

A COMUNIDADE TERAPÊUTICA: DA INTEGRAÇÃO À REINserÇÃO⁽¹⁾

CARLOS VIEIRA

RESUMO: A partir dos anos 50 do século passado, a Comunidade Terapêutica (CT) desempenha uma função importante na reforma do sistema de Saúde Mental, apostada cada vez mais na desinstitucionalização psiquiátrica. No entanto, foi na área do tratamento da toxicod dependência que revelou mais eficiência.

Em Portugal, a primeira CT para dependentes foi criada em Junho de 1978, em Coimbra. Ao longo de 28 anos de funcionamento a CT Arco-Íris (CTAI), sofreu algumas alterações, mantendo contudo os fundamentos teóricos inspirados nos ensinamentos de Maxwell Jones, das *Daytop* Americanas e de Eric Erikson. Ultimamente, a esta tríade institucional houve a necessidade de acrescentar o conceito de *identidade difusa* de Otto Kernberg.

Defendemos que CT é um método global de tratamento com um conjunto de condições (normas, programa, horários) que permitem o emergir de situações emocionais que exigem do corpo técnico respostas adequadas. Numa avaliação, recentemente efectuada, dos doentes que estiveram internados nos últimos 11 anos, observou-se que 60% destes encontram-se socialmente reinseridos. Estes resultados situam-se no limite superior dos resultados obtidos em Espanha.

Palavras-chave: Reinserção social; Comunidade Terapêutica; Avaliação.

RÉSUMÉ : Après les années cinquante du siècle dernier la Communauté Thérapeutique (CT) a joué un rôle très important dans la réforme du système de la Santé Mentale, qui évite de plus en plus institutionnaliser. Toutefois, c'était dans le traitement de la toxicomanie que la CT s'est révélée plus efficace.

Au Portugal, la première CT pour toxicomanes a été créé en juin 1978, à Coimbra. Pendant ses vingt huit années de fonctionnement la CT Arco Íris a subie des transformations. Malgré tout, ses fondements théoriques, basés dans Maxwell Jones, les *Daytop* américaines et Eric Erikson, se maintiennent inchangeables. À cette triade institutionnel on a ajouté aujourd'hui le concept de *diffusion d'identité* de Otto Kernberg

Nous défendons que la CT est une méthode de traitement global avec des conditions (un programme, des normes, des horaires) conduisant à la

manifestation des émotions, ce que demande des réponses appropriées des techniciens.

Dans une évaluation, récemment effectuée, aux malades y internés dans les derniers onze années, on a observé que 60% de ces malades se trouvent socialement réintégré. Ces résultats se placent dans le limite supérieur des donnés qu'on observe en Espagne.

Mots-clé: Réinsertion sociale; Communauté Thérapeutique; Évaluation.

ABSTRACT: Since the fifties, the Therapeutic Community (TC) has been having an important role in the reform of the psychiatric mental health system, which moves away from institutionalization. Even though, it was in the addiction treatment area that the TC achieved its higher levels of efficiency.

In Portugal the first TC was created in June of 1978, in Coimbra. During the last twenty eight years, the TC Arco-Íris has changed some of its original orientations. However, the theoretical principles supported by Maxwell Jones, American Daytop and Eric Erickson which embody the TC's matrix were kept unchangeable. Recently, the concept of *diffuse identity* was added to this institutional triad.

We agree that the TC is a method of global treatment with a set of conditions (rules, program, timetables), which create emotional situations requiring the best performances from the technical staff.

In a recent evaluation, concerning in-patients for the last eleven years, we concluded that 60% of them were socially reinserted. These results correspond to the higher percentage of the Spanish study.

Key Words: Social Rehabilitation; Therapeutic Community; Evaluation.

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Vicissitudes de vária ordem, onde incluímos o trabalho quotidiano e o desconhecimento por parte de alguns técnicos que tomam decisões inadequadas sobre o destino de pessoas com problemas de droga, lançam na *sepultura da banalidade* (Comas, D., 2005), o conceito de Comunidade Terapêutica (CT), enquanto modalidade terapêutica. Ao mesmo tempo contribuem de modo inadvertido, para a desvinculação e a alienação entre a palavra e a realidade que ela pretende significar. Daí, ser pertinente socorrer-me das palavras de Frances Yates: «*se a memória não se exercita desaparece a recordação e a coisa deixa de existir*».

O que pretendo lembrar é que as CT's surgiram historicamente como resposta à ineficácia da Instituição Psiquiátrica para satisfazer as necessidades das pessoas com problemas de Saúde Mental (o modelo de Maxwell Jones) e com problemas severos de abuso de drogas (o modelo *Daytop*). E a CT revelou-se de tal modo tão estruturada e eficiente instrumento para a reforma da Saúde Mental – conhecida pela desinstitucionalização – que a O.M.S. na década de 50, não teve dúvidas em sugerir a sua adopção. Contudo, tem sido no âmbito do tratamento da toxicoddependência que ela tem desenvolvido as suas potencialidades e mostrado a sua eficiência.

2. OS MODELOS DE CT'S

No que toca à história e identidade existem duas grandes variantes: o modelo Maxwell Jones e o modelo *Daytop*.

2.1. O Modelo Maxwell Jones

Este modelo nasce em Inglaterra no campo da Psiquiatria Social impulsionado por Maxwell Jones durante a primeira guerra Mundial.

Ao introduzir alterações organizativas e terapêuticas nas Instituições de Saúde Mental, Jones contribuiu de forma significativa para a conhecida *terceira revolução* em Psiquiatria. Os métodos grupais de tratamento assumem papel de maior relevo, enquanto os técnicos, as famílias e os próprios pacientes são envolvidos, criando-se assim uma *cultura terapêutica* potenciadora de transformação e mudança.

A organização administrativa hospitalar assente no modelo

hierarquizado, chefe/subordinado (médico; enfermeiro/ /doente), dá lugar à gestão participada e democrática, constituindo-se uma mini organização social dotada de propriedades terapêuticas.

Esta concepção de CT desenvolveu e cristalizou um conjunto significativo de características:

- Democratização do funcionamento institucional com participação de todos nos assuntos que a eles dizem respeito, substituindo as relações rígidas, formais e hierarquizadas;
- Relevância para os métodos grupais de tratamento – o recurso ao confronto – sendo particularmente relevante a reunião comunitária diária com a participação de todo o *staff* hospitalar;
- A utilização do que então se chamava socioterapia, quer dizer de *ateliers* e práticas educativas, que permitiam a aquisição de destrezas sociais e em especial o desenvolvimento da capacidade para assumir responsabilidades.

2.2. O Modelo *Daytop*

Influenciado pelo método de tratamento (auto-ajuda) dos Alcoólicos Anónimos, nasce a primeira residência extra hospitalar (Synanon, 1958) para tratamento de heroínómanos, com o nome da Comunidade Alternativa de Ensino e da Vida. Só alguns anos mais tarde, David Deitch – um ex-heroínómano dissidente da Synanon – e já conhecedor do modelo de Maxwell Jones, dirige a primeira CT para toxicoddependentes: a *Daytop Village* de Nova York (1963).

De acordo com De Leon (2003) este modelo tem como características essenciais:

- A mudança psicológica e o estilo de vida do heroínómano obtém-se através de um programa de tratamento por etapas, com normas a respeitar e sanções dos comportamentos que se pretendem extinguir;
- A capacidade de transformação encontra-se no indivíduo e esta é alcançada através da pressão do grupo e do relacionamento terapêutico específico (o jogo; o confronto) com outros toxicoddependentes em situações simulares;
- A organização funcional e administrativa da CT acenta num elevado padrão de hierarquias e na auto-suficiência comunitária.

Com o tempo este modelo foi-se adaptando e mesclando com alguns princípios do modelo de Maxwell Jones, não sem

alguns desvarios carismáticos e totalitários atentatórios dos direitos humanos.

2.3. Características Comuns

Interessante é verificar, no entanto, os pontos em comum nos dois modelos.

- A relevância dada ao grupo enquanto modalidade terapêutica;
- O assumir de que o paciente/toxicodependente possui potencialidades de mudança;
- A relação intersubjectiva e a análise da mesma como factor potenciador da transformação pessoal.

Esta tríada de elementos testemunha a mudança paradigmática que ocorre na saúde mental, no modo como é visto o doente/toxicodependente e a Instituição que o acolhe. Ao acentuar a subjectividade e a relação intersubjectiva/comunicacional como factor de mudança, a doença deixa de *ser doença em si*, como a via a psiquiatria clássica, para passar a ser sintoma.

Ao incentivar a partilha das responsabilidades da gestão organizativa e ao esbater a dissociação tratador/tratado, o *poder de curar* fica desautorizado e diluído. O acento tónico desloca-se agora do ponto de vista ontológico, para o *ser em si* enquanto pessoa.

3. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA ARCO-ÍRIS

Fundada em 1978, a CT Arco-Íris faz parte da rede de cuidados assistenciais para consumidores graves de substâncias psicotrópicas da Delegação Regional do Centro do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

De notar que, no acto da sua criação, os *pais* baptizaram-na de CT para dependentes. Tinham já consciência que o conceito *dependente* era mais abrangente do que heroinómano, evidenciando assim, a natureza do vínculo que atravessa e subjaz o adoecer psíquico: a dependência. Ao fazê-lo colocavam a descoberto um outro elemento do par antitético: a autonomia (Dependência/Autonomia).

Etimologicamente, autónomo é aquele que é capaz de ser lei de si próprio (*Auto* = si próprio, e *nomos* = lei). Ser autónomo é tomar a vida nas suas próprias mãos, de a gerir. É ser capaz de assegurar a sua identidade e de afirmar a sua diferença num contexto social, sob o primado da lei.

A Psicopatologia nas suas investigações, revelou-se essencial descobrindo os aspectos *doentes* da personalidade. Foi estudando as falhas e as linhas de fractura que revelou o adoecer psíquico, mas também as estratégias para o melhorar. Neste sentido a autonomia é um estado em si que deve ser pensado como objectivo a atingir e que é apreendido preferencialmente através das suas ausências: Aqui, a dependência ou melhor as manifestações de dependência.

Ao longo de 28 anos de funcionamento, a CT Arco-Íris (CTAI), foi sofrendo algumas alterações programáticas com o objectivo de oferecer melhores respostas para o tratamento dos toxicodependentes. Ao nível da sua população e embora continuando a admitir mães com filhos, começou a integrar igualmente adultos com doenças sexualmente transmissíveis; utentes em programa de substituição Opiácea (Subutex e Metadona) e duplo diagnóstico.

Com um programa de dez meses dividido em quatro etapas com objectivos precisos, a Arco-Iris (CTAI) continua a trabalhar fundamentalmente com a sua matriz inicial da tríade Institucional, à qual acrescentou recentemente um quarto elemento teórico: O conceito de identidade difusa.

Na tríade clássica temos os elementos da experiência do modelo Mawell Jones, alguns aspectos do modelo das *Daytop* Americanas e o conceito de moratória psicossocial de E. Erikson (Amaral Dias, C. *et al.*, 1980).

Maxwell Jones evidenciou que para além dos esforços terapêuticos de equipa técnica, existe um potencial terapêutico na interacção entre as pessoas, revelando-se assim de capital importância a terapia grupal. Torna-se essencial que se proporcione um grau de responsabilidade ao paciente de acordo com as suas capacidades nos diferentes momentos dentro da Comunidade. Deste modo, o toxicodependente participa nas decisões mais importantes, envolvendo dificuldades relacionais, manejo de comportamento de tipo *acting-out*, passagens de fase, altas clínicas ou expulsões, as transferências e a escolha de contingências negativas quando algumas das regras são violadas. Assim, pretende-se superar a falta de confiança, a baixa auto-estima e a dependência.

Um outro aspecto da teoria a relevar é o conceito de aprendizagem ao vivo ou confronto. Esta aprendizagem ocorre nas situações grupais e diz respeito à capacidade de cada utente aprender a ouvir os outros, levando em linha de

conta os seus pensamentos e sentimentos, manifestando-os e partilhando-os com o grupo de modo a ter uma perspectiva mais integrada, da situação e ou da vida das pessoas/ comunidade.

A este aspecto se liga igualmente o conceito de realimentação ou *feedback*, fundamental nas modalidades terapêuticas grupais de tipo comunitárias.

Da terapia de realidade do modelo *Daytop* Americano, integrou a experiência de que colegas e técnicos se organizam segundo níveis de autoridade e capacidade de decisão. Esta organização hierarquizada depende da fase da evolução dentro da própria CT. Esta estrutura é sustentada por métodos de monitorização e avaliações periódicas, o que requer a participação de técnicos e utentes.

Como os toxicodependentes progridem em velocidades diferentes tendo em conta as suas diferenças individuais e as diferentes problemáticas pessoais, o conceito de moratória (E. Erikson, 1968) vem dar consistência a esta realidade introduzindo alguma flexibilidade ao tratamento no contexto comunitário. A moratória psicossocial constitui-se, tal como na adolescência, como tempo de espera e um espaço de desenvolvimento pessoal e auto-conhecimento, a aceitação de regras e limites, a vivência experimental de papéis com o objectivo de aprofundar o conhecimento de si próprio e do outro.

Enquanto na adolescência se assiste à crise de identidade (normativa), com a capacidade de elaboração dos lutos pelas identificações infantis, jovens há que pela dificuldade na separação/individuação – Mahler afirma que na origem desta dificuldade encontram-se representações clivadas do próprio e do outro – apresentam um conjunto de sintomatologias *borderline* que os impede de aceder a uma identidade estável, permanecem *a-estruturados* (Bergeret, 1982), instáveis no seu funcionamento e organizam-se defensivamente em torno de angústia depressiva da perda de objectos significativos.

Estamos a falar, como é evidente, do conceito de identidade difusa (Kernberg, 1979), que se tem mostrado igualmente fecundo na aproximação à pessoa do toxicodependente. Esta noção materializa uma realidade psíquica ligada pela negativa ao conceito de identidade psicossocial de E. Erikson. De entre vários aspectos relevamos a debilidade egoica (de que são exemplos as passagens ao acto; as dificuldades de

mediatização pelo pensamento, as emoções de cariz negativo), a falta de integração do conceito de si e do outro; a angústia da perda de objecto e uma panóplia de estratégias defensivas (idealização/projeção/clivagem) que protege o próprio desta angústia dominante.

Deste modo, um dos princípios que tem norteado a intervenção individual, nas diferentes dimensões de pessoa do toxicodependente tem sido a focalização nas transformações das representações de si e do outro clivadas, em representações e relações mais integradas.

Ao estudarmos (Almeida, D. *et al.*, 2005), a questão da comorbilidade psiquiátrica e consumo de substâncias, encontramos uma relação estreita entre abuso de drogas e determinados transtornos psíquicos (C.I.D – 10/ D.S.M. – IV: Eixo II). Ora, em grau diferente Kernberg aponta como característica comum a todas elas, a existência do síndrome de identidade difusa. Do ponto de vista psicopatológico, a toxicodependência toca todo o espectro estrutural que vai da neurose à psicose. Isto para não falar de uma variável que torna mais complexo o tratamento, que são as comorbilidades físicas associadas, nomeadamente as doenças sexualmente transmissíveis.

3.1. A CT como Invariante Processual

Ao reduzir os estímulos do mundo exterior e com as normas, horários e actividades programáticas, a CT torna-se uma invariante processual. Deste modo cria condições para o emergir de situações relacionais e emocionais de cariz diverso que exigem da equipa técnica, enquanto continente, respostas adequadas (respostas: anti-regressão; anti-sadomasoquistas; antimanipulatórias; integrativas pelo amor à verdade; de protecção; de estímulo; de confiança no próprio e nas suas capacidades autonómicas; de repúdio; de gratificação etc. . .), resignificações dos conteúdos manifestos em particular dos consumos de substâncias. Estas respostas são resgatadas ao agido e não só, e trazidas para o domínio do pensamento simbólico mediadas no aqui e agora pela situação relacional, com o técnico ou técnicos em causa e/ou utentes.

Neste sentido, a situação comunitária é um *analogon* laboratorial, um artefacto, pois que um conjunto de experiências são toleradas e permitidas (dentro de determinados limites é claro: limite das regras e do respeito

pelo outro, alimentados pela noção de moratória psicossocial, anteriormente referida), umas velhas e repetidas, outras novas e pela primeira vez vividas, mas todas elas esperando por ter um sentido, por adquirirem uma verdadeira dimensão simbólica.

Um *analogon* laboratorial, um espaço potencial de transformação e crescimento, onde ocorrem fenómenos contraditórios: comportamentos; sentimentos; pensamentos; passagens ao acto que importa conter, tolerar e resignificar. Conteúdos a serem sistematicamente investigados e pensados pela equipa, em reuniões formais para isso. Deste modo, essas vivências que são pertença do grupo ou do utente individual e experienciados na intersubjectividade, são devolvidas ao(s) seu(s) autor(es) e devem assim ser assimiladas e integradas pelo(s) próprio(s) ao serviço da(s) sua(s) individualidade(s) e da construção da(s) sua(s) identidade(s) mais sólida(s).

3.2. A CT como Método

Na CT enquanto sociedade organizada, todas as actividades desde as do lazer (livre ou programado) passando pelas actividades psicoterapêuticas no sentido estrito da palavra, (individual; grupal), até às actividades ocupacionais (arranjos; *ateliers*; confeção dos alimentos; limpezas; lavandaria; jardim) passando pelas actividades mais formativas (grupos de reflexão diversos; educação para a saúde; desporto; cinema; teatro; etc.), estão direccionadas para a (re) aprendizagem e integração individual e social com o colocar do acento tónico, nas relações afectivas quaisquer que sejam a sua natureza, relações estas, frequentemente clivadas não só entre utentes mais velhos, mais novos mas também entre técnicos e utentes e ou mulheres/homens.

Partilhamos dos ensinamentos de Maxwell Jones e defendemos que o elemento comunidade não é só o elemento mais importante na abordagem do tratamento, como ele (elemento) distingue a CT de todas as abordagens de tratamento dos transtornos físicos e psíquicos e associados. Investigações levadas a cabo pelo *National Institute on Drugs Abuse* (NIDA, 2005), revelam que os toxicodependentes em CT apresentam melhores resultados em todos os indicadores de saúde física e psíquica de que em qualquer outra estratégia de tratamento.

Enquanto método estimula os utentes a pôr em causa a sua

vida. A organização social e a rotina diária de actividades (grupos, reuniões, trabalho, lazer) são projectadas para promover a transformação e integração pessoais, mas também o bem estar físico e psíquico.

Estamos de acordo com De Leon (2003), quando afirma que é difícil conceber a transformação da pessoa mantendo-a isolada de outras pessoas. A complexidade do indivíduo revela-se gradualmente nas variadas situações da vida social comunitária e nas dinâmicas relacionais.

Em situação quase laboratorial de 24 horas sobre 24 horas os utentes são observados em todas as suas dimensões e múltiplas interacções entre si e a equipa técnica: a natureza dos seus conflitos; as alianças; as seduções; o modo camaliónico de se relacionarem; os mecanismos de funcionamento mental com a clivagem, projecção, a idealização, ou o seu contrário, a satanização.

Como cuidam dos seus quartos ou da casa; como participam nos grupos, qualquer que seja o seu objectivo (terapêutico; de discussão; de planeamento de actividade; de trabalho; de lazer). Estes são alguns exemplos dos seres *em situação no aqui e agora* que veiculam padrões emocionais, narrativas e comportamentos que são objecto de análise e intervenção. São as vivências e os ensinamentos da comunidade e o exemplo diário de como esses ensinamentos funcionam, que fazem parte do *tratamento ao vivo* (Maxwell Jones).

Por outro lado, as actividades de rotina servem para organizar a vida; restaurar ou adquirir hábitos de trabalho, planificar, fixar e atingir metas; ser responsáveis pela sua vida e pela dos outros; aprender a cuidar da sua saúde física. Descobrir potencialidades e permitir a sua realização e expressão bem como manifestar sentimentos de modo adequado e construtivo.

Já que o trabalho se considera um elemento importante de participação na sociedade, o trabalho na CT é uma das componentes que caracteriza esta modalidade de tratamento.

Pretende-se que este funcionamento social seja a 1.ª etapa do acesso ao funcionamento social no local de residência no futuro.

De acordo com os *handicaps* pessoais visa-se restaurar os vínculos (quando isso é possível e adequado) da comunicação familiar.

Um dos aspectos que caracteriza a CT de Maxwell Jones é o

modo como esta capitaliza para o tratamento do toxicodependente a família. Fisicamente ausente durante os primeiros 2/3 meses, a família começa a estar presente progressivamente, de acordo com o programa individual de tratamento integrado e com objectivos bem definidos, em fins-de-semana e em sessões de grupo.

No entanto, continua presente do ponto de vista representacional e afectivo no interior do toxicodependente. Continua a ser elemento imprescindível no tratamento, quer como aliado ao serviço da separação/individuação, desbloqueando canais de comunicação e resolvendo situações problemáticas (banais ou não); quer envolvendo-a, sempre que possível, no projecto futuro de reinserção socio-profissional. Por outro lado, não podemos esquecer que os pais também sofrem com a toxicoddependência dos filhos e carecem por isso de apoio e compreensão.

3.3. Limitações do Modelo

Uma das críticas que se faz à vivência social comunitária é a discrepância entre a *experiência de artefacto* e a que o utente vai experienciar no exterior, no futuro local de residência. Releva-se aqui alguma tolerância aos comportamentos desviantes na CT *versus* intolerância no exterior; sentimentos de segurança *versus* insegurança; abstinência de consumos *versus* risco de recaídas. Tudo isto constitui uma ameaça séria ao sucesso da reintegração.

Esta é uma observação pertinente, que se pretende colmatar tanto quanto possível com a elaboração do projecto individual de reinserção que é levado a cabo a partir do 5.º mês na CT.

Se nos primeiros tempos o utente está direccionado para si e para os outros numa situação experiencial integrativa ele terá que saber num 2.º momento qual a sua identidade profissional e afectiva. À resposta de quem sou eu? Terá de encontrar agora resposta para: o que eu vou fazer? Com quem? Onde e quando?

Uma segunda crítica (Amaral Dias; Rodrigues, A., 1979), igualmente pertinente, relaciona-se com o facto de se confundir tratamento (em sentido lato entendido como um conjunto de estratégias de vária natureza que promovem a consciência de si e dos outros, conduzindo a uma verdadeira integração psíquica) e readaptação, formada por um conjunto de medidas destinadas a modificar e a adaptar as pessoas às exigências de um sistema social.

À preocupação com a individuação pode sobrepor-se com muita facilidade o sistema social da *cultura terapêutica* ou ideal comunitário, caso a equipa técnica não tenha em atenção dentro dos limites da moratória, atrás referida, as características pessoais bem como o percurso individual de cada utente. Sabemos aliás como existem personalidades que se adaptam camalionicamente ao outro, mesmo que o outro tenha o nome de regra ou ideal comunitário, como processo defensivo contra a sua individualidade e autonomia.

3.4. Reinserção: Retoma da Vida Activa

Do ponto de vista da CT enquanto modelo de tratamento integrado e tal como nós a entendemos, a reinserção não é complementar ao tratamento. Ela faz parte do processo. Por mera estratégia inicia-se por volta do 5.º/ 6.º mês, quando os utentes começam a responder com a máxima clareza às questões relacionadas com a sua identidade profissional e afectiva.

Que vou fazer? Com quem? Onde e Quando?

Freud dizia que o que caracterizava o adulto humano era a sua capacidade de amar e trabalhar. Duas actividades fonte de realização pessoal mas que simultaneamente exigem algum esforço e dedicação. Não nos iludimos contudo em relação a alguns dos que procuramos tratar. Sabemos que um dos *handicap's* é a disfuncionalidade identitária com consequências gravosas na capacidade de tomar a vida nas suas próprias mãos e afirmar a sua identidade pela positiva. Não há um modelo de (re)inserção e não estamos do lado daqueles que fazem da (re)inserção uma forma de adaptação a um modelo de vida predeterminado. O acompanhamento que defendemos e que se pratica na CT Arco-Íris dirige-se à pessoa enquanto actor da própria vida, com a sua história pessoal de vicissitudes peculiares, tal como cada um de nós. Deste modo, faz-se a identificação das necessidades nas várias dimensões humanas permitindo-lhes ligar o passado ao presente e projectá-lo no futuro. Isto é particularmente válido para as pessoas detentoras de comorbilidade psíquica e física, pois, são os que apresentam mais fragilidades ao nível físico e psicossocial.

O projecto individual de reinserção nasce assim das discussões entre o técnico responsável e o utente, efectuado num clima de colaboração e empatia, que depois é dado a conhecer aos restantes elementos da casa. As metas e a

dinamização do percurso são efectuados a nível individual mas também grupal em reuniões específicas para o efeito. Entre o 9.º e 10.º mês, tem lugar a última etapa mais virada para os contactos com a realidade externa familiar e socio-profissional, constituindo-se como ponto final da estratégia terapêutica, na qual e após a individuação e autonomia está em condições para testar a sua identidade menos difusa e mais sólida.

A ênfase nestes últimos meses é colocada nos processos de desvinculação/luto e nos processos defensivos fóbicos ou contra fóbicos; regressão; passagens ao acto (consumo de álcool), mas também no apoio e estímulo às suas realizações afectivas, educacionais e profissionais.

No âmbito da saúde física são-lhes proporcionados instrumentos para continuação dos tratamentos em curso, através das articulações com as Instituições de Saúde locais (Centros de Saúde e Hospitais de valências diversas). A CT, fazendo parte da rede de cuidados assistenciais, articula de acordo com as necessidades de cada utente através do pivot local: o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) da residência futura.

A família, tal como já foi referido, é sempre que possível, incluída em todo este processo. Situações contudo há em que a disfuncionalidade familiar é tão severa e as carências sociais tão graves que o bom senso aconselha a não inclusão da família (se existe) no processo. Neste caso, procura-se encontrar alternativas, não sem dificuldades, em articulação com o apoio social do local de residência.

No âmbito da formação profissional e emprego é proporcionado aos que dele carecem apoio no processo de R.V.C.C. (Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências), no ingresso para os C.E.F.A. (Cursos de Educação e Formação de Adultos) e no ingresso para o Centro de Formação Profissional do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP).

No âmbito do mercado de trabalho, e apesar das dificuldades actuais uma grande parte retoma as suas profissões, em locais de trabalho da sua residência.

Também o «Programa Vida Emprego» tem dado contributo importante na reinserção do ex-toxicodependente. No entanto, constata-se que a grande maioria não ultrapassa a 1.ª medida de 9 meses de estágio de Integração Socioprofissional. Numa estimativa efectuada recentemente, dos 14 utentes que ingressaram nesta medida, só 4 foram totalmente aceites pela

entidade empregadora com vínculo definitivo. Os restantes 10 tiveram, com o apoio familiar, de procurar a sua fonte de subsistência. Note-se, no entanto que dois conseguiram que a sua empresa florescesse com o apoio da medida auto-emprego.

3.5. Estudo Avaliativo

Quisemos saber a situação de 150 ex-residentes que estiveram internados na CTAI de 1994 a 2005 (11 anos).

Com este objectivo os técnicos da CTAI elaboraram um questionário com base nos indicadores do relatório sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e obtiveram 118 respostas, o que equivale a cerca de 71% de respostas.

No tocante à amostra, verificaram que os utentes têm em média 6 meses de tratamento; 70% são portadores de doenças sexualmente transmissíveis, com mais prevalência para as Hepatites B e C; apesar da dispersão etária se situar entre os 17 e os 46 anos a média de idade encontra-se entre os 28 e 30 anos.

Foram investigados os seguintes indicadores: o uso de drogas ilegais; o uso de bebidas alcoólicas; a coabitação, o emprego e a justiça.

Acerca do uso de drogas 62% dizem estar abstinentes enquanto 10% afirmam consumi-las esporadicamente (haxixe) e 11% regularmente (haxixe e heroína preferencialmente).

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas 41% revelam não beber, enquanto 33% referem usá-las esporadicamente e 10% com regularidade.

No que diz respeito à coabitação 36% dizem-nos que continuam a coabitar com a família de origem, (o que é revelador das dificuldades autonómicas) enquanto 20% vive casado ou em união de facto. Em Instituições (CT ou prisões) encontram-se 8%, enquanto 5%, em particular mulheres, dizem viver com os filhos.

Quanto ao indicador trabalho, 20% dizem estar desempregados enquanto 60% afirmam encontrarem-se a trabalhar ou a estudar.

Sobre o indicador justiça encontramos 6% que dizem continuar a ter contas a ajustar com a lei.

Macroscopicamente, em suma, constatamos a existência num dos extremos do espectro de 11% de utentes que consomem regularmente de drogas e álcool; 8% vivem em Instituições na qual se inclui a prisão; 6% continuam a ter problemas de socialização e 20% encontram-se desempregados.

Domingos Comas (2005) estima que os resultados das intervenções das CT's espanholas a médio prazo (3/5 anos) são bastantes bons, referindo valores entre 35% e 65% de ex-residentes que se encontram plenamente reinseridos e normalizados. Por outro lado, a satisfação dos utentes com este dispositivo, que superaram a questão da droga é a de que a CT *os ajudou muito*, tal como nós podemos também constatar. Desconhecemos, no entanto, a metodologia que permite chegar aos resultados espanhóis acima referidos. No que a nós diz respeito é abusivo afirmar que estes resultados observados, estão directamente relacionados com a intervenção exclusiva da CT. Embora desempenhe um papel interventivo importante não podemos esquecer a existência de outros intervenientes/ parceiros na rede assistencial, bem como factores sociais e individuais imponderáveis de impossível controlo, associado ao facto do período em estudo abarcar 11 anos.

Não podemos deixar, no entanto, de realçar que 62% dos utentes inquiridos afirmam que se encontram abstinentes de quaisquer drogas ilícitas e que 60% dizem encontrarem-se a trabalhar e/ou a estudar. Estes valores situam-se no nível do limite superior dos resultados espanhóis.

Contudo, muitos dos que se encontram no extremo do espectro (20% de desempregados; 11 % de recaídos; 6% com problemas de socialização) talvez revelem já perfis de cronicidade e que por certo se ajustarão a objectivos intermédios menos ambiciosos, que não a de uma reinserção normal e plena.

No entanto, está ainda por saber qual o grau de eficiência das CT's Portuguesas.

Contacto

Carlos Vieira

Psicólogo Clínico, ex-responsável pelo Serviço de Coordenação e Apoio Técnico (SCAT) da Delegação Regional Centro (D.R.C).

Alto da Bainça, lote C

3020-325 COIMBRA

carl.vieira@sapo.pt

NOTAS

(1) Comunicação apresentada no 20º Encontro das Taipas, realizado em Lisboa nos dias 31 de Maio 1 e 2 de Junho de 2007.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, D; Vieira, C. *et al.* (2005). "Toxicodependência e Comorbilidade Psiquiátria". *Psiquiatria Clínica*, 26 (1), 55-70.

Amaral Dias, C.; A. Rodrigues (1979). "Uma Comunidade Terapêutica para Dependentes: fundamentos teórico-práticos". In Amaral Dias e Col (1979). *Intervenções em Toxicodependências*. Coimbra: Edição dos Autores.

Amaral Dias, C; A. Rodrigues; A. Ribeiro (1980). "A Comunidade Terapêutica Arco-Iris". In Amaral D. e Col.(1997). *Intervenções em Toxicodependências: do CEPD ao CAT.C* (1979 – 1997). Coimbra: Edição dos Autores.

Bergeret, J. (1982). *Les états limites et la dépression*. Paris: Payot.

Comas, D. (2005). *Comunidades Terapêuticas en España: situación actual Y propuesta funcional*. Madrid: Grupo Gid.

De Leon, G. (2003). *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*. S. Paulo: Edições Loyola.

Erikson, E. (1968). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Kernberg, O. (1979). *Les Troubles Limites de la Personnalité*. Toulouse: Privat.

Nida (2005). *Therapeutic Community: Advances in Research and application*. National Institute on Drug Abuse.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Autor.

Ferreira, F. e Col. (2005). *Modelo, Programa e Procedimentos da C.T. Arco-Iris*. Coimbra.

Florent, F. (1998). *Approche Communautaire des Toxicomanies*. Paris: Puf.

Gunderson, J. (1989). "Historique, épidémiologie et aspects cliniques de l'organisation borderline de la personnalité". *Psychothérapies*. 2: 69-74.

Jones, M. *et al.* (1952). *Social Psychiatry*. Londres: Tavistock Publications.

Kernberg, O. (1989). *Les Troubles Graves de la Personnalité: Stratégies psychothérapeutiques*. Paris: Puf.

Kernberg, O. (1991). *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. S. Paulo: Artes Médicas.

Prata, I. e Vicente, P. (1994). "Comunidades Terapêuticas e Reinserção". In Comunicações Encontro Nacional: *A Reinserção e as Toxicodependências*. Lisboa.

Roussaux, J. P. (1994). "L'adolescent toxicomane et sa famille: Perspectives pour le traitement et la reinsertion". In Comunicações do Encontro Nacional: *A Reinserção e as Toxicodependências*. Lisboa.