



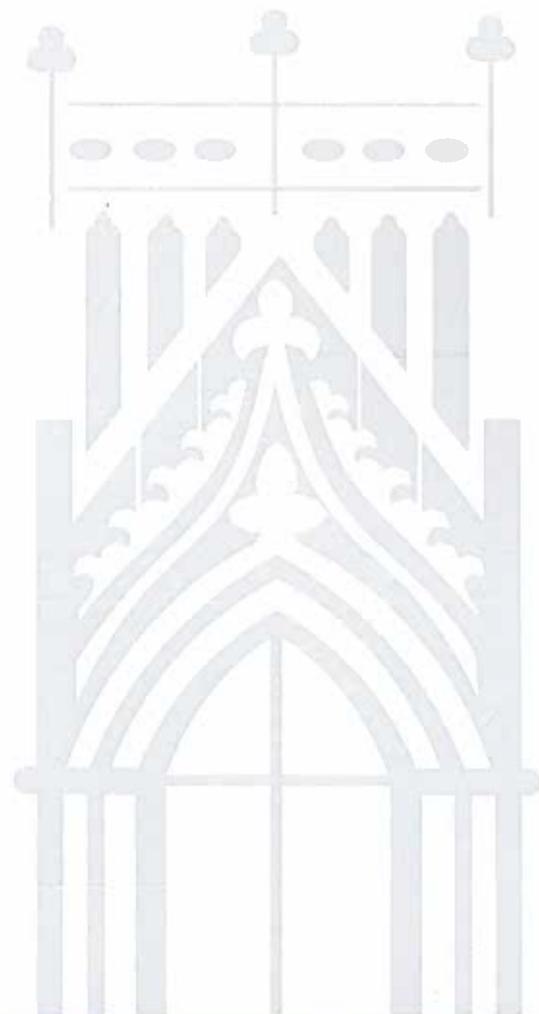
IPG Politécnico
|da|Guarda
Polytechnic
of Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Licenciatura em Animação Sociocultural

Andreia Filipa Dionísio Nascimento

setembro | 2018





Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto

Instituto Politécnico da Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ANDREIA NASCIMENTO

RELATÓRIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO

EM ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL

Setembro/2018

Ficha de Identificação

Nome do estudante: Andreia Filipa Dionísio Nascimento

Morada: Rua das rosas, nº 186, 6250-045

Localidade: Belmonte

Número de aluno: 5008385

Nome da instituição: Entre Pontes – Centro de Tratamento e Reinserção de Adictos, Unipessoal, Lda. – Casas de Santiago

Morada: Quinta da Tapada Nova, Apartado 5, 6250-073

Localidade: Belmonte

Contacto telefónico: 275911046

Fax: 275913285

Endereço de correio eletrónico: casasdesantiago@gmail.com

Nome do supervisor: Maria Alexandra Amaro Tracana

Grau académico do supervisor: Frequência universitária em Gestão de Empresas e Serviço Social

Contacto telefónico: 964918180

Nome do docente orientador: Marisa Filipa Ramos Teixeira

Data de início do estágio curricular: 5 de março de 2018

Data de fim do estágio curricular: 6 de junho de 2018

Horário: 2^a a 4^a das 9h às 17:30h/sáb. e dom. das 9h às 14h

Agradecimentos

Durante estes três anos letivos, várias foram as individualidades que apoiaram e acompanharam esta etapa. Neste sentido, venho desta forma agradecer a todos e, em especial, a algumas pessoas que estiveram presentes durante o período de estágio e após o mesmo.

No que concerne ao Instituto Politécnico da Guarda, não podia deixar de agradecer à minha docente orientadora, professora Filipa Teixeira, por toda a preocupação, paciência e auxílio durante e após o período de estágio.

Às Casas de Santiago, na pessoa da Sr.^a Alexandra Tracana por ter aceite o meu pedido de estágio e por ter sido minha supervisora durante estes meses. Deixo um especial agradecimento a todo o *staff* pela forma como me recebeu e me incluiu na dinâmica da comunidade, tendo-me permitido participar em tudo o que aconteceu na mesma, desde funções mais administrativas a funções de monitorização. Agradeço ainda aos pacientes que passaram pela comunidade durante estes três meses e com os quais tive contacto, por partilharem as suas histórias e experiências de vida e pelo confronto de realidades que sabemos existir, mas, tal como em tudo, só quando as situações nos tocam é que tomamos consciência delas.

À minha colega de curso, Sainy Mariano, deixo também um especial agradecimento por tudo o que vivemos nos últimos anos, dentro e fora do âmbito do curso.

Para finalizar, quero deixar um agradecimento às minhas colegas de quarto, Raquel Rente e Mónica Ferreira, por todas as aventuras e momentos partilhados, nunca esquecendo o Tobias e que o 304 estará sempre *on fire*.

Resumo

O presente documento tem como finalidade partilhar as atividades que foram realizadas ao longo do período de estágio, de modo descritivo, informativo e reflexivo, na instituição Casas de Santiago, realizado entre 5 de março e 6 de junho. A obtenção do grau de licenciado em animação sociocultural é o pressuposto para a elaboração deste relatório e realização, *a priori*, do estágio curricular ao qual o mesmo diz respeito.

Neste âmbito, foram desenvolvidas, sobretudo, atividades terapêuticas ocupacionais, tais como caminhadas, atividades de estimulação cognitiva e artística, entre outras. Neste sentido, no final do relatório e, em jeito de conclusão, é apresentada uma reflexão crítica final, na qual são aferidas todas as aprendizagens realizadas ao longo deste período, bem como todos os aspetos que considero relevantes e merecedores de destaque.

Palavras-chave

Adição; animação sociocultural; atividades terapêuticas ocupacionais, adito.

Abstract

The purpose of this document is to share the activities that were carried out during the internship period, in a descriptive, informative and reflective way, at the Casas de Santiago institution, held between March 5 and June 6. Obtaining a bachelor's degree in socio-cultural animation is the prerequisite for the preparation of this report and the a priori realization of the curricular internship to which it is related.

In this context, occupational therapeutic activities, such as walking, activities of cognitive and artistic stimulation, among others, were developed. In this sense, at the end of the report and, by way of conclusion, a final critical reflection is presented, in which all the lessons learned during this period, as well as all the aspects that I consider relevant and worthy of note, are presented.

Key words

Addition; sociocultural intervencion; occupational therapy activities, addit.

Índice geral	
Ficha de Identificação.....	II
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Índice de figuras.....	VIII
Lista de siglas/acrónimos.....	X
Introdução.....	1
Capítulo I – Instituição de estágio.....	3
1. Introdução.....	4
1.1. Enquadramento geográfico.....	4
1.2. Apresentação da instituição.....	5
1.2.1. Estrutura física.....	6
1.2.2. Estrutura administrativa.....	17
1.3. Valores, missão e objetivos.....	18
1.4. Serviços.....	18
1.5. Tipos de tratamento.....	20
Capítulo II – Animação Sociocultural no âmbito da adição.....	21
2. Introdução.....	22
2.1. Animação Sociocultural e âmbitos de atuação.....	22
2.1.1. Papel do Animador Sociocultural.....	25
2.2. Adição.....	27
2.3. Atividades ocupacionais no contexto de uma comunidade terapêutica.....	31
Capítulo III – Estágio.....	33

3. Introdução.....	34
3.1. Caracterização do público-alvo.....	34
3.2. Objetivos gerais e específicos	36
3.3. Atividades desenvolvidas.....	37
3.3.1. Espaço Arte.....	37
3.3.2. Atividades de fim de semana	54
3.3.3. Outras atividades.....	57
3.3.4. Guia Nacional de Respostas Sociais.....	61
3.4. Proposta de intervenção	62
3.4.1. Objetivos gerais e específicos.....	63
3.4.2. Operacionalização.....	64
3.4.3. Cronograma	66
3.4.4. Avaliação	67
Reflexão Crítica Final	68
Bibliografia.....	72
Webgrafia	73
Anexos	

Índice de figuras

Figura 1 – Concelho de Belmonte	5
Figura 2 – Pátio	7
Figura 3 – Piscina e casa de apoio.....	7
Figura 4 – Serviços Administrativos	8
Figura 5 – Sala do staff.....	8
Figura 6 – Gabinete médico	9
Figura 7 – Salas de grupo I e II	9
Figura 8 – Anfiteatro	10
Figura 9 – Zona de estacionamento.....	10
Figura 10 – Refeitório	11
Figura 11 – Zona de pequeno-almoço	11
Figura 12 – Zonas de lazer/trabalhos.....	11
Figura 13 – Cozinha	12
Figura 14 – Zona de conservação de alimentos.....	12
Figura 15 – Despensa de produtos alimentares	13
Figura 16 – Zona coberta com churrasqueira	13
Figura 17 – Sinalética indicadora do sótão.....	14
Figura 18 – Lavandaria.....	14
Figura 19 – Quarto “Sítio Certo”	15
Figura 20 – Sinaléticas identificadoras dos nomes dos quartos.	15
Figura 21 – Casa de banho de um quarto	15
Figura 22 – Casa de banho do staff	16
Figura 23 – Estendais	16
Figura 24 - Flores de origami	39
Figura 25 – Latas decoradas	41
Figura 26 – Porta-retratos dos pacientes	42
Figura 27 – Exemplo de cartões e 1º passo que foram entregues aos pacientes	43
Figura 28 – Exemplo de amuleto elaborado pelo staff com o símbolo dos narcóticos anónimos.....	45

Figura 29 – Balança fornecida a cada paciente	46
Figura 30 – Folha de revista enrolada	47
Figura 31 – Urna elaborada pelo staff	48
Figura 32 – Exemplo de capa e contracapa elaborada por um paciente.....	49
Figura 33 – Bonecas no fim da primeira fase.....	51
Figura 34 - Runas da recuperação e respetiva bolsa.....	52
Figura 35 – Suporte para incenso	53
Figura 36 – Percurso da comunidade até ao café	55
Figura 37 – Percurso do café até às instalações da escola primária	56

Lista de siglas/acrónimos

AC – *After-Care*

APA – Associação Americana de Psiquiatria

ASC – Animação Sociocultural

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EA – Espaço Arte

EATA – Associação Europeia de Tratamento da Adição

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FM – Fundo de Maneio

GNRS – Guia Nacional de Respostas Sociais

IDT – Instituto das Drogas e Toxicodpendência

IPG – Instituto Politécnico da Guarda

MO – Mudança de Objetivos

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais

Introdução

O presente relatório é um documento fundamental para a obtenção da licenciatura em animação sociocultural, formação frequentada na Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda.

O estágio foi realizado na instituição Entre Pontes – Centro de Tratamento e Reinserção de Adictos, Unipessoal, Lda. – Casas de Santiago que se localiza em Belmonte-Gare. Este período teve início a 5 de março de 2018 e findou a 6 de junho do mesmo ano, tendo a duração de 8 horas diárias de segunda-feira a quarta-feira (das 9h às 17:30h) e de 4:30h diárias ao fim-de-semana (das 9h às 14h), perfazendo um total de 400 horas. De referir ainda que foi elaborado um plano de estágio (anexo I) no qual consta a informação das atividades a realizar ao longo do período de estágio.

Na atualidade, as enfermidades do foro psicológico/psiquiátrico afetam cada vez um maior número de população, seja pela desmistificação que se tem realizado nos últimos anos acerca do tema, seja pela presença de pessoas próximas/conhecidas que padecem de tais psicopatologias. Talvez pelas razões apresentadas, a consciência dos indivíduos em relação a estas questões esteja a mudar e já não exista tanto a ideia de que são “maluquinhos” e só acontece aos outros. Qualquer um de nós pode sofrer de uma psicopatologia, qualquer um!

No que respeita à adição, o estudo da doença não é conclusivo, uma vez que alguns investigadores apontam para teorias de que já se nasce propenso à doença, ou seja, já se nasce com os genes responsáveis pelo desenvolvimento de comportamentos aditivos. Outros autores referem que o meio ambiente é determinante no desenvolvimento da adição e não dão tanto destaque à questão genética. Embora não haja uma causa unânime, a verdade é que existem muitos indivíduos aditos e que estes precisam de ajuda e tratamento adequados.

Assim, importa referir que a escolha desta instituição para a realização do período de estágio foi ponderada, existindo apenas duas opções a ter em conta, uma mais direcionada para as doenças do foro psiquiátrico em geral e esta relacionada com as doenças da adição. Não sendo a adição um tema que me era desconhecido, há já alguns anos que tive conhecimento desta psicopatologia e vou acompanhando, sempre que possível, o que se passa em Portugal a este nível, poder ver o funcionamento de uma comunidade terapêutica na sua

totalidade, sem ser através das informações disponibilizadas, reportagens ou entrevistas, é, sem dúvida, algo que almejava há algum tempo. Felizmente, através deste tipo de experiências é-nos permitido continuar a acreditar no ser humano e que existem boas pessoas no mundo, independentemente das circunstâncias de vida que têm ou tiveram.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo, intitulado de “instituição de estágio”, referente ao enquadramento geográfico da instituição, abordando o contexto geográfico das Casas de Santiago, caracterizando ainda a instituição no que concerne à sua estrutura física e administrativa, valores, missão e objetivos, serviços e, finalizando, com a descrição dos tipos de tratamento ofertados.

O segundo capítulo enquadra os conceitos de animação sociocultural e de adição, passando por outros pontos como o papel do animador sociocultural e as atividades ocupacionais no contexto de uma comunidade terapêutica.

O terceiro e último capítulo diz respeito às atividades desenvolvidas, começando pela caracterização do público-alvo e por fazer referência aos objetivos gerais e específicos, posteriormente são apresentadas as atividades executadas, sendo estas subdivididas de acordo com o espaço físico e/ou temporal em que decorreram, à exceção das “outras atividades” que são atividades sem calendário definido que ocorreram em dias e horários atípicos. O Guia Nacional de Respostas Sociais foi a atividade que mais tempo tomou e, por essa mesma razão, encontra-se explicitada no final terceiro capítulo, havendo ainda espaço para referir e apresentar uma proposta de intervenção a ser desenvolvida na instituição.

Para finalizar o relatório, foi elaborada uma reflexão crítica final que resume um pouco da experiência, abordando algumas questões que decorreram durante o período de estágio, tendo sempre como preocupação não revelar informações confidenciais quer dos pacientes quer da própria instituição.

Capítulo I – Instituição de estágio

1. Introdução

A comunidade terapêutica Casas de Santiago está localizada em Belmonte-Gare e tem capacidade para cerca de 20 pacientes, atuando no campo das adições e do duplo diagnóstico associado a comportamentos aditivos. Os pacientes são acompanhados por uma equipa multidisciplinar que inclui psicólogos, terapeutas, monitores, médico psiquiatra, entre outros profissionais. De referir que a comunidade funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, nunca ficando os pacientes sozinhos, estando sempre apoiados por alguém responsável.

Assim, o capítulo I engloba o enquadramento geográfico das Casas de Santiago, bem como a caracterização da instituição, indicando ainda os valores, missão e objetivos da comunidade terapêutica. É um capítulo que introduz a instituição, explicitando quais os seus recursos físicos e humanos/administrativos, os diferentes serviços disponibilizados e os tipos de tratamento oferecidos aos seus pacientes e respetiva rede de apoio.

1.1. Enquadramento geográfico

As Casas de Santiago, detidas pela Entre Pontes – Centro de Tratamento e Reinserção de Adictos, Unipessoal, Lda., encontram-se localizadas em Belmonte-gare, na Quinta da Tapada Nova e têm ao dispor da comunidade vários serviços e tipologias de tratamento.

A instituição é uma comunidade terapêutica que assenta a sua atuação na problemática das adições, quer químicas, quer comportamentais, verificando-se uma predominância de pacientes do sexo masculino.

A vila de Belmonte fica localizada no distrito de Castelo Branco, integrada na NUT (Nomenclatura das Unidades Territoriais) II: centro e na NUT III: beiras e serra da estrela. Este concelho da beira baixa portuguesa confronta a norte com o concelho da Guarda, a sul com o concelho do Fundão (distrito de Castelo Branco), a oeste com o concelho da Covilhã (distrito de Castelo Branco) e a este com o concelho do Sabugal. Esta sede de concelho dista dos centros urbanos mais próximos (Covilhã, Guarda e Fundão) cerca de 21¹, 25² e 35³ quilómetros, respetivamente.

¹ Dados obtidos em 10 de abril de 2018 de <https://goo.gl/maps/m8MwrDMDmpv>.

² Dados obtidos em 10 de abril de 2018 de <https://goo.gl/maps/yPQjufbzKVp>.

³ Dados obtidos em 10 de abril de 2018 de <https://goo.gl/maps/LazvwsencBn>.

O concelho de Belmonte (figura 1) é composto por quatro freguesias (Belmonte e Colmeal da Torre [união de freguesias], Caria, Inguias e Maçainhas) que se disseminam ao longo dos 118,76 km² que o concelho possui⁴. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)⁵, atualizados em fevereiro de 2014, habitam no concelho de Belmonte 3294 indivíduos do sexo masculino e 3565 indivíduos do sexo feminino, perfazendo um total de 6859 habitantes.



Figura 1 – Concelho de Belmonte

Fonte: Visitar Portugal

1.2. Apresentação da instituição

A Entre Pontes – Centro de Tratamento e Reinserção de Adictos, Unipessoal, Lda. – Casas de Santiago, foi fundada em agosto de 2004 pela sócia Maria Alexandra Amaro Tracana (atual diretora), no concelho de Belmonte, em Belmonte-Gare. No decorrer desse mesmo ano procedeu-se à reconstrução de um imóvel onde atualmente a empresa se situa e exerce a sua atividade. Contudo, apenas em 2006, e após um processo bastante moroso, foi possível obter a licença de funcionamento para o tratamento de toxicodependentes, tendo uma capacidade máxima de 20 pacientes. Ainda nesse ano, a instituição foi registada na Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e foi solicitado o licenciamento de camas específicas para o programa dedicado à doença mental grave concomitante e alcoolismo. No decorrer de todo o desenvolvimento da comunidade, em 2007, esta torna-se membro da Associação Europeia de Tratamento da Adição (EATA). No ano de 2008, a comunidade conseguiu obter 8 camas convencionadas pelo Instituto das Drogas e Toxicodependência (IDT) e em 2009

⁴ Dados obtidos em 10 de abril de 2018 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0.

⁵ Dados obtidos em 10 de abril de 2018 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006349&contexto=bd&selTab=tab2.

duas camas para o programa específico dedicado à doença mental concomitante e alcoolismo. Decorria o ano de 2014, quando foi celebrado um protocolo com o Município de Belmonte que preconizava a aproximação da comunidade ao município, através da disponibilização dos serviços prestados às escolas e comunidade em geral. Neste âmbito, foi também possibilitado aos pacientes a realização de trabalho comunitário na autarquia. Em 2015, a comunidade alargou o número de camas convencionadas, alcançando assim um protocolo para a convenção de 16 camas⁶.

1.2.1. Estrutura física

A instituição possui diversificadas áreas nas suas instalações de forma a poder responder às exigências dos seus programas e das atividades que realiza nos mesmos. A comunidade terapêutica localiza-se em Belmonte-Gare e conta com diversos espaços diferenciados, tais como:

- Espaços de lazer interiores e exteriores:
 - Pátio.
 - Piscina.
- Espaços de apoio às atividades:
 - Serviços administrativos.
 - Sala do *staff*.
 - Gabinete médico.
 - Salas de grupo.
 - Anfiteatro.
 - Zona de estacionamento.
- Espaço multifuncional:
 - Sala polivalente.
 - Sótão.
- Espaços destinados a toda a logística:
 - Cozinha.

⁶ Informação adaptada da página web das Casas de Santiago, acedida em 10 de abril de 2018, consultada em <http://www.casasdesantiago.com/nos.html>.

- Despensa.
- Zona coberta com churrasqueira e demais material acessório.
- Sótão.
- Lavandaria.
- Espaços de descanso e higiene:
 - Quartos.
 - Casas de banho.
 - Estendais.

No que diz respeito às zonas de lazer, importa referir que o pátio (figura 2) tem ao dispor dos pacientes várias cadeiras e bancos, para além de existirem alguns cinzeiros e ainda um telheiro que permite o acesso entre os edifícios.



Figura 2 – Pátio

Fonte: Própria

A piscina é o *ex-libris* de verão, no qual os pacientes querem passar parte do seu tempo livre. Para além da piscina, existe um chuveiro e uma zona relvada.

Na zona da piscina há também uma casa de apoio à mesma (figura 3).



Figura 3 – Piscina e casa de apoio

Fonte: Própria

Os serviços administrativos (figura 4) são o local onde se realizam as admissões dos pacientes, bem como onde são tratadas todas as questões relativas a documentos. É também nos serviços administrativos que ficam guardados os *kits* de admissão de pacientes.



Figura 4 – Serviços Administrativos

Fonte: Própria

A sala do *staff* (figura 5) é o espaço onde estão guardados parte dos materiais para as atividades, sobretudo de educação física e Espaço Arte (EA). No entanto, esta sala é usada pelo *staff*/equipa terapêutica na realização de reuniões de equipa, atendimento dos pacientes e respetivas famílias, planificação de atividades, elaboração de relatórios, entre outros.



Figura 5 – Sala do *staff*

Fonte: Própria

O gabinete médico (figura 6) é o local onde são guardados os pertences pessoais dos pacientes (dentro de umas caixas previamente identificadas com o nome do paciente), as medicações também são administradas no gabinete médico e é aqui que se encontram as

caixas de primeiros socorros e demais medicamentos “básicos” (*brufen*, *bem-u-ron*, *bepanthene*, *biafine* e demais medicamentos que podem ser usados em situações não consideradas graves).



Figura 6 – Gabinete médico

Fonte: Própria

As salas de grupo I e II (figura 7) estão equipadas com cadeiras, uma pequena mesa, um quadro com o programa dos 12 passos e outro com a oração proferida no final dos grupos-terapia. É nestas salas que decorre grande parte dos grupos-terapia, algumas consultas de terapia individual, as aulas da “escola” e demais atividades grupais.



Figura 7 – Salas de grupo I e II

Fonte: Própria

O anfiteatro (figura 8) é um local usado para algumas atividades de grupo ao ar livre e os pacientes usam-no também na realização dos seus mini-grupos.

O anfiteatro foi todo decorado e personalizado pelos pacientes, numa atividade do EA há alguns anos.

É possível verificar alguns termos chave como “poder superior”, “só por hoje”, “confiança”, entre muitos outros termos que os aditos reconhecem.



Figura 8 – Anfiteatro

Fonte: Própria

Um dos espaços exteriores é a zona de estacionamento (figura 9) na qual ficam os veículos pertencentes aos funcionários das Casas de Santiago e no qual os familiares dos pacientes podem deixar os seus veículos enquanto visitam os mesmos.



Figura 9 – Zona de estacionamento

Fonte: Própria

A sala polivalente é composta por várias áreas, nomeadamente: o refeitório, a zona de pequeno-almoço e as zonas de lazer/trabalhos.

O refeitório (figura 10) é o espaço onde se realizam a maioria das refeições e tem capacidade para cerca de 20 pessoas. Todas as refeições, incluindo pequeno-almoço e lanche, são realizadas no refeitório.

O EA também decorre neste espaço, sobretudo quando se tratam de atividades manuais de cariz artístico.

Este é ainda um dos espaços de eleição para os pacientes elaborarem os seus trabalhos escritos.



Figura 10 – Refeitório

Fonte: Própria

A zona de pequeno-almoço (figura 11) é composta por uma mesa e várias cadeiras, para além de equipamento para confeção de tostas e torradas, a máquina do café, o dispensador de água e um lava-loiça.



Figura 11 – Zona de pequeno-almoço

Fonte: Própria

As zonas de lazer/trabalhos (figura 12) são compostas por sofás e/ou mesas e cadeiras e permitem aos pacientes realizar os seus trabalhos e/ou jogar cartas, xadrez, damas, entre outros. Também é possível ver televisão ou ouvir rádio quando autorizado.



Figura 12 – Zonas de lazer/trabalhos

Fonte: Própria

A cozinha (figura 13) está equipada com vários utensílios e é neste local que todas as operações inerentes às refeições ocorrem. O acesso à cozinha, por parte dos pacientes, é restrito e apenas pode ser feito nos horários estipulados ou quando previamente solicitado a um membro do *staff*.



Figura 13 – Cozinha

Fonte: Própria

A cozinha dá ainda acesso a uma zona de conservação de alimentos e a uma despensa. Na zona de conservação de alimentos (figura 14) é possível encontrar fruta, batatas e alimentos congelados e/ou refrigerados.



Figura 14 – Zona de conservação de alimentos

Fonte: Própria

No que respeita à despensa de produtos alimentares (figura 15), é nesta que são armazenados a maioria dos alimentos que não necessitam de ser guardados em arcas congeladoras/refrigeradoras e/ou frigoríficos.



Figura 15 – Despensa de produtos alimentares

Fonte: Própria

A zona coberta com churrasqueira (figura 16) é um local exterior onde se confeccionam os assados e grelhados na brasa, possuindo, para tal, diversos utensílios, tais como: grelhas, mesas de apoio, entre outros.



Figura 16 – Zona coberta com churrasqueira

Fonte: Própria

O sótão (figura 17) é um espaço de acesso restrito, local onde são guardados os pertences dos pacientes (malas, mochilas, entre outros), para além dos materiais afetos às

atividades da comunidade que também poderão ser guardados no sótão. É importante referir que existem duas arcas congeladoras no sótão que permitem conservar os diferentes alimentos a ser confeccionados (carne, peixe, legumes, entre outros).



Figura 17 – Sinalética indicadora do sótão

Fonte: Própria

A lavandaria (figura 18) é o local onde os pacientes podem lavar a sua roupa, dispondo para tal de máquinas de lavar e de secar roupa. É ainda o local onde estão armazenadas todas as roupas de cama e banho (lençóis, fronhas, capas de édredon, toalhas, entre outros).



Figura 18 – Lavandaria

Fonte: Própria

Existem oito quartos (figura 19) na comunidade, havendo separação entre o género (feminino e masculino) aquando da atribuição dos quartos aos pacientes. Os quartos estão equipados com camas individuais e beliches duplos, armários onde os pacientes podem guardar os seus pertences e, alguns quartos, possuem casa de banho partilhada. Todos os quartos são identificados pelo nome (figura 20) que lhe corresponde, existindo, para esse

efeito, sinaléticas nas portas de entrada de cada quarto para que os pacientes saibam a que quarto pertencem. Assim, os nomes atribuídos aos oito quartos são: sabedoria, coragem, serenidade, harmonia, sítio certo, esperança, só por hoje e boa vontade.



Figura 19 – Quarto “Sítio Certo”

Fonte: Própria



Figura 20 – Sinaléticas identificadoras dos nomes dos quartos.

Fonte: Própria

As casas de banho (figura 21) estão equipadas com lavatórios, espelhos, casas de banho individuais (apenas nas casas de banho que se encontram junto aos quartos) e zonas de duche compostas por um chuveiro. As casas de banho encontram-se dentro de alguns quartos e junto dos restantes que não possuem casa de banho no próprio quarto.



Figura 21 – Casa de banho de um quarto

Fonte: Própria

O *staff* e todos os funcionários possuem uma casa de banho própria (figura 22) que pode ser usada por todos, sem distinções de sexo. Esta casa de banho está equipada com um lavatório, um espelho, uma sanita, um armário e um dispensador de toalhetes.



Figura 22 – Casa de banho do *staff*

Fonte: Própria

Os estendais (figura 23) são os espaços exteriores, cobertos e descobertos, nos quais existem cordas (de uma parede à outra) onde os clientes podem colocar as suas roupas a secar. Os estendais são também usados pelos monitores para secar as roupas comuns (toalhas, jogos de cama, guardanapos, entre outros).



Figura 23 – Estendais

Fonte: Própria

1.2.2. Estrutura administrativa

A instituição orgulha-se de poder afirmar que impulsiona a economia regional e convida os familiares/suporte relacional e afetivo dos seus pacientes a visitarem as instalações da comunidade, dinamizando também desta forma a economia local/regional visto que, por vezes, estes acabam por recorrer aos serviços de restauração existentes, chegando mesmo a pernoitar nas redondezas, sobretudo na região da Serra da Estrela, ou acabam por fazer qualquer outro tipo de investimento no comércio local/regional.

Nesta sequência, consegue ainda ter ao seu dispor um leque de profissionais⁷ provenientes de diferentes áreas e que atuam quer direta quer indiretamente com os pacientes. Estes profissionais regem a sua ação de acordo com as diretrizes presentes no regulamento interno e no código de ética da instituição.

Assim, no que diz respeito aos serviços administrativos e sociais, a instituição conta com uma diretora, uma assistente de direção e uma assistente social. No que concerne à equipa terapêutica, também denominada por *staff*, é uma equipa multidisciplinar que conta com um médico, um psiquiatra, uma psicóloga e cinco terapeutas (função acumulada por alguns profissionais). Existem ainda outros funcionários que são um importante contributo para o funcionamento da comunidade, nomeadamente, os três monitores (há sempre um monitor durante o dia e outro durante a noite), as três professoras (educação física e da “escola”⁸), para além de uma cozinha que está encarregue da preparação e confeção de todas as refeições durante a permanência dos pacientes na comunidade, à exceção do fim-de-semana e feriados em que os próprios pacientes preparam as refeições.

Neste âmbito, torna-se premente referir que a instituição tem um período de funcionamento das 0h às 24h, ou seja, funciona 24 horas por dia. O horário do pessoal administrativo está compreendido entre as 8:30h e as 13:30h e entre as 14h e as 17h, de segunda a sexta-feira. No que respeita ao horário do pessoal terapêutico, este inicia-se às 9h e termina às 17:30h, existindo um descanso intermédio das 13h às 14h, com um descanso semanal a ocorrer ao fim-de-semana. Por fim, o horário do pessoal da cozinha decorre de segunda a sexta-feira das 10:30h às 15h e das 15:30h às 19h.

⁷ O organigrama da instituição encontra-se no anexo II.

⁸ Os pacientes têm aulas e podem concluir o 9º ou 12º ano na comunidade.

1.3. Valores, missão e objetivos

A missão das Casas de Santiago passa por providenciar cuidados e tratamento na problemática da adição, através da atuação de uma equipa multidisciplinar e dos serviços disponibilizados que primam pela qualidade, ética e compromisso.

Nenhum problema é de resolução simplista, generalista ou esquemática. Sendo a dependência um dos problemas sociais de maior dimensão e abrangência, mobilizador de inúmeros investimentos económicos, mas também humanos, urge concertar esforços, saberes e experiências, procurando-se uma crescente adequação às reais necessidades da população utente e respetivas possibilidades de sucesso do trabalho realizado (Casas de Santiago, 2018)⁹.

1.4. Serviços

Tratando-se de uma instituição já com inúmeros anos de experiência no combate à problemática da adição, apresenta serviços diferenciados que podem fazer a diferença para que o tratamento seja bem-sucedido. Nesta sequência, durante o internamento e após o mesmo, regime de *after-care* (AC), os utentes têm ao seu dispor¹⁰:

- **Aconselhamento individual e de grupo** – o aconselhamento revela-se de extrema importância no tratamento da adição, estando os terapeutas responsáveis pela execução e dinamização das terapias individuais e de grupo. Assim, é função dos terapeutas elaborar o diagnóstico individual de cada paciente, o plano de tratamento/ação, desenvolver atividades grupais por forma a responder às debilidades de cada paciente em particular e do grupo em geral, aplicando o conceito central do *Modelo Minnesota*¹¹. É ainda da alçada dos terapeutas

⁹ Informação retirada da página web das Casas de Santiago, acedida em 10 de abril de 2018, consultada em <http://www.casasdesantiago.com/nos.html>.

¹⁰ Informação adaptada da página web das Casas de Santiago, acedida em 10 de abril de 2018, consultada em <http://www.casasdesantiago.com/servicos.html>.

¹¹ Modelo de tratamento com origem nos anos 40 através da convergência, no Minnesota, de dois movimentos distintos, que viriam a gerar o Modelo Minnesota: Hazelden e o Wilmar State Hospital. O Modelo Minnesota baseia-se no método dos 12 passos dos alcoólicos/narcóticos anónimos, combinando-o com a psicoterapia humanista, da modificação de comportamento e psicoterapia baseada na confrontação com a realidade.

a elaboração e avaliação das rotinas diárias dos pacientes, definindo o plano diário e semanal. O plano de tratamento de cada paciente é avaliado semanalmente, verificando o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, a necessidade de reajuste, por forma a conseguir alcançar os objetivos definidos, ou a progressão para o nível seguinte.

- **Mediação familiar** – permite trabalhar a relação entre o paciente e a sua rede de apoio (família, amigos, entre outros), realizando a mediação de conflitos, interesses, jogos de poder ou outras situações particulares decorrentes da convivência com um indivíduo com comportamentos aditivos. É ainda disponibilizado apoio direto aos familiares, com o objetivo de fortalecer as relações interpessoais, visando o apoio ao paciente de forma indireta através da intervenção junto de terceiros.

- **Apoio psicológico** – a avaliação psicológica do paciente é realizada por um gabinete clínico que, para além do acompanhamento individual, aplica testes suplementares de diagnóstico, com vista a um conhecimento complementar e mais aprofundado da personalidade do indivíduo.

- **Acompanhamento médico** – a situação clínica dos pacientes é regularmente avaliada, sendo consultado inicialmente quando entra na comunidade e, posteriormente, sempre que necessário. A avaliação médica, por vezes, pressupõe o encaminhamento do paciente para consultas de especialidade, nomeadamente para a Unidade de Infetocontagiosos e/ou para o serviço de psiquiatria da comunidade.

- **Apoio à gestão financeira** – os pacientes (re)aprendem a gerir o dinheiro, definindo prioridades e programando os gastos que querem/podem ter. Este serviço torna-se importante uma vez que, numa situação de dependência, o dinheiro é apenas um meio para atingir um fim (adquirir a substância pretendida) não se pensando efetivamente sobre o seu valor nem fazendo plano em relação a essa quantia. Desta forma, os pacientes (re)adquirem a habilidade de controlar e planear gastos.

- **Pós-tratamento/after-care e reciclagem** – a adição tem tratamento, mas não cura, como tal, torna-se fundamental apresentar alternativas para quando os pacientes terminam o período de tratamento residencial. O serviço de pós-tratamento/AC e reciclagem surge como uma resposta a essa necessidade, sendo incentivado e motivado durante o tratamento para que os pacientes possam dar seguimento ao seu tratamento, mesmo quando já se encontram

socialmente recuperados. Em pós-tratamento/AC são disponibilizadas terapias individuais e de grupo e a participação em todas as atividades. A adesão aos serviços de pós-tratamento/AC é benéfica não apenas para o próprio paciente, mas também para todos os outros que se encontram na comunidade, visto que existe uma troca de experiências entre indivíduos que passaram por situações semelhantes.

- **Palestras temáticas e *workshops*** – visam a educação para a saúde, valores e cidadania. Estas podem ser propostas por todos os membros da equipa terapêutica, podendo ser concretizadas pelo próprio, por outro membro ou por alguém convidado. As temáticas abordadas enquadram-se no programa de tratamento e relacionam-se, maioritariamente, com: doenças sexualmente transmissíveis, alimentação saudável, técnicas de procura de emprego, formação académico-profissional, gestão financeira, entre muitos outros temas que podem ser sugeridos pelos próprios pacientes.

1.5. Tipos de tratamento

As Casas de Santiago encontram-se habilitadas para o tratamento de diversas adições, nomeadamente ao nível das dependências químicas e comportamentais. No entanto, a adição pode despoletar ou surgir associada a outras comorbidades e os indivíduos podem apresentar quadros de duplo diagnóstico. Com essa premissa presente, as Casas de Santiago apresentam ainda tratamentos para indivíduos com duplo diagnóstico, tais como depressão, esquizofrenia, entre outros.

Neste sentido, em relação às dependências químicas, as Casas de Santiago, possuem tratamento para dependências de substâncias psicoativas (drogas, álcool) e ao nível da automedicação. No que diz respeito às dependências comportamentais, apresenta tratamento ao nível de questões relacionadas com o jogo e a engenharia financeira.

Capítulo II – Animação
Sociocultural no âmbito da adição

2. Introdução

A animação sociocultural, de acordo com diversos autores, pode ser traduzida como o ato ou conjunto de atos que têm por objetivo dar vida aos indivíduos. Isto é, apostar nas capacidades e competências dos indivíduos e melhorar a sua qualidade de vida. É neste âmbito que um animador sociocultural se torna importante, uma vez que é o profissional que, em conjunto com os indivíduos, irá aferir qual a problemática e quais as ferramentas que o mesmo tem para a enfrentar e resolver. A problemática pode passar por uma situação de desemprego até questões mais gravosas como a reclusão ou a adição.

Um adito é um indivíduo que padece de uma adição, ou seja, que tem comportamentos autodestrutivos que não consegue controlar, comumente conhecido como vício. Os aditos podem obter tratamento junto de comunidades terapêuticas, que são centros especializados no combate à adição. As comunidades têm aos seu dispor um diverso número de profissionais, incluindo equipas multidisciplinares que atuam nos mais variados campos (social, saúde mental, desportivo, entre outros). O animador sociocultural, devido a todas as competências e ferramentas que possui, pode enquadrar e alargar o seu âmbito de atuação à temática da adição e ao trabalho direto com aditos.

O capítulo II traduz-se, desta forma, num enquadramento teórico dos conceitos de animação sociocultural e o respetivo papel do animador sociocultural, abordando ainda o conceito de adição e fazendo referência às atividades ocupacionais no contexto de uma comunidade terapêutica.

2.1. Animação Sociocultural e âmbitos de atuação

A Animação Sociocultural (ASC) liga-se etimologicamente à vida e, assim, pode afirmar-se que é uma necessidade humana. Como refere Ventosa (1993) a ASC tem origem na palavra *ánima* que significa sentido, alento, vida e na palavra *animus* que significa motivação, movimento, transformação.

Segundo Ander-Egg (2001, p.18), o termo cultura deriva de *colore*, o ato de *cultivar a terra*, de *honrar, render culto, tributo, em especial aos deuses*. Para Trilla (2004), cultura é tudo o que pode ser adquirido através da aprendizagem, da aquisição de conhecimentos,

convicções, arte, leis, moral, costumes e toda e qualquer capacidade que o indivíduo obtém enquanto membro de uma sociedade. Por outro lado, Certeau (1995, p.141) refere que para que haja verdadeiramente cultura

não basta ser autor de práticas sociais; é preciso que essas práticas sociais tenham significado para aquele que as realiza (...), pois cultura não consiste em receber, mas em realizar o acto pelo qual cada um "marca" aquilo que outros lhe dão para viver e pensar.

De acordo com a UNESCO, citada por Ander-Egg, a ASC consiste num conjunto de práticas sociais que têm como finalidade estimular a iniciativa, bem como a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento e na dinâmica global da vida sociopolítica em que estão integrados (UNESCO, citada por Ander-Egg, 2001).

Este mesmo autor refere ainda que a ASC é um conjunto de técnicas sociais baseadas numa pedagogia participativa que têm por finalidade a promoção de práticas e atividades de cariz voluntário (denominado também por participação ativa), tendo como finalidade última a promoção da qualidade de vida no seio do grupo/comunidade envolvido (Ander-Egg, 2001).

Os âmbitos da ASC são diversos, tendo em conta os locais onde o ser humano vive e convive, considerando ainda a pessoa em toda a sua vertente holística e, como tal, questões como o respeito, a cidadania, a democracia, a interação e a participação.

Ander-Egg (2008, p.69) divide os âmbitos da ASC em âmbitos de ação e âmbitos geográficos, caracterizando os âmbitos de ação em:

- *Contexto técnico* - onde se enquadra a animação musical, animação de dança, entre outras.
- *Contexto social* - considerou a animação de emigrantes, animação da população rural, animação para jovens, entre outros.
- *Contexto espacial* - animação de uma rua, bairro, aldeia, vila ou cidade.

No que diz respeito aos âmbitos geográficos, procedeu à seguinte classificação:

- *Animação rural.*
- *Animação suburbana.*
- *Animação urbana.*

De acordo com Lopes (2008) os âmbitos e modalidades da ASC podem ser vistos segundo uma perspectiva tridimensional:

- Dimensão etária: infantil, juvenil, adultos e terceira idade.
- Espaço de intervenção: animação urbana, animação rural.
- Pluralidades de âmbitos ligados a sectores de áreas temáticas, como sejam: a educação, o teatro, os tempos livres, a saúde, o ambiente, o turismo, a comunidade, o comércio, o trabalho (...).

Lopes (2008, p.315) refere ainda que todos estes âmbitos implicam

o recurso a um vasto conjunto de termos compostos, para designar as suas múltiplas actualizações e formas concretas de actuação: Animação socioeducativa, Animação cultural, Animação teatral, Animação dos tempos livres, Animação sociolaboral, Animação comunitária, Animação rural, Animação turística, Animação terapêutica, Animação infantil, Animação juvenil, Animação na terceira idade, Animação de adultos, Animação de grupos em situação de risco, Animação em hospitais, Animação em prisões, Animação económica, Animação comercial, Animação termal, Animação desportiva, Animação musical, Animação cinematográfica, Animação de bibliotecas, Animação de museus, Animação escolar, etc.

Para além destes, continuamente, outros termos poderão ser formados, relacionados como potenciais novos âmbitos de Animação, cuja emergência é, por sua vez, determinada por uma dinâmica social, em constante mudança, que origina a permanente promoção de relações interpessoais, comunicativas, humanas, solidárias, educativas e comprometidas com o desenvolvimento.

No que diz respeito ao âmbito etário, Lopes (2008), subdividiu-o em quatro faixas: animação na infância; animação juvenil; animação de adultos e animação na terceira idade.

2.1.1. Papel do Animador Sociocultural

Segundo Ventosa (2004), o animador sociocultural é um profissional socioeducativo que delinea, estrutura e concebe projetos, eventos e equipamentos socioculturais, adaptando-os consoante o público-alvo e as características do mesmo e do meio em que este se insere, promovendo a participação ativa e implicando o destinatário no próprio processo.

De acordo com este autor, o animador tem, no mínimo, três campos de trabalho muito específicos: o *cultural*, onde a criatividade consistiu o seu principal foco e campo de ação; o *social*, onde o objetivo é o trabalho com o grupo e a participação e inserção dos indivíduos no mesmo; e o *educativo*, onde a finalidade passa pelo desenvolvimento do indivíduo centrando-se, para tal, no mesmo e nas suas potencialidades e capacidades (Ventosa, 2002).

As características transversais a todos os animadores têm o apoio da maioria dos autores, destacando Pérez e Puya (2007, p.18) cinco delas que consideram ser fundamentais para os animadores: *educador, agente de mudança social, interlocutor, mediador social e dinamizador intercultural*. Neste sentido, podemos afirmar que o animador deve ser educador, para que o trabalho que vai desenvolver com os indivíduos seja o mais adequado e as suas expectativas não sejam defraudadas.

Pérez e Puya (2007), afirmam que a educação deve ser entendida como um instrumento facilitador da mudança e desenvolvimento pessoal e social, através da alteração de atitudes e comportamentos. Estes autores referem ainda que a educação estimula a ação, isto é, favorece as relações interpessoais e permite aos indivíduos não se isolarem, mas sim conhecerem o que os rodeia e quem os rodeia. Cabe ao animador aferir as reais competências e necessidades do grupo, mesmo quando estes não as reconhecem ou conseguem expressar, por forma a ter uma ação efetiva e justificada.

Deve ser um agente de mudança, visto que trabalha com públicos que podem possuir diferentes características e deve promover o trabalho comunitário, tendo sempre em atenção os sentimentos e pensamentos de cada indivíduo de forma a lhe ser possível modificar ou atuar no seio da realidade individual de cada um.

O animador deve ser um bom comunicador, no sentido de evitar quebras de diálogo e para que as relações interpessoais sejam promovidas e não deterioradas, na relação animador-indivíduos e indivíduos-indivíduos. Neste sentido, deve ainda ter a capacidade de

desencadear e estimular as relações interpessoais, estabelecendo uma comunicação positiva e assertiva entre os indivíduos, o grupo e a comunidade e, conseqüentemente, entre as instituições e organismo locais.

É um mediador na medida em que a individualidade de cada um é respeitada, promovendo, na diferença, o diálogo e a comunicação para que todos saibam quais as suas responsabilidades e ganhem consciência do seu papel no grupo e das suas capacidades individuais. A mediação é uma metodologia de intervenção que tem como bases a comunicação e as diferenças sociais, permitindo uma melhoria pessoal e social, através da observação e compreensão das características e competências do grupo, com o intuito de potenciar os interesses comuns.

Enquanto dinamizador intercultural, o animador estimula o diálogo e permite que todos tenham as mesmas oportunidades dentro do grupo ou comunidade. Atua ainda na prevenção de conflitos culturais, melhoria da compreensão entre os pares de diferentes origens, possuindo um conhecimento profundo de outras culturas e transformando a realidade para que todos experienciem uma igualdade de oportunidades (Pérez e Puya, 2007). O animador sociocultural, favorece o adotar de atitudes positivas *con referencia a otras culturas, estimula el desarrollo de habilidades sociales y la toma de decisiones. Fomenta el entendimiento de la interdependencia transcultural mediante la colaboración en la perspectiva de verse a uno mismo desde los otros* (Pérez e Puya, 2007, p.19).

Ander-Egg (1999), define o animador como o profissional que realiza tarefas e atividades de animação. É o indivíduo com capacidade para fomentar a participação ativa e estimular dinâmicas socioculturais, quer ao nível individual quer coletivo, atuando como um catalisador que desenvolve processos, cujo protagonista é o próprio grupo.

Jardim (2003, p.283) afirma que o animador eficiente

é aquele que sabe liderar o grupo com uma variedade de estilos, desde o centralizado, em que imprime o seu ritmo ao grupo, ao descentralizado, em que os membros do grupo têm a máxima liberdade, dentro dos limites previamente definidos pelo próprio grupo.

Para Costa (2008), o animador junto do grupo ou comunidade deve conseguir desenvolver uma diversidade de competências, tais como: identificar as carências e as

potencialidades individuais, sociais, comunitárias e institucionais no meio em que estão inseridos; projetar um conjunto de atividades de cariz cultural, educativo, desportivo e social, de acordo com as necessidades do grupo ou comunidade; organizar e desencadear atividades diversificadas (*ateliers*, visitas temáticas, encontros culturais, desportivos, sociais e recreativos, entre outras); participar em programas de integração socioprofissional; criar e concretizar os meios necessários para o desenvolvimento das ações planeadas; avaliar os projetos de intervenção conjuntamente com outros profissionais.

O papel do animador consiste, fundamentalmente, em desenvolver a autoestima, a confiança e a personalidade dos indivíduos, permitindo que estes tenham a iniciativa de concretizar atividades de cariz social, cultural, educativo, entre outras, criando dinâmicas comunitárias que reforcem o tecido e as redes sociais, por forma a despertarem o interesse numa formação contínua e permanente (Ventosa, 2004, p.95).

Neste sentido, tendo em consideração todas as competências e capacidades de um animador, a sua intervenção numa comunidade terapêutica para o tratamento de aditos pode revelar-se uma mais-valia. Um animador possui as ferramentas necessárias para atuar com diversos tipos de públicos, sendo a sua capacidade de adaptação fundamental no trabalho com aditos. No entanto, este é um público muito específico e particular, visto se tratarem de indivíduos com algumas especificidades psicológicas de grande relevo, sobretudo, instabilidade emocional e desregulação química cerebral. Neste contexto, torna-se importante realçar as particularidades da adição e dos que dela padecem.

2.2. Adição

A adição é considerada uma doença e ao longo dos últimos anos viu a sua definição ser alterada por forma a acompanhar as “adições dos tempos modernos”. Estas novas adições surgiram, quer pelo desenvolvimento ao nível das novas tecnologias, quer pelo acesso que se tem a determinados bens e pela facilidade com que se estabelecem relações não-afetivas e/ou desprovidas de qualquer conteúdo emocional. No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-V) elaborado pela *American Psychiatric Association* (Associação Americana de

Psiquiatria – APA), surgem os Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos (pp. 483-590) e estes encontram-se subdivididos em:

- Transtornos Relacionados ao Álcool.
- Transtornos Relacionados à Cafeína.
- Transtornos Relacionados a *Cannabis*.
- Transtornos Relacionados a Alucinógenos.
- Transtornos Relacionados a Inalantes.
- Transtornos Relacionados a Opioides.
- Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.
- Transtornos Relacionados a Estimulantes.
- Transtornos Relacionados ao Tabaco.
- Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas).
- Transtornos Não Relacionados a Substância.

No que diz respeito à *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10)¹², a adição aparece associada aos Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, que se subdivide em:

- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.

¹² Informação retirada da página web da *World Health Organization*, acedida em 23 de junho de 2018, consultada em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F10-F19>.

- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Contudo, a adição ao jogo, enquadrada no DSM-V como um transtorno não relacionado a substância (designado por transtorno ao jogo) surge na CID-10 associado às distorções da personalidade e do comportamento adulto, mais concretamente aos transtornos dos hábitos e dos impulsos.

Neste âmbito, é possível verificar que a definição de adição não é unânime e está longe de o ser. No entanto, o facto de a adição ao jogo já ser considerada em ambos os documentos demonstra que o paradigma pode estar a mudar, visto que até há uns anos adição dizia apenas respeito à dependência de substâncias/químicos (álcool, drogas, medicamentos, entre outras). Neste sentido, torna-se importante referir que algumas instituições que têm programas de tratamento de adições, nomeadamente comunidades terapêuticas e centros de tratamento, já consideram as dependências que não implicam o consumo de substâncias/químicos como adições (dependências comportamentais e emocionais, por exemplo). Assim, ouve-se cada vez mais falar em adição às compras, à internet, ao sexo, às novas tecnologias, aos videojogos, entre outras.

De acordo com a definição apresentada pelo centro de tratamento Linha d'Água¹³, a adição é considerada

uma doença primária e não um sintoma latente, com evolução progressiva, de desenvolvimento contínuo e com consequências possivelmente adversas e até mortais. Implica a perda de controlo e a presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos acerca de uma substância, objeto ou acontecimento. A permanência de um estado de negação sobre as evidências da doença torna-se, a dada altura, condição fatal.

Na perspetiva da CITA Clínica Médica¹⁴, a adição

¹³ Informação retirada da página web do centro de tratamento Linha d'Água, acedida em 23 de junho de 2018, consultada em <http://www.linhadagua.net/informe-se>.

¹⁴ Informação retirada da página web da CITA Clínica Médica, acedida em 23 de junho de 2018, consultada em <http://www.cita.pt/conceito-dependencia-adicao.html>.

é uma doença multifactorial, bio-psico-social e manifesta-se de maneira única em cada paciente. É uma relação patológica que se estabelece entre a pessoa, a substância psicoactiva ou comportamento aditivo num determinado contexto psico-social.

A adição é caracterizada pela incapacidade de interromper de forma continuada os consumos ou o modo de vida onde estes se manifestam. Por vezes as pessoas perdem objectivo e sentido de vida e vivem num ciclo de obsessão e compulsão centrado nos consumos, comportamentos aditivos ou no estilo de vida baseado no prazer imediato. A procura contínua do prazer imediato leva à instalação de um processo de pensamento aditivo em que a pessoa desenvolve mecanismos de negação, minimização ou racionalização responsáveis pela manutenção do problema.

Assim como as causas que determinam a adição são muito diversas também o são os caminhos que conduzem à recuperação. É decisiva, para o sucesso da recuperação, a avaliação inicial bio-psico-social e a reavaliação contínua durante o tratamento. O tratamento deve ser individualizado em função das necessidades de cada paciente em função também do estágio de mudança em que a pessoa se encontra. Atenção especial deve ser dada à manutenção activa com base num estilo de vida saudável e equilibrado, desenvolvimento pessoal e construção de novos sentidos. Ao longo da recuperação é necessário utilizar vários tipos de intervenção de psicoterapêutica e de aconselhamento.

Todavia, embora não exista cura, é possível viver sendo um adito, através do reconhecimento e mudança do comportamento aditivo. Não sendo fácil, é possível!

Neste contexto, é de primordial importância referir que em grande parte dos tratamentos para a adição, sobretudo os que são baseados no *Modelo Minnesota*, a questão espiritual é muitas vezes abordada e reforçada.

Em Portugal, a grande maioria dos tratamentos para a adição são realizados por comunidades terapêuticas/centros de tratamento, que são instituições que incorporam profissionais especializados na problemática da adição. As equipas especializadas que estas

instituições colocam ao dispor dos pacientes são de extrema relevância, visto que cada um atua na sua área de intervenção em coordenação com toda a equipa, permitindo assim um tratamento mais completo e holístico.

2.3. Atividades ocupacionais no contexto de uma comunidade terapêutica

As comunidades terapêuticas devem assumir-se como um espaço coletivo que favoreça os contactos sociais e, conseqüentemente, a gestão e promoção da saúde. A comunicação, regra geral, é democrática e espontânea ocorrendo, maioritariamente, em grupo, o que permite ao paciente experienciar um novo nível de liberdade de expressão, onde o respeito mútuo é fundamental (Nunes, 2004).

As atividades de animação são fundamentais no seio de uma comunidade terapêutica, visto que desenvolvem o sentido de competência, responsabilidade e coparticipação. Para além da componente lúdica, associada a experiências de prazer e autodescoberta, contribuindo ainda para a existência de um sentimento de pertença. As terapias desenvolvidas nestas instituições têm por base a qualidade das relações interpessoais quotidianas, nas quais o paciente é forçado a interagir com os demais, acabando por se conhecer melhor e adotar estratégias relacionais mais adequadas.

Assim, as comunidades pretendem auxiliar o indivíduo na sua transformação pessoal e social, através do reforço e incentivo à mudança, quer por via de alterações mais simples como a rotina e hábitos diários, quer mais complexas e profundas como a integração e reconhecimento de novos valores (Soares, 2017).

As atividades são pensadas de acordo com os interesses e necessidades de cada paciente em particular e do grupo em geral, dando ênfase às atividades da vida diária, de lazer, criativas, movimento, expressão corporal e musical, estimulação cognitiva e ao treino de competências sociais, tendo por objetivo a promoção da saúde física e mental do paciente (Clínica do Outeiro¹⁵).

¹⁵ Informação adaptada da página web da Clínica do Outeiro, acedida em 16 de setembro de 2018, consultada em <http://clinicaouteiro.pt/pt/sobre-nos/modelos-de-tratamento/>.

Nesta sequência, as atividades ocupacionais devem basear as suas práticas *na ocupação e na influência que esta[s] t[ê]m na saúde de cada indivíduo* (Ricou e Teixeira, 2008, p.26). As atividades são uma poderosa ferramenta terapêutica que facilita a vinculação ao tratamento, de modo a auxiliar a descoberta de novos interesses (Cáceres e Mesias, 2011).

Assim, é essencial o envolvimento e participação dos pacientes nas diversas ocupações (Petrova e Punanova, 2009), nomeadamente, relacionadas com o lazer e o autocuidado, uma vez que proporcionam o aumento da autoestima e promovem a diminuição do humor depressivo (Ricou e Teixeira, 2008).

Capítulo III – Estágio

3. Introdução

O público adito pode ser muito diversificado, desde a idade ao estrato social ou ocupação profissional. Neste contexto, torna-se difícil atuar com um público cujo âmbito de atuação não é etário ou territorial, visto que o que une os indivíduos é a sua psicopatologia. Eventualmente, poderia considerar-se o âmbito temático, no entanto, não existe uma “animação de aditos”, por ser algo muito específico dentro das inúmeras psicopatologias. Contudo, é possível fazer “animação de aditos”, partindo do pressuposto de qualquer outra intervenção, da adequação das ações ao público-alvo, definindo objetivos que vão ao encontro das necessidades do mesmo.

Neste sentido, este capítulo contempla a caracterização do público-alvo, objetivos gerais e específicos do período de estágio, uma explanação das atividades desenvolvidas e a apresentação de uma proposta de projeto. Neste âmbito, as atividades foram divididas de acordo com o contexto temporal e físico em que decorreram, sendo, assim, subdivididas entre o EA, atividades de fim de semana e outras atividades, existindo ainda um ponto dedicado a explicar o que é e em que consiste o Guia Nacional de Respostas Sociais. No final do capítulo é apresentada e descrita uma proposta de intervenção a ser desenvolvida na instituição.

3.1. Caracterização do público-alvo

Os pacientes em regime de internamento na comunidade terapêutica Casas de Santiago têm idades compreendidas entre os 23 e os 53 anos e eram cerca de 15 (no início do período de estágio). Com o passar das semanas alguns pacientes saíram de tratamento, uns por terem terminado outros por abandono, contudo essas vagas foram sempre sendo preenchidas e, no final do período de estágio, o número de pacientes atingia a lotação máxima da comunidade (20 pacientes), sendo que a idade mais baixa se manteve e a mais alta passou os 60 anos. Para além dos pacientes em regime de internamento, após o término do tratamento, é possível voltar à comunidade em regime de AC. O AC tem os mesmos pressupostos e obriga ao cumprimento das mesmas regras no seio da comunidade, no entanto, os pacientes em AC apenas permanecem na comunidade por alguns dias, sabendo-se assim à partida o dia de entrada e de saída.

No que diz respeito aos meios socioeconómicos dos pacientes, estes são diversos. Um número significativo de pacientes tem apoios estatais que lhes permitem estar na comunidade, através da comparticipação de 80% do valor da mensalidade (nestes casos, a mensalidade está estabelecida em 900€, sendo 180€ responsabilidade das famílias/suporte dos pacientes) e, nalguns casos, apoiando ainda nas despesas mensais dos pacientes (denominadas por Fundo de Maneio – FM) fixadas em 135€. Porém, há alguns pacientes na comunidade sem problemas ao nível financeiro e cujos encargos são suportados na sua totalidade pelos mesmos ou pelo seu suporte familiar ou não. No caso destes pacientes, o valor do FM depende das despesas em si. Isto é, enquanto que os pacientes apoiados pela Segurança Social não podem receber mais de 1,50€ por dia (são entregues em moedas de 0,50€ que os utentes podem usar na máquina do café para cafés, chocolate quente, etc), os pacientes que não são comparticipados podem definir, em conjunto com a equipa terapêutica, o valor diário a receber e este pode ser superior ao 1,50€. De ressaltar ainda que grande parte dos pacientes fuma e um valor significativo do FM vai para as despesas com tabaco, para além de medicação, FM diário, entre outras.

Assim, embora todos os pacientes padeçam da mesma doença (o que altera é a substância) alguns proveem de meios desfavorecidos, não possuem suporte familiar, há casos de indivíduos que estiveram presos ou prestes a cumprir pena de prisão, outros dormiam na rua antes de serem encaminhados para tratamento, entre outras situações de risco nas quais se colocavam para poderem alimentar a sua dependência tais como: prostituição, roubos (perpetrados quer a familiares quer a desconhecidos), mendigagem, entre outras. No extremo oposto temos indivíduos com posses financeiras e que, por essa mesma razão, tinham facilidade em adquirir, sobretudo, droga, uma vez que o álcool pode ser obtido em qualquer supermercado. Contudo, exatamente por serem de famílias mais abastadas e até conhecidas nalguns casos, a vergonha do indivíduo e da própria família em admitir que existe um problema, tentando sempre camuflá-lo, dificulta em muito o pedido de ajuda. Sendo que a desestruturação familiar acaba sempre por estar presente, seja a origem ou o reflexo de viver com um adito, e as tentativas dos familiares em privarem um adito de obter a sua substância acaba por sair muitas vezes gorada levando até a comportamentos agressivos e lesivos para os demais. São muitas vezes estas situações que põem em risco a saúde física e mental dos

indivíduos mais próximos do adito (filhos, cônjuge, pais, amigos próximos, irmãos, entre outros) que levam à procura de ajuda e até à realização de ultimatos (por exemplo: ou procuras tratamento ou vou-me embora com as crianças). Todavia, a mudança tem de partir do próprio adito e este primeiro passo é extremamente difícil.

3.2. Objetivos gerais e específicos

Os objetivos estão presentes em tudo o que fazemos e nas instituições estes são parte integrante da sua identidade. Só através dos objetivos delineados é possível rumar na direção correta, aquela que inicialmente foi definida como a meta a atingir, porém, os objetivos podem sofrer alterações ao longo do percurso, não sendo estanques. É, portanto, importante definir objetivos, quer gerais quer específicos, que indiquem a todos para o que trabalham e o que pretendem alcançar.

O objetivo geral do estágio passou por fomentar o desenvolvimento de um conjunto de competências sociais, cognitivas, sensoriais, motoras, entre outras, para além de elaborar o Guia Nacional de Respostas Sociais. Os objetivos específicos são encarados como um ponto de partida para chegar ao objetivo geral, uma decomposição em pequenas partes do mesmo, estes passavam por:

- Colaborar nas atividades e tarefas propostas.
- Estimular a interação e coesão grupal.
- Contribuir para a tomada de consciência decorrente das atitudes e comportamentos adotados.
- Promover uma autonomia social, isto é, um conjunto de habilidades sociais que permitam aos pacientes ter uma capacitação ao nível da socialização que lhes possibilite terem relações positivas e saudáveis com eles mesmos e com os outros.

Para atingir estes objetivos foram desenvolvidas diversas atividades, apresentadas no ponto seguinte.

3.3. Atividades desenvolvidas

Ao longo dos três meses de estágio foram desenvolvidas várias atividades, em diferentes âmbitos, aproveitando sempre os momentos definidos para tal, como o EA, e as oportunidades que surgiram.

A maior parte do período de estágio foi passada a elaborar o Guia Nacional de Respostas Sociais (GNRS), conjuntamente com um membro do *staff*. No entanto, houve espaço para realizar atividades com os pacientes, quer com acompanhamento quer sozinha, nomeadamente atividades relacionadas com o EA e de fim de semana.

Para além das atividades referenciadas, foram ainda efetuadas várias funções no seio da comunidade, aos diversos níveis, tais como: ao nível administrativo – atender telefonemas, passar informação, tirar fotocópias para as atividades e de apoio ao serviço administrativo, apoiar nos processos dos pacientes (criação de novos processos, organização de outros, processos médicos, entre outros), preparar *kits* de admissão, elaborar a ementa semanal, regularizar os FM, reposição e inventário de tabaco, entre outros; no que diz respeito à função de monitor – administrar e ajudar a fazer as medicações, efetuar curativos, arrumar bens no sótão, trazer as malas dos pacientes do sótão, auxiliar na colagem de bancos, entre outros; estes meses permitiram ainda passar algum tempo na cozinha onde piquei carne (e acabei por avariar as duas picadoras), apoiei na confeção do almoço e fiz alguns petiscos. De referir ainda a participação na reunião de equipa que decorre à quarta-feira de manhã.

3.3.1. Espaço Arte

O EA é um momento definido na planificação semanal, ocorrendo todas as semanas, à segunda-feira, após o período de almoço por volta das 14:15h/14:30h, depois da medicação.

Este espaço tem como objetivos:

- *Facilitar a expressão de sentimentos e ideias através de imagens, música e expressão corporal.*
- *Promover a procura ativa de experiências positivas que devolvam o gosto e o prazer de viver.*

- *Desenvolver estratégias que permitam ultrapassar as barreiras das limitações e dificuldades de uma forma criativa (Casas de Santiago, 2018)¹⁶.*

Neste sentido, são apresentadas e descritas seguidamente as atividades desenvolvidas neste espaço.

Atividade: “Flores de origami”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Promover o espírito de equipa e a deliberação de estratégias.
- Estimular a interação com o outro.
- Contribuir para o desenvolvimento das capacidades de atenção e memória.
- Desenvolver a capacidade de observação.

Recursos materiais:

- Folhas de papel de várias cores.
- Réguas.
- Tesouras.
- Cola batom.
- Galhos de árvore.
- Missangas de várias cores e tamanhos.

Descrição: Os pacientes foram divididos em grupos, ficando um grupo responsável por recortar círculos de dois tamanhos diferentes (as folhas cor de laranja eram um pouco maiores que as castanhas), outro grupo procurou os galhos das árvores no exterior e o terceiro grupo começou por aprender as diversas etapas para conseguirem uma pétala. Algumas tarefas requereram menos tempo que outras e, em determinado momento, os pacientes já estavam quase todos na tarefa do origami propriamente dito, sendo que todos os pacientes dobraram as folhas e construíram as suas próprias flores. De referir ainda que para cada flor eram necessárias oito pétalas, tendo os pacientes elaborado mais de uma flor cada um (figura 24).

¹⁶ Informação retirada da página web das Casas de Santiago, acedida em 12 de junho de 2018, consultada em <http://www.casasdesantiago.com/tratamentos.html>.



Figura 24 - Flores de origami

Fonte: Própria

Observação: Foi a primeira atividade que realizei com os pacientes e tratando-se de uma técnica que aprecio tentei ao máximo ajudar na execução da mesma. Assim, sentei-me com os pacientes e ajudei-os, explicando todos os passos, enquanto o outro membro da equipa terapêutica fazia o mesmo com o resto do grupo.

Atividade: “Organização dos cubos e do quadro das Mudanças de Objetivos (MO’s)”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Promover o espírito de equipa e a deliberação de estratégias.
- Fortalecer as competências sociais.
- Incrementar a interação com o outro.
- Fomentar o pensamento.
- Desenvolver a capacidade de observação.

Recursos materiais:

- Fita-cola.
- Tesouras.
- Cartolinas de várias cores.
- Canetas.
- Tinta branca.
- Panos de limpeza.
- Água para limpeza.

Descrição: Esta atividade consistiu na redistribuição e arrumação de cada cubo, por parte dos pacientes, para além de uma renovação efetuada no quadro das MO's. Neste sentido, foram organizadas várias equipas, em que cada uma ficou responsável por uma atividade diferente, à exceção da arrumação dos cubos pessoais que ficou a cargo do respetivo paciente. Assim, havia uma equipa responsável por arrumar e definir quais os cubos coletivos (jogos, arquivo, entre outros), para além de verificar se possuíam fotocópias de todos os documentos dos pacientes (planificações de fim de semana, folhas de mini-grupos, entre outros); outra equipa verificou quais os jogos que se encontravam mais desgastados, sobretudo as caixas arquivadoras dos mesmos, e colou-as com fita-cola, verificando ainda se os jogos se encontravam nas respetivas caixas ou estavam trocados; a renovação do quadro das MO's, nomeadamente a sua limpeza e pintura, ficou a cargo de outra equipa; existiu ainda uma outra equipa que ficou responsável por recortar os cartões identificadores dos cubos (individuais e coletivos). Desta forma, os pacientes que possuíam mais de um cubo tiveram de optar apenas por um, foram colocados novos cartões identificadores, os cubos foram todos arrumados (quer os individuais quer os coletivos), as caixas dos jogos que apresentavam algum desgaste foram coladas e ganharam uma nova vida e o quadro das MO's foi limpo, repintado e atualizado.

Observação: Estava atividade consistiu sobretudo em arrumação, no entanto, os pacientes conseguiram organizar-se e trabalhar em prol do grupo. Aquando da pintura do quadro das MO's existiu um momento de partilha por parte de um dos pacientes que estava a pintar (de um momento de vida) e todos os outros, mesmo os que já tinham terminado a sua tarefa, ouviram atentamente e interagiram.

Atividade: “Porta-retratos com latas de tabaco”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Promover a imaginação.
- Estimular a criatividade.
- Fomentar o pensamento.

Recursos materiais:

- Latas de tabaco vazias.
- Tesoura.
- X-ato.
- Tecidos.
- Acessórios (fechos, números, entre outros).
- Folhas EVA.
- Novelos de lã.
- Jornais/revistas.
- Cola (batom/bisnaga).
- Pistola de cola quente e respetivos tubos.
- Placas de papel grosso.
- Réguas.
- Folhas de papel decorativas.
- Fotografias.
- Folhas de plástico transparentes.

Descrição: A atividade foi dividida em duas fases, sendo a primeira realizada num dia a segunda na semana seguinte. A primeira fase consistiu em decorar as latas do tabaco (figura 25), recortando logo a abertura que serviria de encaixe para a moldura realizada na segunda fase.



Figura 25 – Latas decoradas

Fonte: Própria

Na segunda fase os pacientes fizeram e decoraram as molduras para colocarem nos encaixes das latas que já tinham elaborado. As molduras foram concebidas com placas de papel grosso cortadas pelo *staff*, estando a decoração e “montagem” das mesmas a cargo de

cada paciente. Posteriormente, colocaram as fotografias escolhidas nas respectivas molduras (figura 26), alguns pacientes não tinham fotografias, como tal não colocaram nada na moldura.



Figura 26 – Porta-retratos dos pacientes

Fonte: Própria

Observação: Durante toda a atividade fui ajudando os pacientes, quer em relação à disponibilização de materiais quer mais tarde na colagem dos tecidos. Alguns pacientes usaram números nos seus porta-retratos e outros pacientes queriam também fazê-lo, contudo os números disponíveis não eram os que pretendiam, tendo-lhes dito que poderiam fazer os seus próprios números, reaproveitando alguns dos restos de tecidos e folhas de EVA.

Atividade: “Os cinco passos”

Objetivos:

- Introduzir os cinco primeiros passos dos Narcóticos Anónimos.
- Levar os pacientes a tomarem consciência dos passos por que já passaram ou irão passar.
- Demonstrar praticamente, através de diversas atividades, o significado de cada passo.

Descrição: Durante uma semana foram abordados os cinco primeiros passos dos Narcóticos Anónimos. Neste sentido, o 1º passo foi trabalhado na segunda-feira, o 2º na terça-feira, o 3º na quarta-feira, o 4º na quinta-feira e o 5º passo na sexta-feira. Excepcionalmente, em cada um destes dias foi realizada uma atividade, no EA, referente a cada passo e que simboliza o mesmo. Desta forma, são apresentadas de seguida e individualmente cada atividade.

Atividade: “1º passo – Cartões identificadores”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Promover o autoconhecimento.
- Contribuir para o desenvolvimento das capacidades de atenção, memória e pensamento.

Recursos materiais:

- Cartolinas previamente cortadas em cartões do mesmo tamanho.
- Folhas um pouco mais pequenas que os cartões com o 1º passo.
- Canetas de feltro.
- Cola batom.

Descrição: A cada paciente foram fornecidos um cartão e uma folha, previamente cortados, com o 1º passo (figura 27)¹⁷. Posteriormente, colaram a folha no cartão e decoraram as extremidades do mesmo com recurso a canetas de feltro (alguns pintaram abstratamente, outros pintaram padrões diversos...). Na parte de trás do cartão foi pedido aos pacientes que colocassem algumas informações pessoais, tais como: admitirem que são aditos, nome, idade, o número de telefone de uma ou várias pessoas de confiança, entre outros.



Figura 27 – Exemplo de cartões e 1º passo que foram entregues aos pacientes

Fonte: Própria

Observação: Cortei previamente os cartões e as folhas com o 1º passo, como descrito anteriormente. No decorrer da atividade, apoiei alguns pacientes na elaboração dos seus cartões, nomeadamente ao nível da distribuição de material, incentivo no que respeita à

¹⁷ 1º passo – Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adição e que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas vidas.

decoração das extremidades e verificação da conclusão do cartão (alguns pacientes esqueciam-se das informações pessoais, outros não decoravam o cartão...).

Atividade: “2º passo – Amuleto”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Fomentar a interação com o outro.
- Promover o auto e hétero conhecimento.
- Desenvolver a capacidade de observação e pensamento.
- Contribuir para exercitar a memória.

Recursos materiais:

- Exemplos de amuletos.
- Pedras.
- Cartolinas.
- Canetas de feltro/tinta permanente.
- Cola branca.
- Pincéis.
- Copos de café.

Descrição: Foi solicitado a cada paciente que se dirigisse à zona do pátio e/ou à zona da esplanada do *staff* e procurasse pedras o mais lisas possível, para que a cartolina e a cola aderissem à pedra, com um tamanho à escolha. Embora fosse pedido que não fossem muito grandes visto tratar-se de um amuleto. Após a recolha das pedras, os pacientes desenharam a imagem que queriam que figurasse no seu amuleto (representativo do 2º passo¹⁸), alguns basearam-se no exemplo apresentado (figura 28), outros escolheram uma imagem dos exemplos levados e outros, simplesmente, deram assas à imaginação e optaram por algo diferente.

¹⁸ 2º passo – Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.



Figura 28 – Exemplo de amuleto elaborado pelo *staff* com o símbolo dos narcóticos anônimos

Fonte: Própria

Com a imagem escolhida e desenhada na cartolina, que foi recortada um pouco mais pequena que o tamanho da pedra, chegou a hora de colarem os pedaços de cartolina nas pedras. Assim, foram distribuídos pincéis e copos de café com cola branca no interior para que pudessem “pintar” a pedra de branco, aplicar a cartolina e “pintar” novamente com cola por cima. Uma vez que a cola branca depois de seca fica transparente e tendo em conta que de outra forma seria difícil colar papel em pedras, esta revelou-se uma boa opção. Restou apenas esperar e deixar secar, tendo aproveitado alguns pacientes para fazer um segundo amuleto.

Observação: Esta atividade acaba por ser simbólica e alude às fichas que os aditos recebem nas reuniões dos alcoólicos anônimos e dos narcóticos anônimos indicativas do tempo que conseguem privar-se de consumos. Essas fichas funcionam como um incentivo para que os aditos continuem o seu caminho longe do consumo de substâncias. Por exemplo, a ficha cor de laranja dos narcóticos anônimos significa que há 30 dias que o adito não consome qualquer substância aditiva; por outro lado, a ficha preta representa diversos anos sem consumir.

Atividade: “3º passo – Balança”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Promover o auto e hétero conhecimento.
- Exercitar a memória.
- Contribuir para o desenvolvimento das capacidades de atenção e pensamento.

Recursos materiais:

- Folhas com uma balança desenhada.
- Lápis/caneta.

Descrição: Foi abordado o 3º passo¹⁹, de forma a introduzir a atividade, e foi dada uma folha com uma balança a cada paciente (figura 29), sendo-lhes pedido que pensassem numa decisão que tivessem tomado (por exemplo, ir para tratamento) e pesassem os prós e os contras dessa decisão. A balança estava inclinada, pesando um prato mais do que o outro, e os pacientes tinham de optar por colocar os prós/contras no prato mais leve ou mais pesado, consoante o que fosse mais significativo/importante para eles em relação à decisão escolhida.

No final, cada paciente partilhou a sua decisão e a sua balança com o grupo.

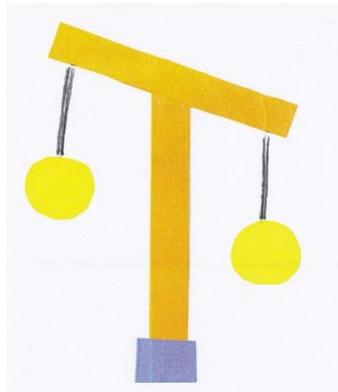


Figura 29 – Balança fornecida a cada paciente

Fonte: Própria

Observação: Esta atividade consistiu na ponderação de prós e contras em relação a decisões tomadas, com o intuito de cada um olhar para si e para os seus pensamentos no momento de tal decisão e avaliar, quase externamente, a situação.

Atividade: “4º passo – Urna”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Promover o espírito de equipa e a deliberação de estratégias.
- Fomentar a interação com o outro.

¹⁹ 3º passo – Decidimos entregar a nossa vontade e as nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos.

- Desenvolver a capacidade de observação e atenção.

Recursos materiais:

- Revistas.
- Paus de espetadas.
- Cola branca.
- Pincéis.
- Copo de café.

Descrição: Rasgaram-se as folhas das revistas, guiando-se pelo centro da mesma. Posteriormente, pegou-se numa folha e com um pau de espetada colocado num dos cantos da folha começou-se a enrolar a mesma, para que não se soltasse colou-se a extremidade que sobrou ao “canudo” já feito. São estes “canudos” (figura 30) a base para a construção da urna (representativa do 4º passo²⁰).



Figura 30 – Folha de revista enrolada

Fonte: Própria

Neste sentido, para construir a urna foram necessários 12 “canudos”: 2 para a base, 5 para a parte de baixo da urna, 4 para a tampa e 1 para a pega. Os “canudos” foram enrolados em si mesmos e colados com cola branca de acordo com o número necessário para determinada parte. À exceção da base, todas as outras partes, depois de bem secas, tiveram de ser expandidas, isto é, colocaram-se os dedos no centro e começou-se a tentar “abrir”, sempre muito devagar para que os “canudos” não se rasgassem. No final, estas partes ficaram com a forma de uma taça, fundas no centro.

²⁰ 4º passo – Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

Para terminar, restou juntar todas as partes, colando-as umas às outras (à exceção da tampa e da parte de baixo da urna), deixou-se secar e passados alguns minutos todos os pacientes tinham a sua urna (figura 31).



Figura 31 – Urna elaborada pelo *staff*

Fonte: Própria

Observação: A urna é simbólica uma vez que, no final do tratamento, é realizado um ritual em que os pacientes queimam os trabalhos realizados durante a recuperação. Tratando-se o 4º passo de um dos mais difíceis de elaborar, visto que consiste na elaboração do “inventário moral”, isto é, identificação e inventariação das qualidades e defeitos de caráter realizado pelo próprio paciente, a urna remete exatamente para o momento em que tal inventário será queimado e todas as revelações efetuadas durante o tratamento ficarão apenas para o paciente.

Atividade: “5º passo – Dossiês”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Fomentar a interação com o outro.
- Promover o autoconhecimento.
- Desenvolver a capacidade de pensamento.

Recursos materiais:

- Folhas de papel cavalinho A4.
- Canetas de feltro.
- Rafia.

- Cartolinas.
- Furador.

Descrição: Foram distribuídas duas folhas de papel cavalinho A4 pelos pacientes, sendo uma delas destinada para a capa e a outra para a contracapa. Entretanto, os pacientes já tinham recolhido toda a documentação que lhes tinha sido entregue nos dias anteriores, relativamente ao 1º, 2º, 3º e 4º passos. A documentação referente ao 5º passo²¹ foi cedida no início desta atividade. Alguns pacientes começaram por desenhar a sua capa e contracapa, outros optaram por procurar as folhas de cartolina que iam usar para fazer os separadores, contudo, a maioria, optou por organizar e furar primeiro todos os documentos, incluindo as folhas destinadas à capa e contracapa, passando posteriormente à decoração da capa e contracapa. Concluídos estes momentos, chegou a altura de juntar tudo e passar a rafia nos buraquinhos que tinham feito com o furador. Como algumas folhas não estavam bem centradas, os buracos não estavam alinhados, o que dificultou a passagem da rafia, mas com alguma ajuda dos colegas e do *staff* presente todos conseguiram concluir os seus dossiês (figura 32).



Figura 32 – Exemplo de capa e contracapa elaborada por um paciente

Fonte: Própria

²¹ 5º passo – Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.

Observação: Nesta atividade foi necessário apoiar na distribuição de materiais e na realização de alguns passos da mesma junto de alguns pacientes. A compilação dos cinco passos foi importante para alguns pacientes, sendo que não estavam todos na mesma fase de tratamento e, assim, alguns puderam refletir sobre o caminho que teriam pela frente e outros no que já tinham conseguido alcançar.

Atividade: “Bonecas africanas”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Promover a capacidade de observação e atenção.
- Estimular a criatividade e a imaginação.

Recursos materiais:

- Revistas.
- Paus de espetadas.
- Cola branca.
- Pincéis.
- Copo de café.
- Fita-cola de papel.
- Esferovite.
- Placas de madeira.
- Tesouras.

Descrição: Rasgaram-se as folhas das revistas, guiando-se pelo centro da mesma. Posteriormente, pegou-se numa folha e com um pau de espetada colocado num dos cantos da folha começou-se a enrolar a mesma, para que não se soltasse colou-se a extremidade que sobrou ao “canudo” já feito. De seguida, com a ajuda de um pau de espetada na vertical, deu-se início à criação da boneca, dispondo um “canudo” na horizontal e os restantes, sensivelmente a meio, dobrados na vertical. Por forma a ajudar a que ficassem colados usou-se fita-cola de papel. Seguidamente, recortaram-se as placas de esferovite de acordo com o tamanho das placas de madeira (redondas) e colaram-se os “canudos” dobrados no passo

anterior, ficando como é possível verificar na figura 33. As cabeças foram elaboradas com um “canudo” enrolado de forma irregular.



Figura 33 – Bonecas no fim da primeira fase

Fonte: Própria

Em seguida, colocou-se mais fita-cola branca e mais “canudos” dobrados na vertical, de forma a tapar os espaços e dar corpo à boneca. Por fim, decoraram-se as bonecas.

Observação: Falta uma sessão na elaboração das bonecas, visto ter faltado durante uma semana e a sessão ter sido realizada nessa segunda-feira. Contudo, participei e ajudei na conceção das bonecas numa primeira e última fases, tendo feito “canudos” e apoiado durante todo o processo.

Atividade: “Runas da recuperação”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Promover o auto e hétero conhecimento.
- Desenvolver a capacidade de observação e pensamento.

Recursos materiais:

- Pedras.
- Canetas de tinta permanente.
- Tecidos.
- Acessórios (fechos, botões, entre outros).
- Cola branca.
- Pincéis.

- Copos de café.
- Pistola de cola quente com as respectivas recargas.
- Agrafador.

Descrição: Primeiramente foi explicitada a atividade e solicitado aos pacientes que recorressem ao exterior e procurassem por pedrinhas não muito grande, embora ficasse ao critério de cada um, que iriam ser as suas runas. Após o regresso dos pacientes estes começaram a decidir quais seriam as palavras/termos de cada runa, passando posteriormente para a confeção da bolsa onde as mesmas seriam guardadas (figura 34).



Figura 34 - Runas da recuperação e respetiva bolsa

Fonte: Própria

As runas deveriam comportar uma palavra/termo de incentivo para cada paciente, tais como: confiança, perseverança, só por hoje, entre outras, tendo um limite mínimo de 7 e máximo de 10 runas. As bolsas foram elaboradas com tecidos e coladas na extremidade com cola branca e/ou cola quente (houve algumas tentativas de agrafar, mas o agrafador não era o mais adequado para tecidos). A parte exterior das bolsas foi, também ela, decorada, tendo alguns utentes optado por colagens, outros por escrever/desenhar/pintar.

Observação: Desenvolvi a atividade com os pacientes, usando como exemplo as runas da recuperação da diretora da comunidade (supervisora de estágio). Houve alguns problemas com o agrafador, os pacientes tentaram agrafar sem muito sucesso e acabou por se optar por colar com cola quente. No final, juntei o grupo e cada um revelou as suas runas e se haveria mais alguma palavra/termo que gostariam de ver ali presentes.

Atividade: “Suporte para incenso”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Desenvolver as capacidades motoras.
- Fomentar a criatividade e a imaginação.
- Promover a interação com o outro.
- Estimular a capacidade de orientação.
- Desenvolver a capacidade de observação, pensamento e atenção.

Recursos materiais:

- Pedras.
- Arame (usámos fios de cobre).
- Pistola de cola quente e respetivas recargas.
- Cola branca.
- Canetas de tinta permanente.

Descrição: A atividade começou com uma caminhada até à ponte, durante a qual tinham de procurar pedras para o seu suporte. Na ponte, alguns pacientes desceram à ribeira e trouxeram algumas pedras da mesma, tendo os restantes recolhido as suas pedras durante o caminho.

No regresso à comunidade chegou o momento de criar o suporte (figura 35), cuja disposição foi escolhida por cada paciente. Para tal, na maioria dos casos, usou-se a maior pedra como suporte e as restantes como decoração, tendo sempre em atenção que era necessário deixar espaço para o arame (enrolado por um membro do *staff*) onde o incenso iria ser colocado.



Figura 35 – Suporte para incenso

Fonte: Própria

Observação: Realizei a caminhada com os pacientes, dando apoio no final da mesma a uma paciente com problemas de locomoção, incentivando-a e ajudando-a a procurar as suas

pedras. Na comunidade, ajudei os pacientes na composição do seu suporte e nalgumas questões logísticas (ir buscar material, por exemplo).

3.3.2. Atividades de fim de semana

Durante o fim de semana, os pacientes têm a oportunidade de decidir o que pretendem fazer, embora a proposta tenha de ser validada pela equipa terapêutica. Desta forma, os pacientes repetem quase sempre a proposta que fazem, adicionando apenas a piscina no período de maior calor. Assim, a proposta costuma passar por da parte da manhã, após a medicação, irem ao café. Quando regressam deste podem seguir com a atividade de discos pedidos (onde os pacientes escolhem as músicas que querem ouvir) e ver o programa “BBC – Vida Selvagem” na SIC. De referir que os pacientes encarregues do almoço, dependendo da ementa, por volta das 11:30h/12h vão preparar a refeição. Durante a tarde a escolha passa por ver um filme da *box* e, caso haja algum jogo de futebol, sugerem o visionamento do jogo no período após o jantar. Por vezes, os pacientes sugeriam jogar futebol e/ou piscina.

Tendo em conta esta repetição no que diz respeito à escolha das atividades de fim de semana, desafiei os pacientes a serem criativos e optarem por outras atividades, ao invés de estarem sempre a repetir as mesmas. Cheguei mesmo a dar o exemplo dos discos pedidos temáticos, nos quais podiam colocar um tema a cada semana e a escolha das músicas seria de acordo com o tema. Esta conversa deixou alguns pacientes a pensar no assunto, chegando mesmo a elaborar uma lista de atividades, coletiva, nas quais gostariam de participar e tinham interesse. No entanto, tive de me ausentar durante uma semana e quando regressei nada tinha mudado e nunca mais vi ou ouvi falar na lista de atividades que tinham realizado.

Atividade: “Caminhada”

Local: *Outdoor*

Objetivos:

- Desenvolver as capacidades motoras.
- Fortalecer as competências sociais e a interação com o outro.
- Fomentar a capacidade de orientação, expressão e comunicação.
- Incrementar a capacidade de observação.

Descrição: A atividade decorreu sobretudo ao fim de semana de manhã, após a meditação, e consistiu em realizar o percurso desde a comunidade até ao café mais próximo – “millenium”. O trajeto tem cerca de 1,3 km (figura 36) e era efetuado por duas vezes, ida e volta.



Figura 36 – Percurso da comunidade até ao café

Fonte: <https://goo.gl/maps/Tb6Ye7RP1Ps>

Observação: Sempre que houve caminhada, os pacientes tiveram a preocupação de chamar e preparar a “pimenta”, uma cadela que faz parte da comunidade e interage com os pacientes. Alguns pacientes, devido a condições médicas, não puderam caminhar e então um dos monitores disponibilizou-se a levá-los de carro, sendo que os restantes iam a pé com o outro monitor.

Atividade: “Futebol”

Local: Instalações da antiga escola primária de Belmonte-Gare

Objetivos:

- Fomentar a criatividade.
- Fortalecer as capacidades motoras.
- Promover o espírito de equipa e a deliberação de estratégias.
- Estimular a capacidade de orientação.
- Desenvolver a capacidade de observação, raciocínio rápido, atenção e pensamento.

Recursos materiais:

- Bola de futebol.

Descrição: A par da atividade anterior, os jogos de futebol decorreram sobretudo ao fim de semana, após a ida ao café visto que o campo polidesportivo se situa nas antigas instalações da escola primária de Belmonte-Gare, a poucos metros do “Millenium” (figura 37). As

equipas eram organizadas entre os pacientes, ficando os restantes sentados a ver ou, até mesmo, usufruindo dos equipamentos da antiga escola, tais como o baloiço e o sobe e desce.



Figura 37 – Percurso do café até às instalações da escola primária

Fonte: <https://goo.gl/maps/h9q3ii9uCSQ2>

Observação: Os membros do *staff* presentes na atividade, por vezes, também integravam as equipas e jogavam com os pacientes.

Atividade: “Concurso de jogos de tabuleiro”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Promover a capacidade de observação e atenção.
- Fomentar o espírito de equipa.
- Estimular a criatividade e a imaginação.
- Desenvolver as competências sociais.
- Incrementar a interação com o outro.

Recursos materiais:

- Jogos de tabuleiro (damas, batalha naval).
- Dominó.
- Jogo dos gestos.
- Folhas de papel e lápis/canetas para apontar os resultados do dominó.
- Folha de papel de caneta para o monitor apontar os pontos das equipas.
- Coelho de chocolate (prémio).

Descrição: Foi solicitado aos pacientes que se dividissem em quatro equipas de três elementos cada uma. Posteriormente, os elementos de cada equipa foram divididos pelas

várias estações, tentando sempre que elementos da mesma equipa não jogassem uns contra os outros. Assim, existiam duas estações de dominó nas quais jogavam em simultâneo oito pacientes, quatro em cada estação, uma estação de damas (jogavam dois pacientes de cada vez) e uma estação de batalha naval na qual também participavam dois pacientes de cada vez. Após cada jogo terminar eram apontados os pontos da equipa vencedora, visto se tratar de um concurso com direito a prémio. Por fim, as equipas juntaram e jogaram em conjunto o jogo dos gestos. Embora uma das equipas estivesse destacadíssima no que ao número de pontos dizia respeito, este último jogo veio alterar as classificações e a equipa vencedora acabou mesmo por ser outra.

Observação: Organizei o concurso, definindo os jogos e os moldes da competição. Seguidamente, expliquei ao grupo a atividade e cada paciente definiu o jogo em que queria começar. O objetivo era haver uma maior rotatividade para que pudessem jogar todos os jogos, mas alguns pacientes não sabiam jogar damas, outros batalha naval e então foi necessário reajustar e repetirem jogos. Como ainda não conhecia os nomes dos pacientes, no decorrer do jogo dos gestos foi um pouco complicado saber os nomes de quem tinha acertado e a equipa a que pertenciam, mas com a ajuda de todos decorreu tudo com normalidade. De realçar que um dos pacientes se recusou a participar na atividade porque ia contra os seus princípios e, segundo ele, era adito ao jogo. A sua vontade foi respeitada e ficou encarregue de gerir os discos pedidos que decorreram em simultâneo, por vontade do próprio.

3.3.3. Outras atividades

Esporadicamente, surgiu a oportunidade de realizar atividades fora dos espaços concebidos para tal. Neste sentido, foi possível realizar algumas atividades com os pacientes tendo ficado algumas ideias e atividades por conceber devido a algumas situações inesperadas.

Atividade: “Cartas”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Estimular a interação com o outro.

- Desenvolver a atenção.
- Contribuir para o desenvolvimento das capacidades de atenção, memória e pensamento.
- Incrementar a capacidade de observação.

Recursos materiais:

- Fotocópias das cartas selecionadas.
- Caneta/lápis.
- Carta com as soluções para o monitor.

Descrição: Atividade realizada com diversas cartas de um jogo existente na comunidade. O jogo é composto por cartas com atividades, na grande maioria das mesmas, em ambos os lados. Por exemplo, algumas cartas tinham uma atividade de um lado (um labirinto) e outra do outro (ligação de elementos por via de pistas fornecidas na própria carta), outras cartas possuíam apenas uma atividade (diferenças com recurso à memória), de um lado da carta estava a imagem original e do outro a imagem alterada.

Tendo em conta a atividade em si e o facto do jogo possuir um grande número de cartas, com diferentes níveis entre si, antes da atividade foram selecionadas algumas cartas que foram depois ampliadas e fotocopiadas para que os pacientes pudessem realizar a atividade na própria “carta” (no caso, na fotocópia da mesma). Definidas as cartas, os pacientes foram divididos em grupos e as cartas foram distribuídas aleatoriamente. Cada grupo resolveu cerca de três cartas que foram sendo atribuídas sempre que concluía a anterior. De referir ainda que as atividades eram todas diferentes e passaram por jogos de diferenças, correspondência de elementos (numa das cartas existiam vários cães que através das pistas fornecidas tinham de ser correspondidos ao lugar em que tinham ficado num concurso), entre outras.

Observação: Fiquei responsável pela atividade, tendo selecionado as cartas e fotocopiado as mesmas. Posteriormente, expliquei a atividade ao grupo e apoiei e geri a execução da mesma.

Atividade: “*Peddy-papper/Caminhada*”

Local: *Outdoor*

Objetivos:

- Fortalecer as capacidades motoras.

- Promover o espírito de equipa e a deliberação de estratégias.
- Fomentar a capacidade de raciocínio rápido.
- Estimular a capacidade de orientação e pensamento.
- Desenvolver a capacidade de observação.

Recursos materiais:

- Folhas com as pistas do *peddy-papper*.
- Pistas.
- Rafia.
- Caneta/lápis.

Descrição: Os pacientes dividiram-se em grupos e a cada grupo foi explicada a atividade e atribuídas as pistas do *peddy-papper* (anexo III). A atividade consistiu em, através de pistas, se deslocarem aos locais onde estaria a resposta e recolherem as mesmas, sendo que o primeiro grupo a encontrar seria o grupo que ficaria com aquela pista. Venceu a atividade o grupo que conseguiu reunir mais pistas.

No final, foi ainda solicitado aos pacientes que realizassem uma caminhada entre pontes²² e que estivessem atentos ao meio envolvente, por forma a encontrarem algo que lhes saltasse à vista. Quando regressaram à comunidade referiram o porquê daquele objeto/artigo, sendo que um paciente trouxe uma papoila vermelha (que associou ao narcótico de eleição, a heroína), outro trouxe espigas de trigo e de alfazema (sensação de liberdade), outro paciente trouxe um grilo que apanhou durante a caminhada, entre outros objetos/artigos.

Observação: Foi previamente combinado que, no decorrer do grupo-terapia, iria esconder as pistas pela comunidade, para que os pacientes não se apercebessem de nada e deitassem por terra a atividade. Em conjunto com um membro da equipa terapêutica, decidimos colocar algumas pistas mais visíveis e outras nem tanto para que existisse algum nível de dificuldade. A verdade é que os pacientes passaram pelas pistas e nem as viam, sendo das mais fáceis. Em relação às pistas mais escondidas, foi mais complicado encontrarem-nas e tivemos de dar

²² A Comunidade Terapêutica situa-se entre pontes, tendo uma ponte quando se passa o parque empresarial de Belmonte em direção à comunidade e a outra ponte quando se sai da comunidade em direção à estrada que liga a vila de Belmonte à freguesia das Inguias.

algumas pistas extra, para saberem o local onde a pista estaria e procurarem melhor a partir daí.

Atividade: “Avenida complicada”

Local: Sala polivalente

Objetivos:

- Fomentar o espírito de equipa.
- Incrementar a interação grupal.
- Contribuir para o desenvolvimento das capacidades de atenção e pensamento.
- Desenvolver a capacidade de expressão e comunicação.
- Estimular o pensamento.

Recursos materiais:

- Enunciado da “avenida complicada”
- Folhas de papel.
- Caneta/lápis.

Descrição: Foi solicitado que se dividissem em quatro grupos e explicada a atividade. A “avenida complicada” (anexo IV) é parecida com o teste de Einstein e pressupõe que, através de algumas informações, se descubra qual a cor das cinco casas (801, 803, 805, 807 e 809), a nacionalidade, bebida e carro do dono da casa, para além do animal de estimação de cada um.

Observação: Inicialmente, alguns pacientes demonstraram desinteresse porque, passo a citar, tinham de “puxar pela cabeça”. No entanto, com o decorrer da atividade e após algumas descobertas acertadas começou a existir alguma competitividade para ver quem descobria tudo primeiro. Houve alguma batota e a certa altura tive de dar alguma ajuda e confirmei, a todas as equipas, se tinham ou não correta a sequência de cores das casas. Posteriormente, surgiu o problema dos coelhos e do *cadillac*, se não os atribuíssem à casa certa as restantes informações não iam encaixar. Aqui tive de ajudar novamente porque alguns pacientes erram a casa e desmotivaram um pouco.

Atividade: “Poder superior”

Local: Anfiteatro

Objetivos:

- Promover o auto e hétero conhecimento.
- Contribuir para o desenvolvimento das capacidades de atenção e memória.
- Desenvolver a capacidade de expressão e comunicação.
- Estimular o pensamento.

Recursos materiais:

- Jogo do poder superior.

Descrição: Esta atividade recorreu a um jogo que existe na comunidade, o jogo do poder superior. Existem 23 cartas que distribuímos em dois baralhos, 12 num e 11 noutro, e dois dados. Começou um paciente, escolhido aleatoriamente, com o lançamento dos dois dados em simultâneo, o resultado dos dados ditava quem iria escolher a carta, sendo que a contagem era sempre realizada no sentido contrário aos ponteiros do relógio. O paciente que os dados ditavam optava por um dos baralhos e retirava uma carta, tendo que cumprir o que estivesse na carta escolhida. Alguns exemplos de ações que estavam nas cartas eram: “indica 3 pessoas do grupo em quem confies”, “partilha um dano financeiro”, entre outras.

Observação: Fiquei com um dos baralhos de cartas e o outro membro da equipa terapêutica com o outro. Em conjunto preparámos a atividade e decidimos que se iria realizar no anfiteatro e não na sala polivalente como era inicialmente previsto.

3.3.4. Guia Nacional de Respostas Sociais

O Guia Nacional de Respostas Sociais é um projeto inovador em Portugal que pretende reunir num só documento todas as respostas sociais existentes no país.

O GNRS encontrar-se-á dividido em 20 pequenos exemplares, correspondendo 18 aos distritos existentes em Portugal Continental e os restantes dois aos arquipélagos da Madeira e dos Açores. Esta opção resulta do facto de tentar simplificar a leitura e pesquisa no documento, por forma a que os destinatários encontrem as informações que procuram com uma maior exatidão e critério. Isto é, um indivíduo que habite no distrito de Castelo Branco e procure uma resposta social no seu distrito não é obrigado a pesquisar num documento enorme, basta-lhe consultar o GNRS do seu distrito e assim encontra com maior facilidade a

resposta adequada à situação que motivou a pesquisa. Torna-se ainda importante referir que o GNRS não contempla apenas respostas sociais, mas também a identificação e referência de entidades tais como as câmaras municipais, juntas de freguesia, hospitais, centros de saúde, lojas do cidadão, segurança social, entre muitas outras. Entidades estas que permitem a identificação e o encaminhamento de cada situação/indivíduo para a resposta social mais adequada.

O trabalho no GNRS passou efetivamente por compilar todas as entidades supracitadas e as respostas sociais existentes em cada distrito num só documento. Este processo foi algo moroso, uma vez que além de identificar o tipo de resposta social (ama, creche, unidades de vida autónoma, entre muitas outras) e a resposta social propriamente dita (por exemplo, as Casas de Santiago são a resposta social em si e fazem parte do tipo de resposta social Comunidades Terapêuticas), procedemos à referência e disponibilização de informações de contacto de cada instituição/entidade, nomeadamente através da divulgação da morada, contacto telefónico, *fax*, *e-mail* e *website* nalguns casos.

À data de conclusão do período de estágio o GNRS não ficou completo, mas foi-me possível iniciar e concluir cinco distritos, entre eles Lisboa que tem inúmeras respostas sociais e cujo GNRS terá mais de 500 páginas.

3.4. Proposta de intervenção

Os pacientes das Casas de Santiago, diariamente, às 9:30h têm um momento de meditação, em que todos participam e dão o seu contributo. Contudo, falta um momento introspetivo em que seja efetuado o balanço do dia, dos grupos-terapia, das interações entre os pares, das atividades... dos pacientes com eles mesmos. É desta premissa que surgem as sessões de *mindfulness*. Alguns pacientes, fora da comunidade, já praticavam *reiki* e outras técnicas de meditação, no entanto, no decorrer do estágio, foi efetuada uma sessão de *mindfulness* e o feedback foi bastante positivo, tendo os próprios pacientes referido que se devia repetir mais vezes. Desta forma, acedendo ao seu pedido têm origem as sessões diárias de *mindfulness*.

De acordo com Chaskalson (2011, citado por Antunes e Marques, 2015) o *mindfulness* poderá trazer inúmeros benefícios, entre os quais:

- *Redução do nível de stresse.*
- *Maior sensibilidade interpessoal.*
- *Maior inteligência emocional.*
- *Menor absentismo.*
- *Maiores níveis de resiliência.*
- *Aumento de auto consciência e consciência do outro.*
- *Desenvolvimento da capacidade de concentração.*
- *Reforço da capacidade de comunicação.*
- *Melhoria dos padrões de sono.*

O objetivo último do projeto será sempre a autonomia dos pacientes para que estes possam realizar as sessões sem que um membro da equipa terapêutica esteja presente.

3.4.1. Objetivos gerais e específicos

As sessões de *mindfulness* propostas revelam-se de extrema importância para a aquisição e manutenção de uma melhor qualidade de vida e de uma compreensão do *self* mais completa e integrada. Desta forma, o objetivo geral passa por proporcionar aos pacientes um ambiente favorável no qual se podem autodescobrir e autoconhecer, sendo guiados por um terapeuta, com vista à melhoria da qualidade de vida e à manutenção de hábitos saudáveis e introspetivos. Posteriormente, numa outra fase, para além do descrito anteriormente, o objetivo passará por dar autonomia aos pacientes para que estes realizem as sessões sem um terapeuta presente.

Os objetivos específicos unem esforços para a concretização do objetivo geral do projeto, concertando assim ações no sentido de, passo-a-passo, ser possível incorporar o *mindfulness* na comunidade e na vida dos pacientes.

Neste sentido, os objetivos específicos passam por:

- Promover um acompanhamento adequado que permita a aprendizagem e auto execução da técnica de *mindfulness*.
- Demonstrar a importância do autoconhecimento.

- Ajudar os pacientes com problemas de confiança, quer em relação a si próprios (autoestima) quer em relação aos outros.
- Criar hábitos saudáveis e introspetivos.
- Fomentar a relação com o *self*.
- Aliviar sintomas de algumas psicopatologias através da consciencialização das próprias emoções, sentimentos e pensamentos.
- Incrementar a relação com o poder superior.
- Fornecer ferramentas que levem os pacientes a poder realizar as suas próprias sessões, sem acompanhamento.
- Desenvolver estratégias de autorreflexão que permitam a modificação de atitudes e comportamentos.
- Reforçar a importância do “só por hoje”²³.

3.4.2. Operacionalização

O projeto começaria em agosto de 2018, teria a duração de nove meses e numa primeira fase, as sessões de *mindfulness*, seriam realizadas durante um mês uma vez por semana, ao fim de semana (alternando entre sábado e domingo) por um membro da equipa terapêutica. Ou seja, começaria no primeiro sábado de agosto, na semana seguinte seria ao domingo, na próxima ao sábado e na última semana no domingo. De referir que as sessões poderiam decorrer na sala polivalente da comunidade ou então numa das salas de grupo, podendo até dividir-se o grupo nos dois grupos pré-definidos para o efeito. A duração das sessões é da responsabilidade do terapeuta responsável.

²³ “SÓ POR HOJE meus pensamentos estarão concentrados na minha recuperação, em viver e apreciar a vida sem drogas.

SÓ POR HOJE terei fé em alguém de NA que acredita em mim e quer ajudar na minha recuperação.

SÓ POR HOJE terei um programa. Tentarei segui-lo o melhor que puder.

SÓ POR HOJE tentarei conseguir uma melhor perspectiva da minha vida através de NA.

SÓ POR HOJE não sentirei medo, pensarei nos meus novos companheiros, pessoas que não estão usando drogas e que encontraram uma nova maneira de viver. Enquanto eu seguir este caminho, não terei nada a temer.” – Oração dos Narcóticos Anónimos (NA) que se regem pelos mesmos princípios dos Alcoólicos Anónimos (AA).

Informação retirada da página web dos Narcóticos Anónimos, acedida em 24 de junho de 2018, consultada em <https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/BR3108.pdf>

No mês de setembro a sessão já seria realizada ao sábado e ao domingo durante todo o mês, ajustando o horário da sessão com os horários de fim de semana propostos pelos pacientes.

Em outubro começariam as sessões durante a semana, para além das existentes ao fim de semana, haveria uma nova sessão à quarta-feira, passando assim a três sessões semanais. Tendo em conta que se trata de um dia de semana, proponho que a sessão se realize após o último grupo da tarde, uma vez que a partir das 17:30h a maior parte dos membros da equipa terapêutica terminam o dia de trabalho ficando apenas o monitor ainda em serviço. Tratando-se de uma fase experimental do projeto, considero importante ter membros da equipa terapêutica na coordenação e execução da sessão para que estes também possam avaliar o seu funcionamento e resultados. Neste sentido, seria importante que as primeiras sessões fossem apoiadas pela psicóloga da comunidade, que tem alguma formação na área do *mindfulness* e poderá ser uma mais-valia.

Iniciado o mês de novembro começariam as sessões também à sexta-feira, preferivelmente no mesmo horário de quarta-feira.

Durante os próximos meses o objetivo é realizar ciclos de um mês e adicionar sempre mais um dia até que em todos os dias da semana se realize uma sessão de *mindfulness*.

Nos meses de março e abril já seriam realizadas sessões diárias e rotinadas, sempre em horário pré-determinado e que configure no plano semanal e de fim-de-semana de atividades.

O recurso a equipamentos audiovisuais, nomeadamente vídeos de *mindfulness*, poderá revelar-se fundamental para que tanto os pacientes como os terapeutas comecem a ter um contacto diferente com a prática e se apercebam de que existem muitas formas de conduzir/ser conduzido numa sessão de *mindfulness*.

Caso o projeto fosse bem-sucedido, tendo em conta as mudanças registadas nos pacientes e a avaliação efetuada pelos terapeutas, poderiam tentar implementar-se as sessões nas reuniões de alcoólicos anónimos, narcóticos anónimos, emocionais anónimos, entre outros grupos de autoajuda.

3.4.3. Cronograma

O cronograma proposto é o explicitado no ponto anterior, tendo em conta que a sua duração poderá ser alargada se o projeto for bem-sucedido e se se considerar pertinente a sua aplicação. Ou seja, a avaliação do projeto é um elemento fulcral ao longo de todo o processo, uma vez que irá definir a continuidade ou não do projeto e as alterações que o mesmo poderá sofrer.

Dia/Mês	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
1		X			X		X	X	X
2		X		X	X	X	X	X	X
3			X	X	X	X	X	X	X
4	X			X		X	X	X	X
5					X	X		X	X
6			X			X	X	X	X
7			X	X	X	X	X	X	X
8		X			X		X	X	X
9		X		X	X	X	X	X	X
10			X	X	X	X	X	X	X
11				X		X	X	X	X
12	X				X	X		X	X
13			X			X	X	X	X
14			X	X	X	X	X	X	X
15		X			X		X	X	X
16		X		X	X	X	X	X	X
17			X	X	X	X	X	X	X
18	X			X		X	X	X	X
19					X	X		X	X
20			X			X	X	X	X
21			X	X	X	X	X	X	X

22		X			X		X	X	X
23		X		X	X	X	X	X	X
24			X	X	X	X	X	X	X
25				X		X	X	X	X
26	X				X	X		X	X
27			X			X	X	X	X
28			X	X	X	X	X	X	X
29		X			X		-	X	X
30		X		X	X	X	-	X	X
31		-	X	-	X	X	-	X	-

3.4.4. Avaliação

A avaliação será realizada pela equipa terapêutica e consistirá sobretudo na apreciação das sessões e no envolvimento dos pacientes nas mesmas, tendo ainda em conta o *feedback* dos mesmos relativamente à sessão.

Assim, será uma avaliação que recorrerá ao método de inquérito por pequenas entrevistas, para além da própria avaliação que é realizada pelo terapeuta que gere a sessão.

Será a avaliação que irá determinar a continuidade, ou não, do projeto e todos os ajustes que devem ser realizados ao mesmo. No final dos nove meses, poderão incorporar-se as sessões de *mindfulness* no plano semanal de atividades da comunidade, tornando assim o projeto uma realidade.

Neste sentido, referir ainda que a avaliação por parte da equipa terapêutica seria efetuada nas reuniões semanais de equipa, à quarta-feira.

Reflexão Crítica Final

Estes três meses de estágio são o reflexo de uma escolha diferente e que foge um pouco à norma, visto que os âmbitos de atuação de um animador são vastos e podem levar-nos a trabalhar com variadíssimos públicos “não convencionais” (como reclusos, por exemplo).

No meu caso, estagiei três meses numa comunidade terapêutica para indivíduos aditos e, como é óbvio, não posso afirmar que é mais fácil/difícil que os outros públicos porque cada um tem as suas especificidades. Em todas as instituições há dias bons, dias menos bons e dias em que mais valia não termos saído de casa, embora sejam as circunstâncias e a nossa visão que determinam a qualidade de um dia de trabalho. Claro que trabalhar com aditos requer adaptação, até porque são indivíduos com características muito particulares, para além de cada um carregar o peso das suas vivências e experiências que definem o que são hoje.

Recordo-me de no primeiro dia chegar e me convidarem para ir ao grupo dos desgovernos²⁴ onde me apresentei e fiquei a saber um pouco sobre cada paciente e, uma ínfima parte da sua história no mundo da adição. Não sabia muito sobre os pacientes, a não ser os extremos de idades (mais velho e mais novo) e alguns nomes que tinha consultado num quadro existente na sala do *staff*. No final do grupo e no decorrer da “conversa”, apercebo-me que um dos pacientes que está ao meu lado já esteve preso e viveu na rua. Num primeiro dia são situações que nos fazem pensar e, não se trata de discriminação, muito pelo contrário, faz-nos pensar na vida e no inúmero universo de realidades que existem. Embora tivesse optado por esta instituição de forma consciente, confesso que só neste primeiro dia tive realmente noção do tipo de público que teria pela frente e não me refiro apenas às diferentes realidades de cada paciente, mas também à interação que se deve ou não ter com os mesmos e ao facto de começar a compreender o funcionamento de uma instituição deste género. Porém, afirmo perentoriamente que não trocava esta experiência por nenhuma outra. Houve algumas situações inusitadas, como pacientes enamorados, outros que abandonaram o tratamento e fizeram questão de referir todos os passos que iriam tomar para voltarem ao

²⁴ É um grupo que decorre todas as segundas-feiras de manhã e consiste em os pacientes falarem abertamente sobre o que fizeram durante a última semana que deviam ter feito e o que não fizeram (como tomar banho, fazer a barba no caso dos homens, chegar a horas às atividades, entre outros).

mundo do abuso de substâncias e a próxima notícia, provavelmente, será a de que faleceram. Contudo, também houve bons momentos e pude assistir a algumas entregas de medalhões²⁵, joguei à bola com os pacientes, a convivência entre os membros do *staff* também é muito agradável, uma vez que não existe superioridade entre os membros. Isto é, todos têm a sua função e são mestres na sua arte, mas ninguém é melhor que ninguém, ou seja, o psicólogo não é mais nem menos que a cozinheira.

Realizei várias atividades com os pacientes, embora passasse mais tempo a elaborar o GNRS, pude programar algumas atividades que se realizaram, outras, devido a imprevistos, não foram possíveis de levar a cabo. Aliás, uma questão importante numa comunidade terapêutica são os imprevistos e não me refiro apenas a questões meteorológicas, podemos ter tudo alinhavado ao pormenor, mas de um momento para o outro algo acontece na comunidade e o plano tem de ser todo reajustado. Aconteceu algumas vezes termos definido algumas atividades que, por força dos acontecimentos, não foi possível levar avante.

A adição é uma doença que acompanha as inovações tempo-espaciais, para além de manter na sua génese a dependência de substâncias químicas. Desta forma, torna-se importante inovar nas estratégias de combate e alívio dos sintomas, visto não ter cura, um adito hoje é um adito para o resto da vida.

Embora os pacientes sejam aditos, numa primeira instância são pessoas. No entanto, para a sociedade eles são a doença de que padecem e os comentários são muitas vezes pejorativos, referindo-se aos aditos como drogados e bêbados, mas eles são pessoas como qualquer um de nós que tiveram o infortúnio de tomar as decisões erradas (o facto da adição ser genética ainda não foi comprovado) e agora arcam com o resultado dessas mesmas decisões.

Se nos cruzarmos com um paciente na rua e não tivermos conhecimento de que o mesmo se encontra nas Casas de Santiago, simplesmente, não notamos diferença entre essa pessoas e todas as outras com as quais nos cruzamos. O que fala mais alto nesta situação é o preconceito em relação ao outro, mesmo que os indivíduos decidam tratar-se serão sempre

²⁵ Quando os pacientes terminam o tratamento, existe uma espécie de cerimónia na sala polivalente em que lhe é entregue um medalhão e uma moeda de 50 cêntimos. Estes objetos são simbólicos e representam o final de uma etapa e recomeço de uma outra fora da comunidade.

marginalizados pela sociedade e se não tiverem uma boa rede de apoio, esse facto pode ser fatal e gerar as tentativas de reinserção social e até mesmo conduzir novamente o adito ao consumo de substâncias.

Contudo, a vida destes indivíduos pode ser melhorada através das várias ferramentas que lhes são transmitidas durante as várias fases de tratamento. O bem-estar e a qualidade de vida é algo importante para todos os seres humanos. Assim, para os aditos não deveria ser diferente, uma vez que acima de tudo se tratam de pessoas, com problemas é certo, mas continuam a ser pessoas que sentem, pensam e sofrem, para além de terem uma forma muito peculiar de se comportarem (muita vontade própria, manipulação, entre outros). Se ninguém lhes apresentar estratégias que os levem a ter consciência deles próprios e do quanto podem ser diferentes, muito dificilmente um adito terá qualidade de vida ou sequer vida, acabando a viver na rua ou envolvido em outras ações auto degradáveis, alguns deles acabando até por morrer, sozinhos.

O trabalho de um animador numa instituição deste género é perfeitamente possível e exequível, inclusive existem em Portugal centros de tratamento de adições que incorporam nos seus quadros animadores socioculturais. O processo acaba por ser o mesmo que o aplicado noutra tipo de instituições, as ações têm de ser adequadas ao público com o qual se trabalha e o modo de atuação adaptado não só ao público, mas também à própria dinâmica da instituição. A maior dificuldade com este público será o facto de ser bastante instável e de tudo o que estava devidamente programado para determinado dia ter de ser alterado de um momento para o outro. Tal como com crianças e idosos, o estado anímico tem de ser considerado. Há dias em que os aditos são colaborativos, há dias em que não o são, há dias em que acordam bem dispostos, outros nem tanto, há dias em que podem ouvir algumas críticas vindas do grupo e, mesmo não aceitando no momento, não se manifestam violentamente, há outros dias em que as cadeiras voam. Acontece de tudo um pouco no dia-a-dia de uma comunidade terapêutica e é necessário reajustar constantemente as atividades que estavam planeadas. No entanto, é um trabalho muito gratificante, no qual um animador sociocultural pode perfeitamente inserir-se e dar o seu contributo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, através de atividades expressivas e lúdico-recreativas que fomentem e estimulem as suas capacidades. Um animador sociocultural pode ser um ativo

muito importante no seio de uma comunidade terapêutica, uma vez que é um profissional que possui formação e ferramentas que lhe permitem fazer parte do processo terapêutico. O tratamento de um adito passa por diversas fases, podendo um animador contribuir com os seus conhecimentos para que as mesmas sejam superadas com sucesso. Nesta sequência, um animador pode: efetuar as funções de terapeuta, ao nível ocupacional, lúdico e recreativo, através do planeamento e concretização de atividades e dinâmicas que fortaleçam o sentido de grupo e fomentem a integração de todos; auxiliar na elaboração do plano de vida de cada paciente, reforçando as suas competências; integrar a equipa multidisciplinar, fornecendo a sua colaboração na elaboração do plano semanal de atividades e partilhando as suas ideias; promover a participação ativa, estimulando o interesse dos pacientes no seu tratamento e nas atividades da comunidade, deixando abertura para que estes façam sugestões; na sequência da função anterior, ouvir o que os pacientes têm a dizer e fazer uso dessa comunicação na criação de dinâmicas em que estes tenham interesse e se sintam altamente motivados.

Bibliografia

- Ander-Egg, E. (1999). *O léxico do animador*. Amarante: ANASC.
- Ander-Egg, E. (2001). *Metodología y Práctica de la Animación Sociocultural*. Madrid: Editorial CCS.
- Ander-Egg, E. (2008). *Metodologia y Práctica de la Animación Sociocultural*. Madrid: Gráfica Juar.
- Antunes, G. e Marques, M. (2015). Mindfulness, stresse, psicopatologia e estratégias para a gestão de conflitos em cuidadores de pessoas com incapacidade intelectual. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Tradução: Nascimento, M. et al. Porto Alegre: Artmed.
- Cáceres, A., e Mesias, B. (2011). *Atención a población sin hogar: Experiencia del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid*. Madrid: Enfoque Editorial.
- Certeau, M. (1995). *A cultura no plural*. Campinas SP: Papirus.
- Costa, A. (2008). *Animação Sociocultural e protagonismo juvenil*. Vila Nova de Famalicão: PASEC.
- Jardim, J. (2003). *O método da Animação*. Porto: Editor AVE.
- Lopes, M. (2008). *Animação Sociocultural em Portugal (2ª ed.)*. Amarante: Intervenção.
- Nunes, A. (2004). *Os jovens e os fatores associados ao consumo de tabaco*. Educação para a Saúde.
- Petrova, T., e Punanova, N. (2009). *Behavioral Approach to Rehabilitation of Patients with Substance-Use Disorders*. Suécia: Springer.
- Pérez e Puya. (2007). *El animador - buenas prácticas de acción sociocultural*. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.
- Ricou, M., e Teixeira, C. (2008). *Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação do Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes*. Revista Toxicodependências.
- Soares, D. (2107). *Um estudo fenomenológico sobre a experiência do internamento num centro de tratamento de comportamentos aditivos*. Lisboa: ISPA.

Trilla, J. (2004). *Animación Sociocultural - teorías, programas y ámbitos*. Barcelona: Ariel Educación.

Ventosa, V. (1993). *Fuentes de La Animación Sociocultural en Europa*. Madrid: Editorial Popular.

Ventosa, V. (2002). *Animação Sociocultural no virar do século, conferência proferida nas II Jornadas Internacionais de Animação Sociocultural*. Organizado pela UTAD/Pólo de Chaves.

Ventosa, V. (2002). *Fuentes de la Animación Sociocultural en Europa*. Madrid: Editora Popular.

Ventosa, V. (2004). *Métodos activos y técnicas de participación - para educadores y formadores*. Madrid: Editorial CCS.

Webgrafia

Caracterização da instituição. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <http://www.casasdesantiago.com/nos.html>.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10. (s.d.). Obtido em 23 de junho de 2018, de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F10-F19>.

Dados estatísticos. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0.

Dados estatísticos. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006349&contexto=bd&selTab=tab2.

Definição de adição. (s.d.). Obtido em 23 de junho de 2018, de <http://www.linhadagua.net/informe-se>.

Definição de adição. (s.d.). Obtido em 23 de junho de 2018, de <http://www.cita.pt/conceito-dependencia-adicao.html>.

Distância de Belmonte à Covilhã. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://goo.gl/maps/m8MwrDMDmpv>.

Distância de Belmonte à Guarda. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://goo.gl/maps/yPQjufbzKVp>.

Distância de Belmonte ao Fundão. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://goo.gl/maps/LazvwsencBn>.

Mapa do concelho de Belmonte. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://www.visitarportugal.pt/images/fotos/administrador/castelo-branco/c-belmonte/mapa.gif>.

Metodologias nas comunidades terapêuticas. (s.d.). Obtido em 16 de setembro de 2018, de <http://clinicaouteiro.pt/pt/sobre-nos/modelos-de-tratamento/>.

Objetivos do Espaço Arte. (s.d.). Obtido em 12 de junho de 2018, de <http://www.casasdesantiago.com/tratamentos.html>.

Oração “só por hoje”. (s.d.). Obtido em 24 de junho de 2018, de <https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/BR3108.pdf>

Percurso da comunidade até ao café. (s.d.). Obtido em 23 de junho de 2018, de <https://goo.gl/maps/Tb6Ye7RP1Ps>.

Percurso do café até às instalações da escola primária. (s.d.). Obtido em 23 de junho de 2018, de <https://goo.gl/maps/h9q3ii9uCSQ2>.

Serviços disponibilizados pelas Casas de Santiago. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <http://www.casasdesantiago.com/servicos.html>.

Valores, missão e objetivos. (s.d.). Obtido em 10 de abril de 2018, de <http://www.casasdesantiago.com/nos.html>.

Anexos

Lista de anexos

Anexo I – Plano de Estágio

Anexo II – Organigrama

Anexo III – Peddy-papper

Anexo IV – Avenida complicada

Anexo I – Plano de Estágio

PLANO DE TRABALHO

Ensino Clínico
Estágio
Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)
Licenciaturas
Mestrados

MODELO
GESP.004.05

Ano Letivo

2017/2018

Este documento é um complemento do formulário GESP.003 - CONVENÇÃO.

Escola: ESECD ESS ESTG ESTH

Tipologia: Curricular Extracurricular Outro: _____

Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa? Sim. Qual? _____

Informação adicional: (se aplicável)

Designação: _____

Ano curricular: _____ Semestre: _____ 1.º período 2.º período 3.º período

1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES

Estudante: Andreia Filipa Dionísio Nascimento N.º de estudante: 5008385

Docente orientador(a): Marisa Filipa Ramos Teixeira

Supervisor(a)/Tutor(a): María Alexandra Traca

2. PLANO DE TRABALHO

O presente estágio é desenvolvido na Comunidade Terapêutica Casas de Santiago, pertencente à Entre Pontes - Centro de Tratamento e Reinserção de Adictos, Unipessoal, Lda., contando com cerca de 15 clientes e membros da equipa terapêutica e administrativa.

No desenvolvimento do estágio, irei desempenhar funções conjuntamente com a equipa Terapêutica (staff) e com a equipa administrativa, apoiando no desenvolvimento de atividades e logística. As atividades desenvolvidas serão de cariz lúdico - recreativo, artístico, desportivo, entre outros, através da realização do "Espaço Arte", concursos e torneios que apóiem ao desenvolvimento das capacidades de pensamento e raciocínio, entre outras, caminhadas, atividades de interação grupal, etc. Adido ao desporto anteriormente, irei apoiar na elaboração e desenvolvimento do Registo Nacional de Respostas Sociais.

3. ASSINATURAS

O(A) Estudante

0 5 10 3 2 0 1 8
D D M M A A A A

Andreia Nascimento
(assinatura)

O(A) Docente Orientador(a)

0 8 10 5 2 0 1 8
D D M M A A A A

Marisa Ramos Teixeira
(assinatura)

O(A) Supervisor(a)/Tutor(a)

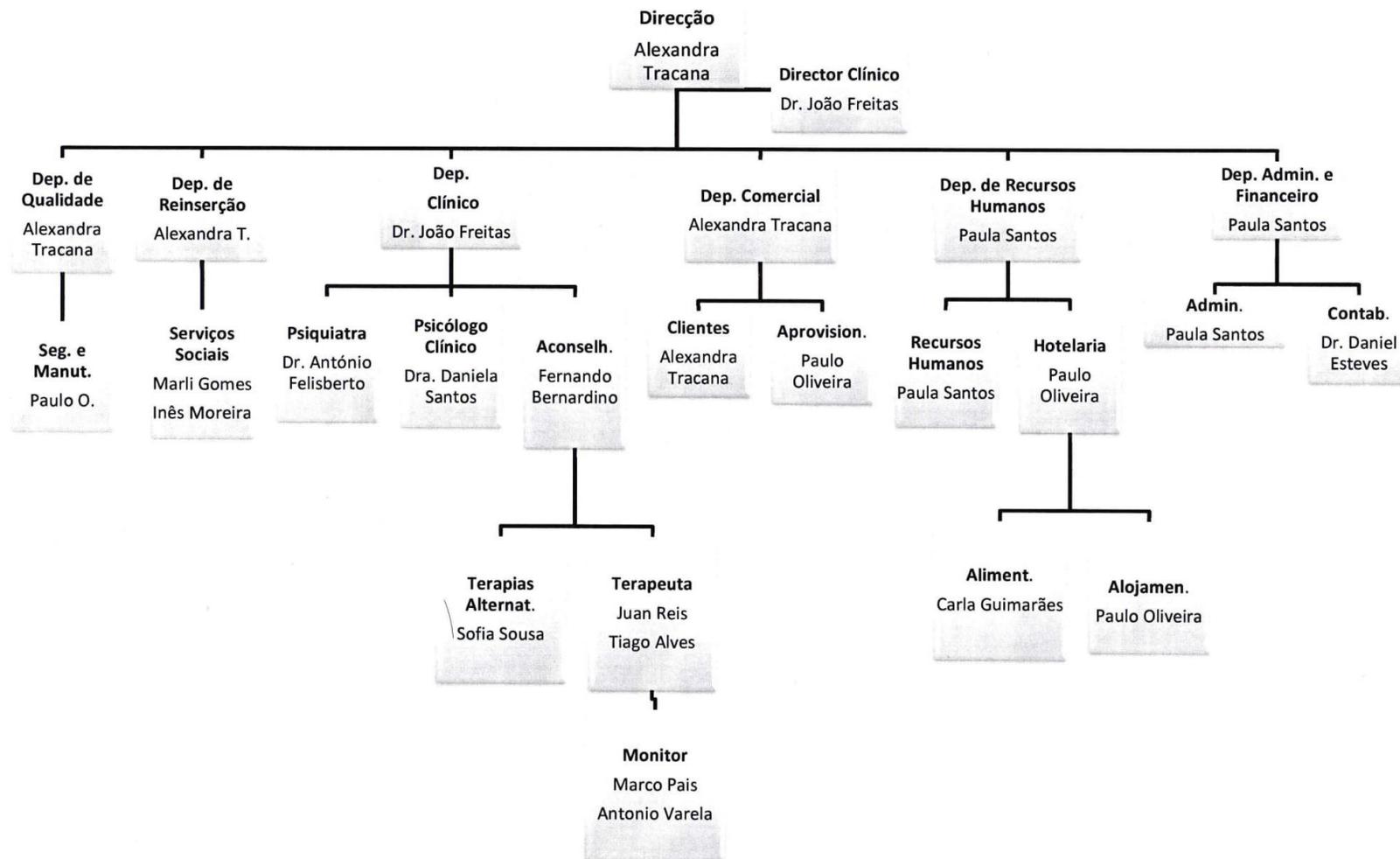
Casas de Santiago
Clínica e Unidade Terapêutica
Entre Pontes, Lda
Quinta da Tranda Nova, Apartado 5
6250-071 Belmonte
NIF: 507 071 980

Anexo II – Organigrama

Casas de Santiago

Entre Pontes, Lda.

ORGANIGRAMA NOMINATIVO



Anexo III – *Peddy-papper*

Peddy Paper

Dedica-te a esta prova de orientação. Procura a resposta correspondente a cada frase e encontrarás 14 objectos em 14 locais diferentes. Reúne-os todos e vencerás a prova.

Boa sorte!

1- Sou um "ser" que representa cada um de nós. Cheguei a estas Casas acorrentado.

Humildemente pedi ajuda. Não pude mais negar a realidade do meu problema.

Homem de Ferro

2- Vim de um lugar onde o clima é quente e chuvoso. Na vossa companhia encontrei uma esperança. Conto diariamente com a vossa ajuda. Confio em vocês. Entrego a minha vida aos vossos cuidados.

Pimenta

3- O segredo da felicidade está na liberdade. O segredo da liberdade está na coragem. Se não te movimentares, as águas corrompem-te.

Pimenta

4- Permito-me a sentir e a partilhar com os outros a natureza exacta das minhas falhas. Revelo sentimentos dolorosos e conflitos por resolver do meu passado, para que deixe de ser refém da minha doença.

Sala de Grupo I

5- Estamos todos no mesmo barco, em mar tempestuoso, devemos uns aos outros uma terrível lealdade. A confiança da há conversa mais conteúdo que a inteligência.

Sala de Convívio

6- As vezes a melhor ajuda que me podem dar é um bom e firme empurrão. O meu lema é: "Toma a minha vontade e a minha vida".

Sala do Staff

7- Recuperação é mais que limpeza. Tenho que me contrariar numa base diária. Assim, se não poder destacar-me pelo talento, vencerei pelo esforço.

Quadro das MO's

8- Aceito as minhas limitações, que ultrapasso com competências.

Platand junto à rampa

9- Faço parte de um pecado capital. Imploro ao meu Poder Superior que me remova os meus defeitos de carácter.

Talheres

10- Concedei-me Senhor o discernimento, a persistência e a tolerância para ultrapassar as minhas vergonhas.

Sala do Grupo II

11- A criatividade dos meus dias faz a diferença na gestão do meu tempo.

Salamancha

12- Estou no sítio certo para tratar a minha doença.

Sítio Certo

13- Para estar em recuperação tenho que estar atento (a) às pequenas coisas. Não me posso esquecer nunca que perdi o domínio sobre a minha vida. Aqui, vou aprender a estabelecer prioridades para um futuro próximo.

Máquina do Café

14- Todos somos especiais. Não temos que ter medo de nos revelar. Se partilhar com o grupo os meus danos, vou-me aproximar. Se confiar vou conseguir.

Cubos

Anexo IV – Avenida complicada

AVENIDA COMPLICADA

A tarefa do grupo consiste em encontrar um método de trabalho que possa resolver, com a máxima brevidade possível, o problema da AVENIDA COMPLICADA.

Na AVENIDA COMPLICADA encontram-se cinco casas numeradas: 801, 803, 805, 807 e 809, da esquerda para a direita. Todas as casas têm cores diferentes, proprietários de diferentes nacionalidades, carros de diferentes marcas, bebidas diferentes e animais domésticos diferentes.

As informações que permitem a identificação das características de cada uma das casas são:

- As cinco casas estão localizadas sobre a mesma avenida e no mesmo lado;
- O mexicano mora na casa vermelha;
- O peruano tem um carro Mercedes Benz,
- O argentino tem um cão;
- O chileno bebe coca-cola;
- Os coelhos estão à mesma distância do Cadillac e da cerveja;
- O gato não bebe café e não mora na casa azul;
- Na casa verde bebe-se whisky;
- A vaca é vizinha da casa onde se bebe coca-cola;
- A casa verde é vizinha da casa direita que é cinza.
- O proprietário do Volkswagen cria coelhos;
- O Chevrolet pertence à casa cor de rosa;
- Bebe-se pepsi cola na terceira casa;
- O brasileiro é vizinho da casa azul;
- O proprietário do Ford bebe cerveja;
- O proprietário da vaca é vizinho do dono do Cadillac;
- O proprietário do Chevrolet é vizinho do dono do cavalo