





Manuel Sommer

Vivência em Comunidade  
e Desenvolvimento Pessoal:  
o modelo de tratamento  
em regime residencial  
de dependentes químicos  
em Cabo Verde

-  
Desafios e sucessos na Implementação  
da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe  
na Cidade da Praia, Cabo Verde



Ficha Técnica

Título: Vivência em Comunidade e Desenvolvimento

Pessoal: o modelo de tratamento em regime residencial de dependentes químicos em regime residencial

Autor: Manuel Sommer

Edição do autor - todos os direitos reservados.

Revisão: ???????????

Grafismo: Edilog Suportes Promocionais Unipessoal lda.

Capa: Carlos Nóbrega e Silva, a partir de pinturas realizadas pelos residentes da CTGSF

Impressão e acabamento: M.R. Artes Gráficas lda.

Este livro foi impresso em papel reciclado, livre de CFC, Cyclus Print 300 g (capa) e Cyclus Print 130 g (miolo)

andei a vida toda a enganar-me  
entre as margens de um rio  
que fluía leite e mel e embriagava

no refluxo descansava  
enquanto inovava outros deleites  
para ao fluxo poder voltar

bebidas fortes e vinho não faltavam  
nem afrodisíacos do mar e da terra  
ao lado de belo estuário desse rio

foi-se-me a herança de Deus e a prata  
e descobri quanto me enganava  
nesse portal da vida mas também do nada

*tirado de Osvaldo Osório*  
*"A Sexagésima Sétima Curvatura",*  
*Dada Editora, Praia, 2007*



Os meus agradecimentos vão para as inúmeras pessoas que tornaram possível a escrita deste livro-relato, que pretende descrever da forma mais fidedigna possível o nascimento, o desenvolvimento e o sucesso deste projecto inovador que é a Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe.

Esta Comunidade Terapêutica nasceu a partir do sonho e do acreditar de algumas pessoas numa mudança de paradigma no tratamento de toxicodependentes e Dependentes Químicos em Cabo Verde.

Nasceu porque algumas pessoas acreditaram que é possível a reabilitação de pessoas que sofrem deste distúrbio e que tanto afecta os próprios, suas famílias e a sociedade em geral.

Nasceu porque estas mesmas pessoas acreditaram que, não fazendo nada, era pior do que arriscar e tomar o caminho menos percorrido, que é o de proporcionar um caminho de mudança interior e profunda de uma população, condenada aos abismos dos hospitais psiquiátricos, das prisões e da rejeição e condenação geral pelos outros.

Depois do acreditar veio a fase do sensibilizar, do quebrar de barreiras e dificuldades que se encontravam no caminho, de encontrar as fontes de financiamento, de negociar. Depois veio a fase do implementar, do construir, do formar e do transformar. Por fim veio a fase do receber os residentes e de começar a prestar o serviço prometido.

Desde a primeira fase até à última passaram sensivelmente 10 anos. 10 longos anos de persistência, insistência, trabalho e suor. Por fim a Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe abriu as suas portas em Outubro de 2005, com um grande apoio transversal da sociedade cabo-verdiana, que vai desde o apoio da população e das comunidades locais, dos profissionais de Saúde, da opinião pública e por fim, dos próprios dependentes que a têm vindo a utilizar para sair de uma carreira de uso e abuso de substâncias alteradoras do humor.

Os agradecimentos vão igualmente para o Grão-Ducado do Luxemburgo através da sua agência de desenvolvimento Lux-Development, S.A., que, em estreita cooperação estratégica com o Governo de Cabo Verde, viabilizaram, num grande esforço conjunto, este projecto.

O sentimento é de uma missão cumprida.

Manuel Sommer

Lisboa e Praia, Junho de 2010





## INTRODUÇÃO

As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas .....	13
--	----

## I. ABORDAGEM

1.1. O conceito de Doença da Dependência Química .....	19
1.2. A perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento .....	22
1.3. A perspectiva da Sociologia.....	24
1.4. As classificações e definições internacionalmente validadas no campo das Dependências Químicas .....	28
1.5. A concepção da Pessoa.....	32
1.5.1. Dimensões Cognitivo-Comportamentais .....	32
1.5.2. Dimensões Sociais .....	34
1.5.3. Comportamentos Desviantes .....	36
1.5.4. Dimensões Espirituais.....	37
1.5.5. Dimensões Familiares .....	39
1.6. A concepção de recuperação e do Bem-viver .....	41
1.7. A Comunidade como método: aprendizagem e cultura na vivência em Comunidade .....	42

## 2. MODELO: A COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE S. FILIPE

2.1. A realidade em Cabo Verde.....	45
2.2. O ambiente físico da Comunidade Terapêutica .....	48
2.3. O Programa de Tratamento da Comunidade Terapêutica.....	52
2.4. Os funcionários em Comunidade Terapêutica.....	53
2.5. O trabalho na Comunidade Terapêutica: a terapia ocupacional e comunitária .....	57
2.6. Os co-residentes e o companheirismo em Comunidade Terapêutica .....	61
2.7. A importância dos relacionamentos em Comunidade Terapêutica.....	64
2.8. Os métodos de trabalho da Comunidade Terapêutica: privilégios, sanções, vigilância, segurança, reuniões, grupos comunitários, o isolamento e a reinserção, o pós-tratamento e a prevenção de recaída.....	66
2.8.1 Os privilégios e sanções dentro da Comunidade Terapêutica.....	66
2.8.2 As instituições terapêuticas, o tratamento da imagem, a deferência e o bom comportamento .....	73
2.8.3 Vigilância e Segurança na perspectiva da Comunidade Terapêutica .....	75
2.8.4 A abordagem de grupo na Comunidade Terapêutica .....	77
2.8.5 A reinserção, o pós-tratamento e a prevenção da Recaída.....	82

3. A INTERLIGAÇÃO DA CTGSF NA SOCIEDADE DE CABO VERDE.....	85
CONCLUSÃO .....	93
ANEXO I: RELATÓRIO DA LINHA SOS DROGA - ANO DE 2009.....	95
ANEXO II: BALANÇO DA CTGSF (OUTUBRO DE 2005 - OUTUBRO DE 2009) .....	101
BIBLIOGRAFIA .....	107

## **SIGLAS UTILIZADAS NESTE TEXTO**

<b>AA</b>	Alcoholics Anonymous (Alcoólicos Anónimos)
<b>ACOA</b>	Adult Children of Alcoholics, grupo de auto-ajuda para crianças adultas de pais alcoólicos
<b>Al-Anon</b>	Grupos de auto-ajuda para familiares de dependentes químicos
<b>Alateen</b>	Grupos de auto-ajuda para adolescentes filhos de pais alcoólicos
<b>APA</b>	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
<b>CAT</b>	Centro de Atendimentos a Toxicodependentes
<b>CCCD</b>	Comissão de Coordenação e Combate à Droga
<b>CTGSF</b>	Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais)
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FBN</b>	Federal Bureau of Narcotics
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases, versão portuguesa: CID – Classificação Internacional de Doenças
<b>NA</b>	Narcotics Anonymous (Narcóticos Anónimos)
<b>NIDA</b>	National Institute on Drug Abuse
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>PCP</b>	Nome de rua utilizado para descrever uma substância produzida a partir das fenciclidinas, desenvolvidas inicialmente como anestésicos dissociativos nos anos de 1950 e que se tornaram drogas de rua nos anos de 1960.
<b>PNLCD</b>	Programa Nacional de Luta Contra a Droga
<b>PNSM</b>	Programa Nacional de Saúde Mental
<b>TCA</b>	Therapeutic Communities of America
<b>WCTU</b>	Women's Christian Temperance Union
<b>WFTC</b>	World Federation of Therapeutic Communities



## As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas

O que de seguida denominamos “Comunidade Terapêutica”<sup>1</sup>, refere-se a uma terminologia amplamente utilizada internacionalmente para descrever uma eficiente abordagem, em regime de internamento (ou internato), para o tratamento de abusadores e dependentes químicos e dos problemas associados a estes consumos e estilos de vida. O termo inclui, segundo a definição do Dicionário da Língua Portuguesa (1999), não só um “...conjunto de pessoas que vivem em comum...”, mas igualmente a noção de “comunhão” e de “participação em comum”, isto é, uma abordagem, segundo Leon (2003) de auto- e de entre-ajuda.

Esta abordagem é de preferência aplicada fora das instituições e modalidades de intervenção psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais. Apresentam hoje em dia um conjunto de serviços e apoios humanos amplos e diversos e que tentam responder a um conjunto de necessidades e lacunas sentidas e vividas pelos seus residentes. Os clientes<sup>2</sup> 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. O que une os residentes em Comunidade Terapêutica, visto nem todas as pessoas que usam e abusam de substâncias necessitarem ou desejarem realizar tratamentos em regime residencial, é a totalidade da experiência dos consumos, isto é, segundo Wilders (2005), a substância tornou-se uma característica essencial e predominante da personalidade e da vivência pessoal. Em Comunidade Terapêutica prevalece uma abordagem holística do residente como pessoa inteira e na qual o residente é atendido nas suas problemáticas familiares, lacunas formativas, educativas e socioprofissionais, eventuais problemas de saúde física e mental, integração social e desenvolvimento pessoal.

---

<sup>1</sup> Os leitores irão reparar que iremos utilizar por vezes o termo “Comunidade Terapêutica”, no seu singular, como sinónimo do termo “Comunidades Terapêuticas”, no seu plural, quando o plural também se poderá aplicar gramaticalmente. O singular pretende marcar o nome próprio, o modelo e a terminologia própria em torno do conceito “Comunidade Terapêutica” e assim diferenciá-lo do simples singular.

<sup>2</sup> Existem inúmeras terminologias para descrever os residentes de Comunidades Terapêuticas, que vão desde “doentes”, “pacientes”, etc. Nós optamos pelo termo “cliente” ou “residente”, visto ser assim claramente diferenciado do modelo biomédico determinista (ver capítulo 1.1.), o que se torna uma vantagem conforme iremos ver mais tarde. Ambos os termos “cliente” ou “residente” serão utilizados, neste contexto de descrição de utilizadores de Comunidades Terapêuticas, como sinónimos.

Conforme iremos ver, a permanência em Comunidade Terapêutica tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos. Os primeiros Modelos apresentavam, segundo Cole e James (1975), uma estadia em Comunidade Terapêutica de entre 2 a 3 anos, posteriormente reduzida para estadias entre 12 a 18 meses. No entanto, e isto observa-se mais recentemente, e devido a um conjunto de mudanças, tanto a um nível da população de clientes, de realidades de consumos, de surgimento de outras realidades clínicas associadas aos consumos, das substâncias consumidas em si, da realidade social e das políticas sociais em matéria de toxicodependências, a permanência em Comunidade Terapêutica tem vindo a diminuir, observando-se que a maioria dos modelos propõem estadias mais curtas, maioritariamente entre os 28 dias, 3 meses e 6 meses. Não obstante esta realidade, continuam a existir Comunidades Terapêuticas com permanências de 12, 18 e 24 meses.

A um nível do panorama global das instituições de tratamento, existem, além das Comunidades Terapêuticas, outro tipo de instituições de tratamento para o tratamento das Dependências Químicas. Englobam-se aqui os Centros de Dia, Unidades de Desabilitação e outras instituições em regime ambulatorio. Paralelos a esta realidade observam-se novas modalidades de Comunidade Terapêutica, especialmente as inseridas em Estabelecimentos Prisionais e Residências para Pessoas Sem-Abrigo, instituições que apresentam elevadas percentagens de pessoas com problemas de Dependências Químicas no seio das suas populações e que precisam, dentro dos seus contextos, de uma resposta direccionada para as suas problemáticas específicas de Dependências Químicas.

De um ponto de vista histórico, a ideia de Comunidade Terapêutica como sendo uma comunidade que ensina, que cura e que dá apoio aos seus membros existiu desde os primórdios do ser humano. Segundo as pesquisas de Slater (1984, em Leon, 2003), os manuscritos do Mar Morto, de Qûmran, detalham as práticas comunitárias de uma seita religiosa ascética, possivelmente dos Essênios, e que motivavam os seus membros a aderirem às regras e aos ensinamentos da comunidade, a fim de levarem uma vida correcta e saudável. Igualmente Fílon de Alexandria (25 a.C.-45 d.C.) descrevia nos seus escritos um grupo que vivia em Alexandria e que auto-denominava uma comunidade de agentes de cura (*therapeutrides*) das doenças incuráveis da alma e que “professavam uma arte de medicina para prazeres e apetites (excessivos) ... para a imensurável multiplicidade de paixões e vícios” (Slater, 1984 em Leon, 2003, p.16). Foi no entanto a partir das polis, ou cidades-estado gregas (ver Antonio Escohotado (2004), que se inaugurou um tipo de sociedade na qual as pessoas que vivem em Comunidade o fazem segundo um escrupuloso respeito pela liberdade individual e segundo códigos sociais escritos, nesse caso hipocráticos, dando assim início à vivência em grupos terapêuticos estruturados, que vão desde seitas religiosas, comunas utópicas, movimentos de reforma espiritual, de temperança e de saúde mental.

Na Modernidade observamos dois movimentos em torno da Comunidade Terapêutica. O primeiro surge no campo da Psiquiatria Social, isto é, num apoio inovador a doentes psiquiátricos dentro e fora de hospitais psiquiátricos, nos quais estes doentes se encontram em tratamento enquanto o outro movimento, sensivelmente 15 anos depois, surge sob forma de programas de tratamento, em regime residencial, para dependentes de drogas e de álcool.

Foi na Unidade de Reabilitação Social do Hospital Psiquiátrico de Belmont, hospital no Reino Unido, que a Comunidade Terapêutica psiquiátrica modelar foi desenvolvida na década de 1940. Era uma unidade de 100 camas voltada para o tratamento de doentes psiquiátricos que apresentavam distúrbios de personalidade. Muitos eram soldados que tinham regressado da 2ª Guerra Mundial e que sofriam de traumas de guerra. Foi Maxwell Jones (1953) e seus colegas que descreveram esta experiência (ver também Rapaport (1960).

Segundo Leon (2003, p. 15) as características desta comunidade terapêutica psiquiátrica de Jones eram as seguintes:

- Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico;
- A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento;
- Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem activamente nos assuntos da instituição;
- Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos;
- A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos;
- Atribui-se um alto valor à comunicação;
- O grupo orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade;
- Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos;
- A autoridade difunde-se entre funcionários e responsáveis e os pacientes.

O espírito dominante era a natureza terapêutica do ambiente comunitário. Queria-se criar um espaço “organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura” (Rapaport, 1960, em Leon, 2003, p.14). Esta designação de Comunidade Terapêutica foi posteriormente aplicada e adaptada a projectos fora do hospital e em projectos de psiquiatria comunitária (ver para o efeito Jansen, 1980 e Campiche et al, 1992).

O segundo movimento deu origem a um conjunto de instituições/organizações que ainda hoje são visíveis no panorama actual do tratamento de dependentes químicos um pouco por todo o mundo. São designadas como insti-

tuições com “programas livres de droga” e nas quais a aprendizagem de um modo de vida livre de drogas é aprendido e difundido. Historicamente destacam-se 3 grandes precursores destas instituições e que foram a base deste segundo movimento.

O primeiro foi o chamado “Grupo de Oxford”, de Nova York, também conhecido por First Century Christian Fellowship, organização religiosa fundada por Frank Buchman, padre evangélico luterano, que por volta dos anos de 1920, tinha como objectivo difundir a sua mensagem essencial: retorno à pureza e à inocência dos primórdios da igreja cristã. Apesar de não estarem somente direccionados para os problemas do alcoolismo e de outros distúrbios mentais, a missão do grupo de Oxford via nestes comportamentos sinais de erosão espiritual e assim apelava ao renascimento espiritual destes cristãos através da abstinência do álcool e de outras substâncias. Frank Buchman e o Doutor Samuel Shoemaker, pastor da Igreja Episcopal do Calvário de Nova York, receberam as suas influências dos Quakers e dos Anabistas, que também foram precursores dos menonitas e dos amish. Estas influências religiosas muito poderosas influenciaram de modo significativo não só o Grupo de Oxford e os Alcoólicos Anónimos, mas igualmente as Comunidades Terapêuticas modernas. Estas influências ainda hoje são visíveis nas Comunidades Terapêuticas actuais. As ideias predominantes incluíam (Leon, 2003, p. 18) uma ética para o trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, a auto-análise, o reconhecimento dos defeitos de carácter, a reparação de danos causados e o trabalho em conjunto (ver também Wilson, 1957).

O segundo grande precursor foram os Alcoólicos Anónimos, conhecidos pelas siglas AA, grupo fundado em 1935 por um corrector da bolsa Bill Wilson e um médico, Doutor Bob Smith, que através de suas conversas mútuas e entreajuda mútua conseguiram parar de beber e adquirir um estilo de vida baseado na abstinência (ver Wilson, 1957 e Burns, 1995) Nos princípios assumidos pelos AA nos 12 Passos e nas 12 Tradições, encontram-se os princípios de perda de controle da pessoa em relação à substância, entrega a um “Poder Superior”, a auto-análise, a busca individual de um “Poder Superior” capaz de se substituir à substância consumida, reparação de danos causados a outros, partilha com outros em grupo, oração e entre-ajuda a outros consumidores no activo. A grande diferença entre o Grupo de Oxford e os AA foi na concepção da entidade “Poder Superior”. Enquanto no Grupo de Oxford este implicava um “Deus” religioso e cristão e baseava-se nos ensinamentos da Bíblia, os AA incentivam os seus membros e participantes a encontrarem o seu próprio conceito de “Poder Superior”, baseado na concepção e escolhas individuais.

O terceiro grande movimento foi a organização Synanon. Fundada por um alcoólico em recuperação dos AA, Charles (Chuck) Dederich, em Santa Mónica, Califórnia, em 1958, foi a primeira instituição de tratamento no sentido específico. Nascido a partir de experiências de grupo com “associação livre” no



seu apartamento privado, Dederich fundou em 1959 uma comunidade residencial, na qual recebia dependentes de todas substâncias. Teve durante 15 anos um enorme sucesso organizacional, tendo caracterizado o panorama de tratamento destes problemas de forma significativa e servido como exemplo para as futuras Comunidades Terapêuticas (ver a este respeito da história de Synanon os trabalhos de Casriel, 1966, Yablonsky, 1965 e 1989 e Endore, 1968).

A grande diferença entre Synanon e os AA foi, entre outros, a passagem de um ambiente não-residencial das reuniões semanais de auto- e entre-ajuda dos AA para um ambiente de comunidade residencial intensiva a tempo inteiro das Comunidades Terapêuticas, e de todas as actividades passarem a estar concentradas dentro da instituição e a serem organizadas por uma organização hierárquica estruturada. Igualmente, a população predominante de Synanon eram consumidores de drogas, enquanto nos AA o álcool era a substância mais consumida (só mais tarde foi criado o grupo de Narcóticos Anónimos para esta população e problemática específica). Outra grande diferença era a condição de terem que parar de consumir como condição *sine qua non* para dar entrada em Synanon, enquanto nas reuniões de AA o único requisito é a vontade de parar de beber, não sendo a abstinência uma condição essencial para participação nos grupos. Igualmente o processo de funcionamento em grupo era substancialmente diferente entre ambos. Enquanto que a pedagogia dominante em AA centra-se no processo de partilha de experiência dos membros que participam nas reuniões, sendo a aprendizagem de ensinamentos facultativa, em Synanon desenvolveu-se uma técnica denominada “o jogo” onde se promovia um intenso confronto mútuo de todos os participantes do grupo, com o objectivo de o grupo produzir “verdadeiros” e reais sentimentos entre todos os membros, desprovidos de quaisquer mecanismos de defesa. As propriedades do grupo terapêutico em AA eram fundamentalmente do tipo auto-curativas e de entre-apoio e entre-ajuda, em Synanon visava-se a mudança activa da pessoa, do seu funcionamento psicológico, do seu estilo de vida e do seu ambiente social e familiar, por via da vivência comunitária.

Nas comunidades terapêuticas contemporâneas continuam a observar-se muitos dos elementos descritos nos parágrafos anteriores, no entanto observam-se desenvolvimentos que pouco ou nada têm a ver com os seus antepassados. Assim encontramos hoje em dia programas especializados com recurso a novos conhecimentos (a partir de Rogers, Erikson, Maslow, Beck, etc.), novas práticas terapêuticas (psicodrama, relaxamento, grupos de encontro, etc.), dirigidos a populações com características psico-sociais específicas (população prisional, sem abrigo, prostituição, etc.), dirigidos a indivíduos com dependências específicas (dependência do jogo, distúrbios alimentares, indivíduos que apresentam duplo-diagnóstico, etc.) e com serviços complementares (assistência à família, formação vocacional e socioprofissional, apoio psiquiátrico, prevenção de recaída, pós-tratamento, etc.).

De um ponto de visto organizacional, surgiu em 1975 a primeira tentativa de

associação de Comunidades Terapêuticas com o objectivo de definir e organizar objectivos e metas comuns. Nasceu nesta data a TCA (Therapeutic Communities of America) que, com a ajuda do NIDA (National Institute on Drug Abuse), procederam a grandes avanços na delimitação do campo de intervenção. Hoje em dia existe a associação mundial WFTC (World Federation of Therapeutic Communities), que engloba várias associações locais e regionais e que, além de organizar ciclos formativos, participa nas definições de objectivos e intervenções na área de saúde pública.

Neste capítulo iremos olhar para algumas abordagens que marcaram o panorama a um nível teórico no campo da dependência química. Como vimos, no início do tratamento de dependentes químicos, nas ditas Comunidades Terapêuticas de primeira geração, a abordagem era caracterizada por uma forte componente religiosa e com forte apoio de ministros e do clero protestante. Posteriormente, e com a crescente profissionalização da prestação de serviços e dos profissionais que trabalham em Comunidade Terapêutica, os modelos teóricos foram-se adaptando e se aperfeiçoando às necessidades de teorização da parte dos vários intervenientes. Assim iremos de seguida descrever alguns dos principais modelos que foram determinantes na compreensão da problemática da dependência química ao longo dos últimos 60 anos.

### 1.1 O conceito de Doença da Dependência Química

Pelo menos desde o aparecimento do conceito de doença de Jellinek (1960), conceito muito exposto e circunscrito, a definição do alcoolismo como doença, e em geral outras dependências, em particular a dependência da heroína, é um comum ponto de partida. No centro desta perspectiva encontramos as propriedades farmacológicas das drogas e dos seus efeitos fisiológicos. O desenvolvimento de uma dependência fisiológica que é produzida pelo consumo e o necessário aumento da dose de forma a obter o mesmo efeito farmacológico é o principal aspecto desta orientação. Parte-se do princípio, nesta perspectiva farmacológica, que os toxicodependentes sofrem de uma personalidade doente que estará na origem da personalidade dependente (ver a este respeito Keup, 1978, e Groenemeyer, 1990). O ponto de partida deste conceito é a existência prévia de uma personalidade com tendência para a dependência e a “pre-disposição” para o desenvolvimento da doença de toxicodependência, ainda antes do início do consumo de drogas. Nas palavras de Coleman (1978, p. 555) *“the most common and widely accepted approach to addiction focuses on the personality structure of the addict. Underlying this group of theories is the assumption that people become addicts because they are mentally abnormal or inadequate, or at least debilitated by some serious psychological problem”*.

A ideia subjacente a esta personalidade dependente é a de que esta só se torna evidente com o início do consumo e que a carreira se desenvolve em etapas na direcção de uma degradação progressiva do consumidor toxicodepen-

dente. Consequentemente, alguns autores como Groenemeyer (1990, p.40-46), descrevem este tipo de carreira como uma *“carreira de degradação progressiva”*. O desenvolvimento desta carreira é progressivo e desenrola-se em direcção a uma crescente degradação sob forma de uma carreira *“spiral down”*, de espiral descendente: *“...despite its initial glamour and excitement, the life of a “street addict” is a hard one. A host of severe personal problems plague all but the most fortunate addicts, and normally becomes progressively worse as their career continues. Economic problems were the most frequent complaint voiced...as the chippies (occasional users) settle into a pattern of addiction, their tolerance for narcotics steadily increases, and with it the cost of their habits. Savings are quickly exhausted, and the addict's valuable possessions are sold or traded for narcotics...”* (Coleman, 1978, p. 559). O fim desta espiral dá-se quando é atingido nas palavras de Coleman, o *“hitting bottom”* (Coleman, 1978, p. 560), conhecido como *“tocar no fundo do poço”*: *“...most addicts find that their personal problems continue to mount during years of addiction. When this spiral down finally reaches its nadir, the addict is overwhelmed by a sense of personal despair...the hopeless futility of their lives and their personal isolation. During this period the addicts seemed to lose confidence in their ability to make even the simplest decisions. Their every move appears only to have led deeper into the nightmare their lives have become...”* (Coleman, 1978, p. 560).

A consequência da proposta do toxicodependente como doente médico em conjugação com a problemática da SIDA, que surge no início dos anos 1990 e relacionado com o modelo de infecção (ver Geismar-Wieviorka, 1995), com as terapêuticas conexas com a prescrição da metadona e a discussão da prescrição social/médica da heroína, é uma forma de medicalização da toxicodependência (ver Zapalà, 1997)<sup>4</sup> cada vez mais forte, a qual faz ressurgir a discussão sobre o papel que a medicina desempenha como instrumento da *“purificação”* (Szasz, 1994, p.163). O enquadramento da toxico-dependência no registo médico tem como corolário, segundo Zapalà (1997,p.107), a perspectiva da toxicodependência como *“doença, o toxicodependente como doente ou paciente e a metadona como medicamento”*<sup>5</sup>.

Sem querer entrar nas consequências socio-políticas desta discussão, não quero deixar de reflectir nesta altura sobre o papel da medicina, e dentro desta, da psiquiatria, na pessoa do psiquiatra, como interlocutor escolhido e privilegiado para o tratamento e controle do toxicodependente e com a consequente

<sup>4</sup> A autora demonstra como esta medicalização da toxicodependência é muito defendida no discurso jornalístico e como esta perspectiva do agente toxicodependente como doente está a tomar uma posição cada vez mais dominante no debate público.

<sup>5</sup> Chegam a esta conclusão Widmer, J.(ed), num estudo concernente à análise de artigos jornalísticos publicados em alguns jornais da Suíça francesa durante o ano 1996 que se ocuparam da problemática da prescrição de drogas, da investigação sobre a toxicodependência e a prevenção desta.

classificação implícita da toxicodependência como síndrome socio-psiquiátrica.<sup>6</sup> Encontramos o ponto alto desta classificação da toxicodependência como síndrome socio-psiquiátrica na inserção desta dependência no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Psiquiátrica Americana. Este manual é tido como referência de diagnóstico para todos os sintomas e síndromas psiquiátricos, contendo um capítulo específico para todas as substâncias geradoras de dependências (Capítulo 6 do presente DSM-IV). Desde essa inclusão, a toxicodependência foi definida não só como doença médica geral, mas como uma doença psiquiátrica específica e que acarreta perturbações psíquicas, as quais têm de ser tratadas por um especialista médico, nomeadamente, por um psiquiatra. Este ajustamento da toxicodependência a conceitos normativos axiológicos está ao serviço da ciência como forma de assegurar a intervenção prática (ver Basaglia, 1973). Embora outras formas de tratamento sejam toleradas, estas não só têm de ser sancionadas por um psiquiatra como têm de ser permitidas por este.

Neste ponto é clara a delegação do poder e é ainda observável um novo sistema de poder, que provavelmente produz novas marginalidades. Através desta definição legitima-se a prescrição de drogas controladas, a prescrição de substitutos, a prescrição de anti-opiáceos, o internamento em estabelecimentos terapêuticos e o registo deste comportamento como sendo uma “*epidemia*” (ver a este respeito Pélicher (1985)<sup>7</sup>, como pólo oposto à degradação progressiva do indivíduo observável na realidade vivida nas ruas, onde abundam as perturbações psíquicas e a necessidade de uma intervenção profissional e farmacológica, porque estes indivíduos supostamente se encontram doentes.

Não obstante esta discussão, observa-se hoje em dia um número cada vez maior de clientes admitidos em Comunidade Terapêutica e que apresentam um duplo diagnóstico, isto é, um diagnóstico psiquiátrico e um diagnóstico de abuso e/ou dependência de substâncias. Destacam-se a depressão, ansiedade, eventos que causam stress pós-traumático, transtornos anti-sociais e distúrbios da personalidade. Estes necessitam, pelo menos numa fase inicial, de um acompanhamento especializado e de uma atenção redobrada. Muitas vezes o recurso a medicação psiquiátrica é um recurso útil e necessário, mesmo que não seja numa fase inicial.

---

<sup>6</sup> O alastramento epidémico da toxicodependência é defendido por muitos autores e é utilizado como argumento para a discussão pública desta temática.

<sup>7</sup> Até que ponto a questão do controle social da medicina se encontra registada na tradição da profissão médica ou não corresponde à factual e corrente entrega do tratamento dos toxicodependentes à psiquiatria como parceiro privilegiado dentro da medicina, se poderá definir como um novo fenómeno social? Recomendo a leitura e discussão fortemente interessante de Szasz, 1997, p.163 e seguintes.

## 1.2 A perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento

A perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento analisa a dependência como processo de amadurecimento da personalidade, temporalmente delimitado e relacionado com a idade e que se opõe liminarmente ao modelo de carreira da dependência até agora descrito e discutido, o qual se baseia na concepção da toxicodependência como doença e com a presunção do desenvolvimento de uma carreira de degradação progressiva. Esta perspectiva determinista foi abalada e deposta através dos estudos realizados por Winick, entre outros, na década de sessenta do século passado.

Uma análise minuciosa das quase 45000 actas sobre toxicodependentes do Federal Bureau of Narcotics (FBN) demonstrou que uma grande parte desses toxicodependentes deixara de estar registada nessas mesmas actas ao fim de algum tempo. Tratava-se de sujeitos com menos de 40 anos de idade e com uma carreira de dependência de 10 a 15 anos, ou seja, estes sujeitos deixaram de ter comportamentos dignos de registo pelas autoridades. Esta realidade levou Winnick a uma hipótese de *“maturing-out of addiction”* (Winick, 1962, p.5), segundo a qual *“the addict stops taking drugs, as the problems for which he originally began taking drugs become less salient and less urgent, if our hypothesis is correct”* (ibidem).

Ao contrário da hipótese da degradação progressiva, a explicação dada por este autor é que não haveria razões especiais que conduzissem ao término de uma carreira de dependência. O toxicodependente deixa de consumir porque o seu próprio amadurecimento lhe tira o interesse no consumo da droga:

*“...it is as if, metaphorically speaking, the addicts inner fires have become banked by their thirties. They may feel that less is expected of them in the way of sex, aggressiveness, a vocation, helping their parents, or starting a family. As a result of some process of emotional homeostasis, the stresses and strains of life are becoming sufficiently stabilized for the typical addict in his thirties so that he can face them without the support provided by narcotics”* (ibidem).

A ideia subjacente a esta perspectiva é a de que não serão as variáveis da personalidade individual que determinam a saída da toxicodependência nem o trabalhar destas características da personalidade que permitem ao indivíduo esse regresso, mas que será antes o ciclo da vida, objectivo e tendencialmente determinado pelo factor “idade” (idade mais avançada equivalerá a maiores possibilidades de saída da toxicodependência) e factor “duração” (quanto mais tempo tiver durado a carreira mais perto estará o dependente de iniciar a saída), independentemente das variáveis da personalidade dos agentes dependentes individualmente considerados<sup>8</sup>. Neste sentido o *“maturing-out”* é defi-

<sup>8</sup> Foram efectuados vários estudos com base nesta hipótese de *“maturing-out”*, cfr., entre outros, SNOW M., *Maturing-out of Narcotic Addiction in New York City*. The International Journal of the Addictions, 8 (6), 1973, pág. 921-938.

nido como o inverso dos mecanismos “imatuross”: *“if we conceive of chronic opiod drug use as an immature coping device, then any enduring abstinence can be called “maturing-out”* (Maddux, J.F., Desmond, D.P., 1980, p.24).

Não obstante esta hipótese de “*maturing-out*” ter ganho reconhecimento na literatura científica, o estudo de Winick foi contrariado poucos anos após a sua publicação por Vaillant (1973), entre outros, dado que este conseguiu provar, através de um estudo longitudinal, que mais de metade dos seus candidatos consumia há mais de cinco anos sem chamar atenção às autoridades, não tendo sido, por isso, registados, nem apareciam nas estatísticas como toxicodependentes. Também Maddux e Desmond chegaram à conclusão que não obstante a hipótese do “*maturing-out*” ter “*considerable value in stimulating thought and research*” (op.cit), esta não só seria “*vague*” (op.cit) como não ofereceria uma explicação suficiente para “*all prolonged abstinence*” (op.cit).

Este conceito de um processo de amadurecimento determinado pelo próprio crescimento que conduz à saída da carreira da dependência foi desenvolvido por mais alguns autores e, ao lado de noções como “*maturing-out*”, foram apreendidos outros como “*natural recovery*” (Waldorf, D., Biernacki, P., 1981)<sup>9</sup> ou “*remissão espontânea*”<sup>10</sup>. Os estudos de Robins (1975) foram determinantes para estas orientações. Este autor estudou o caso de 898 ex-veteranos do Vietname, que tinham consumido e criado uma dependência pelo ópio e cujos casos foram estudados após o seu retorno aos Estados Unidos da América. Só uma percentagem muito reduzida destes ex-dependentes continuaram a sua carreira de dependência nos EUA, tendo a maioria posto fim ao consumo após o seu retorno, sem se terem submetido a tratamentos ou outro tipo de ajuda externa. A ideia, na altura largamente difundida e aceite, de “*uma vez um adicto, sempre um adicto*” (ibidem, p. 284), teve de ser repensada devido a estes novos resultados:

*“...it does seem clear that the opiates are not so addictive that use is necessarily followed by addiction nor that once addicted, an individual is necessarily addicted permanently. At least in certain circumstances, individuals can use narcotics and even become addicted to them but yet be able to avoid use in other social circumstances”* (Robins, L.N., Helzer, J.E., Davis, D.H., 1975).

A orientação do “*natural recovery*” foi muito influenciada pelo facto de os interlocutores entrevistados não se terem submetido a nenhuma forma de tratamento para a sua dependência e ainda por terem saído da dependência sem

<sup>9</sup> Cfr ainda estudos de SCHARSE R., Cessation patterns among neophyte heroin users. The International Journal of the Addictions, 1, 1996; O'DONNELL J. A. ET AL., Young men and drugs – a nationwide survey. NIDA Research Monograph 5, 1976.

<sup>10</sup> O conceito de “remissão espontânea” é um conceito proveniente da medicina e é utilizado quando sem nenhuma intervenção aparente ou visível, o desenvolvimento normal de uma doença é interrompido e ocorre a cura sem qualquer explicação racional.

que fosse necessário uma alteração do seu meio social ou de outras variáveis externas da sua personalidade. Igualmente Stimson G. V. e Oppenheimer, E. (1982) demonstraram que, tanto com ou sem tratamento, uma grande parte dos toxicodependentes mostrava sinais de *“cansaço”* (ibidem, p. 129) de carreira e que saíram da carreira de consumo meramente devido a um processo de amadurecimento determinado pelo crescimento, deixando para trás, de forma espontânea e sem ajuda profissional, a sua carreira da dependência. Groenemeyer (1991, p.169) reforça esta perspectiva, visto que *“assim, pode esperar-se que a duração da carreira da dependência tenha uma influência directa e positiva nas motivações de tratamento e sobre a durabilidade deste.”* Neste modelo, determinado pelo amadurecimento parte-se do princípio que os agentes, após saírem da carreira da dependência, se integram nos contextos sociais convencionais e que a sua vida se estabiliza.

Qual o aspecto exacto de uma saída da toxicodependência e quais os factores motivacionais que conduzem a uma saída espontânea da dependência foi objecto de muitos estudos. Foram trabalhados e analisados diversos mecanismos socio-psicológicos dos ex-toxicodependentes com base em entrevistas narrativas. Mecanismos como *“diversion from the addiction”* Klingemann, H., 1992, p. 1363), através dos quais os toxicodependentes são distraídos através de novas responsabilidades e ocupações, como o trabalho, projectos para o futuro. Este mecanismo também foi descrito como *“motivações positivas”* (Caiata, M., 1994, p. 19) para controlar a carreira da dependência: *“ces motivations positives constituent même pour nos interviewés une des sources de la volonté de contrôler la consommation: passions musicales ou sportives, désir de se créer une famille ou de la maintenir unie, projets de voyages permettent à la personne de décentraliser son investissement par rapport à la drogue”* (ibidem).

Outros factores de motivação que levam à saída espontânea da carreira da dependência são os *“deterrent negative models”* (Klingemann, op.cit, p. 1366). Nestes, as graves consequências do consumo da droga e os seus efeitos directos sobre as experiências e vida dos dependentes têm corolários, tais como as *“...death and illness of relatives or former buddies form the drug scene, combined with fear of AIDS...”* (ibidem). Para a consolidação da carreira de saída da dependência são utilizados mecanismos como *“focusing more and more on the perceived rewards from the new way of life and on protection of the gains”* (ibidem) e a *“interiorização de novos papéis sociais positivos”* (ibidem).

### 1.3 A perspectiva da Sociologia: a carreira da dependência como forma de socialização e processo “labeling” (etiquetagem)

A perspectiva da investigação sociológica encontrou o seu ponto de partida na investigação de desvios na Escola de Chicago na década de cinquenta do século passado. Foi impulsionada por vários investigadores, entre eles Becker que, ao contrário do que acontecia com as explicações correntes na altura, desenvolveu a tentativa de explicar os desvios de orientação e de competências



como “processos de identificação e de aprendizagem em contextos sociais desviantes” (Groenenmeyer, 1990, p. 68). Com base num modelo sequencial desenvolvido por Becker, e no qual o factor tempo desempenha um papel primordial, tornou compreensível o carácter processual de uma carreira de desvios (Becker, H., 1985, p. 45 e segs). Além disso, foi estabelecida uma ligação entre “processos de socialização secundários” determinantes e uma “associação diferencial”<sup>11</sup>. Assim, o processo de aprendizagem leva o dependente a iniciar-se, por exemplo, no consumo de marijuana<sup>12</sup> e dentro da socialização, na qual o consumidor só adquire desvios a partir do momento em que as actuações à margem da lei e os correspondentes comportamentos começam a gozar de uma valoração mais positiva<sup>13</sup> por este consumidor e pelo seu grupo de referência e em contraste com o grupo de referência que valoriza estes modelos comportamentais como sendo negativos.

O fundamento deste trabalho reside na compreensão sociológica das actuações com sentido de indivíduos que saíram da carreira da dependência. Em teoria, esta saída tem de ser explicada por interações sociais relevantes. Desde a definição de Weber (1972) de “acção social”, surgiram diversos debates científicos teóricos sobre o tema “acção social” que permitiram descortinar diferentes perspectivas respeitantes a esta problemática.

Em primeiro lugar, deparamo-nos com a teoria funcionalista da acção de Parsons (1976), que se enquadra no paradigma normativo. Nesta teoria, a “estrutura de sistemas de acção consiste em modelos institucionalizados (em sistemas sociais e culturais) e/ou interiorizados (em personalidade e organismos) de importância cultural” (ibidem, p. 342), isto é, a sociedade põe ao dispor dos seus membros certas regras<sup>14</sup> e papéis, os quais são, durante o processo de socialização, interiorizados e conseqüentemente vividos sob a forma observável de determinados comportamentos sociais. Para isso, a interacção

<sup>11</sup> A teoria da associação diferencial foi formulada por Sutherland em 1939.

<sup>12</sup> Becker, H., cfr. em especial o capítulo 3. É importante entender a perspectiva de que a forma de encarar o efeito é algo de aprendido, nas palavras de Becker: “la consommation de marijuana est fonction de la conception que l'individu se fait des utilisations possibles de celle-ci, et cette conception évolue en fonction de son expérience de la drogue” (p. 65). O modelo sequencial permite-nos compreender de que forma cada passo ou sequência da orientação desviada do agente desviado pode ser explicada individualmente: “...precisamos por exemplo de uma explicação como é que o indivíduo chega à oportunidade de adquirir marijuana e outra explicação como é que esse indivíduo ao ter fácil acesso a marijuana a consome pela primeira vez. Mais precisamos de uma explicação do porquê da continuação do consumo de marijuana depois de a ter experimentado. De uma certa maneira cada explicação consitui por si só uma origem do seu comportamento...” (Becker H., Outsiders, in Groenenmeyer, op. cit., p. 72)

<sup>13</sup> Matza utiliza neste contexto o conceito “afinidade” (cfr. MATZA D., 1973, p. 98 e segs.)

<sup>14</sup> Para Parson existem, segundo Ogien (1995), dois tipos de normas: por um lado, as que “rapportent aux conventions, habitudes et manières d'appréhender le monde qui s'acquièrent dans le cours de la socialisation (entendue comme le mouvement qui transforme un enfant en adulte); et les secondes sont produites par une sorte d'équipement cognitif de base au moyen duquel une signification peut être attribué à une activité: ce que Parsons nomme des “variables de configuration”, c'est à dire des catégories de pensée qui permettent à l'individu de juger du type d'action dans lequel il est pris et de s'adapter aux circonstances changeantes des échanges sociaux”.

torna-se necessária porque nesta, estas regras e estes papéis são reproduzidos na sociedade. A teoria de acção de Parsons conjuga esta dupla função da ordem social porque ela *“réduit la question théorique de l'ordre social à sa dimension pratique: celle du déroulement de l'interaction; et de ce fait même, envisage le problème de la stabilité et de la cohésion sociales sous l'angle de l'activité de communication sur laquelle reposent les relations interpersonnelles.”* (ibidem, p. 173). Não obstante o conteúdo dessa interacção não ter sido analisado por Parson e não obstante não tenha prestado muita atenção a esta dinâmica interaccional e se tenha, de certa forma, referido sempre a um modelo axiológico cultural constante, o qual estaria presente para a acção social concreta, era possível estabelecer a conexão entre ambas as realidades e uni-las: *“Parsons écartait ce problème en affirmant que ces deux systèmes s'emboîtent parfaitement: la socialisation, en imposant la motivation à agir en respectant des normes de conduite, permet à l'interaction de s'instaurer et de s'achever sans trouble majeur”* (ibidem, p. 173).

Já Alfred Schütz criticava esta posição de Parsons<sup>15</sup>, segundo Miebach (1995, p. 22), de *“objectivista”* e desenvolveu uma orientação subjectivista segundo a qual e nas palavras de Miebach (1991, p. 22), *“a interpretação da acção social tem de partir da consciência do agente individual não se podendo referir a alegados modelos culturais”*. Esta teoria da acção, entendida como teoria fenomenológica, pretende orientar-se ao mundo real dos indivíduos, não tomando como ponto de relação alegados modelos culturais ou regras e/ou sistemas de modelos existentes num mundo paralelo.

Contudo foi só com a interacção simbólica, ou seja, com o modelo de interacção de uma teoria mediadora de símbolos, na qual o desempenho de um papel e a interpretação deste como teorema nuclear é definido como a teoria da actuação, que se torna compreensível o processo contínuo de interpretação e interacção. Através desta interpretação contínua, constrói-se a identidade, que não só representa algo de subjectivo e de individual, como também algo de objectivo e geral, podendo, por isso, ser definido como sendo *“estrutura”*, segundo Mead (1998, p. 205): *“a estrutura da identidade é uma reacção que é comum a todos, porque temos de ser membros de uma sociedade para termos identidade. Essas reacções são abstractas, no entanto formam o carácter do indivíduo. Dão-lhe os seus princípios, indicam-lhe os comportamentos reconhecidos por todos os membros da sociedade em relação aos valores dessa mesma sociedade. Ele põe-se no lugar do outro generalizado, que representa as reacções organizadas de todos os membros do grupo.”* Chega-se a um ponto de consciência da identidade que explica o comportamento do próprio e do terceiro: *“o indivíduo só tem uma identidade em relação às identidades dos outros*

<sup>15</sup> A posição teórica funcionalista em relação à estrutura, que foi resumidamente aqui apresentada, não teria possibilitado uma compreensão diferente de tipos de saída de carreira de consumo.

*membros do grupo social. A estrutura da sua identidade exprime os modelos de comportamentos generalizados do seu grupo social, assim como a estrutura da identidade de cada um dos outros membros do grupo*" (ibidem, p. 206). Assim, compreende-se que os mecanismos da construção e da produção da realidade social e da identidade são consumados em processos quotidianos de acção e interacção. As análises de Goffman (1969) sobre as múltiplas formas de expressão dos indivíduos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento da identidade em certas interacções sociais e regras sociais, contribuíram com mais uma perspectiva e dinâmica da teoria da acção social. A dinâmica da interacção é aguçada por Goffman, segundo Miebach (1991, p. 67), até uma "dramaturgia" da acção social, na qual a totalidade da actuação social e comunitária é comparada com uma representação teatral, na qual a representação de papéis sociais toma uma centralidade fulcral.

Na sequência desta orientação de investigação da interacção que colocou o acento tónico sobre os processos de identificação e de construção da identidade, a perspectiva foi dirigida no sentido do controle social, por outras palavras, sob a reacção de terceiros que reagem sobre o comportamento desviado. Esta explicação, também conhecida por "*labeling*" ou "*teoria de etiquetagem ou teoria da rotulagem*", analisa principalmente, segundo Groenemeyer (1990, p. 70) os "*processos de entrada e os processos de reforço*" das carreiras desviantes e mostra até que ponto e quais os processos de responsabilização no desenvolvimento de vidas desviantes através dos controlos sociais que desempenham um papel importante nestas carreiras. Nas palavras de Tannenbaum (1953, p. 23): "*the young delinquent becomes bad, because he is defined as bad*".

Esta mudança de perspectiva da análise de reacções de terceiros no sancionar de comportamentos, sancionamento este que é determinante para a existência de carreiras desviantes, têm em parte consequências profundas sobre a identidade do actor considerado como sendo desviante, em particular sobre a identidade social. Muitas vezes estas sanções adoptam a forma de verdadeiras cerimónias, que são denominadas por alguns sociólogos (por exemplo Garfinkel, 1956, p. 420) como "*status degradation ceremonies*" (cerimónias de degradação de status). Goffman (1973) estudou detalhadamente as experiências de "*degradações de status*" de doentes psiquiátricos internados em ambiente de hospital psiquiátrico bem como as alterações de identidade de todos os agentes envolvidos<sup>16</sup>. A nova identidade social dos residentes em meio ambiente psiquiátrico leva-os a enveredarem por certa carreira moral a qual "*tem consequências nas grandes mudanças no self do actor e no seu ramo metafórico, com o qual ele se julga a si e aos outros.*" (Goffman, 1973, p. 127).

---

<sup>16</sup> Anselm Strauss (1992) também estudou a curva do decurso biográfico de doentes internados num hospital e a forma com a qual lidam com a morte em ambiente hospitalar. Assim, descreveu as negociações de identidade observadas, aquando da gestão da doença e da relação com os enfermeiros.

É pressuposto na degradação de status a existência de estigmas, ou seja, de conhecidos atributos ou deficiências através dos quais seja possível desacreditar determinados actores sociais (por exemplo, toxicodependentes e/ou comportamento associado a drogas), e que na interacção e no plano dos indivíduos em interacção, tenha o potencial de alterar a sua identidade. A aplicação destes estigmas resulta, segundo Goffman (1999), numa discrepância para o actor entre identidade virtual e identidade real social. Assim, não só o controle social rotula os actores sociais pela atribuição de sentido e significado aos seus comportamentos, mas os próprios visados deste processo de estigmatização acabam por interiorizar este estigma e assumir a sua identidade desviante. Esta análise permite-nos expor os vários aspectos do tema principal deste estudo, designadamente a assimilação intersubjectiva e da interacção de identidades em torno da vivência na toxicodependência e de enquadrar estas numa perspectiva sociológica.

Temos por objectivo discernir quais e até que ponto os vários aspectos da identidade que se tornam visíveis e que desempenham um papel na carreira do toxicodependente. Goffman (1999) forneceu-nos um quadro útil para a compreensão da análise das concepções estruturantes da identidade descrevendo-nos a compreensão da identidade social, da identidade pessoal e da identidade do Ego.

#### 1.4 As classificações e definições internacionalmente validadas no campo das Dependências Químicas

Após a descrição de algumas perspectivas que abordam o fenómeno da dependência a partir de diferentes quadrantes teóricos, vou de seguida olhar para as classificações e definições internacionalmente validadas no campo das Dependências Químicas.

A OMS (1952) (Organização Mundial de Saúde) iniciou esta tarefa nomeando um grupo de “*experts*” para definir o campo de definição de substâncias que produzem dependência. O resultado foi uma primeira descrição de critérios de consumo, do alcoolismo e de bebedores excessivos, assim como das consequências dos seus consumos. Segundo a OMS (1952) entende-se por alcoólicos “*bebedores excessivos cuja dependência do álcool tenha atingido um tal grau, que os mesmos apresentem ou alterações psíquicas marcantes ou conflitos no seu bem-estar físico e mental, nas suas relações sociais, nas suas funções sociais e económicas. Por isso necessitam de um tratamento*”<sup>17</sup>. De realçar que foi somente em 1964 que a OMS recomendou substituir-se os termos até aí válidos de “*toxicomania*” (drug addiction) e “*habituação*” (drug habituation) pelo termo de dependência.

---

<sup>17</sup> Traduzido de Feuerlein (1984, p. 6)

De vários lados surgiram sugestões de definição do alcoolismo a partir de critérios de valores quantitativos de consumo. Ainda hoje em dia continua a ser um critério vastamente difundido e uma referência objectiva de orientação no que diz respeito a um consumo (unidades de álcool) socialmente e medicamente aceitável e que servem como padrão generalizado de um consumo social.

No entanto, e a partir dos trabalhos de Edwards e Gross (1976), começou-se a vislumbrar uma diferenciação distinta: a distinção entre “*dependência*” e “*problemas relacionados com o álcool*” foi descrita por estes autores, que separaram o “*síndrome de dependência alcoólica (SDA)*” dos “*problemas relacionados com o álcool*” (alcohol related disabilities). A dependência alcoólica era vista, assim, como um grau superior das consequências do consumo do álcool. Foi nos países anglo-americanos que esta distinção encontrou os seus maiores adeptos, sendo ainda hoje assim definido.

Esta distinção foi igualmente integrada pela Associação Psiquiátrica Americana que adoptou e integrou estes critérios na sua 3ª edição do “Manual de Diagnóstico Estatístico das Doenças Mentais” (DSM-III) em 1981. Tanto o DSM, entretanto na sua 4ª versão (DSM-IV), editada em 1994, e o CID-10 da Organização Mundial de Saúde, editada em 1992, representam hoje em dia o maior consenso no que diz respeito aos critérios mais amplamente validados, aceites e utilizados para a definição de problemas no campo das dependências por profissionais de saúde e dos profissionais que intervêm nesta área. Assim o DSM-IV da APA (1996) agrupa na secção das Perturbações Relacionadas com Substâncias 11 classes de diferentes substâncias: álcool, alucinogéneos, anfetaminas ou simpaticomiméticos de acção similar, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de acção similar, inalantes, nicotina, opiáceos e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Destas 11 classes as seguintes têm características semelhantes: o álcool com os sedativos, hipnóticos e ansiolíticos e a cocaína com as anfetaminas e simpaticomiméticos de acção similar. O DSM-IV (op.cit., 180) faz a seguinte distinção das Perturbações relacionados com as Substâncias:

- Perturbações relacionadas com a Utilização das Substâncias: Abuso e Dependência de Substâncias;
- Perturbações Induzidas pelas Substâncias: Intoxicação por Substâncias, Abstinência de Substâncias, *Delirium* Induzido por Substâncias, Demência Persistente Induzida por Substâncias, Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias, Perturbação do Humor Relacionadas com Substâncias e Perturbação do Sono Induzida por Substâncias.

Os critérios de abuso e dependência de substâncias são aplicáveis a todas as classes de substâncias e segundo o DSM-IV estes critérios são os seguintes:

**CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS DO DSM-IV**

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
  - 1.1 Necessidade de quantidades crescentes de substâncias para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - 1.2 Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
  - 2.1 Síndrome de abstinência característica da substância;
  - 2.2. A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
5. É dispendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, cadeia de fornecedores) e à recuperação dos seus efeitos.
6. São abandonadas importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreacionais devido à utilização da substância.
7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização da cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína ou manutenção do consumo do álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

De realçar que o DSM-IV faz duas especificações no padrão de consumos, se existe ou não “Dependência Fisiológica”. No caso afirmativo, existe evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2) e no caso negativo, não existe evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

### CRITÉRIOS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS DO DSM-IV

- A. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
1. Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substância, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
  2. Utilização recorrente da substância em situações em que esta se torna fisicamente perigosa (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);
  3. Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
  4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou inter-pessoais, persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre os efeitos da intoxicação; lutas físicas).
- B: Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substância, para esta classe de substâncias.

### CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA DA CID-10

Para o CID-10 (1993) um diagnóstico de dependência deve somente ser feito quando se apresentam 3 ou mais dos seguintes critérios e que tenham ocorrido em algum momento durante o ano anterior:

1. Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos do seu início, término ou níveis de consumo;
3. Um estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoactiva são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor da substância psicoactiva, aumento do tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar dos seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga; deve-se fazer esforços para determinar se o consumidor estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.



## **CRITÉRIOS DE USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS SEGUNDO A CID-10**

A CID-10 não fala em abuso de substâncias, mas sim utiliza o termo “uso nocivo” de substâncias. Diz que é um padrão de uso de substância psicoactiva que está a causar danos à saúde. Este dano tanto pode ser físico como mental. Os critérios são os seguintes:

1. Tem que se observar que um dano real tenha sido provocado à saúde física e mental do consumidor;
2. Os padrões de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e encontram-se com frequência associados a consequências sociais diversas de vários tipos. No entanto o facto de um padrão de uso de uma substância em particular não tenha sido aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é, em si mesmo, evidência de uso nocivo;
3. A intoxicação ou a “ressaca” não é em si mesmo evidência suficiente do dano à saúde requerido para ser considerado uso nocivo;
4. O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

Nestas classificações é visível que se está perante uma Dependência de Substâncias ou Abuso de Substâncias quando se verifica uma alteração dos padrões comportamentais, dos padrões subjectivos de bem-estar e da situação bio-psico-social do consumidor. Estas alterações manifestam-se quando se observa uma dependência física (aumento da tolerância ou sintomas de abstinência) de uma substância alteradora do estado de humor, quando se observa um padrão de consumo patológico no qual o consumidor sofre consequências na sua vida social, laboral ou familiares relacionados e devido aos seus consumos. A noção subjectiva de perda de controle, introduzida por Jellinek (1960), e apesar de muito criticada devido à dificuldade de especificação e de aplicabilidade deste conceito, continua presente nos critérios diagnósticos.

### **1.5 Alguns aspectos da Psicologia da Pessoa Dependente Químico**

Conforme vimos nos capítulos anteriores, a Pessoa com problemas de Dependência Química é uma pessoa que apresenta problemas ao seu nível de funcionamento bio-psico-social. Vamos de seguida expor algumas características desta Pessoa com problemas de Dependência química residente em Comunidade Terapêutica e tentar perceber como estas características se manifestam nos seus diversos níveis.

#### **1.5.1 Dimensões cognitivo-comportamentais**

Um dos aspectos marcantes dos residentes de Comunidade Terapêutica e citados na literatura são as características específicas que apresentam no seu funcionamento cognitivo e que está intimamente ligado aos seus comportamentos de consumo de substâncias. Segundo DeLeon (2003, p. 53 e seg.),



entre outros, são comuns as deficiências de percepção, as dificuldades de tomada de decisões, as deficiências de julgamento e a ausência de auto-capacitação na resolução de problemas, acrescidos de carências educacionais, vocacionais, sociais e interpessoais e dificuldades de aprendizagem.

Na área das deficiências/carências de percepção observa-se que muitos residentes apresentam dificuldades de percepção na avaliação em como as suas acções e atitudes influenciam e/ou afectam os outros residentes assim como as mesmas atitudes e acções de outros os afectam a eles. Estes *deficits* de percepção são muitas vezes involuntários porque são fruto de bloqueios interiores, distração e/ou outro comportamento impulsivo inconsciente.

Os residentes apresentam igualmente deficiências em termos de julgamento, de tomada de decisões e na avaliação das consequências dos seus actos. Devido aos consumos e à associada dificuldade de controlo dos impulsos e da igualmente associada incapacidade de adiar satisfações, estas capacidades de julgamento e de tomada de decisões e de adiamento parecem afectadas.

Nas dificuldades de identificação e gestão de relações, os residentes apresentam dificuldades na compreensão entre aquilo que *“vivenciam e as razões, influências ou determinantes da sua experiência”* (DeLeon: 2003, p. 54). Apresentam uma dificuldade de correlacionar estes dois aspectos. Já no relacionamento com os outros apresentam uma dificuldade de *“perceber o vínculo que une os seus pensamentos e as suas acções que envolvem as suas drogas consumidas, às várias emoções e circunstâncias que servem de catalisadores ou desencadeadores desses pensamentos e acções”* (ibidem) no relacionamento com os outros residentes.

Outro aspecto é a dificuldade na compreensão de sua própria realidade. Os residentes muitas vezes não têm a noção real de como está a sua vida e a análise dos factos objectivos é distorcida e/ou alterada. Muitas vezes a inserção na realidade é problemática, visto muitos residentes não estarem habituados e terem dificuldades em enfrentar os problemas diários, tentando evitá-los ou fugindo de enfrentar os mesmos. As disparidades entre a análise real e a análise do *self* ideal e que se encontra em muitos residentes, representa um desafio objectivo de tratamento.

Observam-se igualmente várias carências cognitivas, educacionais e vocacionais e que dificultam uma satisfatória integração socioprofissional. Muitos residentes apresentam dificuldades nas suas capacidades laborais e de negociação com o seu meio social envolvente de forma a atingirem uma autonomia socioprofissional e de auto-sustento financeiro. Verificam-se défices nos hábitos e atitudes comportamentais básicos associados à capacidade de trabalho e de conseguirem uma colocação socioprofissional ou de exercício de ocupações profissionais satisfatórias e duradouras. Assim, muitos residentes acabam por permanecer dependentes socioeconomicamente do seu meio familiar, de apoios financeiros estatais ou de instituições de apoio social.

Aqueles residentes que apesar de tudo conseguem manter um vínculo laboral, acabam por sofrer, devido aos seus consumos, não só consequências no seu progresso profissional nos seus locais de trabalho, mas também vêem as capacidades educacionais e vocacionais diminuídas e afectadas pelos consumos destes estupefacientes. Igualmente, o consumo destes estupefacientes diminui a capacidade de gestão da vida social e diminui as competências sociais, observando-se que alguns residentes têm inúmeras dificuldades de gerir conflitos e de viver construtivamente em grupo social restrito ou alargado.

### 1.5.2 Dimensões Emocionais e Identitárias

Uma grande parte dos residentes em Comunidade Terapêutica tem uma imagem de si negativa e vêem-se a si mesmos como indivíduos afectados no que diz respeito ao seu valor pessoal e como membros da sociedade (ver, a este respeito, Sommer, 2004, cap.3). Esta situação está relacionada com o estilo de vida que têm vindo a levar e marcado pelo consumo de substâncias e os danos que têm vindo a infligir-se a si próprios e a terceiros, especialmente à família mais próxima. Aliás, se não fosse esta consciência de danos causados, pelo mínimo que seja, não se daria a entrada em Comunidade Terapêutica por parte dos residentes.

Apresentam tendencialmente uma baixa auto-estima. Para Tap&Vasconcelos (2004, p. 104), significa *“uma experiência subjectiva que se traduz tanto verbalmente como através de comportamentos significativos. O seu fundamento e as suas variações encontram-se nas relações do indivíduo consigo próprio e com os seus semelhantes”*. Coppersmith (1967) descreve que *“a expressão de uma aprovação ou desaprovação que faz de si próprio (...) indica em que medida um indivíduo se acha capaz, válido, importante (...) um conjunto de atitudes e de opiniões que os indivíduos põem em jogo, na sua relação com o mundo. O que supõe a existência de uma rede de comportamentos do indivíduo ligados à auto-estima”*. Muitos dos residentes em Comunidade Terapêutica encontram-se em desaprovação constante de si mesmos e, devido ao passado dos consumos, avaliam-se negativamente de forma permanente e constante. Observamos nos residentes o que Nunes (2006, p.4) descreveu, nomeadamente que a *“avaliação subjectiva, pelo indivíduo, do seu próprio Self”* é negativa e auto-reprobativa.

Assim, e igualmente no sentido de Rogers (Rogers&Dymond, 1954, p. 54), para o qual o conceito do *Self* é definido como um *“padrão organizado, fluído mas consistente, e conceptual das características do “eu” ou “mim” e que estão disponíveis à consciência, juntamente com os valores relacionados com estes conceitos”*, observa-se que esta fluidez ou é deficitária ou não existente e que esta realidade afecta os níveis estruturados do *Self*.

Muitos dos residentes em Comunidade Terapêutica já apresentaram baixa auto-estima antes do início dos consumos de substâncias, o consumo de drogas já representa uma estratégia de gestão e/ou compensação de experiências

ocorridas na infância e na adolescência e que são vividas como sofrimento. Estas experiências vividas incluem maus tratos físicos, sexuais e emocionais, sentimentos de abandono e negligência, de dificuldades de inserção e de exclusão social, de rejeição por parte do sistema escolar, de ansiedades sociais e de sentimentos de culpa em relação ao não-cumprimento das expectativas dos outros em relação a eles mesmos (ver Stevens, S. J., Glider, P, 1994).

Em relação aos **sentimentos de culpa**, estes podem apresentar-se de várias formas. Enquanto se tem a ideia de que o consumidor de substâncias e que apresenta comportamentos anti-sociais no contexto social real não tem sentimentos de culpa, a maioria dos residentes das Comunidades Terapêuticas apresenta níveis de culpa diferenciados, acrescidos do sentimento de vergonha (ver Lecker, 1974). Os consumos, o uso abusivo de substâncias e os vários níveis do sentimento de culpa apresentam uma tríade complexa que se reforça mutuamente. Segundo Leon (2003, p. 58), a atitude comum dos consumidores no activo consiste no bloqueamento (cognitivo) dos sentimentos de culpa ou na utilização em excesso dos mecanismos de defesa da racionalização ou as próprias substâncias para atenuar o incómodo que os sentimentos de culpa trazem. Este autor organiza a diversidade dos sentimentos de culpa em redor de 4 temas:

#### 1. CULPA EM RELAÇÃO A SI MESMO

Esta culpa está relacionada com os danos causados a si mesmo. Os residentes de Comunidade Terapêutica auto-acusam-se por terem violado padrões de comportamento moral pessoais e sociais e por não terem estado à altura das próprias aspirações e objectivos de vida. Esta situação observa-se quando usam expressões como *“quem eu sou e quem é que poderia ter sido”* ou no auto-lamento *“como estraguei a minha vida”*. Este sentimento de culpa está relacionado com o facto de os residentes terem enganado, mentido, manipulado uma variedade de pessoas em seu redor e enquanto se encontravam num processo activo de consumo. Este sentimento de culpa está ligado à sua identidade social.

#### 2. CULPA EM RELAÇÃO A PESSOAS IMPORTANTES DA VIDA

Esta culpa está relacionada com os danos causados a pessoas significantes. Em regra geral as pessoas significantes são membros da família mais próxima e que foram vítimas de agressões verbais, físicas e/ou sexuais ou terem sofrido danos materiais (roubos, furtos, desvios de dinheiro, etc.) por parte dos consumidores. De uma maneira geral membros da família são normalmente prejudicados por causa dos problemas legais ou de saúde dos residentes de Comunidades Terapêuticas. Não é incomum verem-se membros de Comunidades Terapêuticas que têm problemas com a parentalidade, que abusaram fisicamente, emocionalmente ou sexualmente dos seus filhos, ou que foram negligentes com os mesmos, até mesmo os abandonaram, que perderam a guarda legal dos filhos e são impedidos de os verem. Muitos homens em Comunidades Terapêuticas nunca viram os filhos e desenvolvem em tratamento pela primeira vez sentimentos de culpa em relação a estas situações e acontecimentos.

### 3. CULPA PERANTE A SOCIEDADE

Esta culpa está relacionada com os danos causados a pessoas anónimas e à sociedade em geral. Os residentes em Comunidade Terapêutica relatam muitas vezes danos causados a terceiros e que os marcaram, apesar de se encontrarem numa fase activa de consumo. Trata-se normalmente de crimes de violência e dos quais resultaram lesões físicas e/ou morte, ao lado de outros crimes como furtos, assaltos, invasão de propriedade para roubar, assalto seguido de agressão e tráfico de drogas.

### 4. CULPA PERANTE A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Estes sentimentos de culpa estão relacionados com as violações das regras dentro da Comunidade Terapêutica e com o mal-estar que causaram ou causam aos companheiros. Normalmente refere-se a incumprimentos de regras de funcionamento da Comunidade Terapêutica, por exemplo, fumar onde não é permitido, até à prática de actos sexuais dentro da Comunidade Terapêutica e o uso de drogas à escondida dentro da Comunidade Terapêutica. A infracção destas regras, algumas delas regras invioláveis e que levam à expulsão, visto porem em questão a própria Comunidade Terapêutica e o espírito que as rege, tem de ser identificada e corrigida para que o residente permaneça na Comunidade Terapêutica. Uma vez verbalizadas e discutidas em grupo, levam ao desenvolvimento do sentimento de culpa do residente. Igualmente permitem trazer à superfície uma culpa profundamente arreigada do indivíduo em relação a si mesmo, a pessoas significativas da sua vida e diante da sociedade em geral.

Outra emoção importante em Comunidade Terapêutica é a raiva e a hostilidade. São sentimentos, que apesar de neste contexto serem utilizados como sinónimos, diferem um do outro, e que sempre reflectem um estado emocional adverso e negativo do residente consigo mesmo e em relação à sua vivência problemática, conflituosa e auto-destrutiva de dependente de substâncias. Devido às múltiplas rejeições que o dependente é sujeito na vida real, o sentimento adjacente de auto-desilusão, de dor emocional, de tristeza e de frustração é causador de raiva e de hostilidade e que muitas vezes acabam por ser as únicas emoções visíveis, mas socialmente inadequadas, que ainda restam no sistema de auto-protecção e auto-defesa, deveras fragilizado e fragmentado. Em Comunidade Terapêutica estes sentimentos são trabalhados e redireccionados para estratégias de *coping* mais construtivas e socialmente aceites, de forma a permitir uma re-socialização do residente.

### 1.5.3 Comportamentos Desviantes

A maioria dos residentes de Comunidade Terapêutica têm um histórico de actividades delinquentes e/ou problemas com o sistema de Justiça. Isto não se deve somente ao facto de as substâncias ilícitas serem ilegais, mas igualmente ao facto de muitos consumidores de substâncias já terem tido condutas delinquentes e ou anti-sociais antes de se envolverem seriamente com drogas. No seguimento da tipologia proposta por Agra (1998), a trajectória predominante

(tipo 1 ou denominada dos delinquentes/toxicodependentes) é uma de indivíduos que possuem desde muito cedo uma vinculação social frágil, relacionamentos intra-familiares perturbados, dos quais resultam rupturas familiares ou abandonos voluntários ou involuntários (por medidas de internamento, ou outras medidas judiciais ou de colocação) (ver igualmente Born, 2005, cap. 4). A escolarização é débil e o exercício laboral irregular. A actividade desviante, que emerge por volta dos 11 anos, prolonga-se até aos primeiros contactos com substâncias ilícitas e por via de uma integração em subculturas desviantes e/ou delinquentes, que acontece por volta dos 15, 16 anos de idade. A passagem do ritual de consumo para drogas duras, dá-se fundamentalmente por curiosidade, arrastamento e pela vontade de socialização e integração no novo grupo de pertença. Conforme se mencionou, esta trajectória distingue-se das outras duas trajectórias descritas pelo autor e que são menos representativas do que esta primeira.

Numa segunda trajectória (tipo 2 ou denominada dos especialistas droga-crime) o envolvimento em actividades delinquentes dá-se depois de iniciado o consumo de substâncias e tem como objectivo a manutenção da dependência física e psicológica e é uma delinquência utilitarista, no sentido de ter como objectivo principal conseguir bens materiais e dinheiro para a compra da substância. Os enquadramentos familiares são mais estruturados que os do grupo anterior. Os comportamentos delinquentes emergem entre os 17 e os 19 anos. De forma geral menos violenta, a maioria dos crimes que se inscrevem nesta criminalidade são os crimes contra a propriedade (roubo e apropriação) e crimes de pequeno tráfico, prostituição e lenocínio.

Na terceira trajectória (tipo 3 ou denominada dos toxicodependentes-delinquentes) e que representa uma proporção bem menor de residentes da Comunidade Terapêutica, observamos os indivíduos bem socializados e bem vinculados com a família de origem, mas que perderam esta socialização e substituíram-na por uma socialização desviante devido ao uso e abuso de substâncias. A criminalização desta população é mínima e os tipos de crime vão desde falsificação de cheques, falsificação de receitas médicas a posse e compra de substâncias ilícitas.

#### **1.5.4 Dimensões Espirituais**

Uma grande parte das Comunidades Terapêuticas incluem nos seus programas uma vertente espiritual, realidade esta que vem desde os primórdios das Comunidades Terapêuticas modernas.

Uma das origens desta realidade advém dos movimentos de Temperança nos Estados Unidos da América no início do século XIX e está relacionada com a manutenção do poder social e liderança de uma elite aristocrática em declínio que, associada a um fervor religioso revivalista, de raízes católicas e protestantes, tornou a sobriedade de substâncias como um dos seus principais cavalos de batalha. A abstinência tornou-se num símbolo de pertença a uma classe

média urbana e moderna e que se distinguia dos nativos e imigrantes rurais. Organizações como a “Anti-Saloon League” e a WCTU-Women's Christian Temperance Union são dois exemplos representativos destes movimentos sociais militantes e fortemente implantados na cultura americana no século XIX e cujo impacto culminou na realidade da Proibição em 1910 (ver Gusfield 1986). Isto é, o tema da Abstinência e da Temperança de substâncias sempre esteve associado ao universo simbólico da desviância e presente na mudança de comportamentos socialmente inaceitáveis.

A outra grande influência foi o envolvimento da clínica médica e terapêutica neste âmbito. Um dos impulsionadores desta realidade foi o psiquiatra Carl Gustav Jung, de Zurique, que esteve envolvido no tratamento do alcoolismo crônico de um dos propulsores e muito próximo de um dos fundadores dos Alcoólicos Anônimos, Roland Hazard, a quem Jung avisou em 1934, que, em relação ao tratamento da sua dependência alcoólica, a sua *“única esperança era uma experiência espiritual ou religiosa - uma conversão, uma profunda mudança da personalidade”* (Burns, 1995, p. 13). Igualmente relembra Jung a Bill Wilson, um dos fundadores dos Alcoólicos Anônimos, em correspondência com este em 30.1.1960, que “álcool em latim significa “espírito”; no entanto usamos a mesma palavra tanto para designar a mais alta experiência religiosa como para designar o mais depravador dos venenos. A receita então proposta por Jung é *“spiritus”* contra *“spiritum”* (Thomsen, 1976, p. 362). Assim, desde o início da Comunidade Terapêutica moderna que o crescimento espiritual tem sido uma das ferramentas para o desenvolvimento pessoal e ultrapassagem dos problemas com o abuso e dependência de substâncias. Com o instalar da dependência, o indivíduo fecha-se em si mesmo e a relação com as substâncias torna-se uma relação unifocal e mutuamente determinada e que culmina em isolamento social e bloqueios emocionais e psicológicos. Numa fase inicial, o *“crescimento espiritual representa uma caminhada de conhecimento e não de crença”* (Peck, 1978, p. 193). A fim de se fugir da relação unifocal da experiência anterior de consumos este autor realça a importância da aprendizagem e da necessidade de expandir o campo de visão através da digestão e incorporação de novas experiências além das conhecidas. Ainda, a vivência em grupo permite esta aquisição de novas experiências e vivências.

Em algumas Comunidades Terapêuticas a dimensão espiritual é associada a uma actividade religiosa. Esta actividade religiosa é administrada normalmente por ministros religiosos (pastores protestantes ou padres católicos) que visitam regularmente a Comunidade Terapêutica e que discutem experiências da Bíblia e as respectivas aprendizagens e mensagens. No entanto, e segundo E. Kurtz (1979) no seu livro *“Not-God”*, a experiência espiritual que culmina numa paragem de beber ou de consumir substâncias, vem da noção introduzida pelo psicólogo americano William James (1958) e no qual ele descreve a multiplicidade das formas que as pessoas descobriram o seu Deus pessoal e individual. Daí haver muitas Comunidades Terapêuticas que não utilizam o

conceito de espiritualidade relacionado com um Deus religioso, mas sim relacionado com outras experiências e vivências culminantes e que provocaram uma reconversão. É assim que se compreende que os Alcoólicos Anônimos não utilizam o termo “Deus”, mas sim o conceito de “Poder Superior”, para não se confundirem com um qualquer Deus de uma religião específica, e assim se demarcarem desta associação e não causarem animosidades entre os participantes.

### 1.5.5 Dimensões Familiares

Uma das consequências sociais mais visíveis nos comportamentos de dependentes químicos observa-se ao nível do sistema familiar. Seja na fase inicial ou nas fases mais avançadas da dependência, a família reage a esta dependência de forma mais ou menos funcional ou disfuncional, dependendo do nível de consciencialização que tem deste fenómeno da dependência e como a dependência é abordada. Como as terapias sistémicas nos têm demonstrado (ver por exemplo Angel et al, 1989) desde os anos 80 do século passado, todos os membros da família ficam afectados, desde filhos a cônjuges, família alargada, etc.

Muitos dos jovens que entram em Comunidade Terapêutica são eles e elas já filhos de pais dependentes químicos e/ou oriundos de famílias onde, noutro grau de parentesco, existe dependência de químicos ou outros distúrbios com substâncias ou outros comportamentos obsessivo-compulsivos, fazendo de alguma maneira jus à noção e teoria do “contágio” (Coleman, 1978). Esta noção de contágio é visível no conceito de “co-dependência”, introduzido nos anos 80 do século passado e descrito por autores como Sharon Wegscheider, Claudia Black, Melody Beattie, Stephen Wolin, Robert Ackerman, Janet Woititz, Robin Norwood, etc.

Segundo Stanton e Todd (1985), observam-se as seguintes características dos sistemas familiares de dependentes de substâncias:

1. Alta frequência de drogas e dependência multigeracional;
2. Expressão rudimentar e directa do conflito familiar com parcerias entre membros, de modo explícito;
3. Mães com práticas simbióticas quando os filhos são crianças, estendendo-se por toda a vida;
4. Coincidência de mortes prematuras não esperadas dentro da família;
5. Tentativas dos membros de se diferenciarem entre si, como uma pseudo-individualização, mas de modo frágil, em virtude das regras e dos limites que deveriam ordenar o funcionamento e, no entanto, estão distorcidos.



Ainda Olievenstein (1992, em Figlie et al, 2004, p. 343) descreve as seguintes características das famílias de dependentes químicos:

1. Falta de barreiras entre as gerações: a autoridade dos membros mais velhos nem sempre é suficiente para impor regras e limites.
2. O nível de individualização dos adultos é precário; frequentemente há inversão dos papéis na família nuclear, com o filho a assumir o papel do adulto.
3. Os mitos familiares são acentuados. Por isso é muito comum os familiares manterem certa desesperança ou até mesmo comodismo, por acreditarem que o problema da droga é algo do “*destino*” da família como um todo.
4. Desentendimento no casal parental, principalmente quando um dos cônjuges é alcoólico ou quando o casal não age de modo coerente em relação às condutas que deve assumir para apoiar a recuperação de um dos filhos.
5. Alianças secretas com filhos diante da desordem das condutas que deveriam ser seguidas ou falhas de comunicação entre os membros, que automaticamente fortalecem parcerias dentro do meio familiar.

Nós sabemos hoje em dia que cônjuges, filhos e irmãos de dependentes químicos sofrem de maiores probabilidades de problemas escolares (*deficits* cognitivos, de concentração e de aprendizagem, sociabilidade, desintegração, rebeldia, absentismo, etc.), de co-morbidades psiquiátricas (estados de ansiedade, depressividade, dependências químicas ou outros distúrbios obsessivo-compulsivos, etc.), de maior risco de marginalidade e delinquência (ver Born, 2005, cap. 3), assim como de problemas de desenvolvimento psicológico-emocional, observando-se muitas vezes atrasos nos seus processos de amadurecimento psicológico (ver Feuerlein, 1984, p. 162).

Todas estas questões são diagnosticadas e trabalhadas em Comunidade Terapêutica, sendo esta Comunidade Terapêutica não só um espaço de tomada de consciência destas situações, como igualmente de partilha de sentimentos associados às vivências na família de origem do residente, sendo igualmente um espaço de mudança de atitudes e de comportamentos. Muitas vezes o tratamento em Comunidade Terapêutica acaba por promover uma alteração da dependência química existente na família ascendente, provando-se que o “contágio” se faz igualmente no sentido inverso e em direcção a uma alteração positiva de comportamentos e de estilos de vida saudáveis dos outros membros de família que não se encontram em tratamento.

A um nível de tratamento na Comunidade e para os familiares de dependentes químicos existem em vários países grupos de auto-ajuda ou de ajuda-mútua, destacando-se os grupos de ajuda-mútua derivados dos Alcoólicos Anónimos, denominados de “Al-Anon” (para familiares de dependentes do álcool e de outros químicos), de “ACOA” (Adult Children of Alcoholics), ou de “Alateen” (para membros de família jovens entre os 12 e os 18 anos). Em muitos outros países existem grupos de familiares sem serem especificamente derivados dos Alcoólicos Anónimos e com dinâmicas próprias e independentes.



## 1.6 A concepção de recuperação e do Bem-viver

Já Maxwell Jones (1953), o fundador da Comunidade Terapêutica moderna, afirmava que toda a aprendizagem ocorre por meio de interações, experiências e papéis sociais. A noção de “*recuperação*” de dependências químicas e do bem-estar estão fortemente associados à mudança de estilos de vida e de identidade que ocorrem em Comunidade Terapêutica. Muitas vezes é utilizado este termo “*recuperação*”, sem nunca bem se reflectir sobre o mesmo. “*Recuperar*” significa voltar, retornar a um estado anterior. Neste caso concreto, significa voltar a um estado de bem-estar físico, psicológico e mental anterior ao início dos consumos de substâncias. Parte do pressuposto que houve um bem-estar anterior ao início dos consumos de substâncias e ao qual se pretende voltar. Nesta terminologia está implícita a noção de “*reabilitação*” (ver Leon, 2003, p. 72), que significa “*reaprendizagem ou restabelecimento da capacidade de manter um estilo de vida positivo, bem como a recuperação da saúde física e emocional*” (ibidem). Esta noção encontra-se bem delimitada das noções de “*maturing-out*” e da “*remissão espontânea*” (ver cap. 1.2), visto exigirem um trabalho individual e colectivo em Comunidade Terapêutica. Igualmente esta noção de recuperação vai bem mais longe e é mais abrangente do que o conceito de “*abstinência*”, que implica somente uma paragem de consumo de substâncias, visto implicar mudanças mais significativas ao nível do estilo de vida. Em muitas outras situações, não se poderá falar em “*recuperação*”, visto muitos consumidores terem iniciado os seus consumos numa fase muito pouco desenvolvida da sua personalidade, em idade precoce e pouco madura. Neste caso, recuperação representa uma nova construção identitária vasta e abrangente e que tem múltiplas facetas (ver Sommer, 2004).

A noção do bem-viver é uma noção que implica toda uma postura em Comunidade Terapêutica e que inclui um conjunto de condições, valores e de crenças partilhados por todos os membros da Comunidade Terapêutica e que tornam a vida na Comunidade Terapêutica não só viável, mas igualmente representativos de um modo de vida mais amplo da sociedade na qual cada Comunidade Terapêutica se encontra enquadrada. Constituem de certa forma uma “*ideologia de vida pessoal e social saudável*” (Leon, 2003, p.80) o que significa, segundo Leon, entre outros, os residentes respeitarem as regras da comunidade, o compromisso de não usar drogas, os residentes participarem nas tarefas diárias, nas reuniões de grupo e outras dentro da Comunidade Terapêutica, de os residentes cumprirem as obrigações e tarefas que lhes foram delegadas, de os residentes participarem activamente na manutenção do seu espaço em limpeza, de os residentes se esforçarem em manter os níveis de sociabilidade elevados, de terem boas maneiras e de respeitarem os outros residentes da casa. Para conseguirem alcançar estes objectivos, é necessário uma interiorização dos valores de honestidade, de boa-vontade e de atenciosidade, acoplado a uma ética de trabalho e dedicação dirigida aos outros membros da

comunidade. Esta vivência contrasta substancialmente com o estilo de vida que muitos tiveram antes de entrarem em Comunidade Terapêutica e com o estilo de vida de consumidor activo e daí a estada em Comunidade Terapêutica ser uma oportunidade para novas vivências e experiências. Os ensinamentos deste estilo de vida advêm de várias fontes, alguns já com vários milhares de anos, (ver capítulo das origens das Comunidades Terapêuticas), e que poderão ser encontrados na Bíblia, na religião budista, na filosofia dos AA, na filosofia humanista, no existencialismo, etc.

### **1.7 A Comunidade como método: aprendizagem e cultura na vivência em Comunidade**

No seguimento do que temos vindo a descrever, apercebemo-nos que um dos elementos mais importantes da abordagem da Comunidade Terapêutica é a noção de “comunidade”. Esta noção não representa somente uma realidade social, mas acaba por ser igualmente um método de abordagem e que se assemelha à maioria das outras comunidades que encontramos na sociedade, como p. ex. os bairros, os hospitais, os clubes de futebol, as clínicas, as escolas, as igrejas, as universidades, as empresas, etc. Todas as comunidades têm a sua própria estrutura organizacional, estrutura de regras e normas implícitas e explícitas, sempre enquadradas nas suas respectivas crenças e culturas. O nível de adesão, o investimento pessoal e a lealdade de cada membro da comunidade em relação à sua comunidade específica determina o grau de sucesso da mesma. Igualmente o grau de inter-relacionamento e interdependência de cada comunidade com as outras existentes em cada cultura, determina o sucesso ou o fracasso não só da coesão social geral, mas igualmente da construção identitária individual. Assim, a Comunidade Terapêutica na área das dependências químicas utiliza a comunidade como método para atingir o fim da mudança individual no sentido de cada membro modificar a sua relação com a(s) substância(s) para modificar o seu estilo de vida e adquirir um estilo de vida mais saudável, preferencialmente sem recurso ao consumo de substâncias. 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.

Igualmente, refere-se a noção do método às estratégias, procedimentos e técnicas aplicadas e utilizadas para atingir o fim desejado, podendo estes pontos serem agrupados de forma a descreverem o “modelo” utilizado por cada Comunidade Terapêutica. Assim, em cada Comunidade Terapêutica os papéis de todos os residentes estão bem definidos (responsável do grupo, divisão de tarefas da casa, etc.), os relacionamentos entre todos os membros da Comunidade Terapêutica são bem explicitados a todos os membros (relacionamentos entre residentes, entre residentes e equipa terapêutica, etc.), a tipologia da

aprendizagem colectiva encontra-se clarificada (grupos terapêuticos, grupos comunitários, etc.), cada Comunidade Terapêutica tem a sua própria linguagem e cultura, os sistemas de privilégios, recompensas e castigos encontram-se bem formalizados e publicados, os canais de comunicação encontram-se bem definidos e o equilíbrio entre o individual e o colectivo bem clarificado.



## A Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe

### 2.1 A realidade em Cabo Verde

Com o ano de 1996 iniciou-se uma nova fase no que diz respeito a uma política para a área da toxicodependência em Cabo Verde. Nesse ano foi criada a CCCD - Comissão de Coordenação e Combate à Droga, uma comissão interministerial (Ministério da Justiça, Administração Interna, Educação, Saúde, Finanças, Negócios Estrangeiros e Defesa) e com representantes dos Tribunais, da Polícia Nacional, do Instituto Caboverdiano da Criança e do Adolescente, dos Municípios, da Cruz-Vermelha e das diferentes representações religiosas em Cabo Verde, no âmbito do Ministério da Justiça e que ficara com a responsabilidade de elaborar uma política de intervenção nesta área específica com vista à redução da procura e da oferta de substâncias ilícitas no país e de executar o “Programa Nacional de Luta Contra a Droga”, programa elaborado pelo Governo de Cabo Verde para fazer face a um flagelo em grande desenvolvimento em todas as ilhas. Com a nomeação da Dra. Cristina Andrade para Secretária Executiva da CCCD, uma psicóloga clínica licenciada em 1996 pela Universidade de Coimbra, Portugal, e com experiência nas estruturas portuguesas de atendimento a toxicodependentes (os CAT - Centro de Atendimentos a Toxicodependentes) na mesma cidade onde estudou, começou uma nova dinâmica que modificou a sociedade caboverdiana e que, ainda até hoje, deixou as suas marcas. Antes de ser nomeada para este cargo de responsabilidade, a Dra. Andrade, em conjunto com o Dr. Manuel Faustino, Psiquiatra do Hospital da cidade da Praia, criaram um programa de atendimento ao toxicodependente neste mesmo hospital, e intervinha na comunidade, através da realização de conferências de sensibilização nas escolas, na televisão, etc. Nessa altura, os doentes toxicodependentes eram atendidos pelo Serviço de Psiquiatria no Hospital Central da Praia, tendo este poucas condições e estando estes doentes desenquadrados e juntamente com uma população hospitalar com a qual pouco ou nada tinha em comum e que pouco contribuía para o seu desenvolvimento.

Uma das primeiras tarefas da recém empossada secretária executiva foi o encontrar financiamento para a execução das questões prioritárias do PNLCD (Programa Nacional de Luta Contra a Droga), entre outras para a área do tratamento. Dentro desta área a construção de uma Comunidade Terapêutica capaz de receber esta população em instalações próprias e com um programa próprio e



*A primeira Secretária-Executiva da CCDD, Dra. Cristina Andrade, hoje no Escritório Contra Drogas e Crime das Nações Unidas, na Cidade da Praia, Cabo Verde.*

especializado, era uma das prioridades e fazia parte do eixo prioritário de “melhoria das condições de tratamento dos Toxicodependentes em Cabo Verde”. A Cooperação do Grão-Ducado do Luxemburgo manifestou o seu interesse em financiar, tendo este financiamento sido aprovado no ano de 2001.

De realçar fica, deste período, a apropriação deste projecto pelas autoridades nacionais (em especial do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde) e o forte empenho pessoal, desde a primeira hora, dos seus respectivos ministros, em especial da ministra da Justiça da altura, a Dra. Cristina Fontes, que tendo feito deste projecto quase um projecto de natureza pessoal, conseguiu ultrapassar um conjunto de dificuldades e permitir as bases do sucesso deste projecto, sua executabilidade num país em que as coisas nem sempre são fáceis de modificar, negociando orçamentos e disponibilidade de outros ministérios para a boa execução desta Comunidade Terapêutica.

Assim nasceu, numa antiga instituição construída pelos antigos colonizadores portugueses, entretanto abandonada, e situada nos arredores da cidade da Praia, a caminho do norte da Ilha de Santiago, em São Filipe, a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe (CTGSF).

Estas instalações foram sujeitas a obras de remodelação de grande envergadura e foi seleccionado um conjunto de profissionais que receberam formação clínica e terapêutica especializada, em Portugal, dentro da área do tratamento em Comunidades Terapêuticas.

Paralelamente foram igualmente formados outros profissionais que receberam formação de formadores e dentro da área da toxicodependência não-clínica, em Portugal, profissionais denominados como “agentes comunitários”, que realizaram um conjunto de acções de sensibilização em todas as ilhas de Cabo Verde e dentro de todas as comunidades locais, a fim de informar e de sensibilizar a população e outros profissionais (professores, profissionais dos centros de saúde, denominadas delegacias de saúde, polícias, outros líderes comunitários, etc.) para a iminente abertura de uma Comunidade Terapêutica na cidade da Praia e que estava destinada a intervir especificamente dentro desta nova área de intervenção em Cabo Verde. Devido à insularidade e dispersão da população por 9 ilhas, e devido às dificuldades de deslocação inter-ilhas, foi importante desenvolver-se esta sensibilização inicial.

A Comunidade Terapêutica abriu as suas portas em Julho de 2005, tendo recebido o seu primeiro residente em Outubro de 2005.



*Vista parcial da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, situada no bairro de S. Filipe, nos arredores a norte da Cidade da Praia, Cabo Verde.*



*Vista parcial da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, situada no bairro de S. Filipe, nos arredores a norte da Cidade da Praia, Cabo Verde.*

## 2.2 O ambiente físico da Comunidade Terapêutica

O ambiente físico da Comunidade Terapêutica varia segundo o modelo e programa que se propõe ter. Tanto se podem localizar em meios urbanos, visando uma maior proximidade com a cidade, seu movimento social, oportunidades de facilidade de acesso e mobilidade dos seus residentes, como em meio sub-urbano ou em meios rurais, privilegiando a distância da cidade, os privilégios do campo, muitas com ampla natureza em redor, promovendo o silêncio, a calma, a introspecção e o afastamento do *stress* do quotidiano. No entanto, alguma proximidade do meio urbano é sempre desejável, a fim de não só promover um aproximamento dos residentes deste meio em fase avançada do seu tratamento, a fim de preparar a reintegração social e familiar e de frequentar os grupos de auto-ajuda existentes na comunidade, mas igualmente por ser um local de alguma facilidade de acesso para os familiares dos residentes e outros profissionais que visitam as instalações.

De uma maneira geral, as Comunidades Terapêuticas têm um forte cuidado em manter uma imagem física e social impecável, promovendo uma imagem de um lar representante de um novo modo de vida exemplar para a comunidade mais ampla, assim contrariando a imagem da toxicodependência como desviância e marginalidade.





*Vista parcial da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, situada no bairro de S. Filipe, nos arredores a norte da Cidade da Praia, Cabo Verde.*

Na CTGSF, visto ser a primeira Comunidade Terapêutica em Cabo Verde e ter as vertentes terapêuticas e vocacionais, optou-se por uma unidade fora do centro da cidade, mas com alguma facilidade de acesso ao centro da cidade da Praia, a fim de se tornar relativamente acessível para os familiares e outros profissionais, e não muito longe do aeroporto, visto muitos dos residentes virem das outras ilhas, de avião. Visto ter sido uma antiga instituição para menores cabo-verdianos durante o tempo da colonização e tendo sido sucessivamente abandonada com a independência de Cabo Verde em 1975, encontrámos no ano de 2001 uma instituição com um terreno amplo de vários hectares, parcialmente murado e parcialmente ocupado por serviços camarários como mata-douro municipal, com vários pavilhões algo degradados e com deficiências técnicas e estruturais e em estado avançado de degradação, mas com uma riqueza muito estimada na ilha de Santiago, uma fonte de água própria dentro do terreno, permitindo a autonomia deste recurso muito valioso nesta ilha.

Depois de obras completas de remodelação, encontramos hoje um conjunto de pavilhões modernos, remodelados e totalmente electrificados, uma cozinha completamente equipada, dormitórios confortáveis e modernos, instalações sanitárias modernas, uma unidade médica e de enfermagem independente,

moderna e bem equipada, uma fábrica de desidratação de bananas, um pavilhão/oficina para artes decorativas, um conjunto de terrenos para cultivo de árvores de fruto e de horticultura, um campo de des-portos múltiplos e um ginásio.

O acesso é controlado por um guarda e o ambiente é semi-fechado e de acesso restrito. A segurança nocturna é garantida por um guarda-nocturno, não sendo controlados por agentes da autoridade ou polícias, sendo a segurança nocturna garantida por este guarda, um técnico que está sempre de serviço e os próprios residentes que zelam pela segurança de sua própria casa.



*Vista parcial da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, situada no bairro de S. Filipe, nos arredores a norte da Cidade da Praia, Cabo Verde.*

Dentro da casa, os espaços são geridos com cuidado, querendo dar um sentido de lar para os residentes, conforto e segurança que advém desta noção. Há várias salas que se destinam às múltiplas funções do quotidiano, tais como terapias de grupo, salas de reunião, salas de leitura, salas para o *staff*, salas para terapias individuais, salas para a administração, etc. À noite, os residentes têm espaços largos de lazer e de desporto, como terão na vida real depois do tratamento, podendo usufruir de televisão, de filmes, de jogos, de leitura na biblioteca, etc. Nos dormitórios, nos quais os residentes normalmente só se encontram à noite para dormirem, reina a funcionalidade prática e o pragmatismo.

Em Comunidade Terapêutica não existem quartos individuais, querendo promover-se o espírito comunitário e de inter-ajuda com os outros residentes. A divisão do género é imperativa em Comunidade Terapêutica, promovendo-se nos dormitórios a separação dos homens e das mulheres, no entanto a diversidade cultural e racial-étnica é promovida (ver DeLeon, Melnick, Schoket e Jainchill, 1993). Em relação à decoração, as Comunidades Terapêuticas buscam transformar activamente o seu interior no sentido de serem considerados um ambiente terapêutico e pedagógico, exibindo cartazes educativos, muitos com lemas e chavões produzidos por grupos de auto-ajuda existentes no exterior, e que reiteram os temas básicos do tratamento da toxicodependência e que estimulam a reflexão entre residentes e também uma introspecção individual e interior, muitos revelando o programa e a filosofia do tratamento em vigor. Muitas vezes é exibido artesanato produzido pelos residentes, textos escritos pelos residentes, cartas de ex-residentes e familiares, etc.



*Vista parcial da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, situada no bairro de S. Filipe, nos arredores a norte da Cidade da Praia, Cabo Verde.*



*Alguns colaboradores da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, neste caso, da equipa técnica.*

### 2.3 O Programa de Tratamento da Comunidade Terapêutica

O Programa de tratamento da Comunidade Terapêutica é um programa de cariz misto e entretanto bem adaptado e afinado à cultura cabo-verdiana. Originalmente e aquando da sua abertura, a primeira equipa técnica recebeu formação em Portugal dentro do Modelo denominado de “Minnesota”, inspirado nos 12 passos de Alcoólicos e Narcóticos Anónimos, e aperfeiçoado nos anos de 1960 por “Hazelden” em Center City, no Estado Americano de Minnesota, e que foi, durante décadas, o Modelo de referência internacional. Apesar da predominância inicial nos países anglo-americanos e anglo-saxónicos, vários países europeus e outros pelo mundo fora, adoptaram este modelo, baseado na abstinência total, visto ter uma forte componente de ajuda no pós-tratamento, através dos grupos de auto-ajuda dos Alcoólicos e Narcóticos Anónimos e que existem espalhados em quase todos os países do mundo e com sucesso internacionalmente reconhecido e aceite pela comunidade profissional. A equipa inicial criou um modelo misto, interligando o Modelo de Minnesota, de curta duração e sem fases de tratamento, com os modelos de duração média, dotando a CTGSF de um modelo com uma estada de 9 meses, divididos em 4 fases. Houve a preocupação de dotar Cabo Verde com um modelo no

qual se conseguisse dar resposta não só à problemática terapêutica, mas igualmente à realidade social, sócio-geográfica e sócio-profissional.

## 2.4 Os funcionários em Comunidade Terapêutica

Os funcionários nas Comunidades Terapêuticas contemporâneas representam bem a complexidade deste tipo de estruturas nas sociedades modernas. Assim, o corpo profissional de uma Comunidade Terapêutica é composto por um conjunto de pessoas que varia desde a área técnico-profissional mais restrita, à intervenção comunitária mais geral, passando por professores, polícias, médicos, outros profissionais clínicos, associações que realizam trabalho de rua, agências governamentais, juizes, líderes espirituais, benfeitores gerais, políticos, etc. Uns estão mais e outros menos directamente ligados aos residentes da casa, no entanto esta área da toxicodependência é uma área, como já tivemos a oportunidade de mencionar, de cariz bio-psico-social e na qual se cruzam, como é pouco visto noutros domínios, um conjunto de estruturas e organizações mais vastas, existentes na sociedade.

Mas, de seguida, vamo-nos concentrar no corpo profissional *strictu sensu* e que está directamente envolvido no dia-a-dia do funcionamento da Comunidade Terapêutica. Todos os funcionários, além de terem o seu papel específico para o qual foram contratados para a Comunidade Terapêutica, têm um papel alargado muito importante e que os diferencia dos colegas de profissão, isto devido ao papel pedagógico especial que também lhes é atribuído e para o qual precisam igualmente de ter vocação.

Distinguem-se 2 grandes áreas profissionais na Comunidade Terapêutica moderna: uma é a área clínico-técnica e a outra é a área não-clínico-técnica. Dentro da área clínico-técnica incluem-se os médicos, os profissionais de enfermagem, os profissionais da área da psicologia, do aconselhamento e os monitores. Isto é, incluem-se neste grupo todos os profissionais que têm responsabilidade directa dos residentes da casa, supervisionam o desenvolvimento individual de cada residente, fazem a ligação com a família, realizam os grupos terapêuticos e as sessões de aconselhamento individual. Guiam os residentes ao longo do seu processo na Comunidade Terapêutica, desde a entrada até à alta clínica e terapêutica. Dinamizam as actividades de lazer, extra-curriculares e outros eventos sociais dentro da Comunidade Terapêutica.

Dentro da área não-clínico-técnica temos o pessoal de apoio administrativo, de secretariado, da manutenção, da cozinha, da limpeza, da manutenção e da segurança. Isto é, inclui todos os profissionais que estão indirectamente ligados à Comunidade Terapêutica e que não têm uma responsabilidade clínica directa com os residentes. No entanto ambos os grupos têm muitas coisas em comum e segundo DeLeon (2003, p. 179):



- a) acabam por *“todos os membros do corpo de funcionários serem modelos de comportamento e que dão exemplos de expectativas de comportamento relativas ao vestuário, aos hábitos de trabalho diário, à comunicação inter-pessoal, às atitudes positivas, à disposição emocional, à auto-gestão emocional, ao respeito pelas regras das instalações e à vivência directa dos valores do bem viver (sobriedade, honestidade, receptividade, auto-revelação, atenção responsável, ética do trabalho, etc.)”* (ibidem), sendo que também todos os funcionários são;
- b) *“observadores do ambiente social, físico e psicológico da Comunidade Terapêutica, percebendo quaisquer incidentes, atitudes de residentes ou infracções de comportamento, bem como a limpeza e a ordem da casa e o moral geral”* (ibidem), sendo que *“os atentos dados que fornecem contribuem para manter a autenticidade e a saúde da comunidade de auto-ajuda”* (ibidem);
- c) Igualmente, é da expectativa organizacional *“que todos os membros do corpo de funcionários sirvam de professores, membros de seminários, mentores e tutores”* (ibidem), tendo funções de treino de todos os residentes assim como dos outros funcionários. Sendo que, de um ponto de vista formal, *“eles ensinam baseando-se na sua especialidade profissional, mas no entanto e informalmente ensinam a autenticidade e o bem viver por meio de seu exemplo pessoal de optimismo, humildade, entusiasmo, vulnerabilidade, curiosidade intelectual e auto-exame”* (ibidem);
- d) Fazem também todos parte de um *“sistema de autoridade racional, no qual se espera que todos forneçam informações sobre residentes individuais e sobre a comunidade em reuniões de equipa ou por meio da comunicação directa com a direcção clínica”* (ibidem), sendo que estas contribuições *“aprimoram a validade do processo de decisão, concretizada pelo uso de informações ou dados vindos de múltiplos observadores. Cada membro do corpo de funcionários compreende a perspectiva da Comunidade Terapêutica e a comunidade como método”* (ibidem). (ver capítulo 1.7.) Assim sendo, é importante os residentes aperceberem-se que todos os funcionários são membros de um *“sistema de autoridade coerente e racional, sendo que esta percepção é uma percepção fundamental, pois apresenta todo o corpo como uma família unida no tocante a decisões que envolvam autoridade”* (ibidem);
- e) Igualmente, é importante realçar que todos os membros do corpo de funcionários têm uma *“função clínica peculiar na Comunidade Terapêutica”* (ibidem). Isto quer dizer que na qualidade de membros da Comunidade Terapêutica compreendem que todo o ambiente da Comunidade Terapêutica tem carácter terapêutico e que o objectivo implícito de todas as actividades dentro das instalações está voltado para o objectivo de promover o crescimento pessoal dos residentes da casa, p. ex. *“o desempenho dos residentes no trabalho, na sala de aula ou na enfermaria tem de ser considerado de uma perspectiva clínica”* (ibidem), sendo que se espera de todos os funcionários que *“observem e identifiquem problemas de comportamento, de atitudes e emocionais, que escutem queixas e comentários dos residentes, estimulem e dêem apoio aos residentes no processo e usem as vias de comunicação para transmitir observações clínicas aos responsáveis directos pelo tratamento”* (ibidem).





*Entrada para as oficinas ocupacionais da CTGSF, denominadas "Ateliers"*



Assim, como pudemos verificar, o papel dos funcionários de uma Comunidade Terapêutica é um papel bem definido e exigente no que diz respeito à multiplicidade de funções associadas e esperadas e que vão, de uma maneira geral, bem mais longe do que o formalmente exigido. Todos os funcionários estão inter-relacionados e interdependentes na boa execução das suas tarefas, tendo toda uma função de facilitadores, de conselheiros-pedagogos, de gestores e de figura de autoridade.



*Vista da horta da CTGSF. Esta horta, parcialmente mantida pelos residentes, tem irrigação gota-a-gota e permite abastecer a CTGSF em alguns bens essenciais.*

## 2.5 O trabalho na Comunidade Terapêutica: a terapia ocupacional e comunitária

De uma maneira geral, o trabalho na Comunidade Terapêutica envolve duas dimensões fundamentais: a primeira como terapia dentro da Comunidade Terapêutica e a segunda como educação e treino vocacional e de preparação para o mundo exterior, estando ambas interligadas.

Na primeira noção, é importante o residente envolver-se construtivamente no quotidiano do programa terapêutico, assumindo funções tais como ser líder do grupo de residentes, monitor, assumir responsabilidades por tarefas e sec-



*Vista do interior dos "ateliers".*

tores da casa, como por exemplo na cozinha, nos dormitórios, no jardim, etc. Estas funções podem advir com o decorrer do tratamento e estão normalmente relacionadas com recompensas por parte da equipa técnica pelo desenvolvimento positivo do respectivo residente. Permitem ao residente assumir maior nível de responsabilidades dentro da casa e perante o seu grupo de iguais, servindo ultimamente não só a auto-terapia, mas igualmente uma função de modelagem positiva perante os outros elementos, em especial dos mais recentes e novos na casa.

Na segunda noção, e tendo em conta a conhecida e bem documentada genérica baixa qualificação da população toxicodependente em geral, interligada em Cabo Verde com a fraca profissionalização geral da população cabo-verdiana e o elevado nível de desemprego e sub-emprego observável neste país, um dos aspectos cruciais na CTGSF foi desde o início deste projecto, dotar os residentes com competências ocupacionais e socio-profissionais, que lhes possa permitir adquirir algumas ferramentas vocacionais no caminho da autonomia social e profissional após o seu tratamento.

As seguintes características, distribuídas por diversos níveis, permitem, segundo Leon (2003, p. 151) ser treinadas por estas duas estratégias terapêuticas interligadas e complementares dentro da Comunidade Terapêutica:

- a) Nível dos **hábitos pessoais**: permite ao residente treinar a sua pontualidade, o seu modo de vestir, treinar a gestão do tempo, o estabelecimento de tarefas, etc.
- b) Nível dos **hábitos de trabalho**: permite ao residente treinar a responsabilidade perante si mesmo e perante os outros, treinar a persistência, adquirir capacidades, pouco desenvolvidas, de resolução de problemas, gestão de conflitos, gestão de pessoas e sistemas, etc.
- c) Nível das **relações de trabalho**: gerir o comportamento rebelde e anti-social, lidar construtivamente com a autoridade, cooperação e competição com colegas de trabalho, aceitação da supervisão, de elogios e de críticas, elogiar e criticar os outros colegas dentro de um quadro terapêutico e construtivo, desenvolver capacidades interpessoais e de comunicação, treinar a assertividade, agressividade e a passividade, etc.
- d) Nível da **auto-gestão**: adquirir tolerância e capacidades de lidar com desaprovação e críticas e de não ser desejado por superiores e subordinados, gerir a tolerância da frustração, do adiamento de satisfações e de recompensas imediatas, lidar com tensões e exigências vinculadas com o trabalho, por exemplo, promoções, rebaixamentos e mudanças estruturais, etc.
- e) Nível dos **valores de trabalho**: aprender uma ética do trabalho, aprender a auto-confiança, a excelência, o orgulho e a consciência do próprio desempenho, adquirir um compromisso com o trabalho, maximizar os esforços, ser humilde, etc.



Vista do interior dos "ateliers".



*Vista do interior dos "ateliers"*

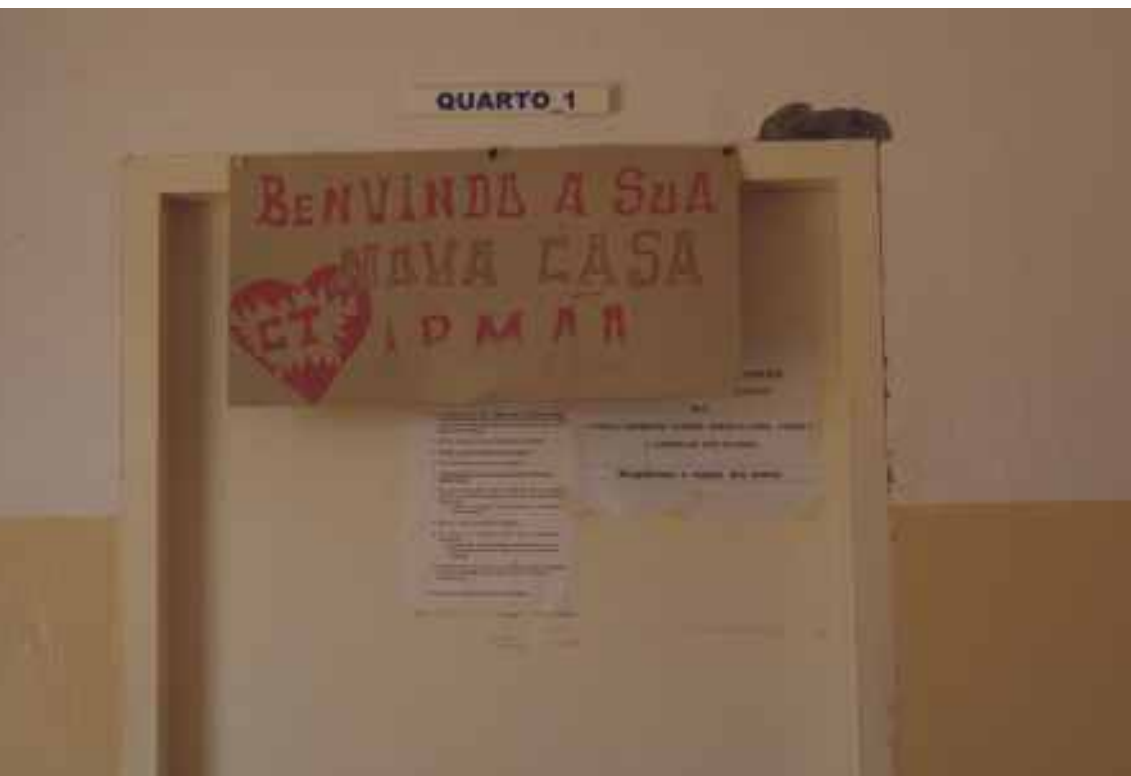


## 2.6 Os co-residentes e o companheirismo em Comunidade Terapêutica

O papel dos co-residentes em Comunidade Terapêutica revela-se de uma grande importância, visto terem um papel decisivo não só na mudança individual de todos residentes, como igualmente no bom funcionamento e na sobrevivência da própria Comunidade Terapêutica. Os residentes são aqueles que, apesar de apenas temporariamente, vivem e constroem a Comunidade Terapêutica no seu quotidiano e assim são os que fazem com que a Comunidade Terapêutica consiga ser uma estrutura que atinja os seus fins terapêuticos, propostos ou não. O *input* diário de cada um, a valorização individual e colectiva do tratamento, a aceitação dos programas diários propostos, a conotação positiva com o dia-a-dia, a aceitação da equipa terapêutica, da simbolização do tratamento e de todas as decisões tomadas, têm uma importância determinante não só para o sucesso terapêutico individual e colectivo mas igualmente para a sobrevivência da estrutura da Comunidade Terapêutica. De um modo geral, todas as relações entre residentes precisam de reforçar as normas, as crenças e os valores da Comunidade Terapêutica e do programa de tratamento que pretende vincular. A capacidade de viver com os outros companheiros e de se



*O interior de um dos 3 quartos dos residentes da CTGSF, neste caso do quarto dos homens. De realçar fica a importância de em CT não existirem quartos individuais, visto se privilegiar a vivência em grupo.*



*Mensagem escrita pelos residentes à porta de um dos quartos.*

conseguir viver construtivamente na Comunidade Terapêutica pretende representar a capacitação individual de se conseguir viver no mundo exterior e na sociedade em geral após o tratamento, a vivência na Comunidade Terapêutica representa um “ensaio” construtivo para a vida depois da alta terapêutica. Como na restante sociedade, existem hierarquias entre os residentes, hierarquias estas que estão dependentes de um conjunto de factores, tais como progresso no tratamento, aceitação pela equipa terapêutica e pelos outros residentes, *insight* terapêutico, capacidade de se viver em grupo, capacidades de inter- e entre-ajuda, capacidade de mudança psicológica individual e nível de integração na sociedade mais ampla.

Da psicologia do desenvolvimento sabemos, ao nível dos processos de socialização para uma carreira de toxicodependente, da importância determinante dos companheiros e do fenómeno do grupo e dos pares para a inicialização (ver, entre outros, Szasz, 1994, Escotado, 2004) e permanência nos consumos e nos comportamentos desviantes no sentido mais lato (ver, entre outros, Born, 2005). Devido à marginalidade social dos comportamentos de consumo, desde a inicialização à dependência, os companheiros de consumo e o meio ambiente de consumo, são os principais factores de reforço e manutenção da carreira do

toxicodependente (ver Sommer, 2004). Transpondo para a realidade da Comunidade Terapêutica, o que se observa neste tipo de estrutura é que a importância que cada residente dá ao companheiro da Comunidade Terapêutica é muito forte e decisivo na mudança e no sucesso do tratamento individual de cada um. Os vínculos antigos de consumo com os companheiros precisam de ser substituídos por novos vínculos construtivos e relações novas que reforçam um novo estilo de vida baseado numa vida sem consumos e com novos hábitos de viver em comunidade. As novas crenças, os novos valores e as novas atitudes são passadas de residente em residente, normalmente dos mais antigos da casa para os mais novos e recém chegados. Muitas vezes, os companheiros são os mesmos, no entanto os comportamentos e as atitudes são diferentes, revelando novos modos de vida. A função do “grupo” no seu todo reforça esta mudança individual.



*Vista do campo gimnodesportivo e do ginásio.*

Igualmente, existem, à semelhança do corpo dos funcionários, papéis funcionais distribuídos aos vários residentes da casa. São papéis que visam reforçar a confiança e a aceitação do residente da parte da equipa técnica como autoridade, mas igualmente visam servir de modelagem para os outros compa-

nheiros. Existem papéis de trabalho (por exemplo, responsável dos quartos, da cozinha, das oficinas, líder do grupo, etc.), papéis de tutoria (por exemplo, cuidar de um recém chegado, de alguém que está doente, de acompanhar alguém numa saída ao exterior, etc.) e papéis de aprendizes (por exemplo quando se chega a tratamento, quando se muda de fases, quando se assumem novas funções, etc.).

Assim, a importância dos companheiros na Comunidade Terapêutica é uma variante determinante não só no sucesso do tratamento individual e colectivo, mas igualmente para a sobrevivência da própria Comunidade Terapêutica, visto que um grupo de residentes disfuncional, guardador de segredos e com hábitos de comportamento delinquente e desviante desvirtua o objectivo da Comunidade Terapêutica e reproduz a vivência de “gang” existente no exterior e durante a fase activa de consumos. A modelagem e a aprendizagem social são as características dominantes da divulgação de um novo modo de vida baseado na abstinência de substâncias, mas igualmente de como viver em sociedade e em grupo. O sucesso da Comunidade Terapêutica de promover este modo de vida e de transmitir novas crenças e valores, valoriza-a como organização social capaz de atingir os objectivos propostos, de uma forma terapêutica e construtiva.

## 2.7 A importância dos relacionamentos em Comunidade Terapêutica

Na sequência do capítulo anterior, é importante falar-se da importância do inter-relacionamento pessoal entre os residentes da Comunidade Terapêutica. Devido à proximidade física e emocional de todos os residentes da casa, a gestão destes relacionamentos representa um desafio para a estrutura. Aqui refere-se não só aos relacionamentos entre os dois sexos, visto a maioria das Comunidades Terapêuticas, hoje em dia, ser mista, mas igualmente à gestão da proximidade e da intimidade interpessoal entre os residentes, devido ao histórico difícil e por vezes problemático de gestão destes relacionamentos interpessoais em geral.

É conhecido pela literatura que uma grande parte dos relacionamentos dos residentes em Comunidade Terapêutica foram marcados pela desconfiança, por rejeições, pela co-dependência, pela exploração física e sexual, por maus-tratos físicos, pela violência, por negligência e por maus-tratos psicológicos e emocionais. Muitas destas experiências advieram de vivências na infância e na adolescência, outros na vida adulta. A capacidade de gerirem relações de uma forma adulta e responsável encontra-se sub-desenvolvida e, justamente, é uma das grandes aprendizagens durante a estada na Comunidade Terapêutica.

Igualmente, muitos dependentes químicos adquiriram, ao longo dos seus processos de consumo, comportamentos delinquentes e desviantes relacionados com a aquisição e consumo de substâncias (roubo, extorsão, burlas, exploração sexual, prostituição, tráfico, etc.). Estes comportamentos e atitudes associados a uma vida de rua e de consumo estiveram presentes, muitas vezes,





*A biblioteca na CTGSF. A ida à biblioteca é parte integrante do tratamento em CT.*

durante vários anos de vida dos residentes. Apesar da vontade de mudança destes comportamentos em Comunidade Terapêutica, estes encontram-se muitas vezes muito enraizados e difíceis de mudar, caracterizando a personalidade e predominando o indivíduo. Representam um desafio permanente de gestão para todos os residentes e a para todos os profissionais da Comunidade Terapêutica.

Visto a maioria das Comunidades Terapêuticas ser mista, a vivência entre os dois sexos revela-se igualmente um desafio para a casa. Visto as relações sexuais serem proibidas na maioria das Comunidades Terapêuticas e como a maioria dos residentes teve uma vivência complicada com o triângulo das substâncias, a sexualidade e relacionamentos em geral, estes relacionamentos representa um constante desafio para as Comunidades Terapêuticas.

De uma maneira geral pode-se dizer que os relacionamentos no interior da Comunidade Terapêutica são por vezes complexos, tendo como nota dominante a tendência dos residentes para a irresponsabilidade, para a manipulação, para a exploração e para o abuso relacional de outros residentes. Estas características são justamente as características que os residentes pretendem mudar e se encontram a reorganizar durante a estadia na Comunidade Terapêutica. Assim, na Comunidade Terapêutica, a aprendizagem ao nível dos relacionamentos envolve as seguintes áreas:

- a) (re)aprendizagem de amizades, isto é, de ligações especiais e relacionamentos, de características não-sexuais, baseadas em relações de honestidade, de sinceridade;
- b) (re)aprendizagem de relacionamentos adultos baseados na confiança e respeito mútuo;
- c) (re)aprendizagem de relacionamentos maduros com estabilidade emocional e psicológica permitindo uma longevidade e continuidade no tempo até à data pou-co ou nunca experienciada;
- d) (re)aprendizagem de relacionamentos construtivos com ascendentes ou descendentes (com pais ou filhos) baseados num respeito pela idade e pela especificidade de cada etapa na qual estes ascendentes ou descendentes se encontram.

## 2.8 Os métodos de trabalho da Comunidade Terapêutica: privilégios, sanções, vigilância, segurança, reuniões e grupos terapêuticos e comunitários, a reinserção, o pós-tratamento e a prevenção de recaída

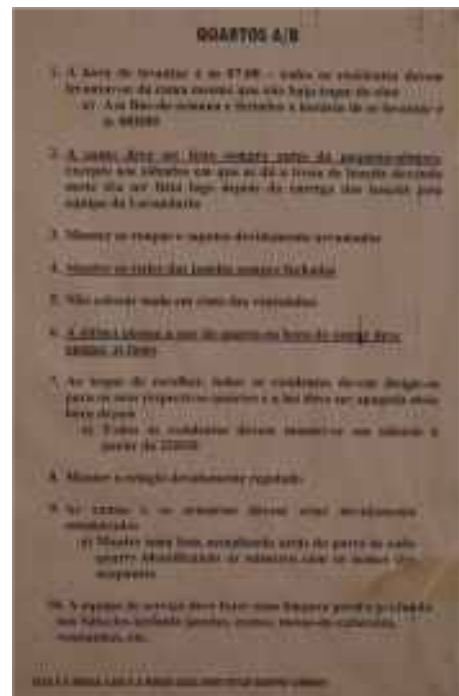
Vamos de seguida olhar para um conjunto de realidades existentes dentro das Comunidades Terapêuticas, actividades estas que estão baseadas em acções, reacções e interacções sociais, assim como interacções interpessoais entre todos os elementos directos e indirectos, presentes na Comunidade Terapêutica e que condicionam, estimulam e facilitam a mudança de estilo de vida e a recuperação de todos os residentes. São realidades que estão presentes e constroem no quotidiano a rotina da casa e assim intervêm na mudança social, psicológica e emocional dos residentes, não só individualmente mas igualmente intervêm no grupo como um todo e como elemento fundamental da mudança. São realidades que são parte integrante do tratamento e da vivência na Comunidade Terapêutica, sem os quais a Comunidade Terapêutica não poderia ser compreendida como estrutura terapêutica que a caracteriza e a diferencia de outras estruturas similares.

### 2.8.1 Os privilégios e sanções dentro da Comunidade Terapêutica

Em primeiro lugar temos a questão dos privilégios e das sanções em Comunidade Terapêutica, que são uma parte importante do sistema de gestão administrativa, clínica e terapêutica. São reforços de ordem comportamental e que visam a manutenção da autoridade racional da estrutura, e que podem ser vistas como *“respostas explícitas da comunidade à maneira como os indivíduos atendem às expectativas da mesma”* (DeLeon, 2003, p. 231). Estas respostas permitem reflectir a aprovação ou a desaprovação construtiva de comportamentos e atitudes dos residentes com respeito à vivência no quotidiano, à aceitação das regras da casa, das expectativas da equipa técnica, do programa terapêutico e da concepção e filosofia de recuperação e do bem-viver da Comunidade Terapêutica. São de cariz profundamente social e pretendem ter carácter terapêutico e pedagógico no sentido de uma mudança positiva de estilo de vida.

Assim, os privilégios, de carácter profundamente simbólico, fomentam uma socialização individual e o crescimento pessoal através do reforço comportamental positivo, pretendem desenvolver um sentimento de auto-eficácia e de auto-confiança do residente da casa, promovendo a melhoria do *status* social do indivíduo na comunidade e perante os companheiros. São um reconhecimento social pelo aumento da autonomia e do progresso no que diz respeito ao afastamento da personalidade caracterizada pelos consumos e aproximação do indivíduo a valores considerados “aceites” pela sociedade geral na qual a Comunidade Terapêutica se encontra enquadrada e pelos seus valores e normas que veicula.

Na prática, distinguem-se privilégios informais e privilégios formais. Os primeiros são de cariz verbal e expressam o reforço verbal e a afirmação verbal por parte dos companheiros e do corpo de funcionários com novos comportamentos e atitudes demonstrados pelo residente. Os privilégios formais têm a ver com recompensas reais e tangíveis que o residente passa a usufruir como membro da Comunidade Terapêutica, tais como prémios de saída de fim-de-semana, saída para ida a reuniões no exterior, visita de famílias, saída para ida às compras da casa, eventos de carácter lúdico, eventos de carácter representativo da Comunidade Terapêutica, etc. São símbolos do novo *status* social de residente considerado “em recuperação” e “no bom caminho” conquistado pelo mesmo e têm um profundo carácter simbólico social. No que diz respeito aos privilégios informais, estes têm carácter de manifestações de apoio e de afirma-



As regras dos quartos de dormir da CTGSF.

ção positiva no sentido da aprovação dos residentes. Normalmente, estes privilégios não resultam em benefícios concretos para os residentes, mas pretendem ser, através da manifestação verbal de comportamentos e atitudes demonstrados pelos residentes, estímulos positivos oferecidos a estes mesmos residentes.

De um ponto de vista clínico, tanto os privilégios formais como os informais têm por base o progresso clínico e terapêutico do residente, visam acompanhar o desenvolvimento pessoal, o desenvolvimento da auto-estima e da auto-confiança do residente à medida que o seu tratamento vai avançando no tempo e no progresso do plano de tratamento proposto e do alcance das várias etapas deste programa de tratamento.

Ao nível das sanções, estas são igualmente divididas entre sanções informais, que normalmente se manifestam através de correctivos e reprimendas verbais, e sanções formais, que normalmente têm forma de sanções disciplinares concretas.

As reprimendas verbais são o principal meio de manifestação de desaprovação, por parte dos companheiros e da equipa terapêutica, de comportamentos e atitudes de residentes que não correspondem às expectativas da Comunidade Terapêutica e do “bom” comportamento como membro do grupo de iguais ou dos pares. No dia-a-dia da Comunidade Terapêutica todos os residentes encontram-se fortemente inseridos em actividades sociais e terapêuticas, encontrando-se assim permanentemente expostos aos outros residentes e à equipa terapêutica, encontrando-se assim em permanente aprendizagem social e de ajuda-mútua. É neste contexto de aprendizagem social que as reprimendas verbais se encontram integradas, permitindo não só a auto-aprendizagem, como igualmente a modelagem dos outros e a coesão do grupo.

As sanções formais são intervenções planeadas pela equipa terapêutica e têm outro peso no sentido de demonstrarem a gravidade e/ou persistência de certos comportamentos ou atitudes considerados reprováveis por parte do residente e que põem em causa a coesão do grupo, as regras da casa e, em certos casos, o bom funcionamento e a estabilidade da própria Comunidade Terapêutica. Alguns destes comportamentos demonstrados pelos residentes podem ter carácter anti-social e revelando comportamentos e/ou atitudes do passado de consumidor, como podem infringir regras fundamentais da Comunidade Terapêutica e assim porem a própria estrutura da Comunidade Terapêutica em causa. O respeito pelas regras é essencial para a manutenção da ordem social, mas também demonstra a aceitação, por parte do residente da Comunidade Terapêutica, da cultura de mudança que ele/ela se encontra a desenvolver (ver Des Jarlais, Knott, Savarese e Bersamin, 1976). Visto este tipo de população ser uma população com características de personalidade anti-social e com distúrbios de conduta de oposição, a aceitação e integração de regras representa muitas vezes um problema/desafio para os mesmo e para a Comunidade Terapêutica, visto esta população ser, muitas vezes, anti-conformista e oposicionista

no que diz respeito às convenções e regras sociais predominantes na sociedade e esta atitude ser uma nota predominante na vivência de consumo no passado.

Devido igualmente à presença em alguns membros da Comunidade Terapêutica de comportamentos delinquentes desde a adolescência e até à entrada na Comunidade Terapêutica (ver. cap. 1.5.3.), a quebra de leis com consequências legais e penais e vivência de estilos de vida marginais e com manifesto carácter delinquente, tem sido uma parte integrante da biografia destes membros, tornando, assim, a supervisão por parte da equipa técnica e de todos os outros membros do *staff* um aspecto essencial da Comunidade Terapêutica. Daí, a elaboração de regras claras e simples na Comunidade Terapêutica, assim como as sanções formais previstas para a quebra destas mesmas regras, serem um aspecto essencial do bom funcionamento da Comunidade Terapêutica e muitas vezes, da sobrevivência da estrutura em si. DeLeon (2003, p. 245) distingue entre regras “essenciais”, regras “básicas” e regras “da casa”, e que representam três níveis distintos para a manutenção da segurança e da saúde comunitária.

### História do casal “D” e “T” ex-residentes da CTGSF

Um dos primeiros residentes da CTGSF foi um homem da cidade da Praia, oriundo do bairro de “Lém Cachorro”, dentro da cidade da Praia, actualmente com 43 anos e com 4 anos de recuperação. Consumidor de cocaína pura fumada há mais de 20 anos e pai de 13 filhos, entre os 2 e os 25 anos de idade, desde há alguns anos tentava sair da sua toxicod dependência. Frequentava o grupo de tratamento em regime ambulatorio “Nova Vida” no Departamento de Psiquiatria do Hospital da Praia, mas mal chegava a casa recaía logo. Tinha uma particularidade, sua mulher e mãe de todos os seus filhos era igualmente consumidora, aliás os dois começaram a viver e a consumir juntos na casa dos 20 anos de idade. Nunca mais se largaram. No final do tratamento dele, ela seguiu-o no tratamento na CTGSF, fez no entanto um percurso um pouco mais atribulado, saiu ao fim de 4 meses em 2006 e fez outro período de tratamento em 2008, de 3 meses. Foi o suficiente, visto encontrar-se em recuperação desde aí até aos dias de hoje. Os dois vivem na mesma casa de sempre, numa zona problemática e de consumo, mas no entanto são claros, que são eles que não querem consumir mais, “é difícil, mas decidi não ir fumar mais e não vou fumar mais”, diz ela. Sente que voltou a ser a mulher que sempre quis ser, uma mulher apaziguada, honesta em casa e boa mãe de família. Dos filhos, felizmente ninguém consome, um deles, o mais velho, encontra-se no Brasil a tirar um curso de contabilidade. Como o pai, de profissão carpinteiro e a trabalhar como guarda-nocturno, a via do trabalho honesto é o caminho desejado. Ambos os pais frequentam hoje em dia os grupos de auto-ajuda de Narcóticos Anónimos que existem na cidade da Praia e um grupo terapêutico coordenado por uma das técnicas da CTGSF. Recuperaram uma vida que não teriam provavelmente recuperado sem a ajuda da CTGSF.

As regras “essenciais”, que incluem proibições como a violência física na Comunidade Terapêutica, ameaças de violência física ou intimidação, proibição de consumos de drogas, álcool, e outras substâncias e muitas vezes relações sexuais e de contactos amorosos entre residentes. A manutenção des-

### E outra história, desta vez de "Paulo J."

Um outro ex-residente, com 32 anos, fez o tratamento completo de 9 meses e teve alta clínica há poucas semanas. Oriundo do interior da ilha de Santiago, bebia álcool desde os 12 anos, com 16 anos começou a fumar padjinha (erva), abandonou a escola com 14 anos, não fez a 6ª classe, começou a roubar dinheiro com colegas que tinham o mesmo estilo de vida, começaram os conflitos com a família, acabou por ir para a tropa aos 18 anos, onde esteve até aos 20 anos, acabou por ser muitas vezes preso por roubo dentro e fora de casa. Como o meio onde vivia é pequeno, era denunciado e levava pauladas da polícia. A bebida de escolha era o grogue, era-lhe fácil ter acesso ao grogue, visto na sua zona ter 4 fábricas desta bebida tipicamente cabo-verdiana. Entretanto, ainda conseguiu integrar profissionalmente a Câmara Municipal, onde esteve até aos 24 anos. Acabou por perder o trabalho, a partir daí foram só biscates e trabalho irregular. Os pais acabaram por expulsá-lo de casa, começou a consumir cocaína aos 28 anos, crack aos 31. Tem 2 filhos e uma mulher, que o abandonaram devido à violência dele. Agora, em recuperação, regressou no final do tratamento à sua vila de origem, e foi bem aceite. Regressou a casa dos pais, quase todas as pessoas conhecidas lhe perdoaram os comportamentos do passado. Hoje em dia sente tristeza pelas pessoas que magoou. Está a ajudar o pai na horta, pediu ajuda ao Presidente da Câmara Municipal para reintegrar os serviços da Câmara, está à espera. Entretanto vê os filhos todos os dias e tem boas relações com a mãe dos mesmos. Sente uma gratidão para com a médica de clínica geral da delegacia de Saúde da sua terra e que o encaminhou para a CTGSF e onde posteriormente recuperou a sua vida.

tas regras por parte do *staff* da Comunidade Terapêutica implica uma tolerância zero, isto é, a quebra destas regras essenciais dá normalmente direito a expulsão directa e não negociável da Comunidade Terapêutica. As regras denominadas de "básicas", que podem incluir proibição de roubos e outras actividades criminosas, destruição de propriedade, etc., são regras que representam comportamentos anti-sociais considerados graves, mas que podem ser tolerados dentro de certos limites e que fazem parte de um conjunto de comportamentos que não ameaçam a sobrevivência da Comunidade Terapêutica, mas que são, no entanto, fortemente sancionados, encontrando-se, contudo, dentro de um espectro tolerável e gerível por parte da equipa terapêutica, de comportamentos problemáticos. As regras denominadas "da casa", nas quais podem estar inseridos comportamentos como saber ouvir sem interromper, o respeito pela pontualidade dos horários, boa aparência, boas maneiras, não emprestar bens a outros residentes, não aceitar presentes sem a aprovação do conselheiro focal, ter atitudes de honestidade e de sinceridade, etc., referem-se a comportamentos marcadamente sociais e que revelam uma socialização adequada às normas, valores e expectativas sociais mais vastas e em vigor na sociedade e cultura na qual se encontra inserida a Comunidade Terapêutica. Revelam os défices de socialização existentes no indivíduo e fazem parte de uma aprendizagem social mais vasta, desenvolvendo aptidões sociais com as quais o ex-toxicodependente se torna um membro útil e produtivo da sociedade. Pretende a aprendizagem de aptidões relacionais essenciais para uma boa integração na sociedade, no local de trabalho, na família, etc.

Existem vários níveis de sanções para responder à quebra destas regras, e que dependem do grau de gravidade. A maioria das sanções visam um aspecto punitivo, mas igualmente pedagógico, no sentido de permitir ao residente que quebrou alguma regra, ter a hipótese de aprender com o seu erro e redimir-se perante o grupo de companheiros e perante a equipa técnica. Muitas vezes a interdição de prazeres lúdicos (por exemplo, ver televisão, fazer jogos, desporto, etc.) durante um certo tempo, a proibição de ida de fim-de-semana a casa, a perda de privilégios já conquistados na Comunidade Terapêutica (deixar de poder fazer certas coisas consideradas vantajosas e passar a fazer outras consideradas menos vantajosas, etc.), perda de *status* conquistados (por exemplo, deixar de ser responsável de oficina e passar a ser de novo um trabalhador normal, deixar de ser líder de grupo, etc.), o adiamento de passagem de fase de tratamento ou mesmo o recuo para uma fase de tratamento anterior, etc. As infracções mais graves podem ter como sanção disciplinar uma suspensão do tratamento e regresso do residente a casa por um período de tempo (por exemplo, de 15 dias e associada a uma obrigatoriedade de abstinência total durante este período, ida diária a grupos de auto-ajuda e telefonemas diários para a Comunidade Terapêutica, escrita de cartas de motivação para demonstrar a vontade de retomar o tratamento, etc.), sanções terapêuticas (por exemplo, ter que participar em todos os grupos terapêuticos, realização de trabalhos escritos específicos, etc.), recuo de fase (por exemplo, para uma fase de início de tratamento, etc.), até à sanção máxima que é a expulsão directa do centro sem pos-

### E mais uma história de recuperação, desta vez "João C."

Outro residente com 33 anos de idade, oriundo da zona de Tirachapéu, da cidade da Praia, uma zona fortemente problemática, com prostituição, tráfico, álcool, etc., começou a consumir álcool e padrinha aos 13 anos, a cheirar cocaína aos 15 anos, abandonou a escola aos 15 anos e no 8º ano, foi trabalhar com o pai na loja dele de comércio geral, começou no entanto a roubar dentro da loja para poder sair com os amigos, começou por volta dessa idade com o consumo de crack, seguiram-se muitos roubos em casa, o pai acabou por expulsá-lo da loja. Foi para a tropa com 17 anos, usou no quartel, acabou por roubar no quartel, foi colocado noutra quartel, quando saiu aos 19 anos da tropa parou de usar. Conseguiu um emprego numa bomba de gasolina. Esteve numa relação com uma rapariga, roubou, mentiu, perdeu o trabalho na bomba de gasolina e perdeu a namorada que foi viver para outro país. Acentuou-se a sua carreira desviante delinquente. Aos 24 anos começou a assaltar pessoas na rua, os pais expulsaram-no de casa, teve problemas graves com a polícia, que no entanto nunca o conseguiu identificar, visto usar gorros e luvas. Foi morar numa "boca de fumo", numa casa de consumo. Sentia-se muito mal, estava muito mal, um dia, aconteceu-lhe um click, foi pedir ajuda aos pais que o encaminharam para a CCCD e posteriormente para a CTGSF. Completou o programa todo, frequenta assiduamente os grupos de Narcóticos Anónimos. Encontra-se a fazer uma formação profissional na área da "protecção civil" na CTGSF, está a viver na casa dos pais na zona de Tirachapéu, vê todos os dias os antigos colegas de consumo, tenta ajudá-los a saírem da droga.





*Exemplos de lembretes de parede e que estão distribuídos pela CTGSF. Permitem reforçar a aprendizagem e cognições relacionadas com a CT e uma vida livre de drogas.*

sibilidade de perdão e reabilitação, sanção esta que é somente aplicada em casos extremos e de último recurso para a equipa terapêutica e normalmente quando se esgotaram todas as outras sanções e os comportamentos anti-sociais persistirem.

Em relação à vivência da sexualidade, existem várias metodologias e tolerâncias em relação à mesma. De uma maneira geral, actos com conotação sexual, como, por exemplo, o *flirt* (aproximação e jogo de cariz sexual), a sedução, a manipulação e relações sexuais propriamente ditas são proibidos nas Comunidades Terapêuticas, visto interferirem com a estabilidade do grupo e representarem formas de desvio do tratamento psicoterapêutico que se pretende na Comunidade Terapêutica e representarem modos de vivência de rua e de promiscuidade sexual existentes durante a fase do consumo de substâncias e estilos de vida associados aos mesmos. No entanto existem Comunidades Terapêuticas que assumem uma vivência da sexualidade por parte dos residentes durante a sua estada na Comunidade Terapêutica, pretendendo que os mesmos aprendam a viver com uma sexualidade saudável, planeada e não-promíscua, providenciando para o efeito máquinas de preservativos, etc., para a livre utilização dos residentes.



## Um testemunho de pais

Louvam a existência da CTGSF. Dizem que esta casa não é só dos residentes, mas também das famílias, e que eles também tiveram de mudar muito de atitude. Comportam-se diferentemente com os filhos, aprenderam acerca do conceito de dependência química, do conceito de doença. Tiveram muita vergonha dos filhos, agora sentem orgulho. Antes agiam em conflito com eles, com raiva, agora tentam dialogar, tentam evitar as palavras desadequadas. Foi muito difícil pôr os filhos na rua, porque também não conseguiam dormir e comer descansadamente. Agora, com a recuperação, voltou a haver acalmia e sossego em casa. Igualmente toda a sociedade e a vizinhança beneficiam da recuperação. Dizem que os grupos de famílias na CTGSF foram importantes e que os técnicos-terapeutas sabiam o que estavam a fazer.

### 2.8.2 As instituições terapêuticas, o tratamento da imagem, a deferência e o bom comportamento<sup>18</sup>

Actualmente, as comunidades terapêuticas parecem ser o lugar, por excelência, para a comunicação e prática dos rituais de deferência e do bom comportamento, essencial para a compreensão de um processo de saída da toxicodependência.

É nas Comunidades Terapêuticas que o dependente procura reposicionar-se socialmente de novo, através da demonstração de condutas e comportamentos que lhe permitam transmitir a sua qualidade de dependente em recuperação e com vontade mudar de estilo de vida. Estas novas condutas permitem comunicar a nova identidade de forma social e que lhe permite conquistar o estatuto de “ex-toxicodependente”. É importante que ele se mostre, perante a sociedade, neste caso representada pelos companheiros e a equipa terapêutica, rendido e deferente. Goffman define em Thompson (1981, p.64) a deferência como um comportamento *“pelo qual é transmitido simbolicamente o reconhecimento do receptor pelo emissor ou o reconhecimento por aquilo que o receptor representa. Estas marcas de rendição representam a oportunidade de como um indivíduo actor pode marcar presença perante um receptor”*.

Assim, a saída da toxicodependência não é somente um processo clínico, mas igualmente um acto profundamente simbólico. Num processo de saída de carreira, a relação do toxicodependente com o seu produto é muitas vezes relegado para segundo plano, tornando-se prioritário que o actor dependente altere socialmente a sua transmissão comunicativa simbólica. Em consequência, estas acções, que representam a saída da toxicodependência, tornam-se um ritual, porquanto permitem ao agente dependente, segundo Thompson (1981, p. 65) *“observar as implicações simbólicas da sua actuação e de planeá-las, quando se encontre perante um objecto que tenha para si um valor especial”*.

<sup>18</sup> Este capítulo foi inspirado em dois capítulos do livro de Sommer (2004), p. 121-123

Este processo de saída da toxicodependência provoca determinadas mudanças no comportamento que não servem só o propósito de melhorar a imagem geral do dependente e de proteger a imagem de terceiros, como também visam prestar honra à sociedade através destas mudanças de comportamento, em particular a indivíduos muito próximos do dependente. Trata-se da capacidade do dependente em recuperação em dar a entender que pode e quer (voltar a) comportar-se bem.

Ao contrário dos comportamentos que demonstram uma deferência e que iniciam uma nova capacidade adquirida pelo actor, as qualidades que levam à caracterização de um indivíduo “bem comportado” não resultam do próprio actor mas sim de terceiros. É importante lembrar que, segundo Goffman (1999, p.86) *“o comportamento contém qualidades que são, na realidade, interpretações de terceiros sobre o comportamento de uma pessoa na interacção social”*. Trata-se de compreender que este bom comportamento não é, em regra, tema, mas que foi tornado um tema contanto que a infracção do código de conduta da sociedade tenha ocorrido, isto é, o bom comportamento só é exigido aos actores quando a sociedade, segundo ainda Goffman (1999, p. 86), *“quer estar segura que (ele/ela) quer continuar a agir, a estar pronto para a comunicação e agirá de tal ordem que os outros possam interagir com ele sem perigo”*.

O trabalho dos rituais de deferência e do bom comportamento nas Comunidades Terapêuticas encontra-se relacionado com a reconversão do estigma do *junkie* que todo o dependente traz socialmente consigo e quando entra na Comunidade Terapêutica. Consequentemente, o trabalho feito nas Comunidades Terapêuticas não se limita ao tratamento socio-médico dos dependentes nem ao tratamento de desintoxicação, mas sim, treina-se nas Comunidades Terapêuticas como o dependente em processo de saída da toxicodependência deverá tratar a sua imagem e como se haverá de reabilitar socialmente, nas palavras de Goffman (1999, p. 100-101) *“o Eu é neste caso um objecto cerimonial, sagrado, o qual tem que ser tratado com cuidado ritual e adequado. Como meio de estabelecimento deste Eu, o indivíduo porta-se adequadamente no contacto com os outros e é tratado com deferência pelos outros. Uma pessoa tem de perceber que o terreno tem de ser preparado para que este jogo sagrado se possa realizar. O meio ambiente tem de garantir que o indivíduo não tenha que pagar um preço demasiado elevado para se comportar bem e que seja tratado com deferência. Práticas comportamentais para a deferência têm de ser institucionalizadas, a fim de dar competências ao indivíduo de poder desenvolver um Eu sagrado e vivo e para ele ter neste jogo uma base adequada”*.

Assim, as instituições terapêuticas de tratamento de toxicodependência estão previstas para garantirem esta base da complementaridade das cerimónias de “bom comportamento” e de “deferência”. Especializam-se em criar uma ponte entre o pisar da ordem cerimonial e a manutenção do código de conduta social. Conforme pudemos ver, por exemplo, no capítulo anterior, as Comunidades Terapêuticas estão organizadas, visto terem instrumentos próprios, de mo-

do a atingirem este objectivo da melhor forma. As instituições com sucesso conseguem transmitir a deferência e o bom comportamento de um modo que é visto, pelos seus residentes em processo de saída, como aceitável.

### 2.8.3 Vigilância e Segurança na perspectiva da Comunidade Terapêutica

As Comunidades Terapêuticas além de serem espaços livres de substâncias, são igualmente espaços relativamente abertos, na qual se pretende que reine um clima de confiança e responsabilidade democrática. No entanto esta responsabilidade e capacidade de vivência deste estilo de vida são fruto de aprendizagem e treino pessoal e colectivo. É fortemente provável que uma parte dos residentes não tenha esta capacidade interiorizada e, antes pelo contrário, viva, devido à sua vivência de rua e associado à sua toxicodependência, um estilo de vida baseado na marginalidade, na manipulação, na mentira e na delinquência. Muitos têm, mesmo estando em Comunidade Terapêutica, vontade de consumir substâncias e relembram-se euforicamente do passado de rua. Daí ser imprescindível um bom sistema de segurança e de vigilância para este tipo de estrutura residencial. No entanto, esta segurança e vigilância encontra-se na Comunidade Terapêutica fortemente associado ao conceito de supervisão e gestão da ordem, e isto no sentido terapêutico, pedagógico e de aprendizagem de novas normas e novos valores.

Os residentes que vivem na Comunidade Terapêutica em regime de comunidade e os funcionários que trabalham nas Comunidades Terapêuticas formam uma aliança conjunta neste sentido da vigilância e segurança comunitária. Existem várias formas de vigilância. Uma delas, que poderá ser denominada, segundo DeLeon (2003, p. 256) de “verificação” ou “inspecção-geral” da casa, consiste numa monitorização da limpeza, da arrumação e da ordem de todos os espaços comuns e particulares da Comunidade Terapêutica. Aqui, alguns funcionários e alguns residentes, especialmente designados para este efeito, percorrem todos os espaços da Comunidade Terapêutica e verificam se estes se encontram limpos, arrumados e asseados, isto é, verificam se as respectivas equipas de residentes responsáveis pela limpeza e arrumação do respectivo espaço, o fizeram ou não. Os resultados esperados são, entre outros, quartos arrumados, camas feitas, as roupas nos armários, casas de banho limpas, chão varrido, cozinha limpa, sala de jantar varrida e limpa, salas de terapia de grupo arrumadas e prontas para receber o próximo grupo, biblioteca arrumada, sala de desporto limpa e arrumada, chão varrido nos pátios comuns, etc. Os residentes da casa alocados a estes serviços alternam-se e revezam-se nestas tarefas. O objectivo é o desenvolvimento de um orgulho positivo pelo espaço de residência e vivência por parte do residente, de gosto pela nova casa e de sentimento comunitário construtivo e produtivo.

As capacidades individuais, o esforço e a atitude individual no completar destas tarefas são elementos importantes na compreensão do trabalho em equipa da parte dos residentes, da sua dedicação e agregação à casa, do seu



*A sala de estar da CTGSF.*

compromisso para com o tratamento, da sua capacidade de lidar com pressões da parte dos outros residentes, com frustrações, sentimentos de oposição e desafio e conflitos. Muitos residentes têm poucos hábitos de cuidado pessoal, do exercício de auto-controle dos sentimentos, de gestão construtiva de impulsos, de auto-disciplina e de entre-ajuda. O esforço que dedicam e a capacidade que demonstram em manterem o “seu” espaço, no qual vivem desde várias semanas a vários meses da sua vida, asseado, limpo e saudável, é um indicador importante do estado geral da Comunidade Terapêutica, do grupo de residentes na generalidade e do desenvolvimento individual de cada residente em especial. Permitem compreender, através destes sentimentos vividos e comportamentos expressos, o desenvolvimento emocional, motivacional e maturacional do residente e que consequentemente são expressos e partilhados em grupos terapêuticos e terapias individuais. Permitem igualmente desenvolver uma compreensão da coesão do grupo de residentes, das capacidades inter-activas e comunicacionais e de gestão de conflitos dentro do grupo. Esta compreensão permite à equipa terapêutica não só trabalhar construtiva e terapeuticamente o que observa, isto nas terapias de grupo e/ou individuais, mas igualmente aplicar sanções terapêuticas e/ou disciplinares (ver capítulo anterior).

Devido à Comunidade Terapêutica ser um espaço aberto com muitas saídas diárias dos funcionários e residentes, saídas de fim-de-semana dos residentes e visitas de familiares e outras, e visto as Comunidades Terapêuticas pretenderem serem estruturas livres de droga e nas quais se aprende um modo de vida livre de substâncias, os exames regulares, rotineiros ou aleatórios, de controlo de urina, são instrumentos essenciais para a manutenção da ordem e da segurança da Comunidade Terapêutica. Estes exames são instrumentos que são considerados auxiliares e complementares à actividade psicoterapêutica e que predomina na actividade da Comunidade Terapêutica. Apesar do mote principal do funcionamento de uma Comunidade Terapêutica ser a confiança no residente, de acreditar que ele/ela queiram mudar de vida e adquirir um estilo de vida baseado numa vida livre de substâncias, sabemos que o processo até se atingir um efectivo estilo de vida livre de substâncias e uma clareza na vontade e na motivação neste sentido, é um processo lento, moroso e por vezes, tortuoso. A desonestidade, a manipulação, as atitudes de oposição e desafio, são atitudes que marcaram a maioria dos residentes das Comunidades Terapêuticas durante vários anos de sua vida e que, apesar de muitos quererem, não as conseguem modificar de um dia para o outro, sucumbindo, muitas vezes, à tentação do estilo de vida do passado baseado na irresponsabilidade, na lei do menor esforço, na preguiça, no lucro rápido, no anestesiar dos sentimentos desagradáveis e dolorosos e no estilo de vida rebelde e anti-social. Acrescido a isto vem a vontade de consumir, fortemente implantada no cérebro dos residentes, e que muitas vezes pode levar à tentação de introduzir substâncias na Comunidade Terapêutica e/ou de consumi-las aquando da saída de fim-de-semana; daí ser imprescindível o controlo regular, com ou sem suspeita, de urina, aos residentes da Comunidade Terapêutica. No caso de testagem positiva, a sanção predominante é a expulsão imediata e sem perdão da Comunidade Terapêutica, visto o princípio e o pilar fundamental da Comunidade Terapêutica ser assim posto em causa.

#### **2.8.4 A abordagem de grupo nas Comunidades Terapêuticas**

Devido à primazia do aspecto comunitário do tratamento em Comunidade Terapêutica, a abordagem em grupo predomina na intervenção terapêutica, fazendo com que a maior parte das actividades da Comunidade Terapêutica sejam de cariz colectivo e não individual, com o sentido curativo e promovendo a coesão social e grupal, e tendo como objectivo que o indivíduo ganhe a noção da sua integração na comunidade como membro de um grupo. Esta abordagem em grupo tem cariz informal e formal.

No aspecto informal observam-se as actividades informais de residentes nos espaços livres e momentos livres durante o dia-a-dia e aos fins-de-semana, nos quais os residentes se juntam informalmente, por exemplo na sala de estar ou no refeitório após as refeições, nos dormitórios depois do acordar e antes do deitar, entre actividades ao longo do dia, durante os intervalos e tomada de bebi-



*A CTGSF tem amplo e diverso espaço para a realização das terapias de grupo.*

das, entre sessões de desporto, etc. Não têm qualquer carácter estrutural e programado.

No aspecto formal incluem-se as terapias e sessões/reuniões de grupo e as outras actividades de grupo organizadas. Nas terapias de grupo temos um dos pilares que mais caracterizam as Comunidades Terapêuticas. Todas as Comunidades Terapêuticas têm nas sessões de terapia de grupo a sua espinha dorsal. De uma maneira geral existem 2 a 3 sessões de terapia de grupo durante cada dia (útil, visto aos fins-de-semana serem geralmente de menor frequência) dentro da Comunidade Terapêutica, muitas vezes ainda complementadas por outras actividades em grupo. Dentro da metodologia e técnica das terapias de grupo estas variam consoante a metodologia e filosofia na qual se baseia o programa terapêutico da Comunidade Terapêutica, sendo que a facilitação das mesmas terapias de grupo depende igualmente da formação e qualificação dos técnicos que orientam os referidos grupos<sup>19</sup>, não entrando e descrevendo neste

<sup>19</sup> Para a compreensão das várias correntes de terapias e intervenção de grupo ver, entre outros, Kaplan/Sadock (1996)



trabalho em maior pormenor as várias técnicas, teorias e práticas clínicas de terapia de grupo que actualmente perfazem o panorama clínico-terapêutico, visto isto ultrapassar largamente o objectivo deste livro. Uma realidade que observamos nos tempos que decorrem é uma grande interligação e mistura de vários conceitos e escolas de terapia na metodologia de intervenção das Comunidade Terapêutica, sendo que cada Comunidade Terapêutica, apesar de ter um método predominante (por exemplo, metodologia predominante “de Minnesota”, “Portage”, “por fases”, de cariz ocupacional, de cariz espiritual-religioso, grupos de “encontro” segundo C. Rogers, análise transaccional, psicodrama, psicoterapia gestaltista, etc.), acabam por integrar várias técnicas de outras escolas e terapias, isto dependendo muitas vezes da formação individual dos técnicos que integram a equipa técnico-terapêutica e que acabam por introduzir no quotidiano terapêutico várias destas técnicas, alargando assim o leque de intervenção e permitindo assim o alargamento dos horizontes, incrementando a experiência terapêutica dos residentes ao longo da estada em Comunidade Terapêutica dos mesmos.

Complementarmente, coexistem com as técnicas e terapias psicoterapêuticas de grupo propriamente ditas e especializadas, as reuniões de grupo do tipo comunitárias, que são reuniões que servem para a gestão da casa, de gestão de problemas organizacionais com o *staff* da Comunidade Terapêutica, reuniões e grupos denominados “de desgoberno da casa”, grupos de meditação (normalmente o primeiro grupo da manhã logo a seguir ao pequeno-almoço), grupos de “fases” (nos programas de tratamento nos quais os residentes percorrem ao longo da estada na Comunidade Terapêutica, habitualmente de média ou longa estada, várias etapas, denominadas “fases”, cada uma delas com responsabilidades, deveres e direitos pré-estabelecidos), etc. Outras metodologias de desenvolvimento do bem-estar dos residentes, não directamente clínico-terapêuticas, são integradas na Comunidade Terapêutica, e que fazem parte do panorama de desenvolvimento individual e de grupo, tais como a promoção do desporto organizado em grupo, de saídas de lazer organizadas em grupo (por exemplo, idas à praia, a eventos culturais, a palestras no exterior, caminhadas terapêuticas organizadas, etc.), eventos de formação de grupo tipo “outdoor” e aplicação de outras técnicas de “*coaching*” e de “*mentoring*” actualmente existentes e comprovadas para a formação e o desenvolvimento de grupos eficientes e eficazes.

Os formatos distintos dos grupos são importantes para a psicopedagogia do tratamento da Dependência Química em Comunidade Terapêutica, visto permitirem o estabelecimento dos limites psicológicos para os residentes. Com esta diferenciação dos grupos, os residentes interiorizam que há um tempo e um momento apropriado para se confrontarem e resolverem questões práticas, pessoais e informais, sendo que cada grupo tem as suas directrizes e normas específicas de conduta, que permitem minimizar a incerteza ou a surpresa com interacções inesperadas e que poderiam ameaçar a segurança psicológica de

cada participante, por exemplo, segundo DeLeon (2003, p. 270), *“confrontos pessoais, catarse ou correcções verbais feitas fora de contexto a indivíduos ou à comunidade inteira trazem consigo o risco de danos físicos ou emocionais e de perturbação colectiva (como ocorre em prisões, alas de doentes mentais, escolas, nas ruas ou em famílias disfuncionais). Assim, os objectivos, a agenda, as regras de participação, os horários programados e as durações fixas de cada reunião fortalecem, para os residentes, a percepção de ordem, coerência e propósito do programa.”* Dito de outra maneira, as reuniões e os grupos são essenciais para a construção e fortalecimento de uma comunidade eficiente e funcional, permitindo assim a gestão clínica e terapêutica da Comunidade Terapêutica. A diferenciação dos formatos, já descrita anteriormente, permite igualmente fornecer uma variabilidade da passagem da palavra e do conteúdo programático terapêutico e clínico, fazendo com que a mensagem seja transmitida de várias formas e maneiras, aumentando assim a receptividade da captação desta mensagem por parte do residente.

Ao nível das regras de funcionamento e das ferramentas do processo terapêutico de grupo existem algumas regras e processos que são consideradas universais e transversais a todas as escolas e técnicas de psicoterapia de grupo.



A fábrica de desidratação de bananas da CTGSF. Os dois produtos finais (*“banana farsa”* e *“moreninha”*) são vendidos em vários estabelecimentos comerciais em Cabo Verde, em especial na cidade da Praia. A venda não só permite ser uma fonte de receita para a CTGSF como igualmente permite ter uma função ocupacional para os residentes que nela parcialmente trabalham.



Uma das regras fundamentais, além da providência e da manutenção da segurança física e psicológica de todos os elementos do grupo já mencionada, existe a regra absoluta da confidencialidade do que é partilhado, dito e escutado por cada elemento do grupo e que o conteúdo de cada grupo fique dentro do grupo e não seja discutido e revelado, de forma absoluta, a ninguém fora do espaço do referido grupo no qual o referido conteúdo tenha sido partilhado e exposto. Em relação às ferramentas do processo grupal, podem-se distinguir, de uma forma geral, segundo DeLeon (2003, p. 293), dois tipos de ferramentas: as ferramentas denominadas “provocativas” e as ferramentas denominadas “evocativas”, sendo que nas primeiras predomina a confrontação pessoal de um ou outro residente, enquanto que nas segundas predominam as técnicas de suporte, facilitação e apoio a um ou mais elementos do grupo. De uma maneira geral, estas técnicas não são aplicadas de forma rígida, mas sim adaptadas individualmente e de caso a caso, em determinado momento do grupo, sempre dependendo do desenvolvimento do respectivo grupo, dos seus respectivos membros e das atitudes, comportamentos e conteúdos que são partilhados pelos seus participantes. Nas ferramentas provocativas, os participantes do grupo e/ou o respectivo facilitador podem partilhar com um ou vários elemen-



*A sala de formação em Informática.*



*A unidade de transição, denominada casa de “Halfway”. Os residentes que tenham terminado o seu tratamento na CTGSF e que não tenham possibilidades de regressar para as suas casas de origem, podem residir nesta unidade até um período máximo de 6 meses.*

tos do grupo o seu desconforto sentido, a sua irritação, a sua hostilidade, a sua oposição, podem exagerar para marcarem um certo ponto e fazerem uma certa afirmação, podem usar o ridículo ou o humor, etc. Nas ferramentas mais evocativas, podem expressar a sua identificação com o conteúdo de partilha de um dos participantes do grupo, podem demonstrar a sua compaixão, serem empáticos, etc. O facilitador do grupo é responsável pela gestão do grupo que facilita e é responsável pelo cumprimento destas regras do bom funcionamento do grupo e fazer com que as ferramentas sejam utilizadas, por um lado, sem porem em causa a coesão e estabilidade do grupo e pelo outro, de promoverem o desenvolvimento, crescimento e amadurecimento individual de cada participante e do grupo como um todo.

### **2.8.5 A reinserção, o pós-tratamento e a prevenção de Recaída**

Um dos aspectos fundamentais do funcionamento da Comunidade Terapêutica é o processo de alta clínica e saída da Comunidade Terapêutica por parte do residente que termina o seu tratamento.

A maioria dos residentes que terminam o seu tratamento construiu ao longo

da sua estada uma ligação mais ou menos forte e criaram alguma vinculação igualmente mais ou menos forte com os técnicos e outros funcionários e os demais companheiros da Comunidade Terapêutica. O processo de desligamento do residente com a Comunidade Terapêutica precisa, muitas vezes, de ser acompanhado e de ser processado de forma gradual, a fim de não criar angústias e medos e não destruir as novas seguranças, auto-estima e auto-confiança adquiridas ao longo do processo terapêutico.

O processo de regresso à sociedade vem igual e geralmente acompanhado por um conjunto de readaptações ao nível social, familiar, profissional, etc. e que representam um desafio para cada residente. A família e a entidade patronal, que no passado se adaptaram ao disfuncionamento do familiar e do empregado dependente químico, precisam de se readaptar e de reorganizar de novo, lidando com as suas próprias desconfianças e inseguranças. A vizinhança e a sociedade em geral precisam geralmente de reequacionar o estigma que construiu em torno do dependente químico e voltar a reclassificá-lo como um elemento credível e produtivo no seu seio.

Acrescido a estas readaptações acrescenta-se uma nova vida e relacionamento com as substâncias consumidas no passado e reorganizações com outras substâncias legais e que podem alterar os níveis de humor e da percepção (exemplo o álcool, os medicamentos, etc.) e interferirem com o processo de recuperação e inclusivamente levarem a recaídas nas substâncias de escolha do indivíduo.

De uma maneira geral, todas as Comunidades Terapêuticas organizam e promovem durante algumas semanas ou meses depois da alta clínica e terapêutica, grupos de pós-tratamento, normalmente com frequência semanal, e para os quais são convidados a participar todos os ex-residentes que tenham terminado normalmente o seu tratamento e que se encontrem a viver no exterior na comunidade (ou dentro da comunidade em “casas de saída” (igualmente denominadas de casas de “*halfway*”, de meio-caminho) e que se encontrem em recuperação, definido como tal pelo programa de tratamento em vigor na Comunidade Terapêutica.

Técnicas de prevenção da recaída, descritas por autores como Marlatt&Gordon (1985) e Gorski (1989), e que não irei aprofundar nesta obra, são um contributo importante para a compreensão do fenómeno e processo de recaída e que muito influenciaram a manutenção do estilo de vida livre de substâncias de ex-residentes de Comunidade Terapêutica e de dependentes químicos em geral.

Neste ponto é importante mencionarem-se os grupos de auto-ajuda, denominados igualmente de ajuda-mútua, que existem na sociedade em geral (ver a este respeito o capítulo 1) e que têm, para os que participam nos mesmos, um papel fundamental para a prevenção da recaída e da manutenção do bem-estar adquirido e da recuperação dos seus membros. Dependendo das várias regiões e países do mundo e, dentro dos mesmos, das localidades e zonas geográficas,

existem mais ou menos grupos de auto-ajuda, com maior ou menor frequência (diariamente ou não, um ou vários ao longo de um dia, etc.) e mais ou menos diferenciação dos mesmos (para toxicodependentes, para alcoólicos, para membros de família, para jogadores compulsivos, para gastadores compulsivos, para os vários distúrbios alimentares, etc.). Depois, observa-se que existem várias associações que promovem estes grupos de auto-ajuda ou de ajuda-mútua, sendo que esta realidade é, mais uma vez, variável de país para país, de cidade para cidade e de localidade para localidade, nunca sendo uniforme a sua existência e distribuição.



*A barbearia, montada inteiramente pelos residentes da casa.*

# A interligação da 3 Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe com as outras estruturas em Cabo-Verde

## Partilha de experiências de residentes e primeiros dados estatísticos do tratamento

No seguimento do descrito no capítulo 2.1., um dos aspectos fulcrais do sucesso da implementação da CTGSF foi a forte interligação de um conjunto de parceiros cabo-verdianos, privados e públicos, e que permitiram a introdução deste tipo de estruturas no panorama clínico e terapêutico em Cabo Verde. É importante realçarmos que nos é impossível mencionar a totalidade destes parceiros envolvidos ao longo dos anos na implementação e manutenção da CTGSF, visto isto exceder o formato deste livro, sendo que fica uma menção honrosa à sua participação e empenho.



*A actual Ministra da Justiça, Dra. Marisa Moraes. A Comunidade Terapêutica encontra-se actualmente sob a tutela do seu ministério.*

Todo este projecto da CTGSF não teria sido possível sem o envolvimento total do Ministério da Justiça e, dentro deste, pela sua pessoa a Ministra da Justiça da altura (no ano de 2001), a Dra. Cristina Fontes, na altura secundada pela asses-

sora directa e actual Ministra deste Pelouro, Dra. Marisa Morais. Conhecedora em profundidade das dificuldades do arranque e da concretização da CTGSF, a Dra. Marisa Morais é uma pessoa dedicada de corpo e alma ao sucesso desta primeira comunidade terapêutica em Cabo Verde, avaliando o sucesso deste projecto pela reclamação de outros centros urbanos no sentido de igualmente desejarem obter uma estrutura semelhante. Realça que faz todo o sentido localizar na cidade da Praia, com os seus 110 000 habitantes e perfazendo a Ilha de Santiago metade da população de Cabo Verde, esta primeira comunidade terapêutica, não deixando de lado a necessidade de outros centros urbanos virem igualmente a ser beneficiados de estruturas com esta tipologia ou tipologia similar. Para a Dra. Marisa Morais, um dos aspectos mais fortes da CTGSF não é somente o tratamento em si dos residentes da casa, mas igualmente o trabalho que é realizado junto das famílias e da comunidade, no sentido do tratamento da unidade familiar e da sensibilização comunitária de jovens e adultos em geral. Evoca igualmente a área da formação profissional, mencionando que de futuro se deva investir nesta área em parceria com o Instituto do Emprego e Formação Profissional, Universidades, etc.

Uma outra organização de grande importância para o desenvolvimento da CTGSF é a Liga Nazarena e a sua comunidade dos Nazarenos<sup>20</sup>, em especial do seu pastor Adérito Ferreira. De facto foram os Nazarenos que realizaram uma marcha de sensibilização na cidade da Praia nos anos '80 acerca da problemática da droga, marcha esta que envolveu cerca de 3000 pessoas e que pretendia alertar a sociedade cabo-verdiana para a problemática da toxicodependência em Cabo Verde e em especial para este flagelo na cidade da Praia. Na altura, não existiam estruturas de tratamento específicas para esta população, sendo os toxicodependentes encaminhados para o hospital Agostinho Neto, hospital geral da Praia, e dentro deste para o departamento de Psiquiatria. Era esta a prática observada e ainda hoje observada noutros países que, na ausência de estruturas especializadas de tratamento, entregavam aos departamentos de Psiquiatria o tratamento deste tipo de patologia. A Liga Nazarena pôs, no início do projecto, uma casa sua à disposição das autoridades cabo-verdianas para a instalação da Comunidade Terapêutica, mas optou-se posteriormente pelas actuais instalações da Granja de S. Filipe, para a instalação da Comunidade Terapêutica. Igualmente, previa-se um maior papel da Liga Nazarena no envolvimento na gestão diária e na administração da CTGSF, mas isto depois não se veio a verificar, sendo a gestão da CTGSF, actualmente, inteiramente pública.

O Pastor Adérito Ferreira, há muitos anos o principal Pastor da Igreja dos Nazarenos, figura pública bem conhecida em Cabo Verde, activista social e pro-

---

<sup>20</sup> Segundo informações obtidas, a Igreja Nazarena, com actualmente sensivelmente 100 000 membros activos em Cabo Verde, representa a segunda maior congregação religiosa, a seguir à Igreja Católica, representando sensivelmente 37% da população de Cabo Verde.



*A Igreja do Nazareno, na cidade da Praia, instituição fortemente empenhada, através do seu Pastor Adérito Ferreira, na sensibilização e intervenção comunitária em matéria de toxicodependência em Cabo Verde e co-fundadora da CTGSF.*



motor de muitas causas sociais em Cabo Verde e em especial na Ilha de Santiago, e que sempre abraçou pessoalmente o tratamento diferenciado dos toxicodependentes em Cabo Verde, falou-nos do impacto positivo da CTGSF não só para a sociedade cabo-verdiana, mas igualmente para a África Ocidental (Guiné Bissau, Senegal, Costa do Marfim, etc.), e isto devido à proximidade com Cabo Verde e o intercâmbio de pessoas entre estes países. Explicou-se o factor de exemplo que Cabo Verde pode ter para estes países que ainda carecem de estruturas diferenciadas no tratamento desta problemática. Realça no entanto a importância de se criar uma segunda estrutura deste tipo para as ilhas do Sotavento, em especial para a cidade do Mindelo, na Ilha de S. Vicente.



*Dr. Paulo Graça, médico da Trindade, unidade de apoio psiquiátrico do Hospital Central da Praia e igualmente médico da CTGSF.*

Conforme mencionámos no parágrafo anterior, uma das estruturas desde sempre envolvidas com o tratamento da toxicodependência em Cabo Verde foi o departamento de Psiquiatria do Hospital Geral da Praia. Até há uns anos atrás este departamento estava integrado no complexo hospitalar na cidade da Praia, no entanto, este departamento de Psiquiatria foi retirado deste complexo e deslocado para sensivelmente 2 a 3 quilómetros para fora da cidade da Praia, para a zona da Trindade, onde se encontra hoje em dia. Tem melhores facilidades, melhores condições e encontra-se em instalações próprias, o que muito favorece o tratamento dos seus doentes.

Ao mesmo tempo, neste centro da Trindade encontra-se instalado um centro de saúde que serve a população desta zona geográfica. Devido à importância desta unidade e desde a histórica ligação ao tratamento da toxicodependência em Cabo Verde, esta unidade de saúde continua a ter um papel importante no



acolhimento e tratamento de toxicodependentes, sendo uma unidade complementar à CTGSF, sendo que, na vertente mais clínica e psiquiátrica, dá apoio, entre outros, às desintoxicações, ao tratamento das co-morbilidades psiquiátricas e ao tratamento do alcoolismo.

Foi neste contexto da Trindade que encontramos o Dr. Paulo Graça, jovem médico de Clínica Geral de 33 anos, licenciado em Medicina na República Popular de Cuba, que combina a função de director clínico da CTGSF, com a de médico de clínica geral do Centro de Saúde da Trindade e de médico das urgências do Hospital Agostinho Neto, na Praia. Segundo o mesmo, a CTGSF representa para Cabo Verde uma grande mais-valia, visto oferecer um tratamento diferenciado, com uma abordagem não-medicalizada e focada numa abordagem psicoterapêutica do residente dependente químico. Realça, como importante no futuro, focar-se em Cabo Verde nos extremos etários (antes dos 18 anos e depois dos 45 anos), visto a CTGSF não intervir prioritariamente nestas idades.

Referenciei a questão da instalação de uma segunda unidade especializada e diferenciada na cidade do Mindelo (segunda maior cidade de Cabo Verde) e que aliás é uma questão em cima da mesa desde o início deste projecto. Actualmente, e à semelhança do que era feito antigamente na cidade da Praia, os toxicodependentes da cidade do Mindelo são acompanhados no departamento de psiquiatria do Hospital Geral do Mindelo Baptista de Sousa, tendo o forte apoio da delegacia de Saúde do Mindelo e da equipa de Saúde do mesmo Hospital. Uma das pessoas fortemente envolvidas desde o início é a Dra. Euridice Lima, psicóloga, com quem falámos por telefone acerca do impacto da CTGSF para Cabo Verde. Segundo a mesma, a CTGSF representa uma clara mais-valia para Cabo Verde, realçando no entanto a necessidade da existência de uma estrutura diferenciada, localizada na própria cidade do Mindelo e para fazer frente às necessidades sentidas nas Ilhas de Sotavento (S.Vicente, Sto. Antão e Sal), devido à realidade do distanciamento insular destas ilhas da ilha de Santiago e à dificuldade de acesso dos residentes para a CTGSF que se situa, como sabemos, na ilha de Santiago. Aliás, a dispersão insular e as dificuldades de comunicação pessoal entre ilhas representam uma barreira a uma maior mobilidade das pessoas em Cabo Verde e que acaba por ser um travão no acesso ao tratamento especializado de utentes toxicodependentes e suas famílias fora da Ilha de Santiago.

Em relação à interligação da CTGSF com o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), entidade responsável pela coordenação nacional de todas as infra-estruturas na área da Saúde Mental, que inclui a área da toxicodependência, a sua Directora, a Dra. Francisca Alvarenga, licenciada em Psicologia Clínica na Universidade de Rouen, França, e que partilha a direcção desta plataforma desde 2005 com a função de psicóloga clínica no Hospital da Trindade mencionado neste capítulo, afirma claramente que a CTGSF representa uma valência especializada para onde podem ser encaminhados doentes com patologia específica e que anteriormente não tinham uma resposta adequada na psiquiatria hospitalar e incluídos com outros doentes do foro mental. Realça

igualmente a importância tanto da CCCD como da CTGSF na sensibilização comunitária para a problemática da toxicodependência e demais riscos associados ao consumo de substâncias, assim como para o seu tratamento, afirmando que este trabalho de sensibilização, que tem sido contínuo e de forma persistente e multi-facetado (incluindo partilhas de ex-toxicodependentes, programas de rádio e televisão, anúncios, distribuição de folhetos, etc.), tem tido grande eco e impacto junto da população. Tendo sido aprovado pelo Ministério de Saúde de Cabo Verde o “Plano Estratégico de Saúde Mental” em Abril de 2009, documento



*Dra. Francisca Alvarenga, directora do Programa Nacional de Saúde Mental e psicóloga clínica do Hospital da Trindade.*

conjunto e que inclui diversas Organizações Não-Governamentais (ONGs), a CCCD e vários departamentos estatais, é pretensão uma reorganização de todas as intervenções dentro da área da Saúde Mental (promoção da Saúde, tratamento, etc.), promovendo uma maior e mais eficaz interligação de todos os intervenientes dentro desta área, inclusive a CTGSF, com o intuito de aperfeiçoar globalmente a intervenção.

Na cidade da Praia existem cinco centros (delegacias) de Saúde (de Tira Chapéu, Achada, Achadinha, Ponta d'Água e Achada Grande), sendo que cada uma destas delegacias, fortemente implantadas nas respectivas comunidades sociais, tem um papel importante no encaminhamento dos doentes do foro da saúde mental para a CTGSF e para o Hospital da Trindade. Na ausência do director da delegacia de Saúde da Praia, o Dr. João da Rosa, falámos com a sua substituta, médica de Clínica Geral e directora da Delegacia de Saúde de Tira Chapéu, a Dra. Elsa, que além destas funções acumula funções de coordenação do Pólo Regional do Sotavento dos doentes seropositivos, que conhece bem a CGTSF e que avalia o seu impacto como um sucesso para Cabo Verde.

Uma das estruturas de encaminhamento para a CTGSF e fortemente implementadas em Cabo Verde é a Linha Telefónica “SOS Droga”, uma linha telefónica gratuita e que tem na retaguarda uma equipa de profissionais que faz um atendimento telefónico grátis e confidencial para utentes, familiares e população em geral para questões ligadas ao tratamento da toxicodependência. É outra das entidades que, sediada nas instalações da CCCD, goza de forte apoio institucional e está bem enquadrada no panorama comunitário nacional em Cabo Verde.



*A delegacia/centro de saúde da Cidade da Praia.*



*Gabinete e colaboradores da Linha SOS Droga, linha telefónica gratuita e confidencial.*

Este livro pretendeu ser não somente um relato desta experiência inovadora que foi o nascimento, desenvolvimento e o sucesso da CTGSF, mas também pretendeu dar um enquadramento teórico acerca da filosofia de intervenção que é a Comunidade Terapêutica no sentido mais lato.

No primeiro capítulo pretendeu dar-se uma pequena descrição da história e da evolução da Comunidade Terapêutica e principalmente enquadrá-la no seu contexto histórico-científico, teórico-profissional e sócio-cultural. Igualmente quisemos demonstrar como o conceito de Comunidade Terapêutica tem tido um grande significado e importância para o tratamento na área das Dependências Químicas e como foi nesta área que o conceito de CT, e isto desde os anos 50 do século passado, mais se evidencializou e se propagou.

No segundo capítulo mergulhámos na realidade de Cabo Verde e na CTGSF propriamente dita. Demonstrámos e descrevemos, sob diversos ângulos, esta experiência e que tanto tem marcado a realidade de intervenção institucional e comunitária em Cabo Verde.

No terceiro capítulo quisemos inter-relacionar a CTGSF com algumas das instituições e entidades que operam dentro da mesma área ou áreas complementares em Cabo Verde. Como uma Comunidade Terapêutica não pode funcionar sozinha, mas sim somente pode ter sucesso se bem enquadrada no panorama mais amplo das instituições de saúde e outras dentro da sociedade na qual opera, foi nosso intuito demonstrar este funcionamento “em rede” da CTGSF. Sendo a CTGSF uma instituição recente e um conceito inovador, a introdução desta metodologia teórico-científica não foi sempre fácil e linear. No entanto e devido à persistência e insistência de algumas pessoas, que sempre acreditaram nesta metodologia humanista e com provas dadas, esta introdução no panorama institucional e comunitário foi ganhando contornos e se estruturando. Hoje em dia, e com 5 anos de experiência pode-se afirmar que a CTGSF é parte estruturante das instituições no âmbito da Saúde em Cabo Verde, uma valência diferenciada.

Nos anexos I e II apresentamos os resultados da Linha SOS Droga e do primeiro balanço estatístico das admissões desde o início do projecto até Outubro de 2009.

Resumidamente pretende dar este livro um contributo não só aos profissionais de Cabo Verde e em relação à ciência em torno desta metodologia, mas

também à população em geral para se inteirarem do que é feito na CTGSF, no bairro de S.Filipe, na cidade da Praia.

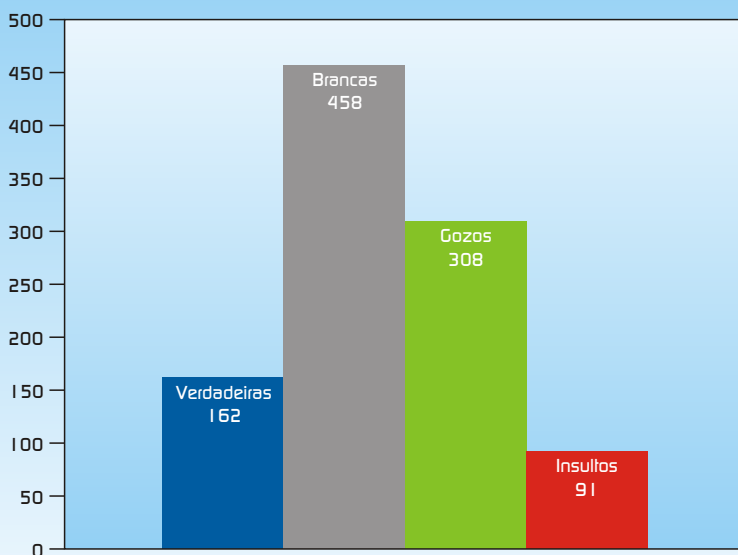
Serve igualmente esta experiência como exemplo para outros países que se encontram em contacto com as instituições de Saúde em Cabo Verde e que queiram beneficiar desta experiência inovadora e exemplar, cultural e socialmente.

Igualmente serve para, dentro de Cabo Verde, se prosseguir o debate que caminho a seguir. A CTGSF é para ser entendida como um começo. Sendo a CTGSF a primeira instituição deste tipo em Cabo Verde, tem sem dúvida as suas vantagens, mas igualmente as suas limitações. Continuando a sociedade cabo-verdiana em franco desenvolvimento, vai ser preciso encontrarem-se futuras respostas, sob a forma de instituições complementares à CTGSF ou não, para se poder dar respostas reais e efectivas às necessidades crescentes e futuras de intervenção dentro desta área em Cabo Verde.

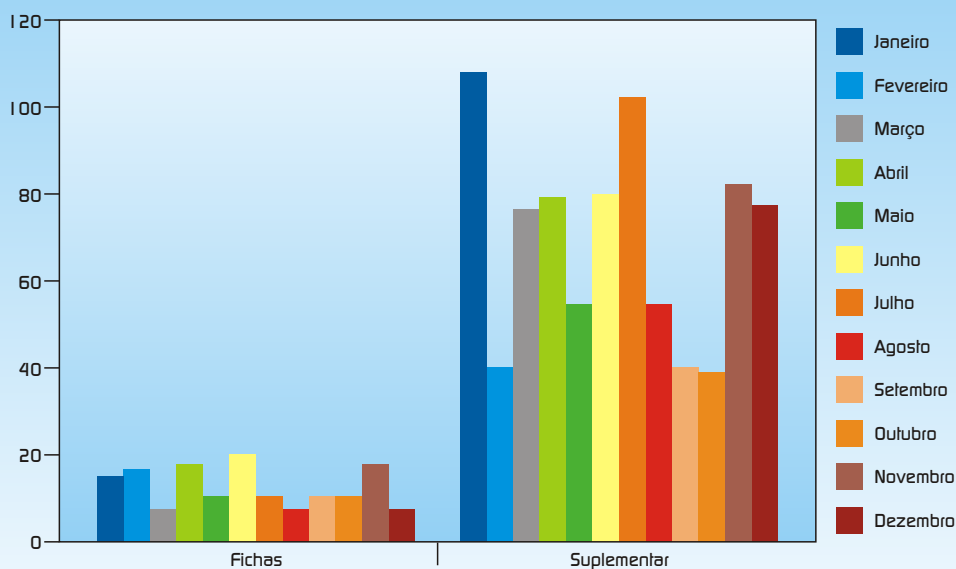
## Relatório da Linha SOS Droga - Ano de 2009

Vamos de seguida ter a oportunidade de analisar alguns dados referentes à linha SOS Droga referente ao ano de 2009.

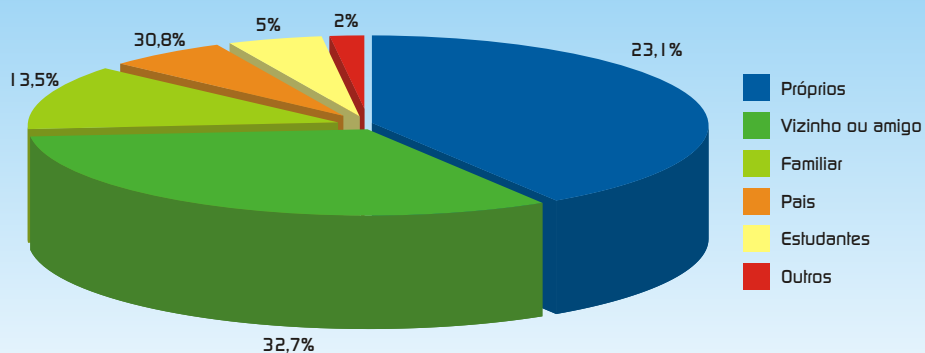
### Chamadas Linha SOS Droga - Ano 2009



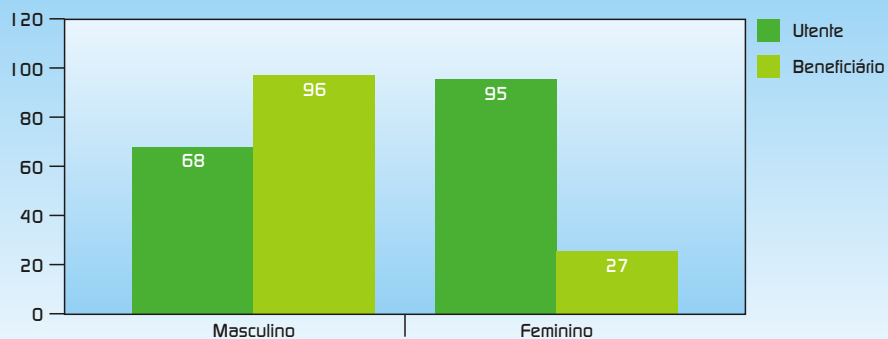
### Distribuição das chamadas durante o ano de 2009



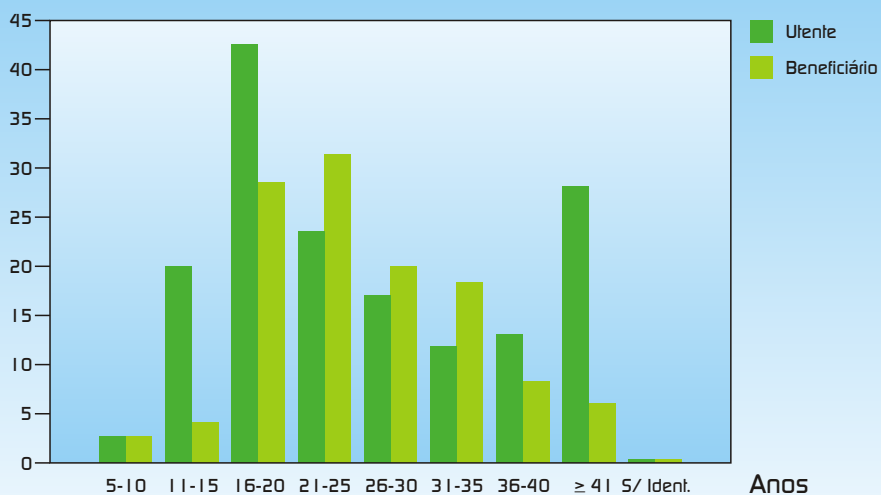
### Indivíduos que contactaram a Linha SOS Droga



### Sexo - Utente x Beneficiário



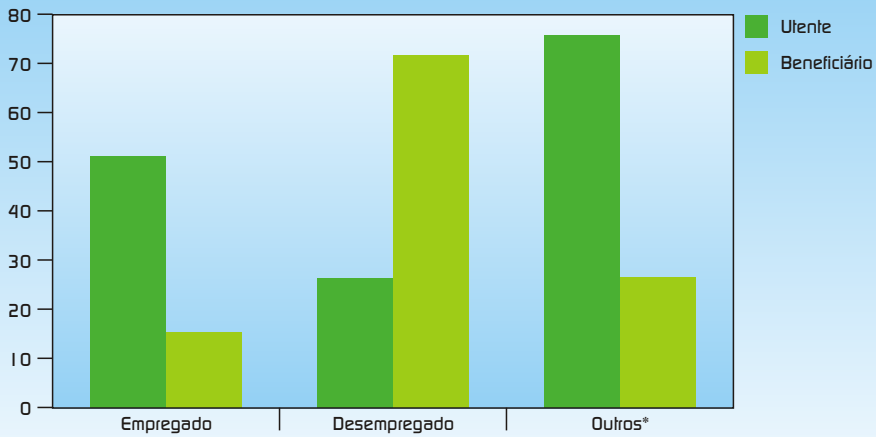
### Idade



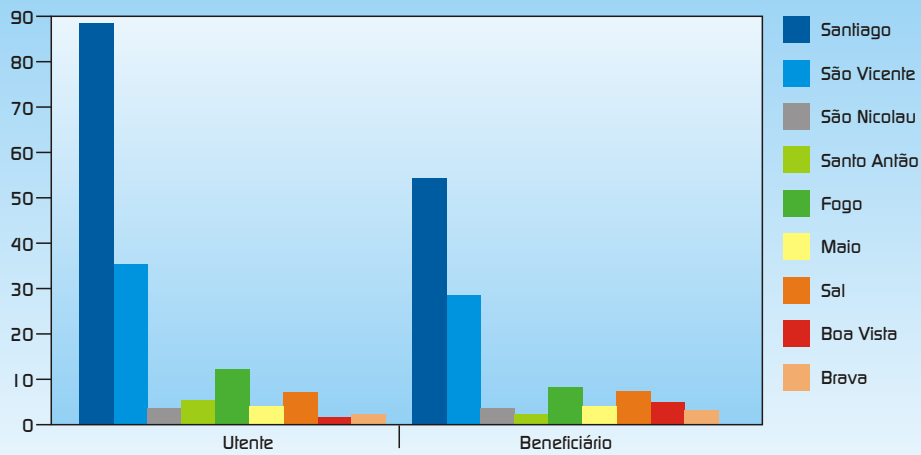




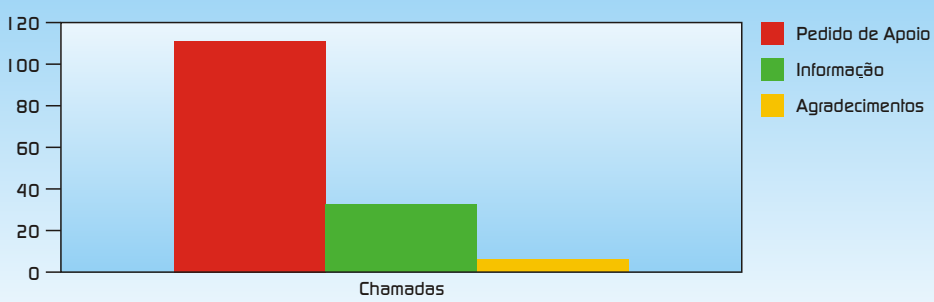
Situação Profissional - Ano de 2009



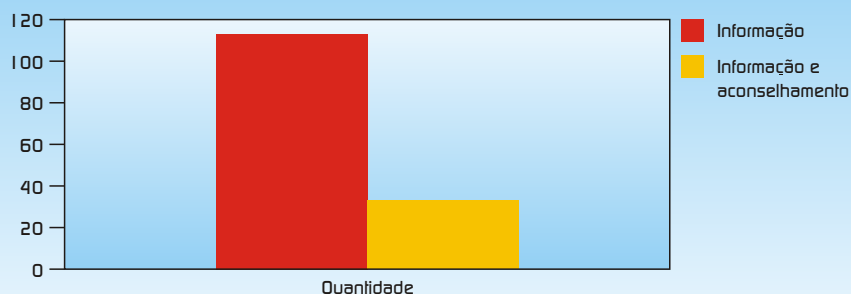
Localidades - Ano de 2009



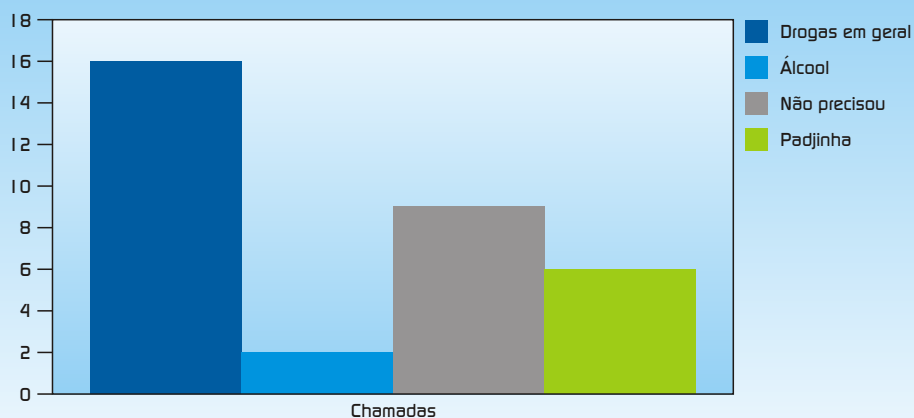
Motivo das Chamadas - Ano de 2009



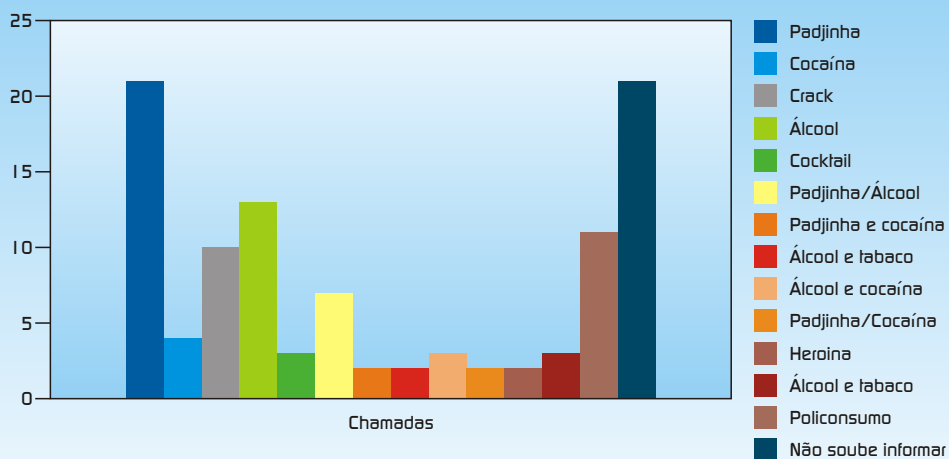
## Tipo de Apoio Prestado - Ano de 2009



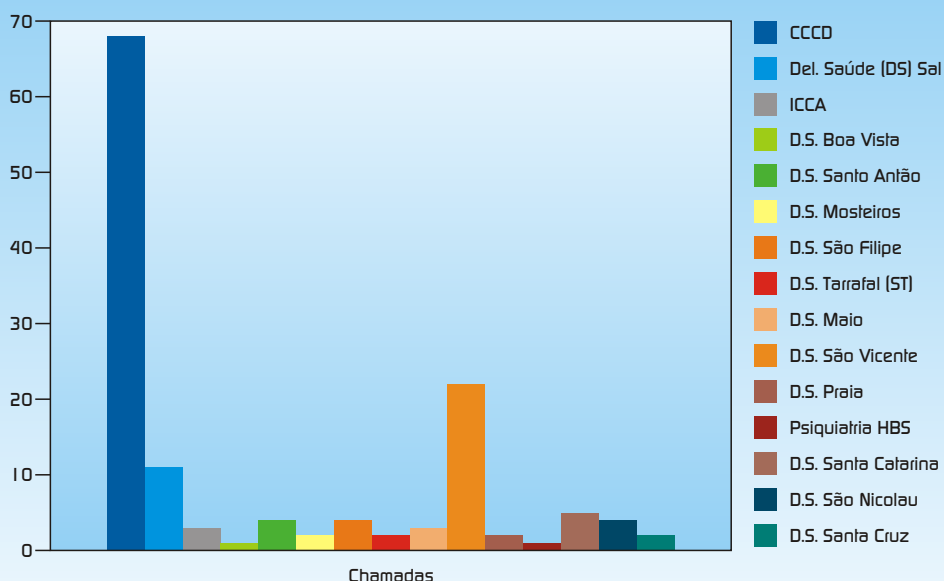
## Pedido de Informação / Droga - Ano de 2009



## Pedido de Apoio / Droga - Ano de 2009



## Encaminhamento - Ano de 2009



## Principais questões postas pelos utentes da Linha SOS DROGA

- O que é necessário para fazer tratamento na CTGSF?
- Colocar uma família que consome drogas fora de casa é a melhor solução?
- Aonde procurar apoio para se tratar da toxicod dependência?
- O que leva uma pessoa a consumir drogas e como descobrir que ela é toxico-dependente?
- Como ajudar um familiar que tem problemas mentais?
- Quais são as consequências do uso de drogas?
- Como prevenir o uso de drogas?
- Uma mulher grávida que consome bebidas alcoólicas corre o risco de abortar?

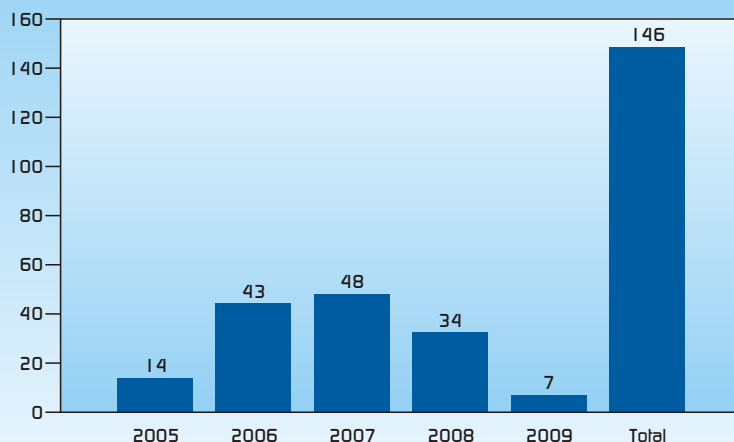
## Conclusões

- Durante o ano de 2009 foram recebidas 1019 chamadas.
- Deste universo, 163 correspondentes a 15,3% do total das chamadas, são consideradas verdadeiras e as restantes 857, equivalentes a 84%, são brancas, de insulto ou de gozo.
- Aumentou o número de chamadas feitas pelos estudantes para pedirem apoio, contrariamente ao que acontecia nos anos anteriores, em que eles pediam, na sua maioria, informações para elaborarem trabalhos sobre drogas.
- A Linha já é conhecida e para além das informações fornecidas, as pessoas vêm nela a possibilidade de ajudarem os seus entes queridos.
- Independentemente do aumento ou diminuição das chamadas a percentagem das chamadas verdadeiras varia entre 15 e 16% e consequentemente as brancas, gozo ou insulto em 84 ou 85%, desde a criação da Linha.

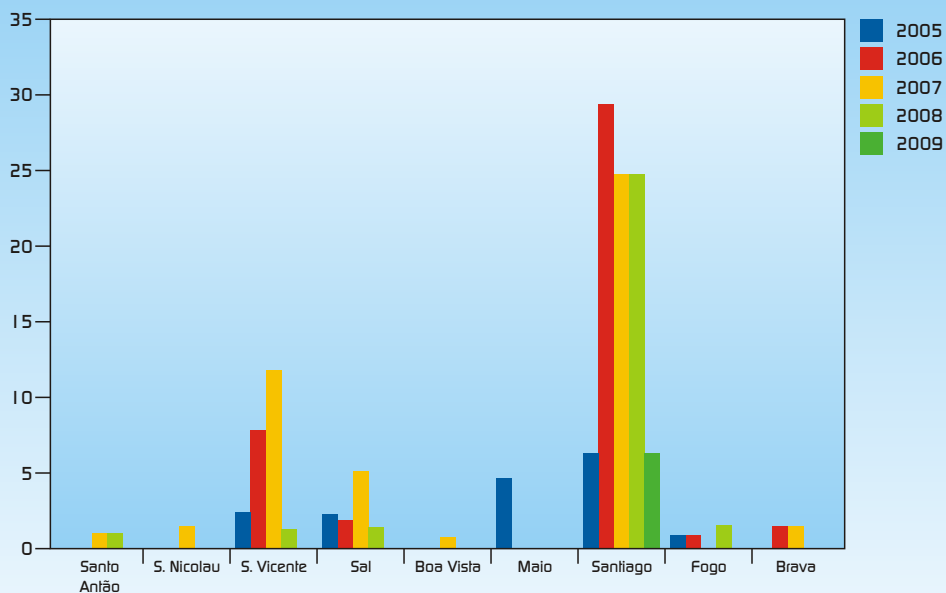
## Balanço

Alguns dados estatísticos da CTGSF desde a sua abertura (Outubro de 2005) até à data de escrita deste livro, que inclui todos os movimentos até ao ano de 2009 inclusivé.

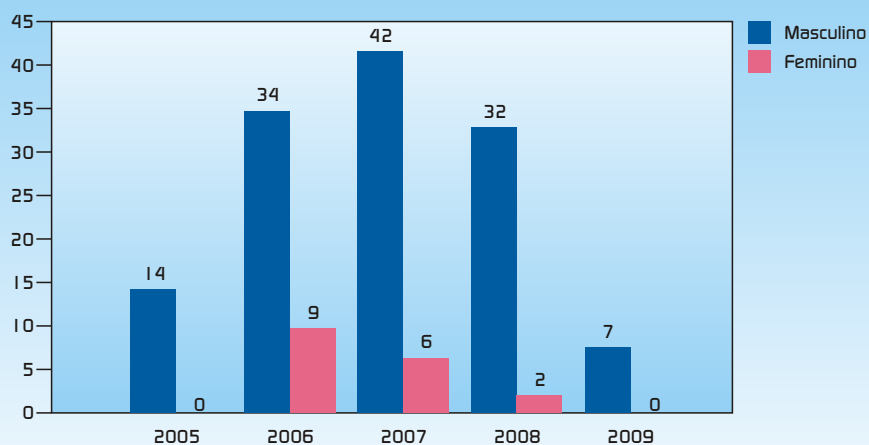
### Internamento por Ano



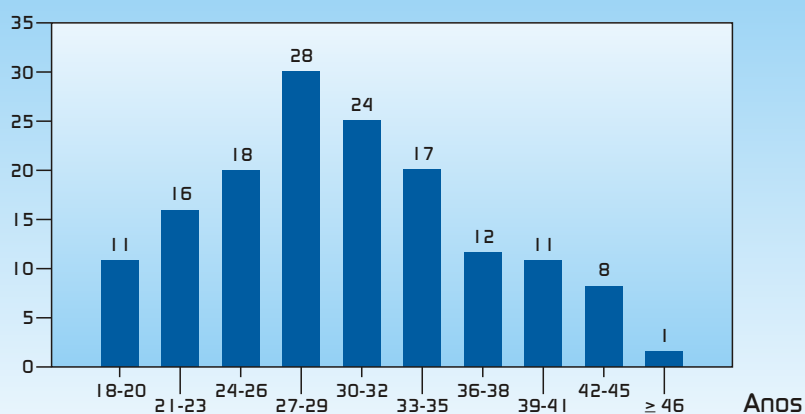
### Internamento - Ilhas



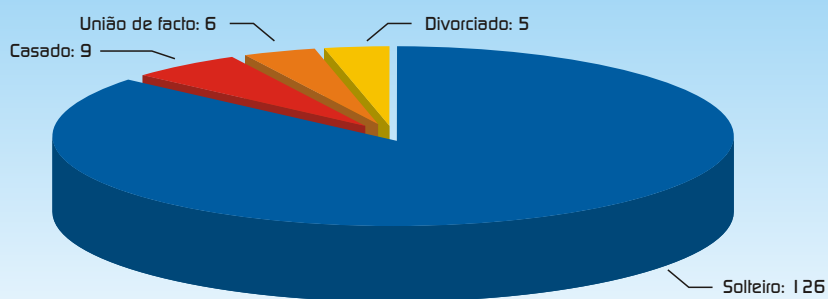
## Internamento - Sexo



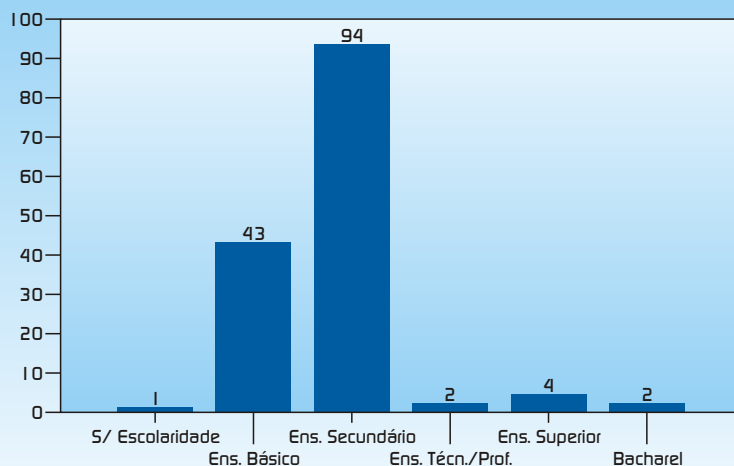
## Internamento - Idade



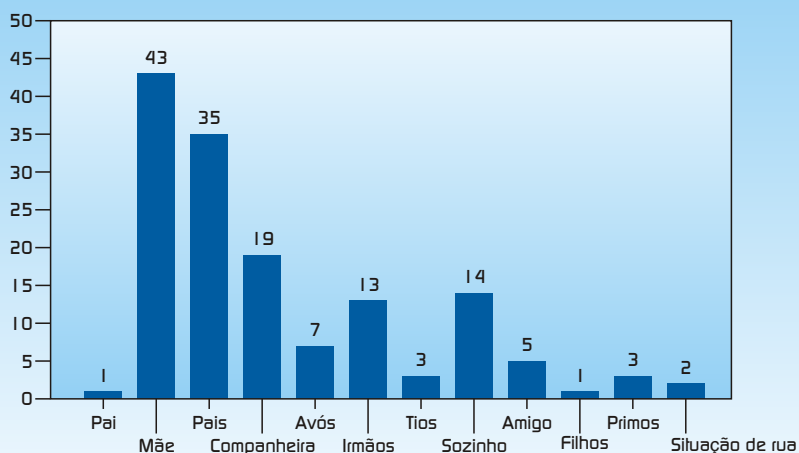
## Internamento - Estado Civil



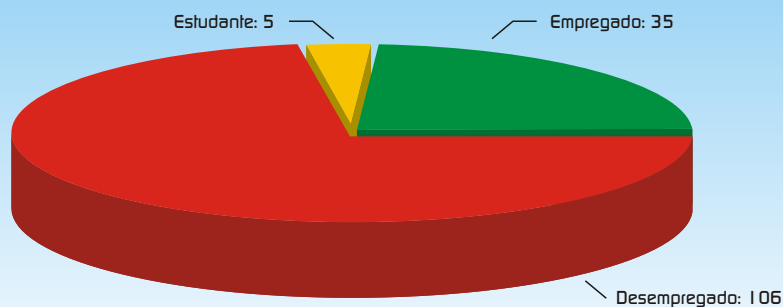
### Internamento - Habilitações Literárias



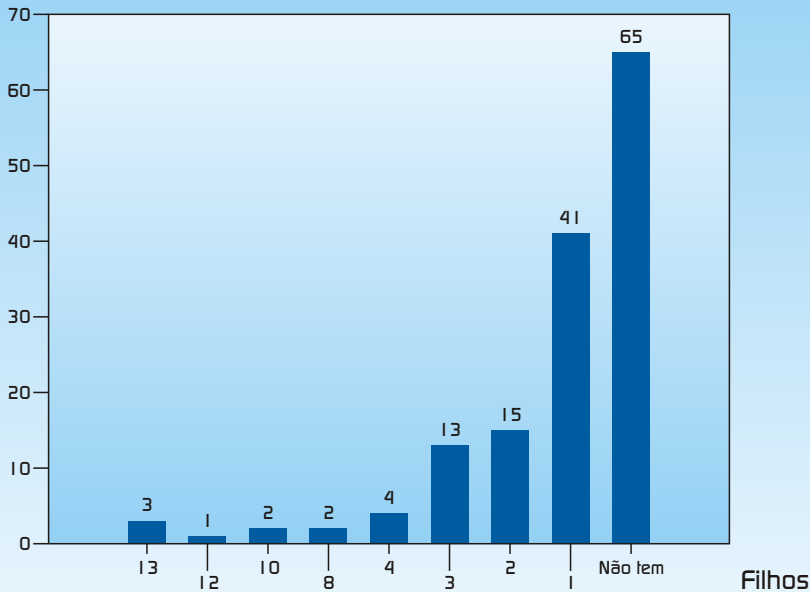
### Internamento - Coabitação



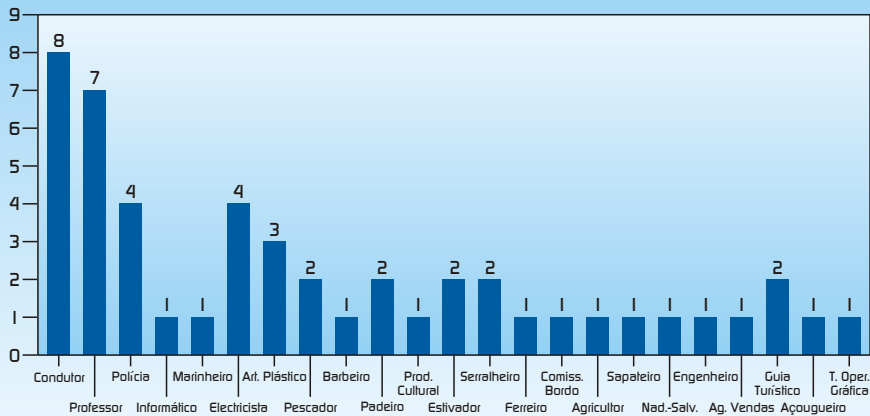
### Internamento - Situação Profissional



### Internamento - Filhos

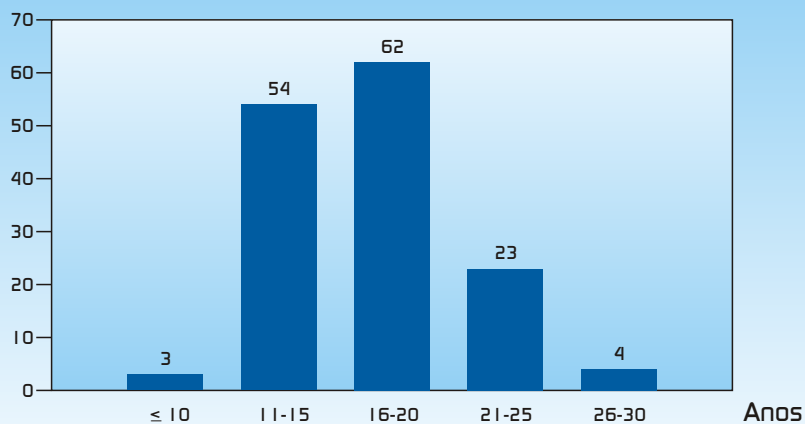


### Internamento - Profissão

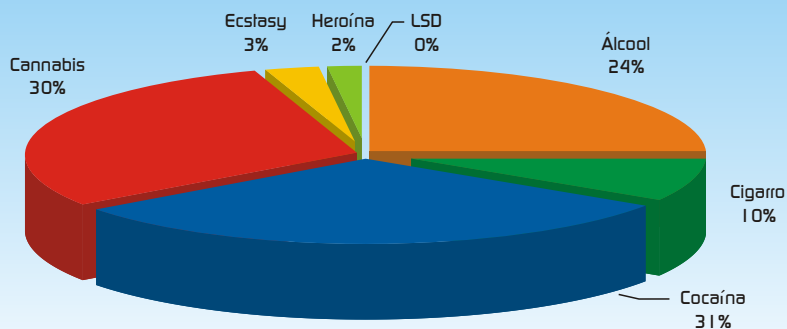




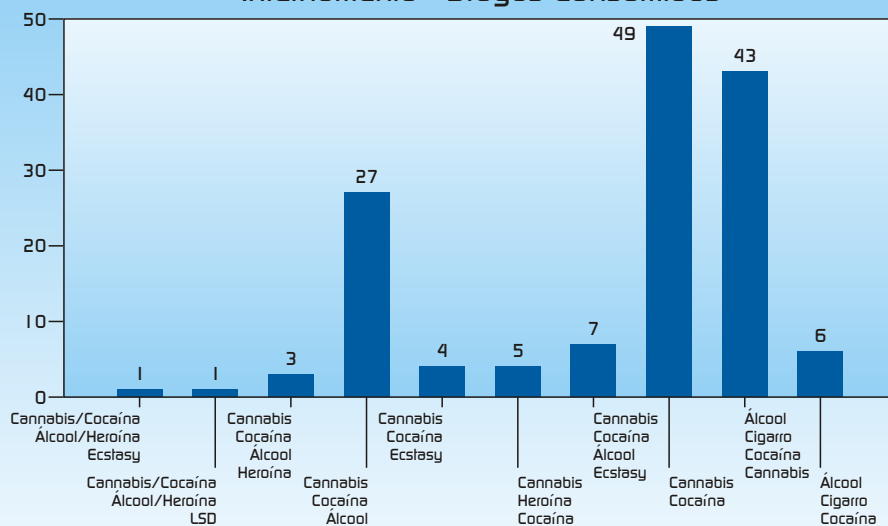
### Internamento - Início do Consumo



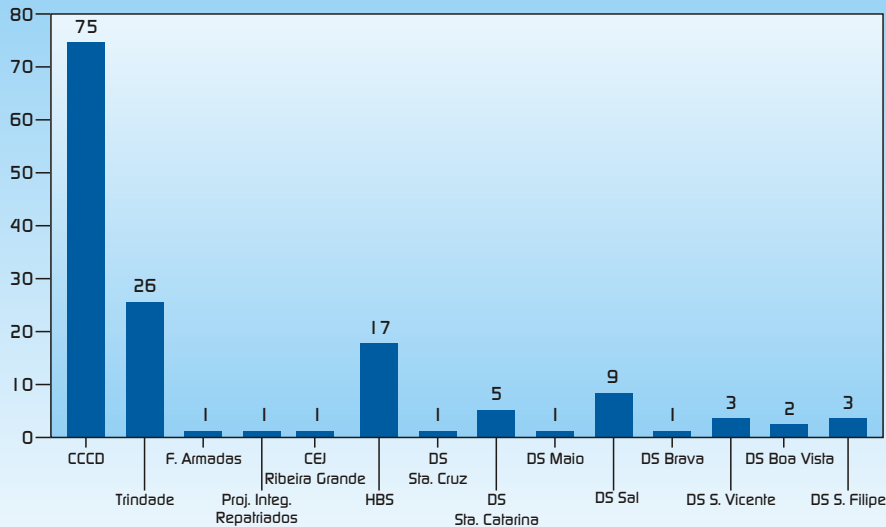
### Internamento - Drogas Consumidas



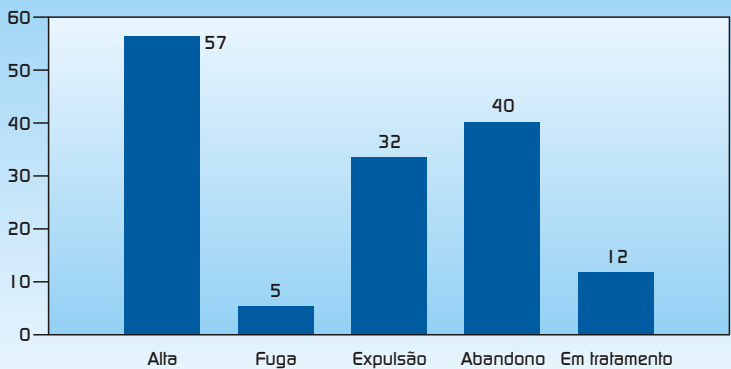
### Internamento - Drogas Consumidas



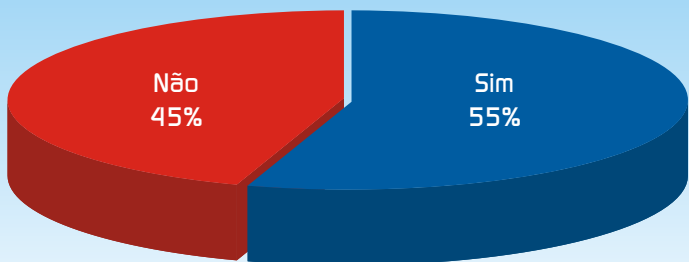
### Internamento - Encaminhamento



### Internamento - Situação de Término de Tratamento



### Internamento - Contribuição Mensal



- Agra, C. (1998).**  
Entre Droga e Crime. Lisboa: Editorial Noticias.
- Angel, P. (1989).**  
Familles et toxicomanies:une approche systématique. Paris: Editions Universitaires.
- APA. (1996).**  
DSM-IV-Manual de Diagnóstico e Estaística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi.
- Basaglia, F. (1973).**  
Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Becker, H. (1985).**  
Outsiders. Paris: Métailié.
- Born, M. (2005).**  
Psicologia da Delinquência. Lisboa: Climepsi.
- Burns, J. (1995).**  
O caminho dos doze passos. São Paulo,Brasil: Edições Loyola.
- Caiata, M. (1994).**  
La toxicodépendance d'integration. Analyse des formes de gestion des toxicomanies tempérées.  
Mémoire de licence présenté à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, .
- Campiche, C., Hippolyte, J., & Hipolito, J. (1992).**  
A Comunidade como Centro. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Casriel, D. (1966).**  
So fair a house: The story of Synanon. New York: Prentice Hall.
- Cole, S. (1975).**  
A revised treatment typology based on the DARP American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2, 37-49.
- Coleman, J. (Outono de 1978).**  
The dynamics of narcotic abstinence: an interactionist perspective. The Sociological Quarterly, 19 , pp. 555-564.
- Coleman, J. (Autumn de 1978).**  
The dynamics of narcotic abstinence:an interactionist theory. The Sociological Quarterly 19 , pp. 555-564.
- De Leon, G. (2003).**  
A Comunidade Terapêutica-Teoria, Modelo e Método. São Paulo: Loyola.
- De Leon, G. (jan-mar de 1993).**  
Is the therapeutic community culturally relevant?Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. Journal of Psychoactive Drugs,25(1), pp. 77-86.
- Dicionário da Língua Portuguesa-8ª edição revista e actualizada. (1999). Porto: Porto Editora.**
- Edwards, G., & Gross, M. (1976).**  
Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Brit.med.J, 6017 .
- Edwards, G., Gross, M., Keller, M., & Moser, J. (1976).**  
Alcohol related problems in the disability perspective.A summary of the consensus of the WHO group of investigators and classifying disabilities related to alcohol consumption. J.Stud.Alc.,37 .
- Endore, G. (1968).**  
Synanon. Garden City,New York: Doubleday.
- Escohotado, A. (2004).**  
Historia Elementar das Drogas. Lisboa: Antígona Editores Refractários.
- Feuerlein, W. (1984).**  
Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit. Munique: Thieme.
- Figlie, N., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004).**  
Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca.

- Garfinkel, H. (1956, vol. 61, Issue 5).**  
Conditions of successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology*.
- GEISMAR-WIEVIORKA, S. (1995).**  
*Les toxicomanes*. Paris: Seuil.
- Goffman, E. (1999).**  
Stigma – über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1969).**  
Wir alle spielen Theater-Die Selbstdarstellung im Alltag. Munique: Piper.
- Groenemeyer, A. (1990).**  
Drogenkarriere und Sozialpolitik. Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft.
- Groenemeyer, A. (1991).**  
Karrieremodelle abweichenden Verhaltens und soziale Kontrolle der Drogenabhängigkeit. *Soziale Probleme*, 2Jg., pp. 157-187.
- Gusfield, J. (1986).**  
*Symbolic Crusade*. Chicago: University of Illinois Press.
- James, W. (1958).**  
*The Varieties of Religious Experience*. New York: Mentor.
- Jansen, E. (1980).**  
*The therapeutic community: Outside the hospital*. London: Croom Helm.
- Jellinek, E. (1960).**  
*The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Conn.: College and University Press.
- Jones, M. (1953).**  
*The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- Keup, W. (1978).**  
Sucht als Symptom. Estugarda.
- Klingemann, H. K. (1992).**  
Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of Addictions*, vol 27, n°12, pp. 1359-1388.
- Kurtz, E. (1979).**  
*Not God- A History of Alcoholics Anonymous*. Center City, Minnesota: Hazelden.
- Kurtz, E. (1979).**  
*Not-God; A History of Alcoholics Anonymous*. Center City: Hazelden.
- Lecker, S. (1974).**  
Family factors, interpersonal competence and drug addiction. Relatório não publicado. New York City: Daytop Village.
- MADDUX J. F., D. D. (1980).**  
New Light on the maturing-out hypothesis in opioid dependence. *Bulletin on Narcotics*, vol XXXII, nr. 1.
- Matza, D. (1973).**  
*Abweichendes Verhalten. Untersuchungen zur Genese abweichender Identität*. Heidelberg.
- Mead, G. (1998).**  
*Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Miebach, B. (1995).**  
*Soziologische Handlungstheorien*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Nunes, O. e. (2006).**  
Escala de Si-S.E.R.T.H.U.A.L (Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL). Lisboa: UAL.
- Ogien, A. (1995).**  
*Sociologie de la Déviance*. Paris: Armand Colin.
- Olievenstein, C. (1992).**  
*A vida do toxicômano*. São Paulo: Almed.
- OMS. (1993).**  
*Classificações de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Parsons, T. (1976).**  
*Zur Theorie sozialer Systeme*. Opladen.
- Péllicher, Y. T. (1985).**  
*La Drogue*. Paris: PUF.
- Rapaport, R. (1960).**  
*Community as doctor*. London: Tavistock Publications.
- Robins, L. H. (1975).**  
Narcotic use in Southeast Asia and afterwards. *Archives of General Psychiatry*, 23.
- Rogers, C. (1954).**  
*Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Saúde, O. M. (1952).**  
WHO-Expert Committee on dependence producing drugs. Geneva: WHO.
- Slater, M. (1984).**  
An historical perspective of therapeutic communities. Denver: Proposta de tese apresentada ao programa M.S.S.
- Sommer, M. (2004).**  
Carreiras de Saída da Toxicodependência. Lisboa: Climepsi.
- Stanton, M., & Tood, T. (1985).**  
Terapia familiar del abuso y adición a las drogas. Barcelona: Gedisa.
- Stevens, S., & Glider, P. (1994).**  
Therapeutic communities: substance abuse treatment for women. In F. Tims, Therapeutic community: advances in research and application. NIDA research monography 144 (pp. 162-180). Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.
- Stimson, G. V. (1982).**  
Heroin addiction-treatment and control on Britain. London: Tavistock publications.
- Strauss, A. (1992).**  
La trame de la négociation. Paris: Harmattan.
- Szast, T. (1994).**  
La persécution rituelle des drogués. Paris: Ed. du Lézard.
- Tannenbaum, F. (1997).**  
Crime and Community. In L. S. Neue Theorien abweichenden Verhaltens. W.Fink.
- Tap, P. V. (2004).**  
Precariedade e vulnerabilidade psicológica. Comparações franco-portuguesas. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Thomsen, R. (1975).**  
Bill W. New York: Harper&Row.
- VAILLANT, G. (1973).**  
A 20 year follow-up of New York Narcotic Addicts. Arch.Gen.Psychiatry, vol. 29 , pp. 237-241.
- WALDORF D., B. (1981).**  
The natural recovery from opiate addiction: some preliminary findings. Journal of Drug Issues, Winter , pp. 61-74.
- Weber, M. (1972 (1922)).**  
Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen.
- Widmer, J. (1997).**  
Drogen im Spannungsfeld der Medizinalisierung. Basileia: Helbing&Lichtenhan.
- Wilders, S. (2005).**  
An exploring of non-directive work with drug and alcohol users. In B. E. Levitt, Embracing Non-directivity: assessing person-centered theory and practice in the 21st century (pp. 192-202). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wilson, B. (1957).**  
Alcoholics Anonymous comes out of age: A brief history of AA. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- WINICK, C. (1962).**  
Maturing out of narcotic addiction. Bulletin on narcotics, vol 14 .
- Yablonsky, L. (1965).**  
Synanon: the tunnel back. New York: Macmillan.
- Yablonsky, L. (1989).**  
The therapeutic community. New York: Gardner Press.
- Zapalà, A. (1997).**  
Diskursive Indikatoren der Medizinalisierung. In J. B. Widmer, Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit (pp. 105-120). Basel: Helbing&Lichtenhahn.





