Massagista	Centro	E01 Manuela
Feminino	47	Casada	5	Técnica superior	Centro/Sul	E07 Sónia
Masculino	38	Divorciado	5	Empregado de mesa	Norte	E05 Pedro
Masculino	34	Solteiro	4	Jardineiro	Centro	E04 Rui
Feminino	38	Casada	5	Mediadora de seguros	Norte	E03 Madalena
Masculino	52	Divorciado	4	Reformado	Sul	E06 António
Masculino	35	Casado	5	Técnico administrativo	Centro	E08 Nuno
Masculino	41	Divorciado	4	Desempregado	Centro	Manuel E09
Masculino	37	Solteiro	4	Comercial	Sul	E02 João
Número total (n)	→					<b>9</b>

## 1.2 - Dados sociodemográficos dos assistentes sociais

Sexo	Idade	Experiência Profissional (nº anos)	Zona geográfica	Nome na Transcrição
Feminino	48	12	Centro	Entr/AS-01
Feminino	48	9	Centro	Entr/AS-02
Feminino	51	20	Centro	Entr/AS-03
Masculino	35	7	Norte	Entr/AS-04
Feminino	31	6	Sul	Entr/AS-05
Masculino	42	12	Sul	Entr/AS-06
Feminino	38	12	Centro	Entr/AS-07
Número total de assistentes sociais				7

O presente estudo não se revelaria adequado e pertinente se não tivéssemos privilegiado o contacto direto com os vários atores intervenientes na investigação. O contacto com estes foi feito através de telefone, *Messenger*, *Skype* e presencialmente aquando da realização das entrevistas. Sempre que necessário foram efetuados contactos pelas mesmas vias, conforme a disponibilidade e compreensão dos entrevistados.

Nas entrevistas realizadas aos assistentes sociais, também lhe foi solicitado que falassem abertamente em cada pergunta, pedindo-lhes inclusivamente que se socorressem de exemplos das ocorrências no âmbito da sua intervenção com os toxicodependentes em tratamento ou com as suas famílias e pessoas significativas, importantes para a nossa investigação.

## 2– Nomenclaturas: ex-toxicodependente ou toxicodependente em recuperação

Importa neste ponto, clarificar a terminologia utilizada nesta investigação para nos referirmos aos sujeitos de investigação. Ao longo deste trabalho temos optado por usar a terminologia “toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da comunidade terapêutica”. A utilização destes termos é usada para nos referirmos aos participantes na investigação. De modo a não ferir suscetibilidades o uso destas nomenclaturas foi devidamente esclarecido com os participantes na investigação.

O toxicodependente é a pessoa que continuamente tem comportamentos aditivos, nomeadamente, consumo repetido de substâncias psicoativas, esta denominação é comumente aceite pela maior parte das pessoas que passaram por este longo e doloroso processo, assim como, para maior parte dos interventores sociais que desempenham a sua atividade profissional no âmbito da toxicodependência.

O termo ex-toxicodependente é habitualmente usado para nos referirmos às pessoas que passaram pela experiência da dependência química, mas para os próprios – os que passaram por esta experiência - rejeitam a utilização deste termo, entendendo que esta denominação é feita incorretamente. Os participantes na investigação, justificam esta convicção pela sua experiência e sentir, afirmando que a toxicodependência é uma doença incurável, crónica, pelo risco a que estão constantemente expostos. A droga é um produto de fácil acesso, é preciso que a pessoa esteja atenta, segura de si, bem estruturada emocionalmente e aprenda a viver um dia de cada vez, só dessa forma a pessoa se manterá em recuperação, sem atitudes de recaída, sempre alerta e sem trocar o lema de “só por hoje eu não vou consumir” para “só por hoje vou consumir”.

Clarificando, para os toxicodependentes em recuperação –sem consumir qualquer tipo de drogas incluindo álcool -, não existe um ex-adicto ou ex-toxicodependente.

A pessoa toxicodependente pode estar dez ou mais anos sem consumir drogas, contudo se após esse período de tempo voltar a fumar um charro ou consumir qualquer tipo de droga, incluindo álcool ou medicação não prescrita, há uma recaída e a doença volta a manifestar-se.

“A recuperação não termina simplesmente quando ficamos limpos.  
Quando nos abstermos de todas as drogas (e isto também se refere ao

álcool), encaramos sentimentos com os quais nunca tínhamos lidado com êxito. Experimentamos até sentimentos que nunca éramos capazes de sentir no passado. Devemos estar dispostos a encarar novos e velhos sentimentos, à medida que eles aparecem” (NAWS, 1996:8).

Pode afirmar-se que nos últimos anos, todas as comunidades terapêuticas, independentemente do modelo de tratamento em que assentam a sua intervenção, têm dado um especial enfoque aos consumos de álcool e de medicação não prescrita. As equipas de tratamento começaram a incluir no aconselhamento questões relativas ao consumo de álcool. A preocupação com o álcool tem vindo a ganhar maior relevância nos últimos anos pelo número de pessoas que após tratamento substituíam a falta da droga pelo álcool, acabando por perder o controlo e recair na sua droga de escolha.

A pessoa toxicodependente, adita, dependente química está sempre em risco e a única possibilidade de se manter limpo é não usar qualquer tipo de drogas, “esta realidade do consumo compulsivo de drogas vem, talvez mais do que qualquer outra situação da clínica, colocando novas questões à nosologia. O próprio termo de toxicodependência estará a perder o seu valor descritivo em favor do termo de adição” (Fabião, 2002 :38).

Existe um leque variado de comportamentos aditivos, a toxicodependência diz respeito aos utilizadores de substâncias psicoativas. O álcool foi inserido nesta categoria nos últimos 4 anos, assumindo-se hoje que o álcool é uma droga como a heroína, a cocaína ou outra, a diferença está em ser uma droga lícita pode ser comprada em qualquer supermercado sem qualquer punição, contrariamente à heroína e à cocaína e etc., que são ilícitas e a sua venda é penalizada. Da mesma forma, está demonstrado que as pessoas que são dependentes de álcool, não conseguem beber moderadamente.

Neste sentido, sendo o toxicodependente uma pessoa que tem dificuldade em controlar o consumo de qualquer tipo de substância que altere e modifique o seu comportamento, o consumo de álcool durante a recuperação é considerado uma recaída.

Nesta investigação são sempre usados nomes fictícios para identificar os autores dos trechos retirados das entrevistas para a apresentação dos dados e denominaremos as pessoas que passaram por tratamento em comunidade terapêutica como toxicodependentes em recuperação/ex-residentes da comunidade terapêutica, usando esta designação pela real perceção e sentir que os entrevistados têm de si mesmo e da sua toxicodependência.

O João (toxicodependente em recuperação e ex-residente da C.T.), descreve a toxicodependência da seguinte forma:

*“Esta doença não tem cura, tenho de estar sempre em estado de alerta. Nunca digo, estou curado há 3 anos, digo sempre que estou em recuperação! Só por hoje estou limpo, amanhã logo se vê. Se amanhã apanhar uma bebedeira, já sei que está tudo de volta outra vez, amanhã fumo uma ganza, passado uma semana mando um risco de Branca<sup>73</sup> ..., e pronto abri a porta, perco o controlo e o que consegui nestes três anos vai tudo ao ar. Já tenho essa experiência, foi sempre assim em todas as vezes que recai.” (E02)*

A perda de controlo sobre as suas ações e comportamentos compulsivos perante o consumo de substâncias psicoativas é relatada por vários toxicodependentes em recuperação com o mesmo sentimento. A experiência da recaída assenta num sucedâneo de factos que estes reconhecem de imediato, independentemente do tempo que estão em recuperação, sem consumir nenhum tipo de droga, incluindo o álcool.

Os toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da C.T., descrevem algumas situações que os levaram à recaída

*“Andei a consumir onze anos seguidos, fiz várias desintoxicações, mudanças geográficas e estive em duas comunidades terapêuticas, acabei por estar oito anos limpa, fiquei grávida e tive a minha segunda-filha depois do nascimento dela estive sem usar drogas durante 8 anos, cheguei a receber um porta-chaves de estar limpa e sóbria por oito anos. O porta-chaves para os Narcóticos Anónimos tem uma dimensão simbólica, é entregue na reunião, é como se fosse um prémio por conseguires viver sem usar drogas....., Mas pronto....., Como ia a dizer, depois de oito anos sem consumir nada, mesmo nada, nem um gota de álcool, nem uma passa, opa nada!!!, Fui passar um fim de semana a Vila Praia de Âncora com uns amigos que Eu pensava que estavam limpos.., na verdade ele estava , mas ela andava a consumir às escondidas do companheiro. Em conversa ela contou-me a verdade e fiquei*

---

<sup>73</sup> Termo calão para dizer Cocaína.

*atordoada com isso, mas senti que fiquei melancólica. Vim embora e passadas duas semanas fui ter com eles a Lisboa para passar o fim-de-semana, nesse dia á tarde, outros dois amigos, vieram ter connosco e um deles tinha “Branca”, fiquei nervosa e toda a tremer, fui passear e só me apetecia consumir, devia ter vindo para casa e fugido daquele espaço... Mas fiquei com aquilo na cabeça e pensei, quero lá saber é só hoje, acabei por consumir com eles... Credo fiquei com uma dor na cabeça, confusa e zangada comigo, mas enfim, o resto da história é sempre a mesma, acabei por estar a consumir com eles nesse fim de semana. Depois nessa semana não consumi, mas fiquei na merd... .., tinha virado o programa ao contrário, em vez de ser estar limpa só por hoje, comecei o processo contrário ..., só por hoje vou usar, e estraguei tudo, perdi carro, casa e a minha filha que foi para o Pai, agora nestes últimos três anos tenho estado a recuperar tudo o que tenho lentamente. Vamos ver!” (E07)*

*“Tinha a minha casa, o meu carro e posso dizer que a minha vida profissional, como comercial de vendas de seguros foi muito bem-sucedida, consegui alcançar uma carteira de clientes de meio milhão de euros, cheguei a estar sem consumir quase 2 anos. Mas mais uma vez, bastou um dia em que consumi, a partir desse momento a heroína e a cocaína começaram a estar muito presentes. Comecei a consumir no meu local de trabalho, na casa de banho, isto é uma dependência terrível. Durante este percurso ia às minhas consultas no CAT, tomava a minha medicação, mas também consumia. Se andava a tomar o antagonista opiáceo<sup>74</sup>, consumia coca. A Assistente social,*

---

<sup>74</sup> São medicamentos usados no tratamento da dependência em especial da heroína, dois dos mais conhecidos e usados em Portugal são a naltrexona, conhecido vulgarmente por “antaxone” e um dos primeiros que foram recomendados e receitados nos centros de tratamento da toxicodependência em Portugal – “Basinal”.

Naltrexona Accord - o cloridrato de naltrexona é utilizado em associação com outros medicamentos ou na terapêutica para ajudar as pessoas que são dependentes de drogas, como por exemplo a heroína (opiáceos), a vencerem a sua dependência. Está indicado como terapêutica de apoio na manutenção da abstinência (autorrejeição) em doentes dependentes de álcool. A naltrexona atua bloqueando os recetores ao nível do cérebro com o objetivo de bloquear a ação dos opiáceos. Os indivíduos deixam de sentir a euforia que sentiam anteriormente após tomarem opiáceos.

[http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=47379&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=47379&tipo_doc=fi)

O Basinal - é usado, após uma perfeita desintoxicação dos toxicodependentes de opiáceos, como medicamento de manutenção para evitar recaídas. Suprime os efeitos habituais dos opiáceos: dependência e euforia. Está igualmente indicado como auxiliar no tratamento da dependência alcoólica. Conforme consta na bula do medicamento disponível online em

[http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=810&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=810&tipo_doc=fi).

*a psicóloga e toda a equipa do CAT que me acompanhavam, diziam que o melhor para mim seria o internamento num centro de tratamento, pois o meu problema já me acompanhava há muitos anos e que esta seria a etapa seguinte, senão mesmo a final. Eu recusava sempre, dizia que era impensável, tinha o meu trabalho e os meus clientes, desculpava-me dizendo que se me ausentasse para ser internada ia perder tudo e foi o que aconteceu, nos últimos 6 meses de consumo, estorei com tudo o que tinha, mas mesmo assim a minha resposta para a equipa do CAT era que conseguia com a medicação e com o antagonista largar o vício. Nós quando estamos agarrados e no fundo mesmo, não vimos e não ouvimos nada nem ninguém.*

*Mas claro, chegou o tal dia, um dia em que TODOS me encostaram à parede. Estava completamente agarrada à branca e na altura foi quando me foi diagnosticada a hepatite C, foi quando a minha família me fez um ultimato, ou vais para a comunidade terapêutica ou nunca mais entras cá em casa e esquece de vez a família que tens. Felizmente que fui para a comunidade terapêutica, pelo menos só por hoje estou limpa e sóbria.” (E01)*

### 3 – Tratamento em Comunidade Terapêutica- “Aprender a dizer, Não”

O tratamento em comunidade terapêutica é vivido e sentido pelos toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da C.T, como um período de interiorização de si mesmo, de aceitação da sua fragilidade e incapacidade de lidar com as drogas. Assim, a comunidade terapêutica na sua visão é mais que um espaço de tratamento, é ganhar tempo de vida.

Na comunidade terapêutica o afastamento da realidade social, nomeadamente dos locais e das pessoas de consumo servem para que os toxicodependentes adquiram as ferramentas, os conhecimentos e os instrumentos de defesa que venham a servir como escudo protetor, quando terminarem o tratamento e voltarem à realidade. Na comunidade terapêutica, os toxicodependentes em tratamento têm de aprender a saber dizer não ao consumo de drogas.

O Rui, (toxicodependente em recuperação e ex-residente da C.T.), diz:

*“Os ensinamentos que nos transmitem na comunidade terapêutica são muito importantes, ficamos com bastantes coisas gravadas na cabeça. Já sei que quando estou em raiva, tenho de evitar estar em ambientes que tenham principalmente acesso direto às drogas. O álcool não tenho muito stress, porque nunca foi a minha droga de escolha...Mas coca<sup>75</sup>, esquece lá isso, nem perto! Às vezes venho do trabalho e deu por mim a olhar para um bairro onde antes ia comprar as cenas! Mas o mais engraçado e perigoso é que um destes dias estava sentado na esplanada do café perto da minha casa e ouvi dois chavalos<sup>76</sup> que andam a dar nela a dizer um para o outro “aquela cena de ontem era muito boa”, eu percebi que eles se estavam a referir à droga, porque andam a consumir, fiquei logo atarantado, vim para casa e estava mesmo nervoso, mas acabei por resistir e não consumi, estas pequenas vitórias são muito importantes, porque isto é uma doença maldita, só quem lá passou é que sabe.” (E04)*

*“Quando saí da C.T., vim viver para uma rua abaixo desta onde moro agora, já estava habituada a andar livre na rua na fase de reinserção social, mas quando voltei aqui, para a minha terra, olhava à minha volta e só via pessoas que eu sabia que andavam a usar drogas. No início foi duro, e parece que há uma atração que é inexplicável em criar amizades só com pessoas que têm passados parecidos com os nossos, mesmos sem nós sabermos nada sobre essas pessoas. Quando fui trabalhar para uma call center, comecei a dar-me muito bem com a rapariga que estava na secretária em frente da minha. Ela era simpática e bem-disposta, convidou-me para jantar e fomos jantar fora com o marido dela. Quando ele chegou vinha com um amigo e Eu topei logo que vinham ganzados, fiquei logo toda nervosa. Durante o jantar tanto um como outro foram à casa de banho duas ou três vezes, ela uma tótó<sup>77</sup>, não via nada e eu já trepava paredes<sup>78</sup>, percebi que as idas constantes dos dois à casa de banho serviam para mandar riscos de Branca. Mal o jantar acabou, vim*

---

<sup>75</sup> Diminutivo de cocaína

<sup>76</sup> Termo calão para designar homem/rapaz

<sup>77</sup> Totó – neste contexto este termo serve para designar uma pessoa não se apercebe do que se está a passar à sua volta.

<sup>78</sup> Trepava paredes- é um termo recorrentemente usado pelas pessoas toxicod dependentes quando ficam ansiosas e com vontade de usar drogas.

*logo para casa, nesse dia bati muita mal. Até suores tinha, só pensava em ir compra “branca”. Essa noite foi terrível, acabei por tomar o Morfex<sup>79</sup> de SOS e dormi. Acabei por ir cortando com essa amiga, mas ainda lhe dei pistas do marido, mais tarde vim a saber que ela descobriu tudo e deixou-o. Mas sinto, que nesse dia quase recai.” (E03)*

Os toxicodependentes olham o consumo de droga como uma luta difícil de travar, mesmo que lhe saia caro perder tudo, família, amigos, emprego e todos os bens materiais. Quando recaída acontece é preciso agir rapidamente, pedir ajuda, não ter vergonha e voltar a encarar o problema. Regressar à comunidade terapêutica, nem que seja para repensar o projeto e voltar a reorganizar tudo de novo, pode ser uma solução preventiva para que o problema não se prolongue e se perca tudo de novo.

A Manuela, (toxicodependente em recuperação ex-residente da C.T.), dá o seu exemplo:

*“Eu acabei o primeiro tratamento em comunidade terapêutica de dezoito meses, com habitação e trabalho, sai da comunidade terapêutica com tudo organizado, nisso a Equipa técnica foi exemplar e a Assistente social em particular empenhou-se muito na minha reintegração social. Mas passados três ou quatro dias já andava a dar nela, foi um impulso, nem pensei. Sai da C.T., e achei que já estava curada, podia consumir que não ficava agarrada, mas isso é uma grande treta.*

*Como estava longe da família e das pessoas da Comunidade terapêutica, deixei-me andar e fui ao fundo do poço. Durante esse tempo fui acompanhada pela equipa do CAT da minha área de residência, colocaram-me a tomar metadona e andei assim mais dois anos. Mas consumia branca e muitos comprimidos, até que fiquei sem nada! Mais uma vez a Assistente social*

---

<sup>79</sup> O Morfex é um medicamento muito usado no âmbito da toxicodpendência, tanto durante a desintoxicação como no tratamento em ambulatório ou de estadia prologada, ajudando a pessoa a dormir. De acordo com a bula do infarmed este medicamento está indicado em: Todos os tipos de insónia caracterizada por dificuldade em adormecer, despertar muito frequente durante a noite ou muito cedo pela manhã. - Insónia recorrente e em situações clínicas, agudas ou crónicas, que requerem um sono repousado. As benzodiazepinas só estão indicadas quando a perturbação ou sintoma são graves, incapacitantes ou o doente está sujeito a uma grande tensão.

[http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=5732&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5732&tipo_doc=fi)

*encaminhou-me para a C.T., sai de tratamento novamente 18 meses depois, foi muito bom! Mas na verdade percebi que se mais cedo tivesse pedido ajuda, evitava ter feito muita coisa má, que fiz! Agora seja nas reuniões de N.A., seja com a minha assistente social ou psicóloga, se ando com vontade de consumir digo logo a todos para que me ajudem.” (E01)*

Os ex-residentes da comunidade terapêutica são bastante assertivos e objetivos ao afirmarem que a resistência em pedir ajuda se deve essencialmente à vergonha e ao medo da crítica dos outros, seja da família, amigos, vizinhos ou pessoas significativas.

#### 4- Aceitação da doença e pedido de ajuda

Um dos mais importantes passos para entrar em recuperação, é aprender a pedir ajuda, seja no início dos consumos, quando os próprios se apercebem e dão conta que estão a ficar dependentes de substâncias psicoativas, ou num momento de recaída.

Para que haja esse despertar interior (espiritual), é necessário que a pessoa toxicod dependente aceite a sua dependência química como uma doença,

“que pode acontecer a qualquer um. Alguns de nós usavam drogas porque gostavam, enquanto outros usavam para reprimir os sentimentos que tinham. Outros sofriam de doenças físicas ou mentais e ficaram adictos à medicação prescrita durante o tratamento. Alguns de nós juntavam-se de vez em quando ao grupo que usava drogas, só por estar na moda, e mais tarde descobriram que não podiam parar” (N.A.,1996:7).

A aceitação da doença é um processo doloroso, foi possível perceber junto dos ex-residentes que esta situação acontece por orgulho, vergonha e por entenderem que já estão completamente viciados sem possibilidade de se recuperarem. Por outro lado, a sua vida já não faz sentido sem drogas devido à perda dos familiares, das pessoas significativas, dos amigos, do emprego e das relações sociais. A falta de aceitação origina conflitos, internos e externos, que criam tensão, sofrimento, e que irão resultar em raiva, ressentimentos e angústia. Obviamente, referimo-nos aqui aos universos tanto da “autoaceitação”, como da “aceitação” social que acontece pela desaprovação social do consumo de drogas e de hábitos arbitrariamente conexos (Cardoso, 2006).

Nos relatos dos entrevistados aceitar a doença é um processo difícil e contraditório de explicar por palavras, são os próprios que dizem que por um lado se sentem completamente desajustados da realidade e do que se passa à sua volta. Por outro lado,

aceitar a doença é como fraquejar e dar razão a todos os que estão à sua volta e os chamam à atenção.

*“Para mim foi demorado aceitar esta doença, andei muitos anos a consumir e a esconder, ou a pensar que escondia da família e dos amigos. Mas quando comecei a perder os empregos porque pedia vales (dinheiro) aos patrões adiantado, quando estava a ressacar e já não ia trabalhar, a família, os vizinhos e os amigos começaram-se a aperceber que estava agarrada. Depois a família tentava ajudar e ia fazer umas desintoxicações físicas, mas voltava para casa e aos poucos começava a consumir às escondidas e voltava ao mesmo, até que acabei por ir para Lisboa, fiquei a viver perto do bairro de uso, onde se vendia droga, aí percebi que a minha vida estava por um fio. Foi salva porque andava a prostituir-me e fui parar ao centro de acolhimento de Alcântara, onde podia dormir, comer e tomar a medicação, aos poucos deixei a prostituição e depois fui para a C.T. (E07)*

*“A doença é tão manipuladora que nos faz acreditar que estamos bem, só aceitei verdadeiramente que estava doente na penúltima vez que estive em comunidade terapêutica, mas mesmo assim o álcool traiu-me, comecei a beber uns copos e não consumia droga. No trabalho estava tudo bem, mas houve um dia que fui de férias para Vigo com uns amigos e nesse fim de semana havia lá uma festa, eu sou adito e já andava a beber em demasia, nessa noite apareceu alguém com Branca<sup>80</sup> e acabei por recair. Foram 6 meses para estragar todo o dinheiro que tinha guardado, pedi dinheiro a todos os colegas de trabalho, cometi mais uns pequenos crimes e já tinha a bõfia<sup>81</sup> atrás de mim. Percebi que tinha de ir para tratamento, mas só aceitei verdadeiramente que era adito e estava doente, durante o tempo que estive em tratamento na C.T, nos primeiros dois anos após tratamento, fiz noventa dias, noventa reuniões de partilha em N.A. Nós, entre tóxicos, dizemos que de manhã quando acordamos, a doença acordou antes de nós, por isso temos de estar sempre atentos.” (E08)*

---

<sup>80</sup> Branca - termo usado na linguagem calão para dizer Cocaína

<sup>81</sup> Bõfia – termo usado na linguagem calão para referir polícia.

Muitos dos programas e modelos de tratamento em comunidade terapêutica referem como principais motivos das recaída prolongadas, os sentimento de culpa, a incapacidade pessoal para distinguir o que está certo do que está errado, a falta de assertividade, a manipulação, o orgulho doentio, a falta de gratidão, o não acreditar em si mesmo, a falta de auto estima, não acreditar na impotência perante todo tipo de drogas, incluindo o álcool e a não correção de comportamentos e atitudes para cometer menos erros.

O método (Minnesota) ou de Narcóticos Anônimos têm como primeiro passo ajudar o toxicod dependente a aceitar a sua condição, cada um deve “admitir que é impotente perante a sua adição, que tinha perdido o domínio sobre a sua vidas” (N.A.)<sup>82</sup>, outros modelos, como o biopsicossocial, modelo holandês e o modelo hierárquico também colocam a ênfase na aceitação da doença como princípio ativo da recuperação.

Na comunidade terapêutica todos os profissionais se esforçam para alterar esse sofrimento e frustração, com o objetivo de transformar e ajudar o residente a ultrapassar essa dificuldade.

“A pessoa que ajuda é a que presta a colaboração, que junta os seus esforços ao outro que necessita da ajuda, sendo este o ator principal, aparecendo o que ajuda como secundário, para cooperar, para servir de suporte. Desta maneira, passa a ser uma relação de natureza terapêutica, com intervenções estruturadas, segundo as necessidades do utente cuidado, esta ajuda não é por si próprio um processo de resolução de problemas, onde a postura (...), deve de ser não diretiva (evitando os conselhos), respeitando a maneira como a pessoa vive esta dificuldade” (Rodrigues, 2010:21).

O assistente social tem a obrigação de proporcionar essa mudança, de ajudar os residentes mostrar que têm direitos e deveres. Reconhecendo que são “inúmeros os obstáculos que a profissão enfrenta para uma prática transformadora, este é um profissional que busca na realidade social elemento que viabilizem um processo de rutura com status quo<sup>83</sup>. Neste

---

<sup>82</sup> Adaptado do primeiro passo dos doze passos de Narcóticos Anónimo. Esta referência foi recolhida de um folheto que faz parte da literatura entregue nas salas de N.A, que acontecem em quase todas as cidades do País. Existem várias reuniões semanais, estas só podem ser frequentadas por pessoas com problemas de adição, no entanto uma vez por mês, no primeiro dia de cada mês são feitas reuniões abertas ao público em geral. Este folheto foi-nos cedido por um toxicod dependente em recuperação, que frequenta as reuniões, não tem, qualquer data, apenas título: Doze Passos de Narcóticos Anónimos.

<sup>83</sup> De acordo com o dicionário *online* de significados o “o *status quo*” - está relacionado ao estado dos fatos, das situações e das coisas, independente do momento. O termo *status quo* é geralmente acompanhado por outras palavras como manter, defender, mudar e etc.

sentido, tem muito a contribuir, através de sua intervenção profissional, com a consolidação dos direitos” (Prá, 2003:3).

O Serviço Social apresenta-se como uma profissão que, na sua gênese, é uma profissão de relação. Inúmeros trabalhos e autores, desde a origem da profissão de assistente social, abordam teoricamente este aspeto, comprovando a centralidade que a relação assume na intervenção social (Lopes, 2015:13).

Para Pedro, João e Madalena (toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da C.T.), aprender a pedir ajuda e aceitar definitivamente a necessidade de tratamento, foi um processo difícil, ou estavam com outros problemas de saúde, problemas com a justiça ou então aprenderam a fazê-lo após estar em comunidade terapêutica.

*“Só aprendi a pedir ajuda, depois de estar em comunidade terapêutica pela última vez, já tinha passado por quatro ou cinco CT`s, antes de ir pela última vez para tratamento. Agora peço ajuda sempre que preciso, seja à família, amigos, á assistente social ou á psicóloga do CAT<sup>84</sup>. No primeiro ano telefonava para o assistente social da CT, dava-lhe cada seca!! Ele ajudou-me e ajuda imenso, só me dava e dá na cabeça. Mas sempre que estou aflito leva comigo. (E05)*

*“Para quem consome, recai, volta a consumir, volta a recair, começa por se sentir um incapaz..., vais pedir ajuda a quem, e como, se já ninguém se acredita em ti. Para mim ainda bem que apareceram os CAT`s e as comunidades terapêuticas, nesses dois sítios sempre que necessitei pedi ajuda, sem medo, as assistentes sociais ou os psicólogos que lá trabalhavam compreendiam-me e davam-me sempre esperança. Na última vez que recai fui ao CAT a assistente social, marcou a desintoxicação na unidade de desabituação e de lá fui direto para a comunidade terapêutica, lá fui acompanhado por outra assistente social e outros técnicos, mas pelo menos ninguém me recriminou, nem criticou” (E02)*

*“Estar a consumir faz com que não penses muito na tua vida, queres consumir e pronto. Nas últimas duas vezes que entrei em recuperação foi*

---

<sup>84</sup> Sigla de Centro de Apoio a Toxicodependentes que atualmente é apelidado de Centro de Respostas integradas (CRI), do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

*porque estava com as defesas em baixo. Fui a uma consulta de HIV e antes da consulta de manhã tens de ir tirar sangue para análises, só tens consulta à tarde. Quando entrei no consultório o médico do HIV, disse-me que a minha carga viral estava muito elevada e que as minhas defesas estavam em baixo que tinha de ficar internada. Fiquei sem saber o que fazer..., mas disse-lhe a verdade que estava a consumir e que ia ressacar muito. Ele foi muito atencioso e disse-me logo que não havia problema que entrava em contacto com as Taipas (Cento de atendimento a toxicodependentes de Lisboa) para me trazerem a metadona e até lá me dava medicação para a ressaca. Tinha de ser assim, porque não estava em condições físicas para aguentar a desintoxicação só com medicação. Estive internada mais ou menos ou mês e a assistente social perguntou-me se queria voltar para a casa ou ir para tratamento em comunidade terapêutica. Do hospital fui para a comunidade terapêutica, quando sai no final de um ano recai, nessa altura fui eu que liguei para o assistente social da C.T., e foi novamente aceite. Estive lá 18 meses com a reinserção e só por estes quatro anos tenho estado limpa. Sempre que me sinto com vontades de usar, vou à terapia, ligo ao assistente social, vou a reuniões, peço ajuda, não me deixo ficar a bater mal. Se ficar assim, vou ao tapete<sup>85</sup> rapidamente.” (E03)*

Para os assistentes sociais entrevistados a relação de ajuda, contém características muito particulares que se interligam no afeto que os assistentes sociais têm pela profissão e com o sujeito da sua intervenção.

Na toxicodependência a relação de ajuda é fortemente condicionada pelas sucessivas vezes que o tratamento ao toxicodependente fracassa. Os assistentes sociais que trabalham com esta problemática social põem à prova a sua resistência à frustração, à capacidade de aceitar e não julgar o outro.

*“A relação de ajuda é uma questão de proximidade e de acreditar, sem julgamento de valores. Tens de estabelecer regras concretas e assertivas, mas sobretudo tens de primeiro equacionar as tuas práticas e perceber se a capacidade que tens para intervir serve ao outro. Muitas vezes dou comigo a pensar se a dificuldade de aceitar a ajuda é do toxicodependente em*

---

<sup>85</sup> Vou ao tapete: expressão usada para substituir recair; ir consumir, voltar a usar drogas.

*tratamento, ou é da minha parte da má gestão e aplicação dos procedimentos e das ações que desenvolvo para que a relação de ajuda seja eficaz.”*  
(Entr/AS\_03)

*“Os toxicodependentes em tratamento na comunidade terapêutica, são pessoas muito habituadas a recorrer ao assistente social por causa do seu percurso de vida como dependentes químicos, das idas aos Centros de apoio à toxicoddependência e às instituições de apoio social. Esse reconhecimento e a facilidade com que o toxicodependente em tratamento compreende o papel dos assistentes sociais pode complicar a relação de ajuda, pelo excesso ou pela falta de expectativas do próprio sobre o trabalho do assistente social. Apesar de existirem momentos de tensão gerados pelo cansaço que o assistente social sente perante certos casos, temos de ter coragem de continuar a insistir e batalhar para que a pessoa se transforme e se adapte às regras sociais. Claro que há dias em que ficamos sem perceber se a relação que criamos com as pessoas para as ajudar lhes serve para alguma coisa, essa reflexão autocrítica fazemo-la muitas vezes, e sentimos que a precisamos de a fazer, especialmente quando vimos a pessoa novamente a chegar à comunidade terapêutica para tratamento, uma pessoa que já esteve em tratamento uma, duas ou mais vezes, terminou o seu projeto e saiu de cá com todas as ferramentas para poder fazer uma nova vida, voltando meses depois como se fosse a primeira vez. Quando assim é, a degradação física e psíquica, associada à rutura de relações sociais e familiares é de tal ordem que temos dificuldade em perceber que tipo de relação de ajuda podemos recriar com a pessoa.”* (Entr/AS\_06)

## 5 - A relação entre o toxicodependente e o assistente social em comunidade Terapêutica

Os ex-residentes da comunidade terapêutica relativamente ao relacionamento criado com o assistente social são muito claros, em todos os relatos mostraram muita vontade para se pronunciarem sobre a relação com o assistente social.

*“Para falar da minha situação específica em contexto de comunidade terapêutica, sempre senti empatia com assistente social. Os deveres técnicos estavam presentes, mas sem dúvida que nunca faltou o diálogo, aquele olhar atento e interessado, houve ali um clic para me fazer apreciar a pessoa e querer falar com ela. A pessoa está vulnerável, desorientada, com o auto estima muito baixa e por norma o grau de confiança que tem em si mesmo é muito fraco, ora só uma relação empática, essa competência de se conseguir colocar no lugar do outro é a condição sine qua non para que o assistente social possa usar depois os recursos mais ajustados a cada situação por si. Por outro lado, o assistente social visa o acompanhamento permanente por forma a orientar e a promover uma justa e equilibrada inserção do indivíduo. Só através de uma relação empática é possível compreender os fatores de risco que devem ser despistados por forma a prevenir a exclusão da pessoa.”*  
(E07)

*“A assistente social, durante todo foi uma pessoa muito importante durante o meu tratamento. Foi a assistente social que me ajudou a ganhar autonomia. Esteve sempre pronta para me ouvir. Às vezes confrontava-me com a minha realidade, quando me queixava e dizia que me queria ir embora, eu ficava muito danado, porque ela me perguntava “para onde, fazer o quê e morar com quem?”* (E08)

A importância de manter uma relação de respeito é igualmente confirmada por outro dos entrevistados. A relação de proximidade/distância perdura e dá-se pacificamente pelo sentimento de compreensão que o assistente social transmite aos residentes em comunidade terapêutica.

*“Sempre tive uma ligação boa com o assistente social, mas penso que nunca o ofendi, eu até sempre fui muito impulsivo e mal-educado, mas mesmo assim acho que tínhamos uma relação de muito respeito. Depois ganhas tarimba na vida e percebes que há pessoas que não faz sentido estrares a tentar enganar, que te ajudam e que te defendem. Eu consumi muitos anos 15 ou 16, andava sempre agarrado à “gringa”<sup>86</sup> e as únicas pessoas que me*

---

<sup>86</sup> Diminutivo usado pelos toxicod dependentes para designar seringa.

*respeitavam e falavam normal ou eram os meus camaradas de guerra ou as assistentes sociais e os psicólogos dos serviços de apoio aos tóxicos<sup>87</sup>. Na comunidade terapêutica o assistente social sabia tudo da nossa vida, se tinha roubado, se tinha doenças, que médicos e apoios precisava, se tinha dinheiro ou não tinha, era uma relação muito chegada, mas tinha muito respeito e não passávamos os limites. De vez em quando discutes, dizes o que não queres, discordas, mas depois pedes desculpa e seguimos em frente. Mas se fosse preciso o assistente social também vinha ter comigo ou com os meus colegas e pedia desculpa e assumia caso errasse em alguma situação. Mas nós eramos muito chatos, queremos tudo assim dum momento para o outro.”*  
(E09)

As relações interpessoais e dinâmicas relacionais em comunidade terapêutica são maioritariamente afetadas pela existência de uma relação de proximidade/distância.

Na comunidade terapêutica há uma continuidade do trabalho e presença efetiva do assistente social, os assuntos não ficam pendentes. O tempo de refletir, pensar e respirar, é condicionado pela presença física de todos no mesmo espaço físico, durante os 18 meses de tratamento, o grupo de toxicodependentes em tratamento exige atenção permanente. A rotina do dia a dia gera tensões e conflitos, tornando a relação numa espécie de balão, que esvazia ou enche, de acordo com as decisões que o assistente social toma relativamente ao projeto de vida dos toxicodependentes em tratamento.

Todos os assistentes sociais entrevistados falaram sobre esta relação de proximidade/distância como uma questão de respeito, empatia e capacidade ligação afetiva, afirmando que, os residentes são muito atenciosos, carinhosos e compreendem muito bem qual o seu papel, mesmo em momentos de desacordo e chamadas de atenção.

*“É uma relação socio terapêutica de mútuo respeito, empatia e responsável. Sem julgamentos e preconceitos. É muitas vezes da relação positiva que o residente estabelece com o assistente social, que conseguimos fazer o residente debater os seus problemas honestamente levando-o ter esperança de vir a ter uma vida mais feliz. É através do reforço positivo que vem da*

---

<sup>87</sup> Diminutivo usado para denominar toxicodependente

*relação socio terapêutica que a pessoa volta a acreditar em si própria. A confiança que se estabelece permite não só o elogio como também a repreensão e por vezes até punição.” (Entr/AS\_04)*

*“A nossa aptidão e capacidade de aproximação dos nossos residentes é a principal razão do seu apreço pelo o nosso trabalho.*

*Por outro lado, há uma razão que é essencial e está intimamente ligada ao nosso papel de assistente social, os residentes da comunidade terapêutica têm bem presente na ideia, pelo seu percurso nos serviços de apoio à toxicodependência que muitos dos recursos financeiros, habitação, apoio alimentar, que lhes são atribuídos resultam do trabalho/apoio que fazem com os assistentes sociais. Muitos dos Toxicodependentes que vêm para a comunidade terapêutica, ás vezes a receber apenas o Rendimento social de Inserção, sem qualquer outro apoio. Quando conseguimos que lhe seja paga a prótese dentária, as viagens às consultas de H.I.V., ou lhe sejam atribuídos outros apoios complementares vindos da seg. social, da misericórdia, ou de outras fontes solidárias, seja da rede pública privada, os residentes mostram muito a sua gratidão, e forma de a expressar é agradecer e manter equilibrada essa relação de proximidade/distância.*

*Há uma situação que eu acho particularmente muito interessante, no dia-a-dia na comunidade terapêutica, todos os residentes têm o cuidado, antes de qualquer refeição ir perguntar se queremos almoçar, lanchar ou jantar, apesar de cultivarmos esses hábitos na comunidade terapêutica, acabamos por ficar orgulhos com a sua generosidade.” (Entr/AS\_01)*

Ainda que trabalhem em diferentes comunidades terapêuticas, todos os entrevistados apresentaram a confiança, como principal característica para manter a relação saudável.

*“A principal relação criada no contacto direto com o toxicodependente é a confiança. Fazê-lo sentir que pode confiar é o primeiro passo para uma relação interpessoal, com base na segurança. A partir daí é possível elaborar um*

*diagnóstico e definir estratégias de trabalho com aquela pessoa.” (Entr/AS\_06)*

*“Ser assistente social em comunidade terapêutica, não é o mesmo que ser assistente social numa instituição de apoio a idosos, ou crianças. Na C.T., as nossas atividades diárias são condicionadas pela aproximação, mas as regras estão devidamente estabelecidas e os residentes sabem fazer essa distinção. Quando me abordam e eu não posso resolver ou falar sobre o assunto que estes querem ver tratado, sou verdadeiro com a pessoa. Mas depois não te podes ir embora da comunidade terapêutica sem dares uma satisfação ao residente, só assim se estabelece uma verdadeira relação de confiança e verdade. (Entr/AS\_03)*

Partindo da palavra “confiança”, podemos perceber que as competências interpessoais são “intrínsecas ao processo relacional, reunindo um conjunto de qualidades humanas. Reportam-se à interação face-a-face, considerada privilegiada e essencial no contexto de cuidar, e permitem construir uma relação terapêutica ao ser expressa empatia e vontade de trabalhar com a pessoa” (Alves , 2011:17).

Apesar de integradas nas equipas multidisciplinares de diferentes comunidades terapêuticas. Os assistentes sociais são perentórios em afirmar que existe muita recetividade, respeito e confiança por parte dos residentes mesmo sendo uma relação de proximidade/distância.

*“É uma relação de respeito, não temos queixa! Há dias em que os próprios residentes estão melhor ou pior consigo mesmo e isso reflete-se na forma como interagem, mas isso também acontece connosco. Essa proximidade/distância que fala é salvaguardada pela forma como nos posicionamos e pela conduta que temos enquanto profissionais. Os residentes sabem que estamos aqui para os ajudar a crescer e criar um novo projeto de vida, nem sempre as decisões da equipa são acatadas pacificamente pelos residentes, porém, há sempre espaço para o diálogo e para clarificar qualquer mal-entendido que possa existir. O importante é fazer perceber os*

*residentes que estamos todos a remar no mesmo sentido, que o seu bem-estar é o mais importante para a equipa técnica da CT. A relação é de confiança, de responsabilidade e respeito, com tudo o que isso implica, nesta relação há espaço para momentos de maior ou menor formalidade. Estamos a trabalhar com pessoas, e temos pelos nossos residentes o maior respeito.”*  
(Entr/AS\_05)

## 6 -A intervenção do assistente social na recomposição dos laços familiares e sociais em comunidade terapêutica

A família e a sua envolvência durante e pós o tratamento é um dos principais fatores para melhora a integração dos residentes na comunidade terapêutica aumentando a qualidade do trabalho do assistente social. A família pode não só, contribuir com um conhecimento muito específico sobre a vida e as vivências do residente, como também ser um grande suporte nas tomadas de decisão do residente.

Porém, nem sempre há família ou pessoas significativas que se interessem pelo processo de tratamento do toxicodependente. Como já referido anteriormente, o cansaço da mentira, da manipulação e do engano afasta os familiares deixando o toxicodependente sem laços familiares e sociais, ou pouco ou nada significativos.

“A partir da decisão por um tratamento especializado, tanto o toxicodependente quanto a família (...) têm de desvelar dificuldades e sentimentos que, de certa forma, atrapalham o processo de recuperação. O envolvimento com o estado da doença em muitos casos torna-se algo tão forte, que dificulta o acesso dos técnicos às informações que são essenciais para o êxito do tratamento. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de intervenção do profissional de Serviço Social, inserido em uma equipe interdisciplinar, para organizar um trabalho efetivo com as famílias dos dependentes químicos” (Petry, 2005:72).

Durante a realização das entrevistas aos ex-residentes da comunidade terapêutica, uma das temáticas que mais os impulsionou e emocionou ao falar sobre a intervenção do assistente social em comunidade terapêutica, foram as questões familiares durante o tratamento e a reinserção social.

*“No meu caso, a família (Pai, Mãe e Irmão), não se quiseram envolver no meu tratamento, vi que o assistente social tentou e esforçou-se muito e acabou por conseguir que o pai do meu filho mais novo contribuísse para o seu sustento, isso foi bom. O assistente social também contactou diretamente todas as instituições que me apoiaram a mim e aos meus filhos. Para mim foi muito importante o seu acompanhamento durante as visitas e idas a casa e nos contactos que fez com as pessoas que me deram trabalho e me receberam. Fez com que as pessoas tivessem confiança em mim (Choro), isso foi mesmo muito importante. (E03)*

No discurso dos ex-residentes entrevistados nota-se um sentimento de gratidão pleno pelo trabalho que o assistente social realizou com a família principalmente no caso dos residentes que estavam em total rutura com os familiares.

*“Esta é uma questão que me afeta profundamente, na medida em que os primeiros 5 meses de internamento estive proibida de contactar física e verbalmente com a minha família. Era o assistente social a minha ponte, o meu elo de ligação, tudo o que eu sentia e queria dizer aos meus, tinha que passar por ele para ser transmitido, da minha parte e da parte da minha família. Era tipo um pombo-correio, eu escrevia e ele levava as notícias! Mas sim, foi um elo ativo, foi ele que permitiu as minhas visitas e idas a casa. O assistente social informava a nossa família de tudo o que de bom e de mau se passa connosco. Ele conta tudo o que nos acontece e arranja maneira de nós comunicarmos com a família. “(E01)*

*“Para mim foi difícil, estive muito tempo sem ter notícias da família.... Quer dizer notícias...não é bem notícias. O assistente social ligou várias vezes a dizer que eu mandava beijos e abraços para todos e que estava em tratamento na comunidade. Mas quando me dava o feedback dos telefonemas, eu sabia que do outro lado não tinha havido nenhuma recetividade e não mostravam interesse em entrar em contacto comigo. O meu pai começou a aceitar os telefonemas e o assistente social informou-o que eu iria começar a ligar uma vez por semana, mas não havia grande conversa. Com a minha ex-mulher nunca houve hipótese de restabelecer relação, o assistente social marcou*

*alguns encontros entre nós, onde me acompanhou, mas o seu trabalho foi ajudar-me a aceitar que ela tinha outro e já tinha nova vida. Mas fiquei muito contente quando os meus padrinhos do Porto vieram à comunidade e me apoiaram, a partir dessa altura mantiveram sempre o contacto comigo. Na comunidade fiz o percurso todo, e a partir da 3<sup>a</sup> fase já falava com eles ao telefone. O assistente social sempre me deu as todas as informações sobre eles, fossem boas ou más notícias. Com o meu Pai foi uma vitória, na quarta fase veio com os meus padrinhos á comunidade terapêutica e fizemos as pazes. Hoje vivemos na mesma casa. (E06)*

Nessa perspetiva, para os toxicodependentes em tratamento a presença e a envolvimento da família no tratamento e reinserção social é uma dimensão que os reforça positivamente. Porém, é possível perceber através dos relatos das entrevistas que nem todos eles conseguiram manter os laços familiares durante os anos da sua vida que passaram a consumir droga. As suas vivências e peripécias desencadearam processos de resistência por parte dos familiares, muitas vezes gerando perdas relacionais, emocionais e afetivas que apenas o tempo, o seu compromisso em se manterem limpos e completamente fora do consumo das substâncias psicoativas, os poderá levar a recuperar esses laços.

“Neste ponto emerge a necessidade de recuar no tempo com a família, para procurar, nas histórias que estes contam, pontos de partida para a reconstrução de uma identidade familiar suficientemente coesa e diferenciada, ligando o percurso da história familiar e reconhecendo-se no passado em continuidade temporal. A tarefa que se coloca é poder identificar, com a família, causas de mal-estar e sofrimento, receios ou dificuldades, em relação com o contexto social e temporal, que permita entender o seu bloqueio, dando-lhe um sentido partilhado.” (Martins, 2002:69)

O assistente social é assim um dos principais profissionais a que o toxicodependente recorre para recompor os laços familiares, durante o tratamento na comunidade terapêutica. Os toxicodependentes entrevistados, apesar de tentarem sustentar o seu testemunho sobre a importância da família durante a sua estadia em comunidade terapêutica e na reinserção social, começaram por clarificar com bastante à vontade e sentimento as principais causas da rutura familiar.

*“A assistente social teve sempre a preocupação em que existisse aproximação entre mim e a minha família durante todas as fases do tratamento em C.T., mas a única coisa que conseguiu foi uma visita já quase no final quando estava na reinserção. Mas nessa visita houve confusão entre mim e a família. Começaram todos a dizer que eu tinha de ganhar juízo, que era bom ficar a morar na cidade da C.T., mas com um discurso de quem me queria ver longe. A minha tia até me disse que dava cem euros para a ajuda do quarto se eu ficasse a morar em L....., Eu como não gostei e fiquei com muita raiva voltei para a comunidade terapêutica e disse à assistente social que não queria saber mais deles. Acabei por morar primeiro em Aveiro e agora estou em Lisboa há dois anos e meio. Mas já estamos todos bem e tem-me apoiado. Já tenho mais um filho que sem o apoio da minha cunhada e da minha Mãe era difícil para mim e para a minha esposa.” (E09)*

Para a maioria dos ex-residentes da comunidade terapêutica a relação com a família assenta sempre num jogo de forças, jogo este muito peculiar. Essa relação de força assume um novo formato, deixando cair a imagem destruturada da relação familiar da época consumo de drogas.

No entanto, quando partilham sobre os danos que causaram e tentam corrigir, nota-se angústia, raiva e sofrimento. Usam chavões para afirmar que o mal feito às famílias não está esquecido, mas é preciso aceitar, pedir desculpa e acreditar para seguir em frente.

Na comunidade terapêutica a recriação da relação familiar vai-se restabelecendo através de dados/informações que os residentes vão entregando ao assistente social, durante o seu processo de tratamento.

*“No inicio de tratamento a minha família não telefonava às terças-feiras e não queria saber de mim, dizia que eu tinha feito muito mal e que agora que fosse á minha vida, eles estavam fartos de mim. Depois o assistente social na primeira visita a que tive direito, durante o tratamento, pediu para minha mãe para vir falar comigo. Nessa visita esteve a psicóloga, a assistente social, eu e a minha Mãe, o que foi muito bom, explicaram à minha mãe que eu, já estava melhor e que precisava dela para me poder recuperar. Depois disso a minha Mãe sempre conversou com as assistentes sociais e ao longo destes anos limpo, tem-me apoiado muito. Apesar como às vezes*

*continuarmos a ter conflitos entre nós, a minha mãe e irmã não suportam ver-me a falar com os meus antigos companheiros de uso.” (E04)*

A possibilidade da reconstrução das relações familiares com maior ou menor grau de sucesso está intimamente ligada à história de vida de cada ex-residente da comunidade terapêutica e à expectativa que as famílias têm relativamente à eficácia do tratamento. As famílias são “fundamentais à cultura dos vínculos e também à construção valores do bem-estar intersubjetivo pessoal e social, mas que a precariedade e os aspetos mutantes da vida contemporânea podem pôr em causa a estabilidade dos sistemas de valores éticos, morais e religiosos no interior dos sujeitos e das suas relações dinâmicas intrafamiliares.” (Lito, 2012:88).

As famílias têm mecanismos e meios que vão aprimorando para analisar e perceber se o tratamento está a funcionar com o seu familiar está ou não a resultar, é um treino que adquirem por meio empírico, são muitas as aprendizagens assimiladas pelos comportamentos desviantes do toxicodependente. Assim como os toxicodependentes se autoanalisam, se auto culpabilizam com clareza, quando olham para si e ao mesmo tempo para todo o trabalho que o assistente social tem para reinventar as relações familiares. Esta capacidade de autoanálise está na forma como são extremamente perspicazes e conseguem durante o seu projeto socio terapêutico fazer uma reflexão interior e da sua história de vida.

Para alguns ex-residentes a família sempre lhe mostrou que tinha um radar apontado na sua direção, com o objetivo primordial de obter diversos comprovativos da sua situação pessoal, estes comprovativos serviriam como chave para reentrar, reativar e restaurar a sua relação familiar.

*“No meu caso, a minha família estava muito resistente em eu voltar para a minha terra e trabalhar aqui perto de casa, eles estavam sempre a dizer que eu ia voltar a dar-me com as mesmas pessoas e voltar à mesma vida. Nos últimos 6 meses de tratamento o meu irmão e a minha mãe vinham fazer visitas e o assistente social foi falando isso com eles, mas nenhum deles nunca foi muito de acordo de eu regressar para a minha zona. Como o assistente social entrou em contacto com a assistente social do meu CAT de origem, com a assistente social da junta de freguesia e com a Dona do armazém para onde fui trabalhar, acabaram por me aceitar. (E02)*

*A minha família sempre teve a par das minhas decisões e da minha vontade durante o tratamento, em especial, após o 6º mês quando começaram a contactar com o assistente social e aceitar os contactos comigo. Sempre disse que mesmo que tivesse de morar numa casa velha alugada, eu queria ir em trabalhar perto da vila onde estava a minha família e felizmente até hoje está tudo a correr bem.” (E05)*

Para a Maria (toxicodependente em recuperação e ex-residente da C.T.), a má situação em que colocou a família ainda hoje a transtorna. A família sempre a acompanhou para todos os tratamentos, sempre se dispôs a visitá-la, a aceitar os projetos de fim-de-semana, deixá-la viver a terapia da realidade aquando as suas saídas. No entanto esta ex-residente no seu relato transmite dois sentimentos ambivalentes: se por um lado, a família lhe tentava mostrar confiança para ajudar a garantir o sucesso do tratamento, por outro lado, ela sabia que eles estavam sempre ansiosos e nervosas quando a viam sair sozinha, nas visitas a casa, nos últimos meses de comunidade terapêutica e durante a sua reinserção social. Esta ex-residente reconhece as causas e enuncia-as:

*“É da mais profunda ingratidão e frieza a maneira como eu tratei a minha família durante todos esses anos.... eu desaparecia, eu desligava o telemóvel, eu ficava incontactável e não queria saber de mais nada, a não ser da minha vida de consumos...fiz sofrer muito, causei muita dor, muitas desilusões e fiz chorar muitas lágrimas, das quais estou eternamente arrependida... foi uma vida tão só e tão estranha...vivemos numa apatia social por completo, somos felizes por diversos instantes e somos tristes, mas "felizes" sozinhos. Foi uma loucura, só quem passa pode entender as pessoas em que nos tornamos. A minha família passou muito comigo.” (E01)*

Para os assistentes sociais entrevistados a participação e a envolvência das famílias durante o tratamento e a reintegração social dos toxicodependentes deve ser bem calculada e ponderada, nos seus relatos podemos perceber que por vezes a família pode condicionar o trabalho feito pelo assistente social em conjunto com os residentes. No discurso dos assistentes sociais podemos verificar algum sentimento de resistência e frustração.

Sendo a família um dos mais importantes atores no processo de tratamento do toxicodependente, em determinados momentos também se podem tornar em elementos desestabilizadores. “A toxicodependência constitui-se, assim, num fenómeno síntese, resultante da circularidade de influências internas e externas; como sintoma de sofrimento e de desorganização pessoal e familiar, mas também como causadora de sofrimento e de desorganização familiar e social.” (Dias, 2001:1).

Este duplo sentimento pode ser aferido pelo relato de uma das assistentes sociais entrevistadas:

*“A família quando existe, tem sempre um papel fundamental. Quando os familiares têm um amor firme, com limites, conseguem ajudar mais facilmente o Utente a entrar em recuperação. No entanto, muitos familiares deixam-se manipular, intimidar pelo Utente. Na sua grande maioria a família também deveria ter suporte emocional. Está disfuncional, doente devido a ter um familiar com esta doença.”* (Entr/AS -01)

*“Quando iniciei a minha atividade profissional como assistente social na C.T., ficava muito preocupada, tinha dificuldade em perceber o afastamento e o desinteresse que alguns familiares mostravam sobre os parentes em tratamento. Cheguei a por em causa a minha competência profissional. Com o tempo fui conhecendo as histórias de vida dos residentes e comecei a compreender que a sua distância e descrença era justificável pelas ações dos toxicodependentes durante o período de consumo. Atualmente, com a experiência aprendi que as famílias precisam de tempo para voltar a acreditar e nesse sentido, nós os assistentes sociais da C.T., temos um papel preponderante, devemos ser claros e deixar ao critério da família a e envolvimento, participação ou não participação, no tratamento do familiar ou pessoa significativa. Essa escolha tem de ser das pessoas e não do assistente social, temos de estar conscientes que caso haja uma recaída após a alta clínica os familiares nos vão informar e confrontar sobre o que correu mal”* (Entr/AS -06)

Estes profissionais referem que a envolvimento da família tem implicações no tratamento e na reinserção social a vários níveis, contudo quando as decisões merecem ser ponderadas com firmeza, assertividade e alguma distância para aumentar a

responsabilidade do toxicodependente, os familiares são pouco assertivos e por vezes tendem a desvalorizar as indicações dos técnicos da equipa multidisciplinar da C.T., em particular do assistente social.

*“Sem dúvida que a participação da família é fundamental, afinal é o suporte de proximidade mais importante, que na maior parte das vezes lá estará para receber a pessoa no final do processo e intervenção terapêutica. No entanto esta participação pode ter momentos altos e momentos baixos, atendendo à situação de cada indivíduo, à sua história e laços sociais criados ou quebrados em momentos mais complexos da vida de consumo. Ou seja, parece-me que a família (com as suas particularidades e características) deve estar presente, participar e acompanhar o processo de tratamento e recuperação, no entanto deverá existir um equilíbrio nesta participação, para que o seu contributo positivo e/ou negativo não prejudique ou influencie o tratamento. Neste caso o assistente social deverá ser um bom mediador entre estes vários lados, atendendo à importância de cada um deles em momentos diferentes do processo terapêutico.” (Entr/AS -02)*

*“As famílias são muito colaborantes e sempre dispostas a debater assuntos relativos ao tratamento do residente (seu familiar). A prova dessa colaboração é a atenção está na forma como tentam cumprir de forma cautelosa todas as orientações que lhe são dadas pelos profissionais da equipa da CT, durante as saídas a casa, em fins-de-semana ou no decorrer de qualquer saída autorizada. As famílias são uma peça fundamental para cumprir uma parte fundamental do tratamento, a reinserção socioprofissional. A sua disponibilidade para voltar a receber o residente, ajudá-lo a reganhar autonomia e a reintegrar-se a todos os níveis é fundamental.” (Entr/AS -05)*

*“A família quando existe e está disponível é parte integrante do processo terapêutico do Utente. Durante o internamento realizam-se conferências familiares e, procuramos ajudar a família a conhecer melhor a doença da adição. A família tem sempre um papel fundamental. Quando os familiares têm um amor firme, com limites, conseguem ajudar mais facilmente o Utente*

*a entrar em recuperação. No entanto, muitos familiares deixam-se manipular, intimidar pelo Utente. Na sua grande maioria a família também deveria ter suporte emocional. Está disfuncional, doente devido a ter um familiar com esta doença. (Entr/AS -01)*

## 7-Espaços de reflexão coletiva, promoção de autonomia, participação ativa no tratamento e na reinserção social

Na comunidade terapêutica uma das responsabilidades do assistente social está na forma como promove grupos evolutivos, reuniões comunitárias e atendimentos individuais para desenvolver autonomia dos residentes que estão na comunidade terapêutica. Estes espaços de promoção da autonomia, de responsabilização e de participação no tratamento são o garante para que o toxicodependente em tratamento se possa reestruturar e reorganizar em todas as dimensões da sua vida. Quando confrontados com esta questão os entrevistados, de imediato se relembram dos ensinamentos aprendidos em comunidade terapêutica, das regras da casa e desses encontros, falando destes momentos com saudade e prazer. As reuniões de grupo não têm somente um valor terapêutico em si, como também promovem a “mobilização emocional nos pacientes e uma comunicação interpessoal ativa (...), a relação interpessoal de uns com outros na convivência e na descoberta e mobilização destes recursos e vai-se revelando num campo socio relacional onde se dão elementos mais adequados para a reconstrução do individuo no sentido do enriquecimento e da maturação.” (Badaracco, 1994:27)

Para o João e a Sónia (toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da CT), as reuniões comunitárias e os grupos evolutivos foram dos momentos que mais os fizeram crescer, aprender e modificarem o seu comportamento durante o tratamento, a reflexão conjunta, os exemplos, as histórias de dor e de sofrimentos de outros residentes que já tinham passado por outras comunidades, as tentativas falhadas e os testemunhos de sucesso , foram uma vantagem para se auto perceberem, se conhecerem, de forma a poderem mudar estratégias para que fazer diferente durante a sua reinserção social se tornasse mais fácil.

*“Estar na comunidade terapêutica é estar fechado, nos primeiros meses estamos mesmo tipo ermitas, vamos à piscina, ao café ao domingo, fazíamos*

*hipoterapia e outras atividades no exterior, estamos basicamente sempre acompanhados. Nunca estás sozinho, se vais a uma consulta vais com o monitor, o psicólogo ou o assistente social. Dentro da comunidade estás em grupo, há confusões durante as tarefas diárias, nas dinâmicas da casa, nas responsabilidades coletivas, há sempre pequenos stresses. Nas reuniões comunitárias, nos grupos evolutivos, nas reuniões de residentes o que havia de bom é que cada um falava na sua vez e o outro tinha de ouvir, e eu também tinha de ouvir o outro. Quanto ás conversa sobre reinserção social e profissional normalmente era abordado em frente a todos o que era bom, porque só os residentes mais velhos tratavam desse tema com os técnicos, mas todos ouvíamos e podíamos fazer perguntas, aos poucos és tu mais velho e já tens alguma informação para falar sobre os problemas s que estás a viver e até identificares-te ou não com os restantes do grupo de residentes que a viver a mesma situação. (E02)*

*“No início que fui para C.T., ficava muito nervosa com as reuniões comunitárias e com os grupos evolutivos. Mas, nos grupos evolutivos ficava mais calma porque sabia que partilhava e cada um falava de si, sem grande confronto dos restantes residentes e técnicos da casa, já no dia da reunião comunitária ficava nervosa. Sabia que se tivesse agido mal nessa semana ou se não estivesse a tentar fazer o melhor para a minha vida, era chamada à atenção pelos colegas, era confrontada, ficava muito chateada porque me perguntavam se eu queria ir dar nela (consumir), e se assim era que dissesse e partilhasse que passava. Com o tempo a passar comecei a perceber que a reunião comunitária era o momento certo para falar de mim das minhas expetativas, para falar dos meus planos, fazer pedidos e apresentar projetos para a minha recuperação/tratamento a curto e a longo prazo para a reinserção social. Muitas vezes, nos dias antes da reunião comunitária falava com a assistente social para em conjunto decidirmos se estava na altura certa de apresentar objetivos de visitas das famílias, pedidos de fim de semana, pedidos de passagem de fase etc. As reuniões comunitárias e os grupos evolutivos foram momentos muito bons para a minha mudança.” (E07)*

As importâncias destes espaços de reflexão têm o mesmo eco em quase todos os ex-residentes entrevistados, considerados por todos, momentos de reflexão de descoberta e de novas formas de empoderamento. Há um sentimento comum, partilhado por todos que tem a sua génese a enfatização da autonomia, de terminar com sucesso o tratamento.

Ao analisar os discursos dos ex-residentes sobre estes espaços de partilha em grupo, podemos perceber que a autonomia e a decisão participada entre o assistente social e os ex-residentes, é como se fosse o primeiro de todos os passos dados ao longo de todo o tratamento, para que os toxicod dependentes tenham coragem de olhar para si como novos membros de uma sociedade que apesar do discriminar, estigmatizar e excluir devido á sua problemática, também deixa espaço para que a inclusão seja da sua responsabilidade.

Assim a sua reintegração social e profissional pode ser gerida per si com o apoio de todos os técnicos que o acompanham nessa nova caminhada. Um projeto de vida trabalhado e recortado à medida de cada caso. Uma experiência que só mostrará o seu verdadeiro resultado vivendo um dia de cada vez<sup>88</sup>. Se pensarmos que recuperação significa mudança e em alguns casos recomeçar do zero. Esta realidade acarreta “desafios e adversidade, por ex. reconquistar a dignidade, a confiança e a honestidade, adaptação ao sistema familiar, superar o estigma, quebrar as barreiras da negação e enfrentar a vergonha tóxica. Recuperação não significa cura e não é um acontecimento isolado, mas um processo de transformação de avanços e recuos.” (Rodrigues, 2007).

Para Pedro (toxicod dependente em recuperação e ex-residente da C.T.), estes momentos de partilha em grupo foram essenciais para ouvir e trabalhar com o assistente social, no seu relato expõe exemplos sobre a mais-valia de uma interação verdadeira em que a troca é sustentada por um contínuo processo de aceitação da realidade.

*As diversas propostas que nos vai dando para ajudar no projeto de reinserção social e tenta perceber e ver a nossa evolução, para mim sempre esteve disponível, além de estar sempre disposto a tentar resolver algum*

---

<sup>88</sup> Viver um dia de cada vez – termo usado na linguagem corrente - “implica ter um plano e um compromisso para com a recuperação. Significa viver no momento presente, aqui e agora, um minuto, uma hora, uma manhã, uma tarde de cada vez. Viver no momento como se mais nada fosse realmente importante. Não alimentar a preocupação e ou ansiedade em ter resultados imediatos e milagrosos, do tipo “Eu quero ter uma relação...Quero ser aumentado no emprego... Quero ser aceite pela minha família...quero um emprego seguro...Não quero sentir...Não quero sofrer ou sentir dor”. Por vezes este “Quero” significa uma crença disfuncional irreal e rígida (tudo ou nada, certo e errado) capaz de boicotar a recuperação.” Citação retirada do blog: Recuperar das Dependências (adição) de João Alexandre Rodrigues, Addiction Counselor.

*problema da minha reinserção. O assistente social esperava que eu falasse as minhas ideias, sobre o que pretendia fazer durante a reinserção e só depois do plano de reinserção estar escrito e apresentado na reunião comunitária e no grupo evolutivo é que o assistente social começa a planear connosco o que temos de fazer e nos ajuda a encontrar o nosso caminho, sem perdermos nossa identidade. Quando passei para a 4ª fase fiz um pedido escrito para ir de fim-de-semana porque era dia de aniversário de uma amiga da minha terra. Ela festeja o aniversário no mesmo dia em que acontece as festas populares da minha terra. O assistente social leu o meu pedido escrito durante a reunião comunitária e pediu que eu na reunião seguinte fundamentasse esse pedido. Porque queria ir nesse fim-de-semana dado que faltavam 2 semanas e podia ir mais cedo. Eu na reunião comunitária disse que tinha feito o pedido para aquela data porque eram as festas da minha aldeia, mas na verdade o que eu queria era ir à festa de anos da minha amiga. Mas a assistente social e os restantes técnicos falaram com a minha irmã e ela contou a verdade. Sem me dizerem e pedindo á minha irmã que nada me dissesse, autorizaram o pedido. Fui ao aniversário, á festa da minha terra e na segunda regresssei, não fiz qualquer tipo de consumo de drogas ou álcool. Na segunda-feira no grupo evolutivo os técnicos deram-me os parabéns por tudo ter corrido bem e ao mesmo tempo disseram-me que sabiam que eu lhes tinha omitido o principal objetivo de querer ir a casa naquele fim de semana, que não tinha de fazer isso principalmente porque o tratamento servia precisamente para saber cuidar de mim e ganhar a autonomia. (E05)*

Os espaços de participação, reuniões e grupos de partilha, são descritos pelos assistentes sociais como momentos de intervenção que servem para compreensão dos residentes em tratamento, da sua satisfação ou não, das suas necessidades, de pensar estratégias de ação. É neste “complexo universo que o assistente social se encontra no cotidiano, tendo que dar respostas teórico-práticas, procurando as alternativas existentes, percebendo em cada uma delas as suas potencialidades e construindo um conjunto de ações que vão materializando a realidade” (Lacerda, 2014:31), para que as suas atividades estejam visivelmente chapadas no bem-estar dos residentes durante e pós-tratamento.

*“A assistente social na comunidade terapêutica, quanto mais dinâmica e proativa for melhor. O trabalho é muito intenso e os residentes estão constantemente a querer informações ou a questionar sobre os assuntos que trazem em mente, é um trabalho extremamente exigente. Como a nossa atividade abrange um leque de tarefas muito grande, por vezes é necessário parar e poder ouvir o grupo de residentes, é uma forma de percebermos se estamos a desempenhar o nosso papel de forma correta. Se nas reuniões existirem muitas queixas e lamúrias é porque a nossa intervenção não está a ter os resultados esperados.” (Entr/AS -06)*

*As reuniões comunitárias ou os grupos evolutivos são momentos muito importante tanto para os residentes como para nós técnicos. Na prática é nestes momentos que nos podemos perceber a perceção que o residente tem de si, da sua família, do grupo e da equipa. Muitos dos residentes já passaram por muitas comunidades terapêuticas, modelos de trabalho igual ou diferente, sabem o que devem dizer, como dizer e em que fase do tratamento o dizer, seja nos atendimentos individuais ou em coletivos, conhecem as estratégias de tratamento e da ação que nos desenvolvemos. A grande diferença é que o grupo nunca é o mesmo, por isso o assistente social e os restantes elementos da equipa têm de aproveitar estes momentos para aproveitar as partilhas, analisar da honestidade, da motivação, do empenho no seu tratamento. As reuniões são importantes na medida em que nos servem para recolher dados para construir o diagnóstico e agir.” (Entr/AS -02)*

## 8 - A dimensão colaborativa da intervenção em comunidade terapêutica

Na análise centrada nas dimensões da ação e da relação profissional em comunidade terapêutica, é importante cruzar as várias dimensões interpretativas, se por um lado, o papel do assistente social é planear e estruturar da melhor forma possível um novo projeto de vida para os toxicodependentes, por outro lado, estes profissionais estão convictos que esta sua tarefa só pode ser executada de forma satisfatória se existir cooperação da parte dos toxicodependentes e dos restantes elementos da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica.

*“O meu papel de Assistente Social na Comunidade Terapêutica era importante em 4 fases: no ato de admissão/acolhimento do residente e da família/integração na CT e reinserção social. Ao longo do projeto do residente é necessário ter a capacidade para cumprir os vários procedimentos que estão inerentes ao serviço social. Para isso fazia todo o levantamento possível de dados sobre o residente, para me certificar que estava a agir corretamente. Toda recolha de informação era feita através do contacto feito a: junto do residente; família; outros técnicos por quem o residente tinha sido acompanhado. Quanto á reinserção social, o meu trabalho em primeiro era de cariz investigativo junto de futuros técnicos fosse de intervenção social ou de outras instituições, para que pudesse apresentar às residentes as soluções satisfatórias para a sua reinserção socioprofissional, no sentido de criar, renovar e reatar laços interrompidos e afetados pelas vivências anteriores à entrada em comunidade. Todo o planeamento tinha em com vista a preparação da sua reintegração social, familiar e profissional. É fundamental que o assistente Social desconstrua conceitos elaborados e use uma linguagem simples, objetiva e de entendimento fácil de maneira a ser melhor compreendido por quem lhe coloca os problemas. É um princípio básico e válido para qualquer pessoa que procura o assistente social. (Entr/AS-03)*

*“As minhas práticas na comunidade terapêutica são sempre no sentido de capacitar os residentes para melhorar a sua vida. Há uma tentativa continuada de provocar os residentes e fazê-los crescer. Os resultados do meu trabalho só são visíveis quando o residente passa a aceitar que tem de mudar os seus comportamentos, isso está ligado também a minha capacidade de intervenção. Na comunidade terapêutica a dimensão interventiva é permanente, é a única forma de sustentar o exercício profissional. Como o nosso trabalho nesta comunidade terapêutica assenta no modelo Biopsicossocial, toda as nossas ações e planos de ação têm como principal objetivo promover nos residentes um estíclo de vida saudável. Eu acho que temos sempre, de ter em conta quem somos e qual a nossa formação. Faço atendimentos individuais, converso com os residentes, oiço e muitas vezes*

*tenho de mediar as suas relações sejam familiares ou profissionais, dou-lhe informações, faço todos os contactos que sejam necessários em qualquer fase do seu projeto, articulo e trabalho com a rede formal de suporte e apoio na área da toxicodependência para o bem dos residentes. Mas neste trabalho, a rede de contactos informais que vamos obtendo é o melhor que temos para decidir e resolver os problemas.” (Entr/AS-06)*

As ações desenvolvidas pelos assistentes sociais em comunidade terapêutica são alicerçadas no trabalho colaborativo. Relativamente ao trabalho colaborativo desenvolvido, observou-se que os assistentes sociais valorizam esta forma de trabalhar pela possibilidade que têm de rever e reformular as suas próprias práticas, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

O trabalho em equipa multidisciplinar exige colaboração, cooperação, honestidade e flexibilidade, ao explorar a relação entre os diversos profissionais na comunidade terapêutica conseguimos descodificar junto dos mesmo a importância do trabalho colaborativo.

Para uma das assistentes sociais que desempenhou a sua atividade na comunidade terapêutica “Ponte dos rios”, só faz sentido a articulação e o trabalho interdisciplinar, afirma que se não houvesse essa interligação e interdependência de disciplinas profissionais, todas as tarefas que se realizam no intuito de intervir junto dos toxicodependentes durante o tratamento seriam muito mais difícil de realizar.

*“Há uma preocupação na partilha que tem a ver com a formação, na experiência, na personificação de cada profissão e no profissional que coopera e se entreajudam com uma finalidade de excelência e positividade. Mais do que a multidisciplinaridade (cada disciplina com o seu conhecimento sólido) é a interdisciplinaridade (a permissão para a correlação, criar vínculo). Mais do que se reconhecer a existência de um conjunto de profissionais distintos nas suas formações em contexto laboral; é que estes profissionais se proponham e disponibilizem a trabalharem em conjunto para o sucesso dos tratamentos. Usar a diferença que cada um deles tem na sua especialização/formação não como obstáculo à partilha, mas sim como motor para a aprendizagem e novas descobertas favoráveis à recuperação dos indivíduos.” (Entr/AS-02)*

Há uma reação espontânea e natural, que é notória em todos os testemunhos dos assistentes sociais entrevistados, quando se pronunciam sobre o trabalho colaborativo, multidisciplinar ou interdisciplinar.

“Ser interdisciplinar não significa acabar com as disciplinas e especialidades, e sim respeitar e ter consciência dos limites inerentes a cada campo do conhecimento e principalmente exercitar a humildade. Pois, os espaços de atuação profissional, em geral, não apresentam espaços, condições e motivações para o estabelecimento de processos interdisciplinares de trabalho. Essa é uma atitude, uma decisão que precisa emergir dos próprios profissionais envolvidos.” (Salgado, 2015:6)

Há um sentimento que é transversal ao conjunto dos entrevistados, para estes em comunidade terapêutica é impossível trabalhar sem ser dessa forma.

*“A existência de uma equipa multidisciplinar, é fundamental. A multidisciplinaridade ajuda a contribuir para aumentar o nosso conhecimento, ajudando-nos na intervenção juntos dos toxicodependentes e para o sucesso do processo terapêutico.” (Entr/AS-01)*

*“Estamos hoje muito habituados e reconhecemos que nada se faz na solidão, que o sucesso de muitos processos está no contributo que profissionais de áreas diversas dão em conjunto e trabalham para a mesma finalidade. Acontece em muitas organizações e acontece também em comunidades terapêuticas que se querem na vanguarda da aplicação de conhecimentos em diversos procedimentos.” (Entr/AS-02)*

*“Há um cuidado de haver diferentes áreas de trabalho e também uma conjugação em prol de cada utente. Na nossa comunidade os monitores (toxicodependentes recuperados), assistentes sociais, psicólogos e enfermeiras trabalham em conjunto. E de facto é essencial dada a natureza do problema da toxicodependência.” (Entr/AS-04)*

*“Na comunidade terapêutica não era possível fazer nenhum trabalho coerente senão fossemos uma equipa coesa e multidisciplinar. Todas as*

*decisões são tomadas em conjunto, as reuniões de equipa são momentos especialmente fulcrais para podermos debater todas as ocorrências que se passam na comunidade terapêutica. Todos os procedimentos, práticas e atividades desenvolvidas ou a desenvolver na comunidade terapêutica são apresentadas e discutidas à equipa da CT. O trabalho colaborativo impele à reflexão crítica e à capacidade de análise das situações. O nível envolvimento de cada um dos profissionais é muito bom e sentimo-nos mais capazes para encontrar soluções tanto para os os casos mais simples ou mais complexos.”*  
(Entr/AS-05)

Ao abordar o tema da ação e relação profissional com os assistentes sociais, há uma concordância generalizada que esta ação/relação profissional transcende a articulação e o trabalho entre os vários profissionais, a afinidade, boa disposição, respeito e gosto pela atividade são característicos essenciais para a desenvolverem com eficácia.

A existência de uma relação positiva resulta da convivência, da tomada decisão conjunta, da presença de todos nas reuniões semanais de equipa e nas reuniões de supervisão.

*“Eu sempre me dei bem comos colegas, sejam psicólogos, médicos psiquiatras, monitores ou terapeutas ocupacionais. Entre nós, nunca senti diferença, cada um tem de fazer o seu trabalho e acabamos por refletir conjuntamente sobre cada caso. Se preciso de perguntar ou esclarecer dúvidas, seja com psicólogo ou médico, vou junto do colega e coloco as questões. Acho que temos uma excelente relação entre todos, sabemos que as nossas ações têm de ser ponderadas e cada um de nós tem de respeitar o trabalho dos outros.”* (Entr/AS-05)

*“Apesar das atribuições específicas de cada um dos profissionais, isso nunca impediu qua a relação se estabelecesse de colegas de trabalho. O bom ambiente de trabalho não tinha a ver com a categoria profissional. Mas ser assistente social na equipa multidisciplinar era uma vantagem, somos um membro bastante valorizado. Mas, algumas atividades acabavam por “sobrar” para a assistente social, principalmente aquelas nas quais não havia clareza em relação a quem as devia executar. Do meu trabalho na CT e, em concreto, chegou a ser-me solicitada a organização e controle da*

*dispensa, quantidades e verificação de prazos de validade dos produtos alimentares ali guardados, e também a insistência junto das famílias e, ou instituições, para o pagamento das mensalidades em atraso, dos residentes. Penso que, na falta de um Código de Ética da profissão é-se muitas vezes absorvida por questões “urgentes” em detrimento das essenciais, cabendo ainda destacar que a função e o reconhecimento do assistente social dentro das instituições tem sido um processo de luta histórico e tem tido muita dificuldade em consolidar-se, considerando as origens das instituições que, sempre viram o papel do assistente social dentro de uma lógica assistencialista, e não de garantia de direitos.” (Entr/AS-03)*

*“A relação entre os colegas da equipa da C.T., sempre foi muito boa. Claro que nem sempre corre tudo bem, por vezes há situações dos colegas que nos desagradam e vice-versa, mas temos um acordo forte, as nossas questões pessoais nunca podem por em causa a qualidade do serviço que temos de prestar aos nossos residentes. Já aconteceu estar chateada com o psiquiatra da equipa e nesse dia jantamos com os residentes, durante o jantar fomos falamos normalmente um com o outro, para que os residentes não se apercebessem da situação. Isso é que não pode acontecer. Mas somos uma equipa coesa, na C.T., não conseguimos trabalhar de forma isolada.” (Entr/AS-07)*

Os toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da comunidade terapêutica, mostram ter um bom entendimento sobre o trabalho colaborativo que existe entre os vários elementos da equipa técnica da comunidade terapêutica. São os mesmos que afirmam que este cruzamento e entrosamento de diferentes conhecimentos têm uma e repercussão positiva no seu tratamento.

*“Para mim o melhor da comunidade terapêutica era sentir que estava segura, quando estava aflita tinha o meu terapeuta (psicólogo) ou o assistente social sempre que precisava. Aconteceu muitas vezes falar em conjunto com os dois para me ajudarem com certos problemas. Lembro-me que numa das vezes que tive de ir a tribunal, porque tinha alguns processos de roubo, foram eles que me acompanharam, eu*

*estava muito nervosa porque achei que ia ficar presa e nesses dias antes do julgamento andei muito em baixo, o médico da comunidade terapêutica teve de me aumentar a medicação, durante a noite chateava os enfermeiros e sempre me senti bastante apoiada por todos.”(E07)*

*“O meu tratamento foi muito difícil, eu era muito chato, andava sempre de volta de todos os técnicos da comunidade terapêutica, quando queria ir de fim de semana começava a pedir no atendimento com a assistente social, passava para o psicólogo, pedia ao psiquiatra na consulta semanal, tentava todos até ver se conseguia que me dissessem que sim. Com o passar do tempo foi aprendendo que assim que um técnico me dissesse que não, eu escusava de andar a pedir aos outros técnicos. As decisões na comunidade terapêutica eram tomadas entre toda a equipa.” (E08)*

## 9 – A visão dos toxicodependentes em tratamento na C.T. sobre a intervenção do assistente social na sua reinserção social e profissional

O tratamento da toxicodependência em comunidade terapêutica tem particularidades muito específicas. Durante todo o processo de tratamento é estruturado e planeado o futuro projeto de vida dos toxicodependentes, a questão da atividade profissional é sempre uma das questões que suscitam maior relação, aproximação e interação entre o assistente social e o toxicodependente em tratamento.

Para a Madalena e o Nuno (toxicodependentes em recuperação e ex-residentes da C.T.), sobre o papel da assistente social na sua reintegração socioprofissional referem:

*“A terminar o projeto de CT, e numa fase que era importante traçar novas metas, para a minha inclusão, nomeadamente junto da família e inserção no mercado de trabalho, a ponte criada entre a assistente social da CT e a minha assistente social, em Lisboa, permitiu maximizar os recursos existentes, não só a nível financeiro, como na consolidação do meu caminho e que se veio a traduzir na minha inserção familiar e profissional.” (E03)*

*“Nos dois penúltimos tratamentos que fiz em comunidade terapêutica a assistente social, até me consegui arranjar uma vaga como assistente operacional no hospital de ....., ganhava o salário mínimo, mas como comecei a perceber que se fizesse noites e domingos quase duplicava o salário, era muito bom. Recebia bem e tinha o meu quarto, depois voltei a consumir, faltava ao trabalho, ou porque estava a ressacar ou porque ficava com uma moca tão grande que perdia as horas. Fui despedido, voltei oito meses depois para a comunidade terapêutica, onde voltei a estar internado mais um ano e 3 meses, mas comecei a fazer a reinserção social mais cedo, aos 10 meses, estive na comunidade em reinserção durante 5 meses. A assistente social mais uma vez ajudou-me a arranjar emprego na loja onde trabalho até hoje. Mas nessa altura em conjunto com ela decidimos que, como já conhecia a zona onde estava instalada a comunidade terapêutica, era melhor ir para a minha terra para perto da família. Vim para cá, trabalho, faço reuniões de N.A, vou duas vezes por mês fazer terapia ao CRI, e quando preciso também falo com a assistente social.” (E08)*

Uma das principais finalidades do tratamento é precisamente a reinserção socioprofissional. O trabalho/emprego/profissão foi abandonado ou incapaz de ser mantido devido ao uso e abuso continuado do consumo das substâncias psicoativas. A dependência química destas pessoas, deixou-as à mercê de apoios sociais, da solidariedade de familiares e pessoas significativas. Contudo, neste longo processo de dor e sofrimento as únicas referências positivas que têm são dos profissionais da comunidade terapêutica e de outros serviços de apoio à toxicod dependência. “O trabalho fornece não só os rendimentos que permitem a participação social, mas também uma verdadeira identidade social, mais forte do que qualquer outro tipo de pertença. A posse de um emprego dá ao indivíduo a noção de utilidade social e este é o principal vetor da integração (Carvalho, 2007:18).

O António (toxicod dependente e ex-residente da C.T), afirma que o contributo do assistente social foi fundamental para a sua reinserção profissional.

*“A questão da reintegração em contexto de trabalho foi mais uma grande ajuda do assistente social, recordo-me que foi com a ajuda do mesmo que eu beneficiei de um Estágio Profissional, isto, depois de ter fugido e voltado para a comunidade (quando fugi pensei que aquilo que estava a fazer lá dentro também o era capaz de fazer cá fora) “Ilusão, então voltei a tratamento e voltaram a ajudaram-me conseguir levar a minha vida para frente em vários aspetos, ter o meu trabalho, a minha independência; continuar a ir às consultas.” (E06)*

Nas políticas e medidas de reinserção social, “uma das novas propostas aponta para a ativação do indivíduo e, como sabemos, a intervenção na reinserção passa pela integração do sujeito na esfera profissional, inserindo-o no mercado de trabalho, tornando-o ativo para a sociedade” (Fernandes, 2007:52).

A matriz da reinserção é precisamente enfatizar esse lado de recolocar no ativo a pessoa, dar-lhe oportunidades de regressar a uma vida plena.

*“A reinserção social deverá proporcionar ao toxicodependente em recuperação a transição para uma atividade ou ocupação, profissional, socialmente aceite, como uma forma de vida saudável e livre de drogas, o retomar os seus estudos ou formações interrompidas, proporcionando alguma qualificação específica, a aquisição de competências para usufruto de áreas de interesse que deem sentido aos seus tempos livres, o proporcionar relações satisfatórias com a família e amigos, projetos de vida motivantes, exequíveis e harmoniosos” (Veiga, 2012:34).*

Mas o conceito de reinserção social é mais alargado, refere-se a todas as dimensões de integração do indivíduo em sociedade. A integração ou reintegração/reinserção social são conceitos centrais e referimo-nos a eles como a possibilidade de “facilitação dos meios necessários e adequados para que assim, a pessoa tenha condições de se reinserir na sociedade (...). No essencial, referimo-nos a um processo de ressocialização do indivíduo baseado na sua reestruturação psicossocial, reformando, reeducando, dando autoconfiança, preparando para o trabalho, estimulando a iniciativa e a sua consciência social” (Silva, 2012:35).

*“Quando entrava para a comunidade terapêutica, era porque estava doente, ou tinha processos em tribunal e corria o risco em ir de cana. Como já tinha*

*estado em duas ou três C.T.'s, e não me apetecia estar fechado, pensei em deixar andar, estava farto e sem rumo, desorientado de todo. Um dia fui trocar seringas com os técnicos que fazem equipas de rua e quase nem me conseguia mexer, chamaram a ambulância, fui parar ao hospital, quando sai fui para um centro de acolhimento onde estive 4 dias, a assistente social mandou-me para a comunidade terapêutica. Nos primeiros três meses e meio engordei 13 quilos, comecei a ficar bem. Quando a assistente social me perguntava durante os atendimentos que tipo de trabalho gostaria de fazer, eu só lhe dizia que me queria reformar, ela e os outros técnicos lá me ajudaram a perder essa ideia. No final dos 12 meses quando passei para a fase da reinserção e comecei à procura de trabalho, fui logo contratado na segunda entrevista, fui trabalhar num armazém de uma fábrica. Estive lá durante um ano e meio, tirei a carta de pesados e agora trabalho numa empresa de distribuição. Estou muito grato, ainda bem que não me reformei, gosto muito do que faço e estou bem com a minha filha com quem não falava há sete anos.” (E02)*

Na comunidade terapêutica a reinserção social é uma das atividades que mais exige conhecimento técnico e científico do assistente social, nomeadamente ao nível das leis e das políticas sociais. A necessidade de o assistente social ser conhecedor destas políticas e medidas de apoio à toxicod dependência tem como principal fundamento dar uma resposta efetiva aos toxicod dependentes em tratamento. “As políticas contra a droga e toxicod dependência incluem-se no conceito, em sentido lato, de políticas sociais, na medida em que contribuem, direta ou indiretamente, para o bem-estar social. Estas políticas têm por objetivos amenizar os impactos negativos do consumo de drogas e da toxicod dependência, nos indivíduos, através de programas e medidas que visem a redução da procura dos consumos (toxicod dependência)” (Marujo, 2012:24).

Do ponto de vista técnico e científico a intervenção do assistente social invoca uma estratégia de articulação e empenho formal e informal interligando as competências profissionais com as relacionais, de modo a desenvolver um trabalho em rede, particularmente transdisciplinar para reintegrar o toxicod dependente.

O trabalho em rede está sobretudo na “ articulação de políticas públicas para a efetivação dos direitos sociais, para isso faz-se necessário o trabalho em conjunto, a troca de

informação, o conhecimento específico de cada setor, para melhor promover a transformação social e emancipação dos sujeitos” (Pereira, Pedroso, & Rosseto, 2016).

A necessidade de apoio interdisciplinar tem como principal fundamento “que os diversos saberes e práticos envolvidos garantam uma intervenção coesa com continuidade, sem que nenhum deles considere concluída sua intervenção (Ganev & Lima, 2011).

#### 10– A visão dos assistentes sociais sobre a importância do *follow up* na prevenção da recaída dos toxicodependentes durante a reinserção social

Em Toxicodependência a reinserção social é considerada uma condição primordial para o sucesso do tratamento, conduzindo à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido da estabilidade clínica, e socio-emocional do indivíduo toxicodependente, sendo o processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de o valorizar enquanto membro útil à sociedade.

Para Barbosa (1999), IDT (2009), a reinserção visa criar condições que permitam aquele indivíduo optar livremente, por ganhando ou recuperando condições para viver em sociedade e nela se integrar, não cometer, ou voltar a cometer, atos designados por desviantes, permitindo simultaneamente e de forma igualitária, que a própria sociedade, pelas suas próprias sinergias e pela ação do estado, se modifique, se reforme, no sentido de eliminar os fatores e mecanismos que conduzam ao surgimento de situações de exclusão social.

Segundo o mesmo autor “qualquer ação a desenvolver na área da inserção/reinserção de toxicodependentes deverá ser direcionada em torno dos seguintes níveis:

- Individual (melhorar as atitudes do indivíduo de acordo com a sua inserção);
- Microsocial (intervir na família e com o grupo de amigos, porque têm uma grande influência tanto na origem do problema como na possível resolução);
- Macrossocial – (transformar a percepção social do problema da toxicodependência e criar condições facilitadoras da integração do indivíduo).

Há, pois, um papel a desempenhar pelo indivíduo a ser inserido, mas também pela própria sociedade que o acolhe num processo que deve ter como princípios:

- A capacidade de ressocialização do indivíduo toxicodependente;

- O tratamento individualmente planejado e estruturado como direito social (direito à saúde”.
- O tratamento voluntário e o direito à diferença (que pressupõe a livre decisão de aceitar ou recusar o tratamento, a relação contratual).
- A participação da comunidade no processo do tratamento.
- A coresponsabilização do estado, da comunidade e do indivíduo.

Para o assistente social e os restantes interventores que trabalham na área da toxicod dependência, a reinserção social e profissional, têm de ser ponderada em todas as dimensões. De acordo com o Manual do I.D.T, que estabelece as principais linhas de atuação na área da reinserção social das pessoas toxicod dependentes, a intervenção multidisciplinar é fundamental em todas as fases do tratamento para garantir a articulação e a mediação com os agentes externos no decorrer do processo de recomposição e reorganização da vida da pessoa vítima da problemática, e para que prevenir a recaída para aquando do *follow up* a avaliação seja satisfatória.

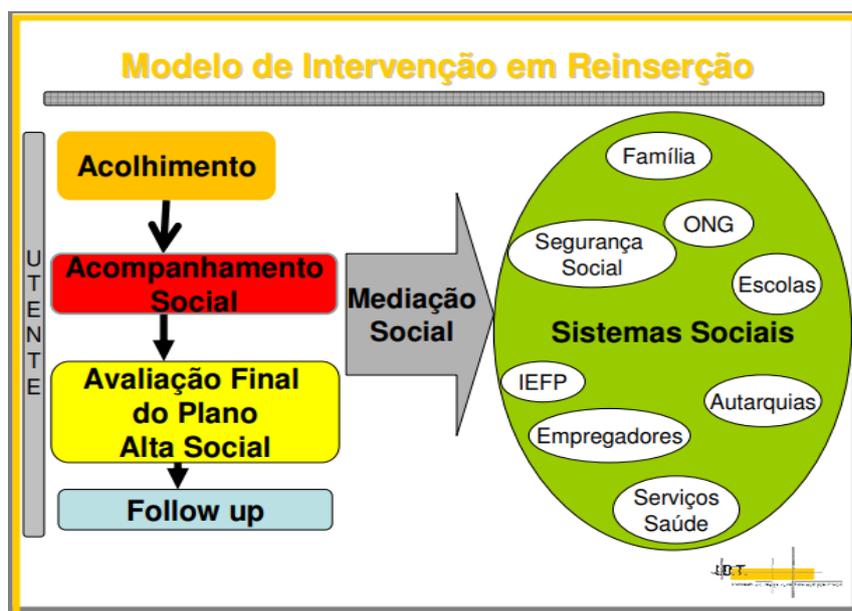


Figura 12 - Retirada do Manual: Linhas orientadoras para a intervenção social Modelo de Intervenção em Reinserção -IDT\_2009-Pag.22

O assistente social estabelece dentro da comunidade terapêutica na fase de reinserção social um papel de agente de mudança entre a pessoa, a família, as pessoas significativas, a estruturas de apoio social ou de saúde, emprego, e outras entidades oficiais.

A sua intervenção não termina após o toxicodependente estar reinserido, o assistente social está incumbido de continuar a sua tarefa de compreender se o toxicodependente em recuperação se mantém sem consumir drogas, se não tem atitudes de recaída, isto é, manter as prioridades da sua vida, ser assertivo, dizer não aos consumos de droga, álcool e qualquer substância química não prescrita pelo médico, ter conhecimento se deu início à correção dos danos efetuados ao longo dos anos de consumo, perceber se respeita horários, regras, idas às terapias de individuais e de grupo.

Para os assistentes sociais entrevistados, o acompanhamento pós-fase da reinserção socioprofissional e familiar – *Follow up* - requer tempo e dedicação, mas há uma preocupação em articular com os restantes técnicos dos serviços de origem que encaminharam os toxicodependentes para a comunidade terapêutica ou estar em contacto com os novos profissionais para onde foi efetuado o encaminhamento após alta-clínica da comunidade terapêutica.

*“No momento em que o residente termina o projeto na comunidade terapêutica e recebe a alta clínica, ficamos sempre preocupados, mesmo achando que fizemos o nosso melhor, durante o tratamento, incluindo a reinserção social. Sabemos que existem muitas fragilidades e medos por parte dos ex-residentes, muitas tentações e barreiras com que se vai deparar e que podem ser fatais para que exista uma recaída. Quer seja para mim, enquanto assistente social, como para qualquer um dos técnicos da equipa multidisciplinar, a recaída de um ex-residente deixa-nos frustrados e a pensar em onde falhámos. Apesar de nos irmos treinando ao longo dos anos de trabalho, e de sabermos que as recaídas acontecem muito, é sempre difícil receber essa notícia. Esse empenho que temos todos na equipa e querer muito que as coisas funcionem, é porque nos afeiçoamos aos residentes e queremos mesmo que se mantenha em recuperação. As recaídas acontecem na maioria nos primeiros tempos após o final do tratamento. Como já compreendemos isso, ajuda na prevenção da recaída, fazer um telefonema ao ex-residente, marcar encontros com outros residentes que estão sem usar drogas num dia aberto na comunidade terapêutica. Nos últimos anos, temos feito um esforço para continuar a manter contacto com os ex-residentes, criamos atividades conjuntas entre o ex-residente a equipa da comunidade terapêutica e outros agentes externos envolvidos na recuperação da pessoa, sejam familiares,*

*técnicos de outros serviços de apoio à toxicodependência, entidades patronais e outros.” (Entr/AS -05)*

*“A etapa da reinserção social é dura para todos, seja para o ex-residente que têm de se autonomizar e viver com todos riscos que vai encontrar à sua volta, como para os profissionais da comunidade terapêutica que participaram no seu tratamento e lhe tentaram passar todos os ensinamentos e as estratégias para que este saiba pedir ajuda e resistir ao impulso do consumo de droga. Depois do residente sair da comunidade terapêutica e do apartamento de reinserção, não impomos a nossa presença, mas habitualmente marcamos para os primeiros seis meses, uma reunião quinzenal com o ex-residente e mensal com a família e pessoas significativas, caso estas tenham estado presentes durante o tratamento. Damos a liberdade para que o ex-residente venha ao nosso encontro seja via telefone ou presencial. A prevenção da recaída tem sido feita nesses moldes.” (Entr/AS -01)*

*“ A prevenção da recaída, é um objetivo/tema trabalhado com o residente durante o processo de reinserção social. São realizados grupos evolutivos, reuniões comunitárias e min-grupos terapêuticos apenas com os residentes que estão a terminar projeto, especificamente para falar, partilhar e organizar a vida do residente de forma a criar itinerários sem riscos, falar sobre o que fazer, com quem estar, os ambientes e os espaços que não devem frequentar etc...Nos primeiros noventa dias, aconselhamos noventa reuniões de narcóticos anónimos, focar-se em construir uma vida saudável e evitar relações doentias e obsessivas, frequentar as terapias individuais, pedir ajuda a amigos, família e em especial a pessoas da irmandade N.A, quando sentir que está com vontade de usar drogas. Todos os residentes que fazem tratamento na nossa comunidade terapêutica, quando chegam ao fim do seu percurso, podem elaborar um pedido por escrito para vir passar uns dias à comunidade terapêutica. O pedido é colocado à consideração da equipa Técnica da comunidade terapêutica e se o ex-residente estiver limpo sem usar drogas, pode passar dois dias nos seis meses seguinte à saída da comunidade terapêutica e um dia depois de passados seis meses. Os ex-residentes que se*

*mantêm limpos e sóbrios sem consumos de droga são convidados para virem partilhar à comunidade terapêutica nas reuniões e nos grupos para dar força e coragem aos que estão em tratamento. Mantemos uma proximidade grande com os nosso ex-residentes de modo a estar sempre em alerta e os podermos prestar auxílio no momento certo.” (Entr/AS -03)*

Tal como, se pode verificar pelos relatos dos entrevistados, é possível constatar que há um elevado para grau de risco das pessoas toxicodependentes recaírem após terminarem os seu projeto em comunidade terapêutica, por outro lado, constatamos que existe muito empenho por parte dos assistentes sociais e dos restantes membros das equipas multidisciplinares em que estão inseridos para arranjar estratégias de apoio e continuidade na prevenção da recaída e em fazer o *follow up*, de maneira a poderem melhorar a sua intervenção e perceber o impacto das suas práticas na vida dos toxicodependentes que estiveram em tratamento. A dinâmica e prática profissional e “a intervenção do assistente social caracteriza-se também por um processo de mediação, enquadrado numa matriz interdisciplinar, de forma a obter resultados de integração e autonomia associados a ganhos de confiança da pessoa na sociedade” (Ferreira, 2009:262).

Dando relevância especial, às diversas formas como cada equipa de diferentes comunidades terapêuticas estruturam diversas atividades para que os ex-residentes se possam socorrer do seu apoio para se manterem limpos sem consumir drogas. Há uma adequação estreita entre os objetivos do tratamento e as necessidades dos ex-residentes que se revela uma mais valia pela perigosidade da recaída, “hoje sabe-se que, apesar da realização de inúmeros tratamentos e da manutenção de grandes períodos de abstinência, é comum observar-se a recaída de toxicodependentes em (processo de) recuperação e por várias as vezes estes se submetem a tratamento, no entanto é necessário compreender a motivação para o tratamento em cada uma delas” (Teixeira & Ricou, 2008:27).

Pelas falas dos entrevistado, também se compreende que as estratégias e os modelos que utilizam na prevenção da recaída e a realização do *follow up*, são uma forma de mostrar mais segurança, proximidade e disponibilidade aos ex-residentes em recuperação para que estes não se inibam de pedir ajuda na altura certa e não correrem o risco de provavelmente só voltarem a procurar a comunidade terapêutica, quando as condições de vida se tornarem de novo insuportáveis, “o que recairá num novo pedido por internamento de estadia prolongada, gerando assim um novo, ciclo intoxicação-internamento-abstinência-intoxicação” (Santos & Rosa, 2007).

Em última instância, o assistente social nunca se deve inibir de chamar à atenção e alertar para os riscos que correm os toxicodependentes que repetidamente estão em processo de recaída, assim como ter a verdadeira noção da importância do seu papel junto destes e das suas famílias. Quando os níveis de confiança e de ligação se tornam demasiado abertos e suscetíveis e a sua atuação se torna apenas assistencialista, deve encaminhar o toxicodependente para outro assistente social.

A imparcialidade e o excesso de envolvimento toldam a visão do assistente social e a sua capacidade de enfrentar problema, acabando por perder a objetividade e a razão tornando-se incapaz de ter firmeza e de arranjar soluções de acordo com as necessidades do toxicodependente.

Muitos toxicodependentes passam anos em tratamentos e é frequente regressarem à mesma comunidade terapêutica, uma das mais importantes orientações técnicas é sempre que possível mudar o assistente social de referência, ainda que isto dependa do número de assistentes sociais na comunidade terapêutica, esta mudança pode ser muito positiva, em primeiro para que não se desvalorize a história do próprio toxicodependente por se entender que já se sabe tudo e por outro lado, há sempre a possibilidade de se obterem novas informações para melhorar o diagnóstico que podem ser recolhidas e tenham sido completamente desvalorizadas até à data.

O trabalho do assistente social em comunidade terapêutica é um permanente desafio, uma aprendizagem contínua, os dependentes químicos estão constantemente a criar alternativas e novas possibilidades para consumir, e o assistente social e o assistente social tem de estar sempre a criar novas estratégias de atuação para dar repostas concertadas que possam servir como despertar mental e espiritual aos toxicodependentes para se libertarem do consumo das substâncias psicoativas.

Qualquer estratégia de intervenção em toxicodependência deve procurar uma ampla mobilização social, educativa e cívica. “É fundamental para esse fim o contributo de toda a sociedade civil organizada. É desejável uma participação ativa e coordenada de individualidades e entidades de todos os sectores da sociedade, formando um amplo movimento reticular cuja importância relativa é idêntica à da administração pública” (IDT\_SICAD, 2005:23).



## CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos delineando para a concretização desta investigação, conclui-se que as práticas dos assistentes sociais em comunidade terapêutica são consideradas imprescindíveis pelos ex-residentes, pela forma como estes profissionais os apoiam na gestão e reflexão das decisões que têm de fazer durante o tratamento. Sem características demasiado assistencialistas, as suas funções operacionalizam-se fundamentalmente no desenvolvimento de ações que responsabilizam os ex-residentes pelas suas decisões, escolhas e prioridades que fazem para a reconstrução do seu projeto de vida. Os ex-residentes referem que a intencionalidade de assistente social em os responsabilizar tem como objetivo ensiná-los a comprometerem-se e assumir verdadeiramente o rumo da sua vida.

Os ex-residentes referem que, os assistentes sociais são elementos chave na comunidade terapêutica para os ajudar a ultrapassar os desafios familiares, sociais, relacionais e profissionais com os quais se vão deparando, durante e após o tratamento. Os ex-residentes da comunidade terapêutica colocaram maior ênfase no enfoque transformador que o assistente social imprime nas suas dinâmicas relacionais e profissionais para fazer face aos problemas eles lhe apresentam.

O trabalho do assistente social em comunidade terapêutica prima por colmatar as debilidades físicas, psíquicas, sociais e profissionais e reforçar os aspetos positivos e, conseqüentemente, estimular o toxicodependente em tratamento à adoção de estilos de vida saudável.

A comunidade terapêutica é um espaço de consciencialização individual e coletiva. Pelos relatos dos entrevistados pudemos constatar, que os atendimentos individuais ou em grupo são uma parte fundamental para os toxicodependentes em tratamento durante o seu projeto socio terapêutico. Estes espaços de partilha de experiências, de reflexão e análise coletiva favorecem o envolvimento, a participação do toxicodependente no seu tratamento e conseqüentemente, contribuem para a sua integração e bem-estar no grupo de residentes.

Pelos relatos, foi possível perceber que para parar de consumir drogas, não é suficiente estar afastado das pessoas e dos territórios de consumo. É preciso saber ser e estar, acreditar, manter atitudes e novos comportamentos, que aos poucos se vão enraizando na

pessoa e na rotina do dia-a-dia do toxicodependente em recuperação. Apenas a mudança na forma de ser e de estar, poderá prevenir a recaída.

Na perspectiva dos ex-residentes entrevistados, o assistente social trabalha para lhes dar ensinamentos, ferramentas que os fortaleça ao nível das suas competências sociais, e relacionais e emocionais de modo a melhorem a sua qualidade de vida, ajudando-os a ter um verdadeiro entendimento da sua problemática. O assistente social articula e trabalha junto dos toxicodependentes em tratamento na comunidade terapêutica, sempre com o objetivo de criar laços e consensos, para que estes participem no seu tratamento.

Para os ex-residentes, a comunidade terapêutica é um tubo de ensaio, onde há espaço para errar, para experienciar e para refletir sobre as questões que os perturbam sem serem alvos de juízos de valor, facto que em seu entender, contribui decisivamente para o sucesso do seu tratamento. Constatou-se ainda que, o trabalho que os toxicodependentes desenvolvem ao longo do tratamento com o assistente social possibilita-lhes refletir sobre os problemas e os conflitos gerados durante o período dos consumos, de modo a minimizar o seu impacto negativo durante a recuperação e acrescentam que, o assistente social os compreende e ajuda perceber as consequências das suas ações.

Nos relatos, os toxicodependentes dão ênfase ao assistente social como pessoa de referência, suporte e apoio no tratamento pela forma como promove a autoestima e a autoconfiança, na medida em os faz sentir que não estão sozinhos na reestruturação e na reorganização do seu percurso de vida.

Verificou-se que a junção de forças se traduz num valor supremo, tanto para intervenção do assistente social, como para o toxicodependente na aceitação da sua doença. A proteção e apoio controlado do assistente social em comunidade terapêutica, diminui o medo, a fraqueza e a frustração, fazendo com o toxicodependente ganhe capacidade para se auto avaliar e comece a ter consciência plena de si próprio para criar novos objetivos de vida.

Como se pode constatar nesta investigação, muitos dos toxicodependentes perdem o contacto com as famílias durante o tempo que andam a consumir drogas, como consequência desse afastamento, algumas famílias perdem a vontade de se envolverem e participar no tratamento dos seus familiares que se encontram em tratamento na comunidade terapêutica. Como se pode constatar nesta investigação, os principais motivos que provocam o afastamento das famílias são, a manipulação, a mentira, a descrença e as constantes recaídas.

A recuperação das relações familiares e sociais do toxicodependente em tratamento é um trabalho que cabe ao assistente social da comunidade terapêutica. Dos dados recolhidos através das entrevistas, pudemos verificar que este profissional tem de conhecer detalhadamente a história do residente de modo a desenvolver estratégias para o recolocar no seu contexto familiar. A este nível, importa salientar que os ex-residentes valorizam o papel persuasivo e interventivo e a capacidade profissional que o assistente social tem com as suas famílias, para transformar sentimentos de raiva, angústia e medo em sentimentos de apoio, compreensão e aceitação da problemática.

A comunicação com o exterior é uma das principais atividades desempenhadas pelos assistentes sociais em comunidade terapêutica, a articulação com as famílias desencadeia-se pela participação das mesmas no tratamento do toxicodependente, desde a sua entrada para comunidade terapêutica, ou pela persistência e influência que o assistente social vai exercendo junto das mesmas de modo a efetivar essa participação.

Nos relatos dos assistentes sociais, a colaboração com as famílias valoriza e enriquece a sua intervenção e têm apresentado correlações positivas e significativas na reinserção socioprofissional dos toxicodependentes.

A atuação do assistente social favorece o encontro e a dinâmica com a família, refletindo sobre as consequências geradas pelo exacerbado consumo das substâncias psicoativas e possibilitando a criação de novos laços de confiança entre o toxicodependente em tratamento e as suas famílias. Contudo, foi possível perceber com esta investigação que as expectativas por parte da família em relação ao tratamento vão ficando cada vez mais fragilizadas e quanto maior for o número de recaídas dos toxicodependentes, mais dificuldade o assistente social tem em conseguir sua participação durante o tratamento.

Nos depoimentos dos assistentes sociais e nos documentos analisados, constata-se que, existe por parte dos assistentes sociais um trabalho que é feito para garantir que todas as dimensões da vida dos toxicodependentes em tratamento sejam devidamente planeadas para que haja equilíbrio entre as relações sociais, profissionais e familiares.

O equilíbrio emocional é importantíssimo para controlar as emoções e os impulsos, muitas das recaídas existem pela incapacidade que os toxicodependentes têm em controlar os seus impulsos em consumir drogas e pedir ajuda no momento de crise.

Neste olhar, intensamente marcado por uma relação contínua e de proximidade entre o assistente social e o toxicodependente em tratamento na comunidade terapêutica, tanto os toxicodependentes, como os assistentes sociais que participaram nesta investigação afirmaram que há limites bem definidos, as regras de funcionamento e de interação grupal desenvolvem-se com base no respeito e na confiança.

Do mesmo modo, ao nível da relação de proximidade/distância, os assistentes sociais que participaram nesta investigação afirmam que, os toxicodependentes em tratamento distinguem muito bem o papel que cada um tem dentro da comunidade terapêutica, todos, de forma consistente e coerente, referem que os toxicodependentes em tratamento são muito perspicazes e reconhecem no assistente social o aliado para recompor os laços sociais e familiares ou para ter regalias que sem a intervenção do assistente social seriam difíceis de adquirir. No entanto, os assistentes sociais também sabem que estas alianças são apenas vontades e desejos dos primeiros meses de tratamento e que o importante é ganhar a confiança, a empatia e o respeito dos toxicodependentes em tratamento.

Depois de haver uma relação consistente, os próprios toxicodependentes em tratamento, interagem e trabalham em conjunto com o assistente social para recuperar a sua saúde física e mental, assim como todas as suas relações interpessoais. Os assistentes sociais, sabem que as famílias ou as pessoas significativas nem sempre estão dispostos a ajudar no tratamento dos residentes. Nesse sentido, o assistente social em comunidade terapêutica tem sempre de tentar e lutar para que as famílias estejam ou venham a estar envolvidas no tratamento dos seus familiares.

De acordo com os assistentes sociais que participaram na investigação, o fundamento do seu trabalho tem essa característica de resgatar quem se tende a excluir, partindo dessa premissa, o assistente social em comunidade terapêutica vislumbra sempre a possibilidade de integrar, de partilhar e de estabelecer pontes de afeto. Quando estas pontes não são possíveis de ser feitas, deve haver da parte do assistente social capacidade e conhecimentos para operacionalizar ações que tornem a vida do toxicodependente em tratamento mais positiva.

A resistência ao tratamento e a manipulação é uma das principais características das pessoas toxicodependentes, dificultando por vezes as práticas do assistente social, para conseguir lidar com o toxicodependente em tratamento o assistente social tem de ser proativo, saber estabelecer parâmetros entre as contradições que observa e as informações que têm em seu poder, só assim é possível tomar decisões que os capacitem

e os ajudem a aprender que são responsáveis pelos seus atos e a traçar objetivos credíveis e possíveis de ser concretizados.

Pela voz dos ex-residentes, percebemos que para entrarem em recuperação têm de começar a agir de forma diferente, só dessa forma podem ter sucesso no tratamento, os próprios que referem a necessidade de mudar as atitudes e os comportamentos, de saber pedir ajuda e aceitar os seus limites individuais, a mudança só acontece quando há entrega da sua parte, quando se deixam guiar, agindo com o empoderamento que lhe é dado para decidirem pela sua própria vida.

Os assistentes sociais afirmam que todo o seu trabalho pode esvair-se “num segundo”, basta que o toxicodependente tenha uma recaída, mas aceitam o facto e trabalham a prevenção da recaída no processo de tratamento e vão limando arestas e experimentando até conseguirem que tudo se encaixe na perfeição. A persistência é uma característica importante no perfil do assistente social. Acreditar na regeneração do individuo, saber manter uma postura assertiva e não permissiva, evitar ter atitudes punitivas, insistir e dar a conhecer as consequências resultantes do não cumprimento do plano pré-estabelecido em conjunto com o ex-residente da comunidade terapêutica.

Considerando os relatos, parece-nos relevante destacar que os toxicodependentes olham para o assistente social como um profissional com conhecimento e capacidade para compreender as suas histórias de vida, por outro lado, sentem que o assistente social se mostra comprometido em transmitir valores de honestidade, confiança, amizade, igualdade, respeito e flexibilidade. O objetivo primordial da intervenção do assistente social em comunidade terapêutica é ajudar os toxicodependentes a não voltarem a reproduzir comportamentos, hábitos e costumes adotados no período que viveram a consumir drogas. O assistente social que trabalha em comunidade terapêutica vive da aceitação, da capacidade de se autocriticar, de usar a inteligência emocional, saber lidar com a frustração e compreender o outro.

Desta forma, os assistentes sociais concordam que suas atividades em comunidade terapêutica são multidimensionais, a sua base de trabalho é diversificada e são as ações sócio assistenciais, socioeducativas e sócio terapêuticas que credibilizam e diversificam a sua atuação.

A relação multidisciplinar confere maior entendimento ao assistente social sobre os processos individuais dos toxicodependentes em tratamento, a possibilidade de cruzar conhecimento das diferentes áreas disciplinares e ajustar as respostas às suas necessidades

com os restantes profissionais da equipa cimenta a sua atuação perante os toxicodependentes em tratamento.

A complexidade desta ação integrada entre todos estes elementos que coabitam na comunidade terapêutica cria tendencialmente e inevitavelmente um conjunto de sinergias, que residem na persistência e na esperança de que o toxicodependente em tratamento venha a ganhar autonomia e consiga reestabelecer um modo de vida com segurança, tornando-o numa pessoa com capacidade de gerir a sua vida do ponto vista económico, social e cultural.

Apesar da terapia da realidade (fins de semana/visitas com família), serem momentos em que os toxicodependentes vão treinando as competências adquiridas na comunidade terapêutica, na última fase de tratamento, a reinserção social é o derradeiro momento em que terão de provar a si mesmo, se são ou não capazes, de se manterem em recuperação. Ao longo de todo o tratamento vislumbra-se a reinserção socioprofissional. Esta etapa fundamental, é descrita com sentimento, emoção e é compreendida pelos ex-residentes como um renascer para a vida. Os entrevistados assumem mesmo, que nesta fase continuam a valorizar e a pedir ajuda ao assistente social da comunidade terapêutica, em particular nos primeiros tempos após a alta clínica. O contacto privilegiado com o assistente social da comunidade terapêutica, diminui o medo e a saudade do apoio permanente. Para encurtar a distância e a falta do assistente social, o ex-residente têm a possibilidade de voltar à comunidade terapêutica, de telefonar ou marcar atendimentos individuais.

Afirmam que o regresso a uma nova vida é estruturado entre assistente social da comunidade terapêutica e a assistente social da área de residência, do Centro de Respostas Integradas ou da nova instituição de acolhimento e que esse trabalho articulado lhes garante conforto e credibilidade

Foi-nos possível aferir que a ideia de continuidade, de apoio em rede, de trabalho colaborativo e a possibilidade de estabelecer contacto permanente com o assistente social é uma muleta que dá segurança e serenidade aos toxicodependentes em recuperação.

Após a alta clínica, a sua capacidade emocional tem de ser elevada para que consigam suportar os momentos de corrigir danos causados pelo consumo das substâncias psicoativas.

Nos primeiros meses da nova vida em recuperação, depois de terminado o tratamento, é feito pelo assistente social um *follow up*, uma espécie de análise do estado e do sentir do ex-residente sobre o seu novo estilo de vida. Nestes encontros ou telefonemas, são

tratados principalmente assuntos sobre as suas capacidades pessoais e relacionais, permitindo ao ex-residente partilhar com o assistente social como se relaciona com a sua nova forma de “Ser”, com os outros e com as situações do dia-a-dia, usando estratégias que evitem a recaída.

Para os ex-residentes que participaram neste estudo, a comunidade terapêutica e em particular a sua relação com o assistente social permitiu-lhe aprender, desenvolver e ganhar competências sociais, emocionais, relacionais, autoconhecimento, autoestima, autorregulação emocional, autocuidado, novas formas de comunicação assertiva e de autogestão, consciência social.

Quase todos os ex-residentes referiram que sentem falta das reuniões comunitárias, dos grupos evolutivos, desses momentos de partilha e reflexão conjunta onde se podiam identificar com os outros e deixar que os outros se identificassem consigo, valorizando estes momentos coletivos e afirmando que são essenciais durante o processo de transição da comunidade terapêutica para o exterior. O assistente social da comunidade terapêutica planifica e estrutura sessões durante os primeiros 6/8 meses após a alta clínica para fazer grupos de partilha de maneira a colmatar essa necessidade.

O assistente social tem uma enorme responsabilidade no sentido em que é o profissional da equipa multidisciplinar que mais articula durante todo o tratamento e a reinserção com todas as pessoas e instituições envolvidas no tratamento do toxicodependente, as atividades que desempenha diariamente são sustentadas em relações de ajuda, com uma visão humanista que olha o mundo no geral e a realidade social em particular.

Este profissional é visto pelos ex-residentes como um interventor e interveniente de excelência, um reproduzidor de práticas assentes em modelos de intervenção e de ação teóricos, com base no reconhecimento do outro, das suas liberdades, dos seus direitos, deveres e garantias, em especial na garantia que o outro, o seu semelhante tem ou deve ter uma vida com dignidade.

Os assistentes sociais entrevistados assumem o *follow up*, como o momento que avalia o seu desempenho profissional. Nas relações internas com os toxicodependentes em tratamento estes profissionais compreendem as suas práticas como ações integradas no plano da equipa multidisciplinar. A sua visão técnica e científica relaciona-se e articula-se com os factos, os acontecimentos e as ocorrências que vão vivenciando com toxicodependentes durante o tratamento. Para os assistentes sociais entrevistados, há uma obrigação de olhar para os toxicodependentes em tratamento como pessoas que têm em si toda a capacidade para se autonomizar, as suas competências sociais e relacionais

devem ser exploradas e trabalhadas de modo a devolver à pessoa a condução da sua própria vida, o conceito de empoderamento e capacitação interliga-se nos múltiplos espaços e momentos de intervenção conjunta, a reunião comunitária, o grupo evolutivo ou os atendimentos individuais ou coletivos com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

Podemos concluir que, os assistentes sociais na comunidade terapêutica se dedicam a uma causa, cada um dos residentes é tido em conta como um caso individual, apesar das suas histórias de vida terem muito em comum, há diferenças que são muito significativas. Neste estudo, os assistentes sociais descrevem como principais divergências para a participação das famílias no tratamento, a idade, os anos e os ambientes de consumo em que cada um dos toxicodependentes esteve inserido, a capacidade económica das famílias, o grau de confiança das famílias na comunidade terapêutica e na equipa técnica. Relativamente aos toxicodependentes em tratamento referem a dificuldade de confiar e aceitar as regras da comunidade terapêutica, a confiança e a forma como cada um se expõe.

Os assistentes sociais referem de forma perentória que a comunidade terapêutica é um espaço onde se promove a igualdade, naquilo em que todos devem ser iguais, mas se promove sobretudo a diferença e o respeito, pelo tempo que cada um precisa para resolver as suas dificuldades. Para os assistentes sociais é consensual que existem quatro questões que são determinantes para que o tratamento possa ter resultados positivos: a força de vontade, o aprender a pedir ajuda, a participação efetiva da família, o trabalho colaborativo entre a equipa multidisciplinar e a colaboração interinstitucional e os planos de intervenção individualizados.

A elaboração e a construção de um plano de intervenção individualizado é estar consciente que o tratamento tem objetivos concretizáveis, em que cada etapa do trabalho será desenvolvida consoante a possibilidade e a disponibilidade/recetividade do toxicodependente em tratamento só assim, a intervenção e adequação das práticas do assistente social fazem sentido.

Os problemas dos toxicodependentes em tratamento resultantes do consumo de drogas, obriga a enfrentar um período tratamento com a duração adaptada a cada caso específico e independentemente do modelo de tratamento que se use, o plano deve compreender: atendimentos individuais com psicólogo e/ou assistente social, programa de desporto entretenimento e lazer; atividades voluntárias, controlo de nutrição, acompanhamento diário por pessoal qualificado, monitorização diária e pessoal de apoio, em questões como

a administração de medicamentos, controle financeiro, apoio na resolução de conflitos e situações da vida em sociedade, durante a permanência no programa personalizado ter uma atitude positiva de harmonia e respeito perante os restantes residentes da comunidade terapêutica, profissionais e familiares e respeitar o anonimato dos seus pares e não dar informações sobre a “comunidade terapêutica” (confidencialidade), o residente e a sua família devem autorizar a troca de informações entre os profissionais responsáveis pelo processo, a fim de proporcionar o tratamento de natureza multidisciplinar.

Uma outra preocupação que tem vindo a ganhar mais ênfase à medida que a intervenção avança é a dificuldade de trabalhar a família. Esta dificuldade prende-se com as várias dimensões, do desgaste vivido pelas famílias, aliado à falta de respostas para articular para que indivíduo e família passassem por um processo terapêutico quase que em simultâneo.

Acima de tudo, é notório nos relatos dos assistentes sociais que a intervenção a fazer junto deste público-alvo tem de ser sentida e correspondente com as multífaces da problemática que a dependência química gera na pessoa.

A reinserção social é encarada pelos assistentes sociais como uma das etapas mais importantes do tratamento. É nesta fase que se pode verificar os conhecimentos e as competências que o toxicodependente assimilou ao longo do tratamento. A reinserção social é a terapia da realidade, a vida tal como é, com a certeza que em todas as aldeias, vilas e cidades, existem perigos e riscos, pessoas a traficar e a consumir droga, logo a mudança tem de acontecer na pessoa.

Quer os assistentes sociais, quer os toxicodependentes em recuperação, afirmam que o caminho da recuperação tem de assentar nos princípios da honestidade, gratidão, humildade, respeito e amor-próprio. O toxicodependente deve acreditar, viver um dia de cada vez, arranjar forças e motivação, partilhar sem medo as suas dificuldades e pedir ajuda. Os assistentes sociais e os restantes elementos do corpo técnico da comunidade terapêutica têm de continuar em aprendizagem, a investigar a estudar e a procurar formas de intervenção que sejam mais eficazes no tratamento da toxicodependência.

Mas tanto os ex-residentes da comunidade terapêutica como os assistentes sociais sublinharam que o tratamento com vista à reinserção social também passa pela reestruturação da imagem, dos comportamentos, da capacidade de decisão, saber lidar com

os obstáculos do dia-a-dia, preservar a capacidade de evitar atitudes de recaída, não ser impulsivo e controlar o imediatismo<sup>89</sup>.

Percebeu-se que os toxicod dependentes sabem que têm de passar uma imagem de credibilidade, ter confiança em si mesmo para se manterem em recuperação, ter de aceitar e viver de acordo com os princípios de responsabilidade, humildade, honestidade, flexibilidade, verdade, transparência e, sobretudo, acreditar que são impotentes perante todo o tipo de droga incluindo o álcool.

---

<sup>89</sup> Imediatismo é tudo aquilo que se faz na busca do "agora", sem pensar nas consequências. Não há paciência e nem discernimento para o ser que vive o imediatismo. De acordo com o dicionário da Porto editora.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreo, A. C. (2001). Elementos para investigar o processo de trabalho em serviço social. *Serviço Social em Revista*, 3, pp. 173-188.
- Abreo, A. C., Oliveira, A. d., Desan, A. A., Ferreira, E. A., & Ribeiro, R. M. (1999). Os impactos das dimensões societárias contemporâneas e o perfil do assistente social. (UEL, Ed.) *Serviço Social em Revista*, 1, pp. 227-242. Obtido em 12 de 7 de 2017, de [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v1n2\\_impactos.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v1n2_impactos.htm)
- Água, L. d. (23 de 6 de 2016). O "avião" dos anos 80 que nunca nos deixou. (P. Rios, & I. Rocha, Entrevistadores) Rádio Renascença . Lisboa. Obtido em 16 de 8 de 2017, de [http://rr.sapo.pt/especial/57186/lena\\_dagua\\_o\\_aviao\\_dos\\_anos\\_80\\_que\\_nunca\\_nos\\_deixou](http://rr.sapo.pt/especial/57186/lena_dagua_o_aviao_dos_anos_80_que_nunca_nos_deixou)
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. e-book: Universidade Aberta. Obtido em 16 de 11 de 2017, de [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma\\_Qualitativo%20\(1%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o\\_atualizada\).pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20(1%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o_atualizada).pdf)
- Alfaro, G., Ugarte, G. A., Orellana, A. L., & Canizalez, P. T. (2012). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*. San Salvador, El Salvador: Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS. Obtido em 8 de 12 de 16, de [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentacion-tecnica-1&alias=870-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci&Itemid=364](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica-1&alias=870-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci&Itemid=364)
- Almeida, M. S. (2009). Serviço Social e Sociologia: relações mútuas. *Análise Social-Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*.
- Alves, A. I. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar*. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Universidade nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa,. Obtido em 24 de 9 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10362/9585>
- Alves, R. A. (2015). *Fatores influentes nos processos de recuperação e de recaída: percepções de (ex) consumidores de heroína*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real,. Obtido em 19 de 12 de 2016, de [https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5138/1/msc\\_rasalves.pdf](https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5138/1/msc_rasalves.pdf)
- Amaro, M. I. (Dezembro de 2008). Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença. (U.-C. d. Sociologia, Ed.) *Locus Soci@l - Revista de Serviço Social, Política Social & Sociedade*, pp. 65 - 80.

- Amaro, M. I. (2018). Conhecimento, acção e investigação em Serviço Social: questões de um campo em construção. pp. 1-26.
- ANAF. (2008). *Prevenção da Sida\_Programa de Troca de Seringas 1993-2008*. Lisboa: ANAF. Obtido em 3 de 8 de 2017, de [http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer\\_pt/docs/articleFile185.pdf](http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile185.pdf)
- Andrade, I. M. (1994). *A face oculta das drogas*. . Porto: Porto Editora.
- Andrade, M. (2001). Campo de Intervenção do Serviço Social : Autonomias e Heteronomias do Agir. *Intervenção Social*, p. 217/232.
- Andrade, M. A. (2008). O Metodologismo e o desenvolvimentismo no serviço social brasileiro – 1947 a 1961. *Serviço Social & Realidade*, 2008, 17, pp. 268-299. Obtido em 8 de 6 de 2017, de <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/download/13/78>.
- Andrade, M. C., Ambrós, Z. I., Barros, S., Delgado, P. G., Soares, R. M., Selau, M. G., . . . Quaglia., G. (2002). *Referencial para o curso de Educação profissional de nível Técnico: Reabilitação de Dependentes Químicos*. Brasil: Ministério da Educação; Ministério da Saúde ; Secretaria Nacional Antidrogas. Obtido em 18 de 4 de 3, de <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/dependentes.pdf>
- Andrade, P. V. (2013). Porquê a redução de riscos e minimização de danos? (SICAD, Ed.) *Dependências*, p. 28. Obtido em 16 de 8 de 2017, de [https://www.dependencias.pt/ficheiros/noticias/1378473878DEP\\_Agosto\\_Baixa.pdf](https://www.dependencias.pt/ficheiros/noticias/1378473878DEP_Agosto_Baixa.pdf)
- Anjos, M. d. (2014). *O papel do educador num programa de promoção e educação para a saúde na “Equipa de Rua Reduz*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra , ESEC/ESTS, Coimbra . Obtido em 16 de 5 de 2017, de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12980/1/MARIA\\_ANJOS.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12980/1/MARIA_ANJOS.pdf).
- Anjos, M. d. (2014). *O papel do educador num programa de promoção e educação para a saúde na “Equipa de Rua Reduz”*. Relatório de Mestrado em Educação para a Saúde, Instituto politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra /Escola Superior de Educação de Coimbra. Obtido em 15 de 3 de 2017, de file:///C:/Users/User/Downloads/MARIA\_ANJOS.pdf
- APSS. (Julho de 1994). *A ética no serviço social - Valores e Principios -Adaptados pela assembleia Geral da FIAS em Colombo*. Obtido em 6 de 5 de 2017, de <http://servicosocial.pt/etica-e-deontologia-do-servico-social/>
- ARSC, I.P. (2012). Obtido em 26 de 7 de 2017, de Administração Regional de Saúde do Centro, I.P: <http://www.arscentro.min-saude.pt/dicad/Paginas/CRI.aspx>
- Assis, R. L., & Rosado, I. V. (jul./dez de 2012). A unidade teoria-prática e o papel da supervisão de estágio nessa construção. *Revista Katálisis*, 15(2), pp. 203-211. Obtido em 21 de 5 de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/05.pdf>

- Ausloos, G. (1996). *A Competência das Famílias: : Tempo, Caos, Processo*. Lisboa: Climepsi.
- Badaracco, J. E. (1994). *Comunidade Terapeutica Psicanalitica de Estrutura Multifamiliar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baptista, M. L. (2010). *Concepção e implementação de actividades de investigação: um estudo com professores de física e química do ensino básico*. Tese de doutoramento, Educação (Didáctica das Ciências), 2010, Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Lisboa. Obtido em 7 de 11 de 2016, de <http://hdl.handle.net/10451/1854>
- Barbosa, A. (2007). *o percurso do toxicodependente para a cura*. Projecto de investigação, Universidade Católica Portuguesa, Braga. Obtido em 8 de 11 de 2017, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0105.pdf>
- Barbosa, J. (1999). A Inserção-reinserção social dos indivíduos dependentes de substâncias Psicoactivas. *Revista Investigação e debate em serviço social* ., pp. 24-31.
- Barbosa, J. (2011). Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos. *Revista TOXICODPENDÊNCIAS* , 17, pp. 71-84.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. . Lisboa: Edições 70.
- Batalla, A. (2016). Descripción y análisis del modelo holandés en la relación entre cannabis Y Psicosis. *Informaciones Psiquiátricas*., pp. 127-136. Obtido em 9 de 1 de 2017, de <http://www.informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20170206124121.pdf>
- Bertachini, L. (2012). A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *Revista Mundo da Saúde*, pp. 507-520. Obtido em 8 de 6 de 2016, de [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/14.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf)
- Berti, A. C., & Cunha, M. C. (2014.). *Fundamentos Históricos e Teórico Metodológicos do Serviço social*. Maringá-Pr: UniCesumar. Obtido em 5 de 6 de 2017, de <http://www.ead.cesumar.br/moodle2009/lib/ead/arquivosApostilas/3118.pdf>
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (Vol. 12). Porto: Porto Editora.
- Bouças, K. F. (2011). *Entrevista no processo de trabalho do assistente social: uma análise crítica da utilização deste instrumento na equipe de serviço social do CEMEAES*. Universidade Federal Fluminense, departamento interdisciplinar de Rio das Ostras, RIO DAS OSTRAS. Obtido em 6 de 4 de 2017, de <http://www.puro.uff.br/tcc/2011-2/karine%20-%20completo.pdf>
- Brinca, J. A. (2017). *O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, na especialidade de Serviço Social, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa. Obtido em 7 de 10 de

- 2018, de  
[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14846/1/tese%20doutoramento\\_final.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14846/1/tese%20doutoramento_final.pdf)
- Campos, C. J. (set/out de 2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 611-4. Obtido em 23 de 10 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>
- Campos, M. L. (2015). *Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção em indivíduos toxicodependentes institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Intervenção Neuropsicológicas, Instituto Universitário da Maia, ISMAI, Maia. Obtido em 15 de 10 de 2017, de <https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/389/1/tese%20madalena.pdf>
- Cancissu, C. P. (09 de 2003). Adolescência, toxicodependência e família. *Revista: PEDIATRIA MODERNA*, 39, p. 364 à 365. Obtido em 3 de 2 de 17, de [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2408&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2408&fase=imprime)
- Caparrós, M. J. (1998). *Manuel de Trabajo Social (Modelos de Prática Profissional*. Alicante: Aguaclara.
- Cardoso, R. M. (2006). *Só por hoje: um estudo sobre Narcóticos Anônimos, estigma social e sociedade contemporânea*. Tese de Mestrado em História, Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, Niterói. Obtido em 9 de 11 de 2017, de [http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Dissert-2006\\_CARDOSO\\_Ricardo\\_Muniz\\_Mattos-S.pdf](http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Dissert-2006_CARDOSO_Ricardo_Muniz_Mattos-S.pdf)
- Carmo, F. M. (1979). *Serviço Social – Uma Nova Visão Teórica*, (3 ed.). S. Paulo: Cortez.
- Carrilho, J. M. (1991). *Novos avanços na reabilitação da dependência química (Ácool e drogas)*. Lisboa : TUPAM Editores.
- Carvalho, M. J. (2013). *O serviço social e o abandono escolar no ensino superior*. Tese de Mestrado em Serviço Social, ISCTE, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, Lisboa. Obtido em 12 de 8 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10071/7738>
- Carvalho, F. A. (2012). O serviço social e a interdisciplinaridade. *IV Congresso Internacional de Pedagogia Social*, (p. Congresso Internacional de Pedagogia Social). São Paulo. Obtido em 12 de 6 de 2017, de [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000092012000100027&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000092012000100027&script=sci_arttext)
- Carvalho, F. F. (2013). *Serviço Social e Comunicação: uma interface necessária*. Brasília – DF. Obtido em 23 de 10 de 2017
- Carvalho, F. F. (2013). *Serviço Social e Comunicação: uma interface necessária*. Trabalho de Conclusão do Curso em Serviço Social, na Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas-Departamento de Serviço Social – SER, Brasília-DF. Obtido em 5 de 11 de 2016, de

[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7176/1/2013\\_FlaviaFalcaodaGamaCarvalho.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7176/1/2013_FlaviaFalcaodaGamaCarvalho.pdf)

- Carvalho, F. F. (2013). *Serviço Social e Comunicação: uma interface necessária*. Relatório de fim do curso em Serviço Social., Universidade de Brasília (UnB), Brasília – DF. Obtido em 14 de 21 de 2017, de [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7176/1/2013\\_FlaviaFalcaodaGamaCarvalho.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7176/1/2013_FlaviaFalcaodaGamaCarvalho.pdf)
- Carvalho, M. H. (2016). O serviço social como trabalho: afirmação que ainda provoca debates no interior da profissão. *4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais* (pp. 1-16). Belo Horizonte: CRESS. Obtido em 12 de 8 de 2018, de <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/45/45362b02-bd65-405d-95d4-d8a37de5c2f1.pdf>
- Carvalho, M. I. (2010). Serviço Social em Portugal: Percurso cruzado entre a assistência e os direitos. *Revista Serviço Social & Saúde*, IX(10). Obtido em 3 de 6 de 2018, de <file:///C:/Users/User/Downloads/8-Carvalho.pdf>
- Carvalho, M. I., & Pinto, C. (2015 de 2015). Desafios do Serviço Social na atualidade em Portugal. *Revista Serviço Social e Sociedade*, 121, pp. 66-94. Obtido em 11 de 9 de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n121/0101-6628-sssoc-n121-0066.pdf>
- Carvalho, S., Pinto, P., Freitas, I., & Agra, C. d. (2007). *Manual de Boas Práticas sobre Reinserção 1º Caderno: Enquadramento Teórico*. Lisboa: IDT/NR.
- Castillo, R., & Sostegno, R. (Febrero de 2014). Perspectiva relacional de intervención. *Coleção do seminário perspectiva relacional no intervenção social Equipe do Observatório do Terceiro Setor I.*, (pp. 1-105). Bilbao. Obtido em 6 de 8 de 2017, de [http://www.3sbizkaia.org/Archivos/Documentos/Enlaces/1603\\_Publicaci%C3%B3n\\_Perspectiva\\_Relacional\\_Intervenci%C3%B3n.pdf](http://www.3sbizkaia.org/Archivos/Documentos/Enlaces/1603_Publicaci%C3%B3n_Perspectiva_Relacional_Intervenci%C3%B3n.pdf)
- Ceron, M. (2012). *Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa - Módulo Psicossocial*. São Paulo: UNA-SUS | UNIFESP.
- Cierco, G. B. (2003 ). *Um retrato da droga na imprensa escrita Portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Sociologia , Universidade do Porto , Faculdade de Letras , Porto . Obtido em 5 de 8 de 2017, de <file:///C:/Users/User/Downloads/N5301TM01PGABRIELACIERCO000068999.pdf>
- Coelho, A. J. (2016). *Avaliação Da Motivação Para Tratamento Em Comunidade Terapêutica Para Adictos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Obtido em 8 de 01 de 2017, de <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/7059/1/AVALIA%C3%87%C3%83O%20DA%20MOTIVA%C3%87%C3%83O%20PARA%20TRATAMENTO%20EM%20COMUNIDADE%20TERAPEUTICA%20PARA%20ADITOS%20%281%29%20%281%29.pdf>

- Coelho, L. R., & Oliveira, M. d. (2014). Avaliação dos comportamentos dependentes. *periódicos eletrônicos em psicologia - Aletheia*, pp. 248-251. Obtido em 6 de 11 de 2017, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000100019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100019)
- Coelho, M. T., & Sequeira, C. (Saúde Mental de 2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de*(11), pp. 31-37.
- Cordeiro, A. G., & Martins, A. d. (2013). Uma nova leitura da comunicação no Serviço Social. *RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social.*, 17( 32), pp. p. 01-60,. Obtido em 2018 de 3 de 2018, de <http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/viewFile/132/179>
- Cordeiro, J. (2008). *Programa de Troca de Seringas:1993-2008*. Lisboa: ANAF. Obtido em 3 de 8 de 2017, de [http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer\\_pt/docs/articleFile185.pdf](http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile185.pdf)
- Costa, A. T. (2014). *Práticas Institucionais do Assistente Social com Toxicodependentes*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, Lisboa. Obtido em 5 de 10 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10071/9242>
- Costa, C. A. (2007). *A droga, o poder político e os partidos em Portugal*. Lisboa: Coleção Monografias – Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Costa, S. F. (2009). As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. *Serviço Social em Revista*, 11. Obtido em 9 de 8 de 2017, de <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>
- Coutinho, C. p. (2004). Quantitativo versus Qualitativo: questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação. *Actas do XVII Colóquio ADMEE-EUROPA-Investigação e fundamentos metodológicos de RVA*, (pp. 436-448). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Obtido em 7 de 13 de 2016, de <http://hdl.handle.net/1822/6469>
- Cruz, M. A. (2009). *A Guerra Fria e a Contracultura*. Obtido em 12 de 6 de 2017, de Núcleo de Estudos Contemporâneos: <http://www.historia.uff.br/nec/guerra-fria-e-contracultura>
- Denadai, M. C., & Garcia, M. L. (2016). O Serviço Social e a temática droga. *Sociedade em Debate*, 22(1). Obtido em 9 de 10 de 2018, de <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/1383>
- DGS. (2014). Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens-. *Norma nº 036/2012 de 30/12/2012 atualizada a 21/08/2014 - Departamento da Qualidade na Saúde*. Lisboa.
- Dias, F. N. (2001). *Padrões de comunicação na família do toxicodependente.Uma Análise Sociológica*. Lisboa: INSTITUTO PIAGET.

- Dias, L. N. (2007). *As drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-políticos*. Coimbra: Pé de Página.
- Dias, L. P. (2013). *O Perfil do Assistente Social em Intervenção Precoce: Perspetivas profissionais em modelos colaborativos interdisciplinares e transdisciplinares*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga. Obtido em 12 de 2 de 2018, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30217/1/Lu%C3%ADs%20Pedro%20Gomes%20Correia%20Dias.pdf>
- Duarte, C., & Ventura, P. (2017). Contributos para um serviço social holístico: o lugar da espiritualidade no serviço social organizacional. *Boletim Virtual*, 6, pp. 33-44. Obtido em 6 de 12 de 2017, de <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/download/194/191>.
- Dubar, C. (1998). Trajectoires Sociales et Formes Identitaires: Clarifications Conceptuelles et Méthodologiques. *Sociétés Contemporaines*,. *Sociétés contemporaines*, N°29, p. 73/85. Obtido em 15 de 6 de 2016, de [http://www.persee.fr/doc/socco\\_1150-1944\\_1998\\_num\\_29\\_1\\_1842](http://www.persee.fr/doc/socco_1150-1944_1998_num_29_1_1842)
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: Duplo Diagnóstico, Alexitimia e Comportamento. Uma Revisão. (SPTT, Ed.) *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 8, pp. 37-5. Obtido em 9 de 2 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/285/2002\\_02\\_TXT5.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/285/2002_02_TXT5.pdf)
- Fernandes, A. I. (2012). *Visões da Pobreza na primeira pessoa -- Contributos para o Entendimento do Fenómeno Social da Pobreza na Cidade de Beja* -. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas. Obtido em 3 de 10 de 2016, de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11581>
- Fernandes, S. F. (2007). *As Perdas Na Toxicodependência*-Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra. Obtido em 14 de 7 de 2016, de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/201>
- Ferreira, J. (2011). Contributos para o debate da epistemologia em Serviço social. *Revista de Investigaciones en Intervencion Social -TRABAJO SOCIAL GLOBAL*, 2(1), pp. 67-78. Obtido em 7 de 10 de 18, de [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13516/1/Contributos\\_para\\_o\\_Debate\\_da\\_Epistemologia\\_em\\_Servico\\_Social.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13516/1/Contributos_para_o_Debate_da_Epistemologia_em_Servico_Social.pdf)
- Ferreira, J. M. (2009). *Serviço Social e Modelos de Bem-Estar para a Infância: Modus Operandi do Assistente Social na Promoção da Protecção à Criança e à Família*. Tese de Doutoramento em Serviço Social, Universidade Lusófona Lisboa, Departamento de Sociologia, Lisboa. Obtido em 24 de 1 de 2018, de <http://hdl.handle.net/10071/3590>
- Ferreira, J. M. (Lisboa de 2011). “A investigação em Serviço Social: Modelos para a Compreensão da Realidade”. *Lusíada. Intervenção Social*,, pp. 99-113. Obtido

em 3 de 7 de 2016, de  
[http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1045/1/IS\\_n38\\_6.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1045/1/IS_n38_6.pdf)

- Ferreira, J. M. (2014). Serviço Social: profissão e ciência. Contributos para o debate científico nas ciências sociais. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27-2, pp. 329-341. Obtido em 15 de 8 de 2018, de <https://core.ac.uk/download/pdf/38813431.pdf>
- Ferreira, J. W. (2010). Questão Social e Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais. (I, Ed.) *Textos & Contextos*, 9, pp. 209 - 217. Obtido em 10 de 8 de 2017, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7388/5783>
- Ferreira, R. J. (2006). *A (DES)CONSTRUÇÃO DE UM TERAPEUTA:do modelo Minnesota aos primeiros vãos em psicanálise*. São Paulo: USP.
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (Rio de Janeiro). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*,.
- Fonte, C. (2007). O consumo de drogas e os comportamentos aditivos: alguns modelos teórico-explicativos. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Universidade Fernando Pessoa.*, pp. 238 - 250. Obtido em 9 de 12 de 2016, de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/450/2/238-250FCHS04-16.pdf>
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. (2015). *O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos*. Obtido em 7 de 2 de 2017, de Estudos e Pesquisas em Psicologia.vol.15 no.1: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&tlng=pt).
- Fracasso, L. (2016). Comunidades Terapêuticas histórico e Regulamentações -Eixo Práticas. *Portal de Formação à distância , sujeitos contextos e Drogas*. (SENAD, Ed.) São Paulo. Obtido em 17 de 6 de 2017, de <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>
- Fraga., C. K. (Jan/Mar de 2010). A atitude investigativa no trabalho do assistente social. *Revista Serviço. Social e Sociedade*, 101, pp. 40-64, jan./mar. 2010. Obtido em 16 de 2 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n101/04.pdf>
- Freitas, W. G., & Ribeiro, L. M. (Jun de 2014). O trabalho do assistente social como práxis transformadora da realidade. (FVJ, Ed.) *Socializando*.(1), pp. 41-47 . Obtido em 11 de 6 de 2018, de [https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/11/4s\\_v1n12014.pdf](https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/11/4s_v1n12014.pdf)
- Freitas, W. R., & Jabbour, C. J. (2011). Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas E Sugestões. *ESTUDO & DEBATE*, 18(2), pp. 07-22,.
- Freixo, M. J. (2012). *Metodologia científica - Fundamentos e métodos e técnicas* (4º ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

- Ganev, E., & Lima, W. d. (2011). Reinserção Social : Processo que implica continuidade e Cooperação. *Revista Serviço Social & Saúde. Campinas, x*. UNICAMP-Campinas. Obtido em 7 de 10 de 16, de <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1380/1370>
- Garro, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Espanha: Alianza Editorial.
- Geismar-wieviorka, S. (1999). *Nem todos os Toxicómanos são incuráveis*. Lisboa: Terramar .
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de pesquisa Social* (6ª ed.). São Paulo: ATLAS,S.A.
- Goffman, E. (1961). *Manicomios,Prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva S.A.
- Gomes, I. G. (2008). *Maus-Tratos, Droga e Criminalidade: Uma Trilogia no Feminino*. Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Branco Vicente, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa. Obtido em 14 de 8 de 2016, de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1952/1/ulsd058730\\_Maus\\_Tratos.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1952/1/ulsd058730_Maus_Tratos.pdf)
- Gomes, N. A., & Diniz, C. A. (2013). Teoria e prática no serviço social: uma reflexão sobre a identidade profissional do assistente social e os desafios contemporâneos. Em CRESS (Ed.), *3º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais- Expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o serviço social*, (pp. 1-16). Belo Horizonte . Obtido em 12 de 6 de 2018, de <http://www.cress-mg.org.br/hotsite/1/paginas/home.php?pg=5>
- Gonçalves, A. M., & Pereira, M. d. (Julho/Dezembro de 2011). Variáveis familiares e toxicodependência. *Revista SBPH* , 14. Obtido em 12 de 2 de 2017, de <http://hdl.handle.net/1822/15691>
- Gonçalves, E., Sá, L., & Caldeira, M. (2004/05). *Metodologia de Investigação*. Mestrado em Educação – Supervisão e Orientação Pedagógica., Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Departamento de Educação , Lisboa. Obtido em 6 de 5 de 2016, de <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/editemcaldeialurdesestcaso.pdf>
- Gonçalves, P. F. (2007). CAT da Boavista foi pioneiro no país e na Europa. *Público-Comunicação Social SA*, 1. Obtido em 13 de 2 de 2017, de <https://www.publico.pt/opiniao/jornal/cat-da-boavista--foi-pioneiro-no-pais--e-na-europa-218680>
- Goulão, J. (23 de 11 de 2015). *Descriminalização reduziu consumo de drogas em Portugal*. Obtido de EXAME: <https://exame.abril.com.br/mundo/descriminalizacao-reduziu-consumo-de-drogas-em-portugal/>
- Granja, B. P. (2007). *Assistente social – Identidade e Saber*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências do Serviço Social , Universidade do Porto, Porto. Obtido em 18 de 6 de 2017

- Greenwald, G. (2014). Política de Drogas em Portugal - "Drogas: Legalização + Controle". Brasil: LEAP. Obtido em 3 de 4 de 2017, de <https://ponte.org/portugal-drogas-greenwald/>
- Guerra, I. (2006). *Guerra. I., (2006). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo, Sentidos e formas de uso. .* Estoril: Principia.
- Guerreiro, A. M. (2011). *Factores críticos e de força na intervenção em Contexto de Reunificação Familiar.* Tese de mestrado em serviço social., Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa. Obtido em 21 de 11 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10400.14/8271>
- Henriques, P. M. (2006). *O Serviço Social nos Municípios, dos Anos 80 à Actualidade: o distrito de Viseu.* Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra : ISMT. Obtido em 5 de 5 de 2017, de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/199>
- Hill, R. (1980). *Metodologia Básica do Serviço Social .* São Paulo: MORAES LTDA.
- Iamamoto, M. V. (2011). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 20ª Ed. .* (20 ed.). São Paulo: Cortez.
- Ianamoto, M. (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade, Trabalho e Formação Profissional.* São Paulo: Cortez.
- Idañez, M. J., & Ander-Egg, E. (2008). *Diagnóstico social: conceitos e metodologias.* Porto: Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. Obtido em 21 de 3 de 2017, de <http://www.eas.pt/wp-content/uploads/2014/01/diagnostico-social-Diagn%C3%B3stico-Social-conceitos-e-metodologias-Maria-Jos%C3%A9-Aguilar-Id%C3%A1%20e-e-Ezequiel-Ander-Egg-.pdf>
- IDT. (2002). *Guia de Sobrevivência às Drogas e às Noitadas -Linha SOS.* Lisboa: SOS-Droga/Projeto de Vida.
- IDT. (2003). *INDEPENDÊNCIA.* Lisboa: IDT.
- IDT, IP. (2011). *Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas.* Departamento de Tratamento e Reinserção IDT, IP., Lisboa. Obtido em 10 de 6 de 2016, de [www.sicad.pt: http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf)
- IDT\_SICAD. (2005 ). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências-2005 – 2012.* Lisboa: IDT.
- INE, I. (2011). *Classificação Portuguesa.* (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.) Lisboa. Obtido em 21 de 8 de 2017, de <http://cdp.portodigital.pt/profissoes>
- Iturra, R. (1986). Metodologia das Ciências Sociais. Em A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Trabalho de campo e observação participante em Antropologia.* (p. 149;163). Porto: Afrontamento.

- Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicod dependência. (IDT, Ed.) *Revista TOXICOD EPENDÊNCIAS* • Volume 13, pp. 49-58. Obtido em 6 de 8 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicod ependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/28/2007\\_01\\_TXT6.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicod ependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/28/2007_01_TXT6.pdf)
- Joaquim, H. (2007). *O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Júnior, M. B., Melo, M. S., & Santiago, M. E. (2010). A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. *Movimente*, 16, pp. 31-49. Obtido em 23 de 9 de 2017, de <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/11546/10008.junio>
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work*, 14(1), pp. 86–101. doi:10.1177/1473325014528526
- Kern, F. A. (2005). *As mediações em redes como estratégia metodológica do Serviço Social* (2ª ed.). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis, na Introduction to us Methodology*. Londres: Sage.
- Lacerda, L. E. (jan/mar de 2014). Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas. *Serviço Social e Sociedade*, pp. 22-44. Obtido em 20 de 12 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/03.pdf>
- Lacerda, L. E. (22-44 de jan./mar. de 2014). Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas. *Serviço Social & Sociedade*, p. 117. Obtido em 23 de 11 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/03.pdf>
- Lameiras, A. C. (2015). *Modelos de Intervenção do Serviço Social*. Obtido de <http://servicosocial.pt>: <http://servicosocial.pt/modelos-de-intervencao-do-servico-social/>
- Leal, F. d. (6 de Junho de 2011). *O modelo Sistémico de Intervenção social*. Obtido em 12 de 11 de 2016, de Etcetera-Blog-o Blog\_Humanista.: <http://obloghumanista.blogspot.pt/2011/06/o-modelo-de-intervencao-sistemica-no.html>
- Lewgoy, A. M., & Silveira, E. M. (2007). A entrevista nos processos de trabalho do assistente social°. *Revista Textos & Contextos*, 6, pp. 233-251. Obtido em 8 de 5 de 2017, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/2315/3245>
- Lima, H. d., & Braga, V. A. (2012). Grupo De Autoajuda Como Modalidade De Tratamento Para Pessoas Com Dependência De Álcool. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21, pp. 887-895. Obtido em 21 de 8 de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400020)

- Lima, P. F. (2012). *Criação de uma Comunidade Terapêutica nos Açores - Viabilidade Política, Social e Económica*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa.
- Lito, A. M. (2012). *Família(S), Fratria(S) E Droga(S):A Perspetiva Do Próprio E Do Seu Irmão(Ã)-Estudo Comparativo de Trajetórias de Vida*. Tese de Doutoramento em em Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa. Obtido em 7 de 1 de 2018, de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8023/1/ulsd064846\\_td\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8023/1/ulsd064846_td_tese.pdf)
- Lopes, E. (1997). Retrospectiva dos diferentes modelos de intervenção na toxicoddependência:possíveis estratégias. "*Droga:Situação e novas prespectivas*". Lisboa:  
<http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/indice.html>.
- Lopes, F. L. (2015). *A relação no Serviço Social:Perspetivas sobre a sua pertinência e expressão na prática*. Tese de Mestrado EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO, UNIVERSIDADE DO PORTO, DISSERTAÇÃO APRESENTADA À. Obtido em 12 de 6 de 2017, de [https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=848562](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=848562).
- Lorga, P. (1997). HIV e prevenção primária na Toxicoddependência. *Revista Toxicoddependências*, 3, 35-42. Obtido em 25 de 6 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/378/artigo\\_5.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/378/artigo_5.pdf)
- Lucchini, R. (. (1985). *Drogues et société: essai sur la toxicodépendance, Fribourg*:. Fribourg: Editions Universitaires.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos da metodologia Científica*. . São Paulo.: Atlas.
- Mariutti, M. G., Furegato, A. R., Scatena, M. C., & Silva, L. (2005). Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento Espontâneo. *Ciência, Cuidado e Saúde* , 4, pp. 83-88. Obtido em 9 de 6 de 2018, de [https://www.researchgate.net/publication/277135180\\_Relacao\\_de\\_ajuda\\_entre\\_o\\_enfermeiro\\_e\\_mulheres\\_em\\_abortamento\\_espontaneo](https://www.researchgate.net/publication/277135180_Relacao_de_ajuda_entre_o_enfermeiro_e_mulheres_em_abortamento_espontaneo)
- Marques, A. R. (2008). *A(s) Drogas (s) E A(S) Toxicoddependências (s)-Representações Sociais e Políticas em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Inserção Social , Universidade do Porto , Faculdade de Economia, Porto.
- Marques-Teixeira, J. (9/10 de 2000). Diagnósticos Duplos:Toxicoddependências e Perturbações Psiquiátricas. (J. d. Vale, Ed.) *Revista Saúde Mental, II*, pp. 9-16. Obtido em 23 de 11 de 2016, de [http://saude-mental.net/pdf/vol2\\_rev5\\_artigo1.pdf](http://saude-mental.net/pdf/vol2_rev5_artigo1.pdf)

- Marsiglia, R. M. (2006). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Em ABEPSS (Ed.), (pp. 1-18). Obtido em 6 de 5 de 2016, de [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto3-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf)
- Martinelli, M. L. (1991). *Serviço Social -Identidade e Alienação* (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Martins, A. C. (2002 ). Famílias: O Tempo Parado na (Toxico)dependência. (SPTT, Ed.) *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 8, pp. 63-70. Obtido em 9 de 4 de 2016, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/287/2002\\_02\\_TXT7.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/287/2002_02_TXT7.pdf)
- Martins, A. C. (2002). Famílias: O Tempo Parado na (Toxico)dependência. *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 8, pp. 63-70. Obtido em 7 de 11 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/287/2002\\_02\\_TXT7.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/287/2002_02_TXT7.pdf)
- Martins, M. d., & Fernandes, P. F. (2010). *O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito*. IPCB, ESALD, Castelo Branco. Obtido em 24 de 12 de 2016, de <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>
- Marujo, P. M. (2012). *As políticas públicas de (re) inserção socioprofissional de toxicodependentes. Uma avaliação de painel no acesso aos mercados de trabalhona região do Algarve*. Tese de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa. Obtido em 21 de 11 de 2017, de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/5105>
- Maux, C. C. (2004). *A Família e a Drogadição*. Monografia de Conclusão do Curso de Psicologia do do UNICEUB, Centro Universitário de Brasília , Faculdade de Ciências da Saúde , Brasília/DF. Obtido em 11 de 07 de 2017, de <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3077/2/20087025.pdf>
- Medeiros, M. S. (out./dez. de 2016). Os fundamentos da relação teoria e prática no estágio. *Revista Katálysis*, pp. 351-360. Obtido em 3 de 12 de 2017, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/43677/33207>
- Mendes, J. M. (Janeiro/Junho de 2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista INFORMAR*, 36, pp. 71-77. Obtido em 7 de 10 de 2018, de [file:///C:/Users/User/Downloads/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006%20(1).pdf)
- Miguel, N. (1997). A comunidade face à droga:. *Droga:Situação e novas prespectivas*. Lisboa:  
<http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/indice.html>.
- Minayo, M. C. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

- Minuchin, S., & Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moura, M. H. (2006). *Serviço Social e Modelos de Intervenção : da sociedade industrial à sociedade do risco*. Dissertação de doutoramento em Ciências do Serviço Social., Universidade do Porto , Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Obtido em 5 de 6 de 2017, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7173/2/Servicosocialemodelosdeintervencao.pdf>
- Mucchielli, R. (1994). *A Entrevista Não Directiva*. . São Paulo: Martins Fontes. .
- N.A. (1996). *Guia Introductório para Narcóticos Anônimos - Os Doze Passos e as Doze Tradições reimpressos e adaptados*. Brasil: Narcotics Anonymous World Services, Inc.
- NAWS. (1996). *Guia Introductório para Narcóticos Anônimos -Os Doze Passos e as Doze Tradições reimpressos e adaptado*. Lisboa: AA World Services, Inc.
- Netto, E. C. (2010). *Profissão: assistente social*. São Paulo: UNESP. Obtido em 14 de 5 de 2018, de <http://books.scielo.org/id/8vr6k/pdf/correa-9788579830839-05.pdf>
- Netto, J. P. (2001). *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Netto, J. P. (2006). A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Em CRESS (Ed.), *III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais*, (pp. 1-22). Obtido em 19 de 6 de 2016, de <http://www.cress-mg.org.br/hotsite/1/paginas/home.php?pg=5>
- Netto, J. P. (20 de 11 de 2017). A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social -. *Serviço social e saúde: Formação e Trabalho profissional*.
- Novo, S., Galvão, A., & Rodrigues, S. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica . *Novos olhares na Saúde*, pp. 518-529. Obtido em 23 de 10 de 2018, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9779/3/rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20ajuda.pdf>
- Novo, S., Galvão, A., & Rodrigues, S. (junho de 2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. *Novos Olhares na Saúde*, pp. 518-529.
- Nunes, J. P. (2017). *Marcar a diferença*. leiria: travis. Obtido em 10 de 11 de 2017, de [www.seg-socoal.pt](http://www.seg-socoal.pt)
- Nunes, L. M., & Jóluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*., pp. 232-237. Obtido de <http://hdl.handle.net/10284/449>
- OEDT. (2002). *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega*. Luxemburgo:: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Obtido em 17 de 3 de 2017, de [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/167/2002\\_0458\\_PT\\_69597.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/167/2002_0458_PT_69597.pdf)

- OEDT. (2012). *A evolução do fenómeno da Droga na Europa*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência,. Luxembourg: Serviço das Publicações da União Europeia. Obtido em 18 de 11 de 2016
- OEDT. (2017). *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo.: Serviço das Publicações da União Europeia,.
- OIT/BIT. (2003). *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho\_BIT. Obtido em 5 de 6 de 2018, de [https://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub\\_luta.pdf](https://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_luta.pdf)
- Oliveira, R. D. (2011). *O sigilo profissional dos assistentes sociais:Um estudo dos Códigos de Ética e da concepção de profissionais*. Relatório Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para a, Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras., Rio das Ostras.
- Oliveira, S. D. (2013). *Conversando Sobre as Drogas*. Rio de Janeiro : Clube de Autores.
- OMS. (2010). Classificação Internacional de Doenças (CID). *ICD-10 Version:2010*. Obtido em 7 de 11 de 2016, de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#>
- Otoni, B. V. (1998). *Serviço Social, processos e técnicas*. S. Paulo: Agir.
- Pacheco, A. L., & Scisleski, A. (2013). Vivências em uma comunidade terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde.*, 5, pp. 165-173. Obtido em 12 de 10 de 2017, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2013000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200012)
- Pena, M. J. (2012). *Relação profissional: utopia ou realidade?* Tese de doutoramento., Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa. Obtido em 8 de 11 de 2016, de <http://hdl.handle.net/10071/6348>
- Pena, M. J. (2013). A Relação Profissional no quadro da intervenção do assistente social,. *Intervenção Social*, pp. 55-70. Obtido em 12 de 8 de 2016, de [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1078/1/IS\\_n41\\_3.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1078/1/IS_n41_3.pdf)
- Pereira, E. d., Pedroso, L., & Rosseto, E. F. (2016). O serviço social como facilitador na reinserção social do egresso. Obtido em 24 de 10 de 2017, de <http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/download/143/190>.
- Pereira, M. A. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde - Especialidade em Intervenção em Enfermagem, Universidade Aberta , Lisboa . Obtido em 12 de 6 de 2018, de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>
- Pereira, M. d. (2011). *Modelo de Intervenção em Crises e Modelo Centrado em Tarefas -Teorias e Metodologias do Serviço Social* . IPL, ESECS, Leiria. Obtido em 9 de 5 de 2017

- Petry, E. M. (2005). *A inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas na clínica caminho do sol: a ação do assistente social*. Trabalho de Conclusão de Curso Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina., Departamento de Serviço Social, Florianópolis. Obtido em 6 de 8 de 2017, de <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial286846.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures.: Lusodidacta.
- Piana, M. C. (2009). *O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas*. São Paulo: UNESP.
- Pinto, J. M. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento. .
- Pinto, V. F. (1995). Perante a Toxicodependência - Uma atitude ética. *Toxicodependência*, pp. 33-39. Obtido em 3 de 10 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/423/artigo4.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/423/artigo4.pdf)
- Pires, L. (2000). A formação dos assistentes sociais da saúde. Em F. Branco, *Intervenção em Serviço Social\_Serviço Social & Saúde* (Vol. 21, pp. 53,59). Lisboa: ISSScoop-Cooperativa de Ensino Superior de Intervenção Social,CRL.
- Prá, K. R. (2003). As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde. *Revista Virtual Textos & Contextos.*, pp. 1-15. Obtido em 18 de 11 de 2016, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/965/745>
- Prates, J. C. (jul./dez de 2007). A arte como matéria-prima e instrumento de trabalho para o assistente social. *Revista Textos & Contextos*, 6, pp. 221-232. Obtido em 23 de 8 de 2016, de [http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8008/2/A\\_arte\\_como\\_materia\\_prima\\_e\\_instrumento\\_de\\_trabalho\\_para\\_o\\_Assistente\\_Social.pdf](http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8008/2/A_arte_como_materia_prima_e_instrumento_de_trabalho_para_o_Assistente_Social.pdf)
- Püschel, V. A., Ide, C. A., & Chaves, E. C. (2006). Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), pp. 261-268. Obtido em 16 de 4 de 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200015&lng=en&nrm=iso)
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Investigação em ciências Sociais. (5ª ed.)*. (G. Valente, Ed.). Lisboa: Grandiva.
- Ramos, A. L. (2013). *A relação entre o Assistente Social e a A relação entre o Assistente Social e a UMDR/ULDM de cuidados continuados integrados de saúde*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Política Social, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa. Obtido em 14 de 9 de 2018, de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/7133/1/TESE.pdf>
- Ramos, R. C., & Boarini, M. L. ( out.-dez de 2015). Comunidades terapêuticas: “novas”perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde-*

Manguinhos, 22, pp. 1231-1248. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>

- Rebelo, J. M. (2007). *A reinserção Social -Experiências de Percursos de toxicodependentes-Análise Qualitativa*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social., Universidade do Porto , Faculdade de Economia, Porto. Obtido em 5 de 11 de 2016, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7463/9/MDISDissertao%20de%20mestrado%20de%20Jorge%20Rebelo.pdf>
- Relvas, A. P. (1998). Historias de famílias, historia familiar e toxicodependência. Da compreensão à Intervenção. (SPTT, Ed.) *Revista Toxicodependencias*, pp. 81-88. Obtido de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/354/artigo%209.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/354/artigo%209.pdf)
- Ribeiro, A. I. (2009). *Sistemas de discriminação positiva na Europa: facilitadores ou detractores da equidade?* Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa , Departamento de Economia , Lisboa. Obtido em 12 de 8 de 2017, de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1331>
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social*. Obtido em 6 de 6 de 2017, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000062.pdf>
- Rodrigues, F. A. (2010). *Reabilitação e Desinstitucionalização de pessoas com incapacidade Psicossocial*. Tese de Mestrado de Enfermagem-Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica , Universidade Católica , Instituto de Ciências da Saúde , Lisboa. Obtido em 25 de 11 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10400.14/15749>
- Rodrigues, J. A. (2007). *Recuperar das Dependências (Adicção)*. Obtido em 07 de 01 de 2018, de Viver Um Dia de Cada Vez- Contra o estigma, a negação e a vergonha associados aos comportamentos adictivos. O silêncio não é seguramente a melhor opção para a recuperação; ninguém recupera sozinho.: <http://recuperardasdependencias.blogs.sapo.pt/1300.html>
- Rosário, A. N. (2009). *Histórias de Vida e Toxicodependência – Um Trabalho de Análise Qualitativa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde , Universidade do Algarve, Faculdade de ciências Humanas e Sociais , Faro. Obtido em 21 de 02 de 2017, de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/811/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20de%20Albano%20Ros%C3%A1rio.pdf>
- Ruiz, F. M. (2004). Pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa : complementariedade cada vez mais enriquecedora. *Adm. de Emp. em Revista*, pp. 37-47.
- Sabino, N. D., & Cazenave, S. d. (2005). *Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>

- Sabino, N. D., & Cazenave, S. d. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 22, pp. 167-174. Obtido em 12 de 6 de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2005000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006)
- Salgado, F. F. (2015). O trabalho interdisciplinar na assistência social: análise da experiência em um CRAS de Niterói - RJ. *Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social.*, (pp. 1-8). Florianópolis SC. Obtido em 12 de 01 de 2018, de [http://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_3\\_037.pdf](http://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_037.pdf)
- Sampaio, S. S., & Rodrigues, F. W. (2014). Ética e sigilo profissional. *Serviço Social & Sociedade*, pp. 84-93. Obtido em 5 de 9 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/06.pdf>
- Sampaio, S. S., & Rodrigues, F. W. (jan./mar de 2014). Ética e sigilo profissional. *Serviço Social Sociedade*, pp. 84-93. Obtido em 9 de 12 de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/06.pdf>
- Santos, A. R., & Freitas, T. P. (2012). O Serviço Social na prevenção ao uso de drogas: desafios interdisciplinares para o trabalho profissional. *VIII Seminário de Saúde do Trabalhador e VI Seminário "O Trabalho em Debate"*, (pp. 1-10). Franca/SP. Obtido em 23 de 10 de 2018, de <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/36.pdf>
- Santos, C. C. (2012). Organização da prática profissional do serviço social em modelos de intervenção social. *Lusíada. Intervenção Social*. Obtido em 9 de 8 de 2017, de [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1059/1/IS\\_n39\\_6.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1059/1/IS_n39_6.pdf)
- Santos, C. C., & Reis, S. F. (2010). Abordagem Polissêmica da prática do Serviço Social nos cuidados de saúde: contributos para a construção de um modelo de intervenção em serviço social. *Revista Emancipação-serviço social*, 10, pp. 443-458. Obtido em 21 de 10 de 2017, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1331>
- Santos, C. E., & Rosa, A. d. (out-dez de 2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estudos de Psicologia*, pp. 487-502. Obtido em 21 de 11 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a08>
- Santos, L. (2000). *A prática lectiva como actividade de resolução de problemas*. Universidade de Lisboa, Departamento de Educação, Lisboa. Obtido em 9 de 10 de 2016, de [www.educ.fc.ul.pt/docentes/msantos/tese/C4-Metodologia.pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/msantos/tese/C4-Metodologia.pdf)
- Santos, L. C., Jesus, M. G., & Almeida, V. S. (2012). A prática do assistente social no centro de referência especializado de assistência social. *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira*, pp. 1-14. Obtido em 7 de 6 de 2017, de [http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/A\\_Pratica\\_do\\_Assistente\\_Social\\_no\\_Centro\\_de\\_Referencia\\_Especializado\\_de\\_Assistencia\\_Social.pdf](http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/A_Pratica_do_Assistente_Social_no_Centro_de_Referencia_Especializado_de_Assistencia_Social.pdf)

- Sauer, M., & Ribeiro, E. M. (2012). *Textos & Contextos* (Vol. 11). Porto Alegre. Obtido em 12 de 9 de 2017, de file:///C:/Users/User/Downloads/12585-48666-1-PB.pdf
- Scaduto, A. A. (2010). *O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica*. Tese de Mestrado em Ciências, Área: Psicologia, Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - Departamento de Psicologia e Educação, Ribeirão Preto. Obtido em 11 de 5 de 2017, de [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../Mestrado\\_Alessandro\\_Antonio\\_Scaduto.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../Mestrado_Alessandro_Antonio_Scaduto.pdf)
- Seabra, P., Negrão, R., Barbosa, S., & Massano, S. (2010). Programa de redução de riscos e minimização de danos em Torres Vedras – Avaliação e reflexões. (IDT, Ed.) *Revista Toxicodependências*, 16, pp. 79-86. Obtido em 12 de 6 de 2017, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-48902010000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000200008)
- Sequeira, C. (dez. de 2014). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. pp. 6-8. Obtido em 7 de 9 de 2017, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000300001](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300001)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Severino, A. J. (2000). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- SICAD. (2009). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- SICAD. (2012). *Descriminalização do Consumo\_O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado*. Obtido em 6 de 9 de 2016, de SICAD-Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas Dependências: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>
- SICAD. (2012). <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>. Obtido em 2016 de 5 de 2016, de [http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=8&lista=SICAD\\_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/](http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=8&lista=SICAD_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/)
- SICAD. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- SICAD. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa. Obtido em 18 de 11 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD\\_Plano\\_Nacional\\_Reducacao\\_CAD\\_2013-2020.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducacao_CAD_2013-2020.pdf)
- SICAD. (2015). *O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado*. Obtido em 9 de 1 de 2017, de SICAD: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>

- SICAD. (2017). *http://www.sicad.pt*. Obtido de Políticas da droga em Portugal: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Silva, A. S. (2016). *Habitar casas de acolhimento para crianças e jovens em Portugal*. FCTUC, Departamento de Arquitetura. Coimbra: x. Obtido em 25 de 4 de 2018, de <file:///C:/Users/User/Downloads/AnaSofiaSilva.pdf>
- Silva, C. B. (2012). “*A vida de ex-reclusos, por suas palavras. : Os liames entre a vida na prisão e a (re)inserção social*”. Universidade do Porto, Faculdade de Letras. Porto: Autor. Obtido em 25 de 6 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10216/66006>
- Silva, C. G. (9/12 de 6 de de 2015). Trabalho do assistente social com famílias no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): uma questão de habitus. *Programa de Pós Graduação em Serviço Social.PUC-Rio.*, pp. 1-11. Obtido em 28 de 7 de 2018, de [http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/55\\_trabalho\\_do\\_familia.pdf](http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/55_trabalho_do_familia.pdf)
- Silva, D. (2016). A importância da comunicação social para o exercício da profissão de serviço social. *T.F-Serviço Social-online*.
- Silva, E. A. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia [Online].*, pp. 77-99. Obtido em 7 de 1 de 2017, de <http://ras.revues.org/740> ; DOI : 10.4000/ras.740
- Silva, M. (2012). Natureza, princípios e fundamentos das práticas e relações profissionais-doentes no contexto do gabinete de sub-visão do instituto dr. gama pinto. *VII Congresso Potuguês de Sociologia -Sociedade, Crise e Reconfigurações-Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (pp. 1-8). Porto, . Obtido em 12 de 10 de 2017, de <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2873/1/Natureza%2C%20princ%3%ADpios%20e%20fundamentos%20das%20pr%3%A1ticas%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20profissionais-doentes.pdf>
- Silva, M. F. (2011). *Consumo de drogas: O impacto da informação e do modelo de regulamentação nos comportamentos*. Dissertação de mestrado em Sociologia - Área de Especialização em Saúde e Sociedade, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais. Obtido em 23 de 15 de 2017, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16090/1/Mara%20Fernandes%20da%20Silva.pdf>
- Silva, M. O. (2011). *Serviço Social e o popular resgate - resgate teórico-metodológico do Projeto Profissional de Ruptura* (7 ed.). São Paulo: Cortez.
- Silva, T. J. (2012). *Trajectórias de usos de drogas e experiências de consumo problemático na juventude*. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Obtido em 13 de 9 de 2017, de <http://hdl.handle.net/10400.14/17832>
- Silva, T. P. (2016). *A primeira escola de Serviço Social em Portugal :o projeto educativo fundador e a configuração do campo de conhecimento (1935-1955)*. Tese de

Doutoramento em Serviço Social, Universidade Lusíada de Lisboa-Faculdade de Ciências Humanas e Sociais , Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa. Obtido em 23 de 5 de 2018, de [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/2695/1/dss\\_teresa\\_silva\\_tese\\_v1.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/2695/1/dss_teresa_silva_tese_v1.pdf)

- Silva, T., & Quintas, J. (2010). Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento. (IDT, Ed.) *Revista Toxicodependências* , 16, pp. 45-58. Obtido em 9 de 11 de 2016, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-48902010000300005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000300005)
- Simão, E. A. (2014). *Mediação na redução de riscos e minimização de danos na toxicodependência: práticas e desafios*. Tese de Mestrado em Intervenção Comunitária, especialização em Educação Para a Saúde, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto. Obtido em 12 de 9 de 2017, de <http://hdl.handle.net/20.500.11796/1493>
- Simionatto, I. (2016). Teoria social crítica e serviço social: os 50 anos do movimento de reconceitualização. *Revista Sociedade em Debate*, 22(1), pp. 7-24. Obtido em 16 de 9 de 2018, de <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/1415>
- Sommer, M. ( 2011). *Vivência em Comunidade e Desenvolvimento-O modelo de tratamento em regime residencial de dependentes químicos em Cabo Verde*. Lisboa: EDIUAL.
- Sommer, M. (1-12 de 2011). As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas. *PSIQUE* , 7, pp. 135-166. Obtido em 12 de 5 de 2017, de <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2717/1/As%20Comunidades%20Terap%3%AAuticas.pdf>
- Sousa, C. d. (2015). *A entrevista inicial no processo de trabalho do assistente social na penitenciária estadual de Florianópolis*. Relatório final do Curso de Graduação em Serviço Social , Universidade Federal de Santa Catarina , Centro sócio econômico Departamento de Serviço Social, Florianópolis.
- Sousa, C. T. (2008). A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, 8(1), pp. 119-132. Obtido em 2 de 6 de 2018, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>
- Souza, A. P., & Oliveira, N. H. (2016). Dependência química: os desafios da equipe interdisciplinar no cuidado com a família. *CALASS - O trabalho dos profissionais frente aos desafios dos Sistemas de Saúde*. BRASÍLIA. Obtido em 6 de 11 de 2017, de [http://www.alass.org/wp-content/uploads/22-07\\_sesion22\\_3.pdf](http://www.alass.org/wp-content/uploads/22-07_sesion22_3.pdf)
- Souza, J. d., Kantorski, L. P., & Luis, M. A. (05/08 de 2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25, pp. 221-228. Obtido em 07 de 11 de 2016, de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>

- Souza, K. d., Silva, I. F., Batista, S. H., & Almeida, R. J. (9 de 2016). Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas1. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, pp. 171-177. Obtido em 9 de 4 de 2017, de <http://www.redalyc.org/html/803/80347135006/>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Orlando- Florida:: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- SUS. (2015). *Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento de transtornos mentais e de comportamento vinculados ao abuso e à dependência química de substâncias psicoativas*. Sistema Único de Saúde, Estado de Santa Catarina. Obtido em 9 de 3 de 2017, de [http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=9195&Itemid=82](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9195&Itemid=82).
- Teixeira, C., & Ricou, M. (2008). Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Revista TOXICODPENDÊNCIAS*, 14, pp. 25-35. Obtido em 3 de 12 de 2017, de [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/14/art03\\_vol14\\_N2.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/14/art03_vol14_N2.pdf)
- Tinoco, R. (2002). Indeterminação biográfica – de condição natural a uma fissura na história do sujeito. (SPTT, Ed.) *Revista TOXICODPENDÊNCIAS*, 8, pp. 61-67. Obtido em 8 de 12 de 2016, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3145/1/Indeterminacao%20biografica.pdf>
- Tinoco, R. (2006). Comunidades Terapêuticas livres de Drogas- Da Intervenção Ideológica à intervenção Psicoterpaeutica. (IDT, Ed.) *Revista TOXICODPENDÊNCIAS*, 12, pp. 21-30. Obtido em 12 de 6 de 2017, de [http://www.sicad.min-saude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/57/2006\\_01\\_TXT3.pdf](http://www.sicad.min-saude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/57/2006_01_TXT3.pdf)
- UNODC. (2016). *World Drug Report*. New York: United Nations publication, Sales No. E.16.XI. Obtido em 26 de 3 de 2017, de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)
- Valentim, A. (1998). Droga e toxicodpendência nas representações de párocos e médicos. *Análise Social*, xxxiii , pp. 55-90. Obtido em 6 de 6 de 2018, de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221842281Z7pLI2rd2Hi59BX3.pdf>
- Veiga, S. C. ( 2012). “*Locus de Controlo e Autoconceito na Toxicodpendência*”. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde., Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga-Faculdade de Filosofia, Braga. Obtido em 13 de 11 de 2017, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13690/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Veiga, S. C. (2012). *“Locus de Controlo e Autoconceito na Toxicodependência”*. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia. Obtido em 23 de 11 de 2016, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13690/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Vélez, M. G., Miguel, P. B., Sánchez, C. M., Borrego, M. F., & Pérez, P. Á. (Diciembre de 2016). La relación de ayuda en Trabajo Social.Propuestas para un desarrollo de calidad. *Revista de trabajo social*(90).
- Vicente, J. A. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental.(Aspectos sociológicos e organizacionais)*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Social,Inovação e Empreendedorismo., Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação , Coimbra. Obtido em 7 de 10 de 2018, de [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17822/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Jos%C3%A9\\_Vicente\\_MISIE\\_2011.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17822/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jos%C3%A9_Vicente_MISIE_2011.pdf)
- Vicente, T. N. (2011). *Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas*. Departamento de Tratamento e Reinserção . Lisboa: IDT-PT. Obtido em 9 de 1 de 2017, de <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf>
- Vidal, E. (1999). História de amor no Casal Ventoso. *Público* . Obtido em 21 de 3 de 2016, de <https://www.publico.pt/1999/06/20/jornal/historia-de-amor-no-casal-ventoso-135109>
- Vieira, B. O. (1988). *Serviço Social, processos e técnicas*. S. Paulo: Agir.
- Vieira, B. O. (1989). *História do Serviço Social - Contribuindo para a construção da sua teoria* (5 ed.). Rio de Janeiro : AGIR.
- Vieira, C. (2007). A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista TOXICODPENDÊNCIAS*, 13 ( 3), pp. 15-22.
- Vieira, R. I. (2009). *Trajectórias e Estilos de Vida Familiar de Ex-residentes de uma Comunidade Terapêutica -A influência do tratamento em comunidade terapêutica e a relação com o passado de toxicodependência na vida familiar actual*. Tese de Mestrado em Família e Sociedade, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Sociologia , Lisboa. Obtido em 11 de 6 de 2017, de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1275/6/Tese%20Revista.pdf>
- Vyvey, E., Roose, R., Wilde, L. D., & Roets, G. ( 16 de October de 2014). Dealing with Risk in Child and Family Social Work: From an. *social sciences*, pp. 758–770. doi:10.3390/socsci3040758
- Woerner, C. B. (2014). *Comunidade Terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes - um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002 – 2013*. Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. , Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

- Woerner, C. B. (2015). Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. *Textos & Contextos*, 14, pp. 174 - 185. doi:10.15448/1677-9509.2015.1.18155
- Woerner, C. B. (jan./jun. de 2015). Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. *Textos & Contextos*, 14(1), pp. 174-185. Obtido em 13 de 7 de 2018, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/18155/13317>
- Wouter Vanderplasschen, S. V. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Xavier, A., & Miotto, R. C. (jul./dez. de 2014). *Textos & Contextos*, 13, pp. 355 - 365. Obtido em 8 de 10 de 2017, de <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/2248mpw420219W8dS658.pdf>
- Yazbek, M. C. (jul./dez. de 2010). *Revista Katálysis*, 13, p. 153/154. Obtido em 24 de 9 de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n2/01.pdf>
- Yin, R. (2001). *Estudo de caso – planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.