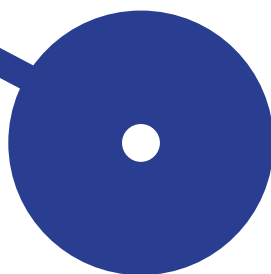




Nós e as nossas circunstâncias: (res)significações e (re)construções de Projetos de Vida numa Comunidade Terapêutica do Grande Porto

Rodrigo António de Jesus

10/**2024**



Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Rodrigo António de Jesus

**Nós e as nossas circunstâncias: (res)significações e (re)construções de
projetos de vida numa Comunidade Terapêutica do Grande Porto**

Relatório de Projeto

**Mestrado em Educação e Intervenção Social – Especialização em Desenvolvimento
Comunitário e Educação de Adultos**

Orientação: Prof. Doutor João Pedro Luís de Queirós

Porto, outubro de 2024

AGRADECIMENTOS

Hoje, ao olhar para trás, para esta jornada extraordinária que culmina na conclusão do meu Projeto de Mestrado em Educação e Intervenção Social na Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto, sinto-me profundamente tocado pela generosidade, apoio e sabedoria que cada uma das pessoas da Comunidade Terapêutica partilhou comigo ao longo deste caminho. E muito devo a ti, meu tio “*Vitó*”, que és um dos maiores motivos pelo meu interesse nesta área.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Queirós, expresso a minha mais sincera e profunda gratidão. As suas palavras de encorajamento, orientação meticulosa e “*insight*” perspicaz moldaram não só este projeto, mas também todo o meu desenvolvimento e construção ao longo do (per)Curso, bem como o meu pensamento e abordagem à Educação e Intervenção Social. Sou profundamente grato pela sua dedicação incansável e por partilhar comigo, generosamente, o seu enorme e reconhecido conhecimento e experiência.

Às minhas colegas de Curso, cuja camaradagem e colaboração tornaram esta jornada verdadeiramente memorável, agradeço do fundo do coração. Cada discussão, cada desafio e cada vitória partilhada fortaleceram o meu entendimento e paixão pela área, e sou grato por cada momento. Sem esquecer os Professores e todos os seus contributos para a minha formação, em especial a Professora Doutora Ivaneide Mendes, pelo carinho, compreensão e confiança, pelo acompanhamento atento e interessado e disponibilidade demonstrada ao longo deste trajeto. Refiro ainda a Professora Doutora Ana Bertão, que acreditou em mim desde o início deste Curso e me ofereceu contributos teóricos fundamentais para a minha formação. Às instituições, organizações e parceiros externos, que abriram as suas portas e corações para colaborar neste projeto, expresso a minha mais profunda apreciação. A sua confiança no nosso trabalho e a sua disposição para o envolvimento em diálogos francos e construtivos demonstram o poder transformador da colaboração e do compromisso comum com a mudança e a transformação social.

À minha Camila, o meu Amor maior, que caminha comigo em cada passo desta jornada, com significado e propósito, a quem devo a vida. A tua “presença” constante foi a minha fortaleza nos momentos de incerteza e a minha fonte de energia nas dificuldades. Vivo em ti e tu Vives em mim. Só deixarás este mundo quando eu o deixar.

Ser Monitor nos Salesianos, com crianças e jovens em regime de reclusão, fechado, ao abrigo de medidas tutelares educativas; ser Educador e Animador Sociocultural em lares de idosos, experienciando todas as valências existentes em equipamentos residenciais para idosos (internamento, centro de dia e serviço de apoio domiciliário); ter realizado voluntariado desde muito cedo, junto de instituições reconhecidas pelo seu nobre trabalho com pessoas em situação de vulnerabilidade, nomeadamente pessoas em situação de sem-abrigo, trabalhadores(as) do sexo, utilizadores de substâncias; e desenvolver trabalho com crianças do pré-escolar, rompendo com o *"status quo"* e os construtos sociais enraizados acerca da (in)capacidade de um elemento do género masculino no cuidado e ensino destas pessoas mais pequenas; todas estas experiências, dos Salesianos às instituições onde me envolvi, moldaram-me profundamente. Cada momento, com as crianças, jovens, idosos e pessoas em situações de vulnerabilidade, contribuiu para a pessoa e profissional que sou hoje. A diversidade de contextos e de pessoas que encontrei ensinou-me a ver o mundo através de múltiplas perspetivas, a abraçar a empatia e a fortalecer a minha capacidade de adaptação e resposta a cada novo desafio. Por tudo isso, sou eternamente grato e comprometido em continuar a levar comigo os ensinamentos e valores que, generosamente, me foram transmitidos, com a esperança de também deixar uma marca positiva por onde passo.

E, finalmente, à própria jornada – cheia de desafios, descobertas e crescimento – agradeço por cada lição aprendida, por cada obstáculo superado e por cada momento de inspiração que moldou quem eu sou hoje.

"A essência do humanismo reside na compreensão de que cada indivíduo é uma expressão única de humanidade, merecedora de respeito, compaixão e oportunidades iguais para florescer e contribuir para o bem comum. A educação é questão do coração."

Agasso et al. (2015, p.48)

RESUMO ANALÍTICO

Este relatório apresenta as incidências, realizações e resultados de um Projeto de Educação e Intervenção Social desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social da Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto. O Projeto em causa resultou de uma parceria entre a ESE, a Associação Portuguesa de Educação e Formação de Adultos (APEFA), um Centro Qualifica e uma instituição do Grande Porto que detém, entre outros serviços e equipamentos, uma Comunidade Terapêutica.

O foco do Projeto incidiu no domínio da Educação e Formação de Adultos, tratando-se as comunidades terapêuticas como espaços potenciais de reflexão, introspeção, relação e desenvolvimento de competências essenciais para a vida e visando contribuir para a sua constituição enquanto lugares plenamente educativos e de (re)construção das pessoas em tratamento. Através da criação de pequenos grupos de encontro, partilha e intervenção, e da dinamização do trabalho educativo, pretendeu-se promover a emancipação dos sujeitos e a sua transformação. Desenvolveu-se uma ação concertada e integrada de educação de adultos, focando nas competências-chave na sociedade do conhecimento. A mobilização para a aprendizagem e o aprender a aprender foram também cruciais, visando o aumento da escolaridade e a valorização das competências adquiridas, tendo parte do grupo de participantes integrado formalmente processos de RVCC, de acordo com as respetivas necessidades e projetos de futuro, que este Projeto quis também ajudar a ressignificar e reconstruir.

Palavras-chave: Educação de adultos; educação não formal; comunidade terapêutica; competências-chave; projetos de vida.

ABSTRACT

This report presents the features, the achievements and the main results of an Education and Social Intervention Project developed as part of the Master's Degree in Education and Social Intervention at the Porto Polytechnic School of Education. The project in question was the result of a partnership between ESE, the Portuguese Association for Adult Education and Training (APEFA), the Árvore Qualifica Centre and an institution located in Greater Porto that owns, among other services and facilities, a Therapeutic Community.

The focus of the project was on the field of Adult Education and Training, treating therapeutic communities as potential spaces for reflection, introspection, relationships and the development of essential life skills, with the aim of contributing to their constitution as fully educational places for the (re)construction of trajectories and projects of people undergoing treatment. The aim was to promote the emancipation of the subjects and their transformation through the creation of small groups for meeting, sharing and interacting, and through the dynamization of educational work. A concerted and integrated adult education program was developed, focusing on key competences in the knowledge society. Mobilization for learning and learning how to learn were also crucial, aiming at increasing schooling and valuing the skills acquired, with part of the group of participants formally integrating RVCC processes, according to their needs and future projects, which this project also wanted to help re-signify and rebuild.

Keywords: Adult education; non-formal education; therapeutic community; key competences; life projects.

LISTA DE SIGLAS

APEFA – Associação Portuguesa de Educação e Formação de Adultos

ARS – Administração Regional de Saúde

CRI – Centros de Resposta Integrada

CT – Comunidade Terapêutica

CQ – Centro Qualifica

EFA – Educação e Formação de Adultos

ESE – Escola Superior de Educação [do Politécnico do Porto]

EIS – Educação e Intervenção Social

IAP – Investigação-Ação Participativa

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OG – Objetivo Geral

OE – Objetivo Específico

PIAAC – Programa Internacional para a Avaliação das Competências dos Adultos

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

RVCC – Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Índice

RESUMO ANALÍTICO	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
INTRODUÇÃO	1
1. A EDUCAÇÃO E O FENÓMENO (SOCIAL) DAS DROGAS.....	4
1.1. A EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE.....	4
1.2. O PAPEL TRANSFORMADOR DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	5
1.3. A CENTRALIDADE DO SUJEITO E A CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA CRÍTICA.....	5
1.4. A ADIÇÃO: UM FENÓMENO SOCIAL E UMA DOENÇA.....	6
1.5. POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS DE INTERVENÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS.....	10
1.6. A DIMENSÃO SOCIAL E INTEGRATIVA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS.....	12
2. A INTERVENÇÃO EDUCATIVA E A EDUCABILIDADE DO SUJEITO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	15
2.1. A EDUCAÇÃO DE ADULTOS NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA E O DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS DE RECONHECIMENTO, VALIDAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	20
3. POSICIONAMENTO METODOLÓGICO.....	25
3.1. O “PARADIGMA EMERGENTE” E A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO-AÇÃO PARTICIPATIVA (IAP).....	25
3.2. PROJETOS DE EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	27
3.3. AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	30
3.4. APLICAÇÃO PRÁTICA DO PRESSUPOSTO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA.....	32
4. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA REALIDADE	35
4.1. BREVE NOTA HISTÓRICA SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	35
4.2. A CT VISADA NA INTERVENÇÃO E O MODELO TERAPÊUTICO VIGENTE.....	38
4.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO GRUPO DE PARTICIPANTES E ANÁLISE CRÍTICA DO CONTEXTO	41

5. CONCEÇÃO E DESENHO DO PROJETO.....	48
6. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	55
6.1. DINÂMICAS DE GRUPO, DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS E A DESCOBERTA E DINAMIZAÇÃO DE NOVAS FORMAS DE COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO	56
6.2. A IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DIGITAIS E DOS PROCESSOS DE RVCC.....	59
6.3. DETALHES E VICISSITUDES DE UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	60
7. AVALIAÇÃO DO PROCESSO E RESULTADOS DA INTERVENÇÃO	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
ANEXOS.....	91
A- LEITURA AUTO DA BARCA DO INFERNO	91
B- REFLEXÃO CRÍTICA – O SENTIDO DA VIDA PARA MIM (PM).....	92
C- CARNAVAL – DIFERENTES CULTURAS E CELEBRAÇÕES.....	93
D- ALFABETIZAÇÃO DIGITAL.....	94
E- EXPRESSÕES E MINDFULNESS.....	95
F- EXPRESSÕES- CONSTRUÇÃO DO MURAL DAS EMOÇÕES.....	96
G- PROCESSOS RVCC DE FORMA AUTÓNOMA	97
H- ENSAIOS DE LEITURA: AUTO DA BARCA-CRIAÇÃO DE PERSONAGENS-TONE CANECOS-A PROSTITUTA- O PROFESSOR- O DIRETOR- O REFORMADO-O VOLUNTÁRIO- A INFLUENCER- O RICO.....	98
I- DINÂMICA DE GRUPO- IDENTIFICAR OS MEUS GATILHOS: PENSAMENTO CRÍTICO E REFLEXIVO DOS ADULTOS.....	99
J- MÊS DA LIBERDADE- O QUE SIGNIFICA PARA NÓS SER LIVRE?	100
K- JORNAL FÍSICO DA CT	101
L- APRESENTAÇÃO MUSICAL DE DESPEDIDA – CRIAÇÃO DA LETRA ORIGINAL	102
M- INTRODUÇÃO E RECOLHA DE TEMAS.....	103
N- DESPEDIDA DA ASSISTENTE SOCIAL.....	105
O- CELEBRAÇÃO DO CARNAVAL- DIVERSIDADE CULTURAL.....	106
P- MOMENTOS DE MÚSICA- KARAOKE.....	107
Q- CONVÍVIO E CONFRATERNIZAÇÃO COM O GRUPO	107
R- JORNAL DIGITAL- PADLET, WEBNODE, POWERPOINT E CANVA.....	108

APÊNDICES.....	110
A- DESCRIÇÃO DAS FASES DE TRATAMENTO E RESPETIVOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	110
B - O PROGRAMA ESPECÍFICO PARA DEPENDENTES DO ÁLCOOL	113
C- O PROGRAMA ESPECÍFICO DE LONGA DURAÇÃO.....	114
D - VISITAS E SAÍDAS.....	115
E - MINISTÉRIO DA SAÚDE-GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE DESPACHO N.º 2976/2014	118
F - CARATERIZAÇÃO DOS ADULTOS.....	120
G - ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	123
H- AVALIAÇÃO DO PROJETO – ENTREVISTA COM A M	130

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: NÍVEL ACADÉMICO DAS 17 PESSOAS ADULTAS PARTICIPANTES.....	42
FIGURA 2: LOCAL DE PROVENIÊNCIA DOS MEMBROS DO GRUPO.....	42
FIGURAS: 3, 4 E 5: SESSÕES DE LEITURA E DRAMATIZAÇÃO DO "AUTO DA BARCA DO INFERNO"	61
FIGURA 6: EXPOSIÇÃO E EXPLICAÇÃO ORAL DO B.....	64
FIGURA 7: RECURSOS APRESENTADOS PARA SUSTENTAR O DESAFIO	65
FIGURA 8: TRABALHO DE EQUIPA NA "DINÂMICA DO BALÃO.....	66
FIGURA 9, 10 E 11: RESOLUÇÃO DA CONSTRUÇÃO DA "TORRE DE PAPEL"- TRABALHO EM EQUIPA.....	68
FIGURA 12, 13 E 14: ALFABETIZAÇÃO DIGITAL- ATIVIDADE COM OS MENTORES	70

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: EIXO 1 – COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS, LEITURA, ESCRITA E EXPRESSÃO ORAL	E
CORPORAL.....	52
TABELA 2: EIXO 2 – COMPETÊNCIAS PESSOAIS, PREVENÇÃO DE RECAÍDA, DIVERSIDADE CULTURAL E CIDADANIA	54
TABELA 3: EIXO 3 – TIC E COMPETÊNCIAS DIGITAIS.....	53
TABELA 4: TRANSFORMANDO VIDAS: LIÇÕES E REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES.....	63
TABELA 5: EXEMPLO DE ATIVIDADE PRÁTICA; ESTRUTURAÇÃO E ANÁLISE DAS INCIDÊNCIAS	66
TABELA 6: EXEMPLO DE ATIVIDADE PRÁTICA – ESTRUTURAÇÃO DA AÇÃO E ANÁLISE-DISCURSOS	67
TABELA 7: ATIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DIGITAIS – SÍNTESE	70

INTRODUÇÃO

O presente relatório refere-se a um Projeto de Educação e Intervenção Social desenvolvido numa comunidade terapêutica do Grande Porto. Neste projeto, a Educação Social e a figura do educador emergiram como elementos centrais de uma ação implicada com a transformação social, numa perspetiva de investigação-ação participativa e numa lógica de proximidade, horizontalidade e “amorosidade”, motivada grandemente pelos ensinamentos de Freire (2006).

Para concretizar os pressupostos freirianos em que o Projeto largamente assentou, visando a construção de um caminho capaz de conduzir à transformação e à mudança pessoal e social, coconstruiu-se este Projeto, que permitiu igualmente finalizar as atividades associadas à realização do Mestrado em Educação e Intervenção Social, na especialização em Desenvolvimento Comunitário e Educação de Adultos, da Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto (ESE P.Porto). A ação desenvolvida decorreu numa instituição de internamento de âmbito não hospitalar, localizada na região do Grande Porto, direcionada para o tratamento das dependências.

O tratamento das dependências evoluiu muito em Portugal nas últimas décadas, em especial depois da mudança significativa de paradigma observada no início do presente século, que reconheceu as pessoas com dependências como “doentes”, refutando a sua diabolização e criminalização. O tratamento das dependências vivenciou nestes anos uma profunda metamorfose, abandonando-se a visão estigmatizante do passado para reconhecer, com justiça, que as pessoas com dependências necessitam de apoio e tratamento adequados. Assim, as comunidades terapêuticas assumem um papel fundamental, atuando no sentido da reabilitação e reinserção social destes indivíduos. O Projeto a que este documento se refere visou construir um espaço dialógico e colaborativo entre a comunidade terapêutica, os seus membros adultos em tratamento, o educador e as entidades parceiras. Através desta ação conjunta, procurou-se compreender quais as necessidades e que desafios específicos se podiam identificar nesta realidade, planeando e desenvolvendo, a partir daí, soluções conjuntas, contextualizadas e criativas.

Após um processo de integração iniciado em outubro de 2023, procedeu-se a um trabalho, que se quis exaustivo, de conhecimento da instituição e dos membros do grupo de participantes,

procurando-se a caracterização e análise das respectivas relações, condições, necessidades e potencialidades. Uma ação continuada e estruturada foi desenvolvida a partir de então, correspondendo o presente relatório a uma síntese descritiva e problematizadora dos caminhos percorridos por um projeto que se quis inovador, estruturado e alicerçado quer nos princípios da pedagogia de Freire (2006), quer, como se verá mais à frente, na metodologia da investigação-ação participativa.

Este Projeto pretendeu transformar as realidades dos participantes da comunidade terapêutica, promovendo o seu desenvolvimento integral, através da educação libertadora, do diálogo horizontal, da promoção da consciência crítica e reflexiva e de um processo de construção coletiva de conhecimento e de significados acerca da vida, do passado, do presente e do futuro dos participantes (Freire, 2006). Teve como objetivos principais fortalecer as competências sociais, literacias e expressão artística dos envolvidos, promovendo o desenvolvimento pessoal, social e, eventualmente, profissional. Para o efeito, foram definidos ao longo da ação realizada em contexto três eixos de intervenção, que se interligaram: 1) Desenvolvimento de competências socioemocionais, de literacias e expressões; 2) Promoção de competências pessoais e relacionais, prevenção de recaídas, valorização da diversidade cultural e cidadania em contexto; e 3) Aprendizagem das Tecnologias da Informação e Comunicação e desenvolvimento de competências digitais. Perspetivaram-se através destes eixos a reinserção social dos participantes e a (re)construção dos seus projetos de vida, face às exigências contemporâneas naqueles domínios. Através de diversas atividades, como teatro, dinâmicas de grupo, técnicas do psicodrama e sociodrama, oficinas artísticas e alfabetização digital, pretendeu-se oferecer um espaço de aprendizagem significativo, que permitisse aos participantes desenvolverem as suas potencialidades e superarem desafios.

Este relatório está estruturado de maneira a proporcionar uma compreensão detalhada e crítica do Projeto de Educação e Intervenção Social realizado na comunidade terapêutica. Após esta Introdução, onde se apresentam o contexto, os objetivos e os fundamentos que orientaram a intervenção, segue-se um enquadramento teórico-concetual. Neste, que inclui dois capítulos, é explorada a complexidade do fenómeno da adição, analisando-o não só como uma questão de saúde, mas também como fenómeno social, e à luz das políticas públicas vigentes e dos modelos de intervenção disponíveis, com especial destaque para aqueles que preconizam e valorizam a intervenção educativa em contextos terapêuticos, sobre a qual são feitas algumas considerações

de ordem geral teoricamente sustentadas. O terceiro capítulo, dedicado ao posicionamento metodológico do trabalho, descreve as bases do percurso investigativo adotado, que visou o horizonte definido pela investigação-ação participativa, um paradigma que privilegia o envolvimento ativo dos participantes na coconstrução e avaliação – ativa e contínua – das intervenções. Em seguida, procede-se à caracterização e análise da realidade da comunidade terapêutica, oferecendo uma breve leitura histórica e crítica deste tipo de unidades e do modelo de tratamento nelas vigentes, bem como uma análise sociodemográfica sucinta dos participantes no projeto. A concepção e o desenho do projeto são apresentados no quinto capítulo, no qual é dado destaque às estratégias pedagógicas e interventivas planejadas. O capítulo seguinte descreve – com o detalhe possibilitado pelo número de páginas disponível – o desenvolvimento do projeto, destacando-se aí as atividades realizadas, que visaram fortalecer competências de diversa natureza e em diferentes domínios. A avaliação do processo e principais resultados da intervenção é apresentada no segmento seguinte do relatório. Por fim, as Considerações Finais sintetizam as principais conclusões do trabalho e os principais desafios encontrados, procurando contribuir para o debate sobre o papel transformador da educação em comunidades terapêuticas. O relatório é complementado por Anexos e Apêndices, que oferecem suporte documental e detalham aspectos mais específicos do Projeto, essenciais para uma compreensão mais detalhada e global da intervenção realizada.

1. A EDUCAÇÃO E O FENÓMENO (SOCIAL) DAS DROGAS

1.1. A EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

A Educação e Intervenção Social, como caminho de resposta aos problemas emergentes da sociedade contemporânea, como a desigualdade social, a fragilização dos vínculos sociais, a violência, a exclusão social, a doença mental, entre outras necessidades dos indivíduos e dos coletivos sociais, pode ser desenvolvida de diferentes modos. A complexificação exponencial das sociedades e a sua consequente fragilização, pelo aumento dos desafios que se colocam aos setores mais desfavorecidos, a acentuação dos fenômenos de marginalização e exclusão social e a insuficiência de metodologias de intervenção de tipo assistencialista e tradicional conferem-lhe pertinência. Há uma maior consciencialização responsiva face aos novos desafios e problemáticas sociais e emergem, por isso, vontades de conceção e desenvolvimento de novas políticas sociais e de mudanças no conceito de educação e nas práticas educativas (Carvalho & Batista, 2004).

Neste quadro, o Projeto de Educação e Intervenção Social surge como “adaptação, como socialização, transmissão de valores educativos, como prevenção (...) que ajude pessoas ou grupos em situações de maior vulnerabilidade social, com aquisição de competências sociais” (Timóteo & Bertão, 2012, p. 16). Promove-se a integração social por meio da aprendizagem, para que quem integrou este projeto possa “tornar-se membro da sociedade, conseguir a perfeita integração social, formar nos grupos pautas comportamentais de convivência” (Timóteo & Bertão, 2012, p. 19). Entende-se este processo de socialização como um caminho necessário para um viver coletivo, um caminho também de reflexão individual e de tomada de consciência pessoal, ganhando-se assim sentido de responsabilidade, tolerância e cooperação (Borges, 2010, p. 53).

1.2. O PAPEL TRANSFORMADOR DA EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Trata-se, na perspectiva aqui advogada, de responder ao desafio de estabelecer um compromisso educativo, que deve ser orientado para o desenvolvimento, sendo o papel do sujeito e dos grupos envolvidos nestes processos de superação das suas fragilidades e dificuldades sociais muito relevante (Timóteo & Bertão, 2012). Os educadores e interventores sociais, enquanto agentes implicados nesta transformação, operam em contexto e devem, por isso, estar preparados para o desenvolvimento de uma ação educativa em espaços sociocomunitários. Tal como referem Carvalho e Mucharreira (2020),

defendemos uma educação emancipatória, transformadora e transformativa, que se afirma em rutura com o registo assistencialista (de base positivista) e parte de uma visão de um mundo que se deseja mais igualitário, solidário, inclusivo e democrático, firmado no paradigma sociocrítico e tendo por base a visão do ser humano, como capaz de se olhar e olhar o mundo de forma crítica e informada e capaz de resolver os seus problemas, num quadro de valores necessariamente inteligíveis e conscientes (p. 79).

1.3. A CENTRALIDADE DO SUJEITO E A CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA CRÍTICA

Em conformidade com Santos (1996), evidencia-se “a centralidade do sujeito de produção de conhecimento e, deste modo, rejeita-se a distinção dicotómica entre sujeito e objeto” (p. 50). Assim, mais do que se pretender operacionalizar uma intervenção *sobre o outro*, objetiva-se uma ação que assenta em potencializar os recursos endógenos e exógenos dos sujeitos, com a finalidade de obtenção da sua autodeterminação, emancipação e responsabilidade (Rubio *et al.*, 2003). No contexto deste Projeto, que interveio com pessoas em situação de vulnerabilidade social e com um longo histórico de uso de substâncias, a construção da consciência crítica torna-se ainda mais desafiadora, mas também mais urgente. Através de atividades que estimularam a reflexão, o diálogo e a participação, procurámos desenvolver com os adultos as ferramentas necessárias para que possam questionar a realidade, compreender as causas das suas dificuldades e construir projetos de vida mais autónomos e significativos (Freire, 1996).

A educação social, fundamentada na sociologia crítica, conforme apontado por Lima (2003), adota uma perspectiva abrangente sobre a realidade, questiona modelos tradicionais de educação, reprodutora de desigualdades sociais. Esta visão inclui “o que está e o que não está,” reconhecendo que, sendo a realidade uma construção humana, é passível de mudança (Lacerda, 2013, p. 63). Esta característica possibilita a transformação de contextos sociais injustos, configurando a educação social como um processo transformador, conectado às dinâmicas da vida e às constantes reconfigurações sociais. A educação social, portanto, não se concebe em respostas de cariz assistencialista, mas é acompanhada por uma reflexão contínua que orienta toda a intervenção, procurando a adaptação das estratégias para alcançar a transformação pretendida (Timóteo & Bertão, 2012). Dessa forma, a atuação dos profissionais em educação social deve ser voltada para facilitar essa mesma transformação, incentivando à participação ativa das pessoas e comunidades envolvidas. No entanto, como apontam Bogdan e Biklen (1994), o nível de participação é variável ao longo de um Projeto, sendo menor no início, mas tendendo a aumentar à medida que as relações se estabelecem e solidificam.

1.4. A ADIÇÃO: UM FENÓMENO SOCIAL E UMA DOENÇA

A adição e a problemática da dependência de substâncias químicas – que estão no cerne do projeto aqui relatado – assumem, de acordo com Fernandes (2011), um “significado de sentido único: perda de si, desadequação às tarefas e às exigências da vida social” (p. 207). Apesar de concordar com a ideia de adição enquanto doença, Agra (2000) refere que “os contextos terapêuticos acabam por ser o meio que mais facilmente procurará fazer passar esta mensagem aos utilizadores de drogas, através do contacto direto com a autoridade técnica e científica” (p. 68), configurando-se como oportunidade para educar e realizar tratamento. Entende-se que a simples transmissão de informações sobre a doença não é suficiente para promover a mudança. É necessário criar um ambiente terapêutico que seja acolhedor, empático e que permita às pessoas desenvolverem habilidades para lidar com as suas dificuldades e alcançar os seus objetivos presentes e futuros.

Ao abordarmos o fenómeno da dependência de substâncias químicas, facilmente percebemos que quase toda a gente tem algo a dizer sobre as “drogas” e quem as consome: são os “drogados”, os “viciados”, os “bêbados”, no senso comum, e é inegável a forma como esta linguagem corrente

molda a nossa compreensão dos fenómenos. Segundo Fernandes (2011), estas expressões e o modo como se perspetivam as drogas são

reveladoras do modo como problematizamos aspetos centrais da existência, como o prazer, a doença e os problemas sociais. E o que nelas se cruza são conceções do que é o vício, o abuso, a perversão, a doença, o crime, a desgraça, a desordem social (p. 39).

Ao longo do século XX, as instâncias estatais tentaram desenvolver um controlo sobre as drogas, adotando tipicamente duas estratégias, como nota Mata (2020): ora disseminando o medo, com discursos e práticas proibicionistas, sublinhando o carácter desagregador, destruidor, tanto para os consumidores como para a sociedade, das drogas; ora, por outro lado, assumindo um papel na regulamentação, produção e distribuição de algumas drogas. Fica assim marcada uma relação ambígua com o fenómeno, em parte diabolizando-o, e por outro lado procurando a integração dos seus protagonistas (Filho & Costa, 2017).

Do ponto de vista clínico e das investigações no fenómeno droga, entende-se hoje o utilizador de drogas como uma pessoa doente, interpretando-se esses consumos como sintoma visível/manifesto de uma doença situada no interior do sujeito, nos seus processos psicológicos e emocionais. Fernandes (1990) entende que a droga-doença se assume como a direção investigativa essencial, sendo "fundamental nestas abordagens o recurso à síntese e à interpretação do dado clínico, ora recolhido diretamente no contrato terapêutico, ora recorrendo a inferimentos de avaliação psicológica" (p. 21). De acordo com esta abordagem médico-psicológica, entende-se que o utilizador de drogas é possuidor de um conjunto de vulnerabilidades endógenas, que são prévias aos consumos e que as substâncias químicas vão preencher, esconder ou anestesiar. A substância seria uma forma de lidar com sofrimentos psicológicos, sociais e emocionais não resolvidos, atuando como um mecanismo de defesa ou escape.

De acordo com Stephens (1991), "(...) há algo profundamente errado com o estado emocional do dependente e a sua capacidade de lidar com problemas emocionais" (Silva & Santos, 2023, p. 16). Para a compreensão e intervenção neste âmbito, existem diversas orientações e modelos técnicos, desde as abordagens biológicas/psicofisiológicas, até às psicossociais, assim como as psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais (Fernandes, 1993). Independentemente das abordagens consideradas, é no *modelo da doença* que se edificam os discursos sobre o

consumidor de substâncias e as propostas para o seu tratamento e eventual “cura”. No entendimento do fenómeno das dependências químicas, Fernandes (2011) considera, sobretudo, e de uma forma que assume grande importância neste trabalho, a necessidade do olhar não judicativo e humanizado sobre o utilizador:

Estranha doença esta, a que carrega a marca duma espécie de teimosia em não se querer livrar do estado mórbido, bem expressa em lugares-comuns da linguagem das drogas, como a falta de motivação para o tratamento e, quando já neste, na falta de força de vontade para persistir e evitar recaída (p. 43).

A dependência apresenta-se, neste sentido, como uma doença de alta complexidade, desafiando constantemente a nossa compreensão e os limites do tratamento. Através de uma análise reflexiva e profunda, somos conduzidos por um labirinto de contradições, onde a persistência do estado mórbido se entrelaça com a vulnerabilidade do humano. Transcende a noção simplista de falta de força de vontade, pois trata-se de uma intrincada teia que enreda o indivíduo, num círculo vicioso de compulsão, sofrimento e recaídas (Ribeiro, 2012). A persistência do estado mórbido, comparável à chama de uma vela que resiste a extinguir-se, perpetua a ilusão do controlo e dificulta o reconhecimento da necessidade de auxílio profissional. Fernandes (2011) alerta para os perigos inerentes à banalização da linguagem que circunda a dependência, por entre expressões como “*falta de força de vontade*” ou “*só depende de a pessoa querer*”, que obscurecem a complexa interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o desenvolvimento e manutenção desta patologia. A dependência química não é uma escolha deliberada, mas sim uma condição médico-social que requer tratamento especializado e apoio abrangente. Segundo Koob e Volkow (2016), o processo de recuperação é árduo, exigindo perseverança tanto do indivíduo afetado, como daqueles que o circundam. Os seus familiares, as equipas de tratamento e a sociedade englobante desempenham um papel fundamental no processo de reabilitação, fornecendo suporte emocional, orientação profissional e um ambiente acolhedor, e que se espera livre de julgamentos. A dependência química não deve ser vista como uma sentença de morte. É uma doença passível de tratamento e superação, através da compreensão aprofundada das suas nuances, da empatia com o sofrimento das pessoas e do compromisso em ações de conscientização e suporte – desta forma, é possível (re)construir-se pessoas (Schenker & Minayo, 2004). As Comunidades Terapêuticas podem assumir um papel crucial como destacado por Campos (2015)

podem produzir mudanças estruturais em diversas dimensões da vida do indivíduo, nomeadamente a nível pessoal (autonomia, reaquisição de rotinas de autocuidado, regulação de funções alicerçais ao saudável funcionamento do indivíduo, como ciclo sono, vigília e a alimentação) e comunitário (hierarquização de valores, reflexão sobre normas de conduta social, treino de competências interpessoais, entre outros (p. 30).

A construção de um conhecimento partilhado sobre a dependência constitui um passo considerável para o tratamento e recuperação. Através de um processo educativo colaborativo, que envolva as pessoas que estão nestas instituições, os seus familiares e profissionais, promove-se a compreensão acerca da doença, a troca de experiências e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. As dinâmicas de grupo, desenvolvidas no espaço e no tempo que a comunidade terapêutica configura, surgem como espaços especialmente relevantes de reflexão e aprendizagem, onde os envolvidos podem (re)construir um novo significado para as suas vidas (Campos, 2015).

A não aceitação, por parte dos dependentes de substâncias químicas, do fenómeno como doença origina que os sujeitos “confrontem, resistam, que não se conformem – um hábil desestabilizador da normalidade terapêutica” (Fernandes, 2011, p. 48). Muitas vezes, eles não se reveem no carácter disfuncional da sua conduta, “nem no afeto depressivo, nem na mãe ausente ou superprotetora, nem nos esquemas cognitivos disfuncionais que os especialistas diziam estar relacionados com os consumos” (Mata, 2020, p. 30).

Relativamente à desestabilização terapêutica, pode afirmar-se que existem significados ambíguos que subjazem aos consumos, dependendo de onde eles se concretizam, isto é, quando medicamente prescrito, é um remédio, quando consumido nas ruas, é droga. Sabe-se que muito do que os utilizadores consomem nas ruas é, muitas vezes, o que os próprios médicos prescrevem... Como refere Fernandes (2011), “Querer tratar-se é começar a obedecer à ordem química vigente, aceitando substituir as drogas de rua pelas da farmácia, a autoadministração pela prescrição do especialista, a relação com os pares pela relação com o terapeuta” (p. 50). Deste modo, a norma terapêutica, carregada de diversidade e operacionalizada através de diferentes, e complexos, modelos de intervenção, faz com que os consumidores muitas vezes não se aproximem e resistam à ajuda clínica, ou então, já a tendo experimentado, abandonem a mesma. De acordo com Mata (2020), constatou-se em Portugal “que uma parte importante da população dependente de substâncias, com consumos muito problemáticos, não se deslocava

aos serviços de tratamento e/ou, quando o fazia, não prosseguia o percurso do tratamento, mantendo-se, em muitos casos, numa situação de marginalidade” (p. 31).

Com efeito, não raras vezes, os utilizadores de substâncias resistem às normas terapêuticas, rejeitando a ideia de pessoa “doente”, disseminada pelos modelos psicoterapêuticos. Como nota Fernandes (2011), a “ideia de doença, no campo das drogas, nunca foi pacífica” (p. 53). Para lá desta ideia, há que reconhecer, no consumo de substâncias psicoativas, não apenas essa vertente, mas, simultaneamente, o lado integrador, socializador, inerente ao consumo. É fundamental reconhecer que o consumo de substâncias psicoativas, além de envolver aspetos nefastos relacionados com a saúde, desempenha funções de socialização para alguns, criando vínculos sociais, sentimento de pertença ao local dos consumos e integração nesse mesmo meio. Esta dimensão social e integrativa do consumo, muitas vezes negligenciada, precisa de ser considerada nas intervenções, para que se possam desenvolver abordagens mais eficazes e humanizadas. Ao ignorar o papel social e integrativo das drogas, as intervenções podem ser menos eficazes, pois não consideram as necessidades e expectativas dos utilizadores de drogas e as suas experiências (Campos, 2015).

1.5. POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS DE INTERVENÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS

Face à pouca eficácia das respostas convencionais de tipo institucional na confrontação destes fenómenos sociais novos, a “rua” emerge, especialmente nos anos 1990 e 2000, como espaço fundamental para a intervenção, consolidando-se um tipo de atuação que se designa como intervenção social e terapêutica “de primeira linha” ou “de proximidade”, protagonizada por “equipas de rua” que operam junto das(os) trabalhadoras(es) do sexo e/ou de usuários de substâncias químicas (Mata e Fernandes, 2016). Na última década do século XX, observámos em Portugal, particularmente em Lisboa e no Porto, o surgimento de instituições de desenvolvimento local, focadas em respostas a diversas situações de risco social e psicológico, que foram fortemente apoiadas por medidas da União Europeia, através de financiamento para a criação de estruturas e a formação de equipas multidisciplinares. Tais equipas integraram práticas de serviço social, psicologia comunitária e saúde pública nas suas intervenções, oferecendo uma

abordagem holística e colaborativa, centrada nas pessoas e próxima das suas realidades (ICAD, 2023).

Foi no quadro de ação destas instituições que surgiram os primeiros projetos de “Redução de Riscos e Minimização de Danos” (RRMD) em Portugal, precedendo até mesmo a existência de um enquadramento legal que legitimasse e regulasse tais medidas. Entre as práticas inovadoras e, na época, controversas, destacava-se a troca de seringas. A intervenção de proximidade refletiu uma mudança paradigmática na abordagem das questões sociais e de saúde pública. Em vez de se esperar que os indivíduos procurassem as instituições, estas intervenções ativas levaram os serviços diretamente para onde esses indivíduos estavam – as ruas, os abrigos temporários, os espaços informais de encontro (Borges *et al.*, 2018). Esta abordagem aumentou o alcance dos serviços e contribuiu para a construção de uma relação de confiança entre os trabalhadores de intervenção social e as populações atendidas (Mata & Fernandes, 2016). O impacto das intervenções de proximidade foi significativo, proporcionando apoio imediato e adaptado às necessidades destas populações, embora também tenha enfrentado desafios consideráveis, incluindo a necessidade de contínuo financiamento, a formação adequada das equipas multidisciplinares e a resistência de setores da sociedade, que ainda viam com desconfiança este tipo de intervenção. A transformação das respostas institucionais convencionais em intervenções de proximidade foi um passo essencial para contrariar de forma eficaz os complexos fenómenos associados à dependência de drogas. A implementação dos primeiros projetos de RRMD respondeu a necessidades urgentes, mas também pavimentou o caminho para uma abordagem mais humana e eficaz na gestão dos riscos sociais e de saúde pública (Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, 2011; Mata, 2023).

Os programas tradicionais acreditavam que as psicoterapias convencionais poderiam resgatar os usuários de substâncias e conduzi-los à cura; mas esta crença não se refletia na eficácia deste tipo de tratamento. O fracasso desses programas era evidenciado pelas recaídas e pelo grande número de indivíduos que não acediam àquelas estruturas. As mudanças, porém, foram-se consolidando, com implicação inicial no nível da linguagem: passou-se a tolerar, em vez de perseguir, a descriminalizar, em vez de punir (Borges *et al.*, 2018). O termo “utilizador” começou a substituir “toxicodependente”, refletindo uma mudança profunda na abordagem; o direito ao consumo foi reconhecido, em vez da obrigatoriedade da abstinência; e o direito à participação nas decisões que afetassem a vida dos utilizadores passou a ser defendido. Argumentos sólidos

mostravam que muitos dos riscos para o indivíduo e para a sociedade, atribuídos ao consumo de drogas, eram na verdade resultantes das próprias políticas proibicionistas (Borges *et al.*, 2018).

Esta mudança de paradigma, em que a eficácia das intervenções não é medida apenas pelo abandono do uso de drogas, mas pela qualidade de vida e pela autonomia dos utilizadores, significa uma abordagem mais humanizada e realista, reconhecendo-se a complexidade dos problemas associados aos consumos, que exigem respostas inovadoras e inclusivas. Passava a haver uma nova forma de lidar com o fenómeno, que priorizava a saúde e os direitos humanos, em vez de simplesmente criminalizar e marginalizar os utilizadores de drogas, reconhecendo também a dignidade e a autonomia dos indivíduos envolvidos no fenómeno (Fernandes & Ramos, 2010).

1.6. A DIMENSÃO SOCIAL E INTEGRATIVA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

A problemática das dependências químicas deixou, pois, de ser um comportamento de carácter exclusiva ou estritamente privado, para se tornar um fenómeno efetivamente *social*; independentemente da unicidade de cada pessoa, dos seus fatores individuais e psicológicos, é possível traçar um conjunto de dimensões sociológicas que justificam este carácter social. Segundo Ferreira (2015), as dimensões sociológicas são: a) visibilidade social, uma vez que o fenómeno das dependências deixou de ser um ato isolado individual, passando a ser um processo que envolve várias instituições e, inclusive, os meios de comunicação social, trazendo dessa forma para a esfera pública a temática, que passa a dizer respeito a todos os cidadãos; b) estrutura de relações sociais, pela envolvência de vários sujeitos no processo, desde a produção, venda, consumo, transporte, famílias e profissionais implicados; c) espaço social, que não se cinge apenas ao indivíduo e à sua intimidade, mas também ao espaço real, onde o fenómeno conquistou áreas físicas por onde as pessoas circulam, quer seja na casa do dependente, quer seja na rua, onde os sujeitos assumem esses comportamentos, quer seja ainda nas instituições por onde eles passam; d) tempo social, “a toxicodependência não é somente um ato casuístico” (p. 51), é um processo articulado entre indivíduos, agentes, instituições, que assume um carácter estrutural (apesar de implicar mudanças, este processo mantém-se configurado no tempo e espaço); e) consequências sociais, que não se resumem aos efeitos físicos e psicológicos dos sujeitos, mas

impactam também o seio familiar, a comunidade, organizações, etc.; f) mobilização social, pois esta problemática atinge milhões de pessoas no mundo, produtores de droga, os processadores laboratoriais, os vendedores, distribuidores, consumidores e as suas famílias, instituições envolvidas na prevenção, na terapia e reintegração social; g) reflexividade, uma vez que esta problemática deixa de ser tabu e promove discussões relativamente à opinião dos indivíduos; h) discursos sociais, nos quais o fenómeno se torna alvo de reflexão, os meios de comunicação social conferem-lhe espaço e tempo, quer sobre factos noticiosos, quer em debates diversos; i) sistemas de conhecimento, quando a sociedade se apropria deste fenómeno, para desenvolver sistemas de conhecimento que permitam reflexões, discursos e intervenções, sancionar o problema – “[com] esta rede cognitiva e perceptiva, constituída coletivamente, tem-se da toxicodependência uma compreensão própria do fenómeno, uma previsibilidade comportamental a ela associada e uma forma específica de intervir” (p. 53). Todas estas variáveis interligadas contribuem para a definição deste fenómeno das dependências como um *“fenómeno social”* (Ferreira, 2015).

No quadro desta evolução científica, político-legislativa e médico-social, Portugal destaca-se como um caso emblemático, sendo pioneiro na descriminalização do consumo de drogas. Esta medida, implementada em 2000, resultou de um aprofundado estudo da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, que optou por essa abordagem em detrimento da legalização, a fim de garantir a conformidade com os tratados internacionais (Martins, 2013). A descriminalização tinha como objetivo principal desviar o foco da repressão penal para a saúde pública, incentivando a procura voluntária por tratamento e reduzindo os danos associados ao uso de drogas. Na União Europeia, nenhum país legalizou as drogas; muitos adotaram a despenalização, que remove sanções judiciais, mas mantém o consumo como uma ofensa criminal¹. Segundo dados do Instituto da Droga e da Toxicodependência, atual ICAD, a descriminalização tem sido bem-sucedida. Um estudo do ICAD (2023) revelou que, desde a descriminalização das drogas em Portugal, houve uma significativa redução no consumo de drogas entre jovens e na mortalidade relacionada com o consumo de substâncias. Entre 1999 e 2006, por exemplo, o número de óbitos caiu de 400 para 290. Além disso, observou-se um

¹ A legislação vigente teve recentemente um desenvolvimento importante, com a promulgação do Decreto-Lei nº 89/2023, de 11 de janeiro, que tem como objeto a definição do regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

aumento substancial na procura por programas de substituição opiácea, embora o programa de metadona tenha apresentado resultados menos favoráveis em comparação com a buprenorfina (ICAD, 2023).

A política de descriminalização de drogas em Portugal, centrada na saúde e não na criminalização, obteve sucesso em reduzir o consumo e as consequências negativas associadas ao uso de drogas, designadamente nas doenças infectocontagiosas. A experiência portuguesa oferece um modelo alternativo à política de "guerra às drogas" (Silva, 2017, p. 16), focando-se na reabilitação e no tratamento, em detrimento do controlo repressivo, da criminalização do consumo e da aplicação de sanções criminais aos utilizadores de substâncias.

2. A INTERVENÇÃO EDUCATIVA E A EDUCABILIDADE DO SUJEITO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

No quadro da intervenção desenvolvida em Portugal no tratamento, reabilitação e promoção da saúde e da integração social de utilizadores de drogas – e para além do papel fundamental, já mencionado, das equipas de rua e das atividades de RRMD em contexto e numa lógica de proximidade –, assume uma importância central a atuação das comunidades terapêuticas. Estas unidades de tratamento desempenham um papel basilar, ao proporcionar um ambiente estruturado e seguro, onde os indivíduos podem enfrentar as suas dependências, com possibilidades de reconstruir as suas vidas (Brinca, 2017).

Nestas comunidades, o processo terapêutico não se limita à gestão dos sintomas da dependência, mas visa a transformação integral do indivíduo, promovendo a sua autonomia e reinserção na sociedade. Além da intervenção propriamente terapêutica, há espaço para uma diversidade de abordagens complementares, incluindo aquelas que têm por objetivo a promoção da educação, a formação contínua, e a capacitação dos residentes. Estas abordagens são fundamentais para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais, emocionais e profissionais, fortalecendo a capacidade dos indivíduos para confrontarem os desafios da vida quotidiana e reconstruírem projetos de vida verdadeiramente significativos. Numa perspetiva de inclusão social e de superação das vulnerabilidades, as comunidades terapêuticas tornam-se assim espaços privilegiados para a construção de novas oportunidades e para a (re)construção de identidades mais saudáveis e resilientes (Campos, 2015).

Segundo Bertão (2008), existe um enorme potencial terapêutico de grupos que trabalham em conjunto para alcançar objetivos comuns. A educação de adultos em comunidades terapêuticas oferece um espaço privilegiado para que os participantes, ao desenvolverem atividades educativas, explorem as suas dificuldades, desenvolvam novas habilidades e promovam mudanças significativas nas suas vidas. O foco é a procura de capacitação das pessoas para analisarem a sua situação, tornando inteligíveis e conscientes os processos que até então obstaculizaram a sua ação, e assim encontrarem novas formas de lidar com problemas (estratégias de *coping*, isto é, estratégias passíveis de permitir lidar adequadamente com uma situação, superando as dificuldades ou limites que essa situação apresenta). Ao desenvolver

processos de mudança (internos e externos), todo este conjunto de pressupostos tem, sem dúvida, um cariz socioeducativo e terapêutico (Abreu, 2011).

Neste seguimento e de acordo com Bertão (2008), pode constatar-se ainda que “as funções educativas e as funções terapêuticas têm fronteiras pouco claras no trabalho de vários profissionais, nomeadamente no educador” (p. 31), pois ambas se centram na relação que se constrói entre os participantes e ambas visam o desenvolvimento e a aprendizagem. A variabilidade entre os polos educativo e terapêutico pode estar relacionada com o contexto e os objetivos da intervenção, bem como com a profundidade da ação, a formação profissional do interventor, a sua capacidade intuitiva e a sua disponibilidade interna (Bertão, 2008). Segundo Weiner (1995), a educação e a formação em contextos como aquele em que este Projeto decorreu, engloba “uma experiência emocional nova que (...) fortalecerá as funções do ego, aumentando, assim, o (...) controlo sobre situações da vida e permitindo efetuar uma síntese adaptativa do carácter” (p. 434), que se traduz num processo de desenvolvimento pessoal que ocorre ao longo da vida e que é fortemente influenciado pelas experiências educacionais. Ao vivenciar novas experiências e desafios, desenvolve-se um sentido de identidade mais forte, uma maior capacidade de lidar com as emoções e as relações interpessoais e uma maior capacidade de adaptação às mudanças (Weiner, 1995).

Esta perspetiva é igualmente consonante com a de Sidney Bloch (1999), que se refere aos objetivos das terapias de apoio, cujos intuitos passam por um melhor ajustamento social e a melhoria do funcionamento, que implica pequenas mudanças, tais como “promover a melhor adaptação psicológica e social possível, restaurando e reforçando as suas capacidades de enfrentar os desafios da vida ou torná-lo consciente da realidade da sua situação de vida” (p.300). O principal risco da terapia de apoio identificada pelo autor é a manutenção de uma forma de dependência que incapacite a pessoa de alcançar pequenas mudanças e de assumir responsabilidades pelas tomadas de decisão e pelas ações, o que significaria um assistencialismo afetivo e emocional.

Ao longo da história, e na sociedade contemporânea, as pessoas em tratamento devido à problemática dos consumos de substâncias, têm sido frequentemente desqualificadas e marginalizadas, em resultado de mitos arraigados, que perpetuam estigmas e preconceitos. Estereótipos como associar estas formas de dependência à falta de controlo, à perigosidade, à

incapacidade para a vida profissional e familiar, todos são exemplos de concepções prejudiciais, que ainda permeiam diferentes culturas (Fazenda, 2008).

O termo "estereótipo" provém do grego *stereos*, que significa sólido ou firme, e *typos*, que significa marca, indicando, assim, uma "marca firme" sobre algo ou alguém (Fernandes, 2011). De acordo com Marlatt e Donovan (2016), as diversas investigações sobre as representações sociais da droga e dos indivíduos utilizadores de drogas, revelam a natureza simplista, ambígua e redutora associada a estes elementos, que frequentemente levam à generalização e uniformização. Porém, é essencial evitar tomar a parte pelo todo, ou seja, não se deve padronizar os "toxicodependentes de rua" – eles próprios diferenciados entre si – como representativos de todos os dependentes de drogas. É comum encontrar pessoas que comprem drogas e que demonstram cuidado com a aparência, vestuário e higiene. Portanto, afirmar que se pode identificar um indivíduo "toxicodependente" apenas pelo seu aspeto físico pode ser um erro. A identificação torna-se mais precisa ao observar o comportamento da pessoa, especialmente se esta estiver à procura de substâncias psicoativas, o que se manifesta em gestos, andar apressado, inquietude e encontros rápidos (Fernandes, 2011).

No que diz ainda respeito aos estereótipos, existem várias ideias associadas à imagem dos utilizadores de drogas, tais como não sendo pessoas fiáveis, vivem apenas o presente e consomem drogas, adiando constantemente as responsabilidades e compromissos assumidos. Também está presente a ideia de que habitam em espaços periféricos e degradados, e há também o estereótipo da quebra de relações, isolamento e solidão, sugerindo que não possuem nada nem ninguém (Melo & Maciel, 2016). Além disso, prevalece a concepção de que o tempo destas pessoas é caracterizado por oscilações, composto de esperas (pelo *dealer*, pelo carro para estacionar, etc.), momentos calmos (quando possuem substâncias para consumir) e momentos de pressa (quando falta dinheiro e é necessário obter droga). Um dos estereótipos mais conhecidos é o do "agarrado", especialmente quando os indivíduos recorrem à função de "arrumador de automóveis" para financiar os seus consumos. Outro estereótipo reside na ideia de que estas pessoas fazem promessas constantes às suas famílias e redes sociais de suporte, que acabam por não cumprir, reforçando a perceção de que são manipuladores, focados em obter benefícios de curto prazo (Fernandes, 2011). É importante – em especial quando se pensa em intervenção social e educativa, seja na "rua", seja em comunidade terapêutica – lembrar que essas ideias são baseadas essencialmente no senso comum e representações mediáticas dominantes sobre a imagem dos

indivíduos dependentes de drogas. A trajetória dos indivíduos utilizadores de drogas é, entretanto, marcada por tentativas de abandonar o consumo, seguidas de recaídas frequentes. Esta recorrência de comportamentos contribui para a ideia, também ela enraizada no senso comum, de que estas pessoas são “incapazes” e “mentirosas”. Contudo, Fernandes (2011) esclarece que:

A mentira não é uma espécie de defeito do carácter do toxicodependente, mas uma peça da ficção com que tem de se ir reinventando até poder voltar a conceber-se sem droga. Dito doutro modo, a mentira não é um traço, mas uma adaptação, não é estrutura, mas função – aos olhos do próprio, revela-se funcional para o trabalho sobre a sua autoestima e para a imagem de si que procura transmitir aos outros (p. 29).

As crenças do senso comum sustentam que a dependência é um estado que não deixa escolha, resultando na percepção de que “o ‘agarrado’ não consegue estar sem droga, e fará qualquer coisa para a conseguir” (Fernandes, 2011, p. 26). A partir dessa premissa, emerge a crença de que os utilizadores com dependência inevitavelmente se transformam em criminosos. Como sublinhado também por Melo e Maciel (2016), “a ilegalidade da droga se associa à conceção do indivíduo como um marginal, criminoso e sem carácter. Logo, o usuário dependente de drogas ilícitas é considerado, a um só tempo, como doente e criminoso” (p. 81).

Além destas crenças do senso comum, persiste a ideia de que são “vagabundos” e “pobres”. No entanto, é importante referir que os dependentes de drogas podem pertencer a qualquer estrato social, não se limitando exclusivamente às classes mais baixas da sociedade (Targino & Souza, 2020). O uso de drogas não define uma única categoria de indivíduos, mas sim diversos grupos que partilham uma atividade. O universo destas pessoas está longe de ser homogéneo, apresentando diferenças significativas em termos de tipo de substância consumida, idade e estrato social, o que muitas vezes impede a definição de fronteiras claras. Como observa Agra (2008):

Quanto a classes sociais, nenhuma é estranha à droga. A subcultura das drogas caracteriza-se por um conjunto de elementos (comerciais, económicos, relacionais, organizacionais, éticos, comportamentais, territoriais...), que faz do comportamento transgressivo e o seu ator mais um modo ou estilo de vida do que uma entidade catalogável (p. 42).

Se esta leitura vale para a análise da realidade em termos *macro* – mesmo que saibamos estar desigualmente distribuída entre os indivíduos e os grupos sociais a probabilidade de se ser

dependente de substâncias ilícitas e, sobretudo, de se ter os recursos para romper com essa situação –, mais ainda é ela válida para a leitura de uma realidade específica, feita de um número limitado de indivíduos, delimitada no tempo e no espaço, como é a de uma comunidade terapêutica (mais à frente, volta a ser discutida a questão da heterogeneidade dos perfis destas pessoas, a partir da caracterização da realidade na qual foi desenvolvido o Projeto a que este relatório se refere).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitas pessoas com dependência de substâncias enfrentam o fardo das suas condições de saúde mental e física sem apoio adequado, o que contribui para reproduzir no tempo as situações de dependência, reforçando o estigma e a discriminação. Este estigma não afeta apenas o bem-estar psicológico e social dos indivíduos, também compromete os seus direitos fundamentais, como o direito à dignidade e autonomia, conforme estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Fazenda, 2008).

Posteriormente ao diagnóstico de dependência química, muitas vezes a pessoa é vista apenas pela sua condição de utilizador de substâncias, perdendo o direito à plenitude e à realização das suas aspirações. A discriminação pode manifestar-se de várias formas, incluindo violações dos direitos cívicos, difícil acessibilidade a bens e serviços, a instituições de saúde e cuidados primários, imposição de obstáculos à participação política, económica e social, à reivindicação e fruição dos seus direitos, proteção social e oportunidades de emprego (Fazenda, 2008). O uso de substâncias desafia as normas sociais estabelecidas, ameaçando as rotinas e valores predominantes, o que muitas vezes leva à exclusão social e à estigmatização, tornando-se essencial sensibilizar a comunidade para promover a aceitação e eliminar as barreiras à integração destas pessoas, em vários aspetos da vida, como educação, emprego, em grupos sociais, lazer e família (Fazenda, 2008).

As pessoas nestas situações, e que procuram apoio em instituições como comunidades terapêuticas, têm frequentemente vulnerabilidades económicas, sociais e educativas associadas, que marcam – a montante e, sobretudo, a jusante – as suas possibilidades de reversão do estigma e da discriminação e as suas oportunidades de inclusão formativa, económica, profissional e social (Borges & Goodman, 2020).

2.1. A EDUCAÇÃO DE ADULTOS NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA E O DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS DE RECONHECIMENTO, VALIDAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A educação de adultos, em consonância com a visão da UNESCO (Coelho, 1993), oferece um caminho promissor para a superação dos desafios referidos no ponto anterior, ao proporcionar oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, empoderando os adultos, permitindo-lhes construir e perspetivar um futuro mais auspicioso. Entendida de forma ampla, como na definição seguinte, e como direito humano, que deve ser garantido independentemente do género, pertença étnico-racial, origem, cultura, idade, situação social ou nível de escolaridade, a educação de adultos pode assumir um papel decisivo enquanto dimensão integrante das práticas de intervenção em contextos como os que as comunidades terapêuticas constituem:

O próprio conceito de educação de adultos foi sendo construído de forma nem sempre consensual, ainda que, no essencial, seja aceite que se refere às práticas que, em determinado contexto social, são reconhecidas como educativas e envolvendo as populações aí consideradas como adultas. Trata-se de assumir uma definição que estabelece a educação de adultos como a educação em que, mesmo que de forma não exclusiva, participam pessoas adultas" (Roths *et al.*, 2019, p.12).

Note-se que os adultos trazem consigo bagagens de vida repletas de experiências, tanto positivas quanto negativas. Esta diversidade de vivências enriquece o processo educativo, mas também exige abordagens pedagógicas específicas. É fundamental reconhecer o conhecimento prévio e as competências de cada indivíduo, valorizando as suas trajetórias de vida, mesmo aquelas marcadas por dificuldades. É também imprescindível compreender as características individuais dos adultos, partir do respetivo conhecimento e das suas especificidades, para se poderem encontrar ações educativas apropriadas a cada um. Neste contexto, a aprendizagem é vista como um processo intrinsecamente ligado ao adulto, controlado por ele e que abrange todas as dimensões da sua personalidade, incluindo as vertentes intelectual, emocional e fisiológica (Cavaco, 2007). A capacidade para aprender é considerada uma constante ao longo da vida, o que sublinha a importância de respeitar a liberdade pessoal e o direito de escolha de cada um. Este modelo reconhece ainda a necessidade de criar condições que favoreçam o crescimento e o

desenvolvimento contínuo de quem aprende, em consonância com os pressupostos andragógicos (Barros, 2018).

A educação de adultos, na visão andragógica de Knowles (Barros, 2018), oferece contributos fundamentais e pertinentes para a educação crítica e humanista; ela posiciona-se no sentido do restabelecimento dos pressupostos da cidadania social. O ponto de partida é a realidade contextual dos adultos e das relações sociais e educativas que entre eles e com eles se estabelecem, desenvolvendo-se a partir daí um diálogo aberto, ético, que possibilite almejar a transformação individual e coletiva.

Ao longo das últimas décadas, o nosso país tem feito progressos notáveis em matéria educacional, garantindo níveis cada vez mais elevados de certificação escolar da sua população. Os resultados obtidos são encorajadores, mas ainda assim insuficientes para que Portugal possa posicionar-se ao nível dos países europeus que neste domínio se encontram mais avançados – no limiar da terceira década do presente século, por exemplo, cerca de metade dos adultos portugueses não possuíam ensino secundário, o que colocava o nosso país na “cauda da Europa” (Roths *et al.*, 2019). De resto, os avanços em matéria de certificação escolar têm beneficiado principalmente as gerações mais jovens, deixando os adultos mais velhos numa posição de desfavorecimento relativo. Muitos destes adultos foram excluídos do processo de expansão da escolarização, revelando-se assim o “efeito desnivelador da escola”. Mesmo sendo adequado ao tempo em que foi adquirido, o nível de escolaridade destas pessoas acaba por se revelar insuficiente e inadequado à inserção profissional e social. Dentro deste grande grupo, pautado por menores qualificações académicas, sobressaem alguns subgrupos, como os membros de famílias mais pobres, as minorias étnicas, a população imigrante, os reclusos e ex-reclusos e outros grupos em situação de especial vulnerabilidade, como é o caso de parte importante dos utilizadores de drogas que chegam às instituições e serviços responsáveis pelo seu tratamento (Roths *et al.*, 2019).

Mas o problema educativo em Portugal não se limita apenas aos baixos níveis de certificação escolar. Trata-se também de uma questão relacionada com a posse e utilização de competências de literacia e de outras competências cognitivas essenciais. Embora não estejam ainda disponíveis dados atualizados sobre este assunto, como os que resultarão do segundo ciclo de

realização do PIAAC – Programa Internacional para a Avaliação das Competências dos Adultos, da OCDE, todos os indicadores sugerem que os níveis de literacia em Portugal são modestos e que persistem dificuldades significativas na sua aplicação no dia-a-dia (ver, sobre isto, Benavente *et al.*, 1996; OCDE, 2000; Ávila, 2008; Rothes *et al.*, 2019; Rothes & Queirós, 2023). O mesmo se poderá dizer a propósito das chamadas “competências digitais”:

As profundas mudanças associadas à transição digital, encontram largos segmentos da população insuficientemente preparados para se adaptarem a estas novas realidades. Esta situação tende a acentuar as desigualdades sociais, beneficiando aqueles que possuem maior capacidade para lidar e tirar proveito das novas tecnologias. Promover competências digitais em Portugal requer atenção a três aspetos fundamentais: primeiro, a consciência de que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são um domínio em que as disparidades geracionais são particularmente acentuadas, o que exige uma intervenção prioritária junto dos adultos; segundo, num contexto em que a quantidade de informação disponível cresce exponencialmente, as dificuldades de acesso a essa informação agravam as desigualdades sociais, sublinhando a necessidade de uma intervenção educativa que articule a promoção das competências digitais com a literacia; e, por fim, a clara necessidade de direcionar este esforço a toda a população, com um enfoque especial nos grupos mais desfavorecidos, tanto em termos educativos quanto sociais (Rothes *et al.*, 2019, p. 35).

Em Portugal, apesar da inconstância das políticas e iniciativas de educação e formação de adultos, e das dificuldades para consolidar um plano de ação direcionado em especial aos grupos que menos escolaridade possuem e que menos participam em iniciativas deste tipo, existem ações educativas voltadas para o combate ao analfabetismo, o acesso à educação básica e a promoção de competências de literacia. Entre essas iniciativas, encontram-se muitas de educação não-formal, realizadas em contexto comunitário, e diversas iniciativas de cariz formal, orientadas para a certificação escolar, permitindo que os adultos obtenham diplomas equivalentes aos do ensino básico e secundário (Rothes *et al.*, 2019).

Não são conhecidos programas gerais e transversais, de iniciativa pública, que fomentem a ação educativa sistemática em contextos como as comunidades terapêuticas. O desenvolvimento de intervenção educativa em realidades como aquela a que este relatório se refere, está quase sempre dependente do modelo de intervenção nelas vigente, das políticas e práticas de cada instituição e também daquele que seja o perfil de formação e ação e a intencionalidade educativa a ela imprimida pelas equipas de intervenção. Mas as comunidades terapêuticas podem e devem

sem dúvida reorganizar-se e projetar-se (também) enquanto espaços de intervenção educativa. Tal como antes mencionado, as relações entre processo terapêutico e processo educativo podem ser desenvolvidas com mútua vantagem, e há certamente um espaço relevante – que este Projeto quis abrir e explorar – de experimentação e aposta neste plano.

No desenvolvimento deste Projeto, destacaram-se, em especial, os princípios e preceitos subjacentes à modalidade de intervenção que no nosso país se designa “Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências” (RVCC). Através de estruturas financiadas por fundos públicos e comunitários, os Centros de RVCC, depois os Centros Novas Oportunidades, depois os Centros para a Qualificação e o Ensino Profissional, mais recentemente os Centros Qualifica, esta modalidade de intervenção educativa tem envolvido, nas últimas duas décadas e meia, centenas de milhares de adultos portugueses, oferecendo-lhes a possibilidade de melhorar as suas qualificações e, assim, ampliar as suas oportunidades de inserção social e profissional (Pinheiro & Queirós, 2017; Cavaco, 2022).

Para além do trabalho feito nestas estruturas, as equipas dos Centros Qualifica realizam trabalho em itinerância e articulam-se com entidades e projetos de cariz diverso, envolvendo adultos de diferentes perfis nestes processos. Foi o que veio a acontecer na comunidade terapêutica a que aqui é dado destaque, tendo uma parte dos participantes no nosso Projeto integrado formalmente a dinâmica do RVCC promovida pelo Centro Qualifica parceiro. Ainda que correspondendo e assumindo lógicas diferenciadas, a intervenção socioeducativa do Projeto “Nós e as Nossas Circunstâncias” e o trabalho associado aos processos de RVCC articularam-se intimamente, dando estes últimos sequência às propostas e realizações do Projeto. Os detalhes desta articulação são apresentados mais à frente neste relatório, mas é importante mencionar desde já a inspiração teórica, concetual e programática que lhes é comum.

Tal como acontece nos processos de RVCC, os eixos de intervenção do Projeto concretizaram-se através de uma atuação assente em dois pressupostos fundamentais: primeiro, que a experiência de vida possui um valor significativo em termos de aprendizagem; e segundo, que as aprendizagens oriundas dessa experiência podem ser reconhecidas e validadas, possibilitando, quando o processo é formalizado e desenvolvido por uma instância à qual é reconhecida essa legitimidade, a obtenção de uma certificação escolar ou profissional (Cavaco, 2009). A

valorização da experiência dos adultos resulta diretamente do pressuposto do reconhecimento do potencial educativo inerente à experiência de vida (Dominicé, 2019).

Num contexto de elevada vulnerabilidade, em que estes adultos enfrentam o estigma social da adição e possuem um autoconceito profundamente afetado, propor e implementar uma abordagem biográfica pode ser especialmente desafiador e doloroso. Foi, também por isso, um fator essencial a considerar, com uma preparação prévia à chegada das técnicas do Centro Qualifica, a explicação do processo e a construção de relações de confiança. Nunes e Sousa (2015) destacam que a recuperação de uma adição envolve frequentemente a superação de sentimentos de fracasso e marginalização, o que pode prejudicar a capacidade dos indivíduos em reconhecerem o valor das suas experiências de vida. Esta dificuldade no autorreconhecimento compromete o processo de evidenciar e valorizar competências adquiridas, além de afetar a disposição para adquirir novas competências.

A estabilidade emocional e cognitiva dos adultos em recuperação costuma ser instável, o que dificulta a reflexão profunda sobre as suas experiências e a expressão clara e estruturada dos conhecimentos adquiridos (Cavaco, 2022). Por conseguinte, a capacidade de foco e a motivação dos adultos em comunidade terapêutica tem de merecer atenção especial. Aliás, como descrevem Gomes e Pinto (2013), o esforço necessário para manter a recuperação, pode limitar a disponibilidade mental e emocional para participar ativamente em processos que exigem organização, persistência e concentração. A motivação torna-se um elemento de frágil conquista e manutenção, em particular em fases iniciais de recuperação, durante as quais as prioridades dos adultos estão tipicamente concentradas na manutenção da abstinência e na gestão dos desafios diários.

Outro ponto crítico é o acompanhamento especializado e relacional, que, neste contexto, deve ir além da orientação técnica. A propósito dos processos de RVCC, mas vale também neste caso, como salienta Cavaco (2009), a relevância de uma relação baseada na confiança, no respeito e na compreensão das dificuldades específicas dos adultos. A escuta ativa e o suporte emocional são essenciais, para a criação de um ambiente de apoio e compreensão para ajudar os indivíduos a superarem sentimentos de inadequação, a desenvolverem a autoconfiança necessária para o ato educativo.

3. POSICIONAMENTO METODOLÓGICO

3.1. O “PARADIGMA EMERGENTE” E A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO-AÇÃO PARTICIPATIVA (IAP)

De acordo com o que se convencionou designar o “paradigma emergente”, um projeto de educação e intervenção social deverá ser construído a partir do conhecimento profundo e vivido das necessidades da população, as quais emergem naturalmente no seio das comunidades: favorecendo que comandem as ações, através do contacto direto e da intervenção educativa com as pessoas e nos contextos, passa a ser possível desenhar e desenvolver um projeto relevante, significativo, sustentado e sustentável (Santos, 1995). Este quer-se prolongado no tempo e flexível na sua estrutura, ou seja, não deve ser estanque, porque a realidade também não o é, e, portanto, deve ser desenhado e redesenhado em função do que vai sucedendo no contexto, para assim “(...) fazer eclodir realmente a expressão de cada pessoa, grupo ou comunidade, realçando a validade da sua participação na sua cultura própria, nas suas formas específicas de habitar e de responder aos desafios todos os dias” (Monteiro, 2019, p. 70). A seleção da informação recolhida no terreno pode ser feita através de, por exemplo, diários de bordo e registos fotográficos, sendo que esta seleção não significa a limitação das informações e da recolha dos dados. Parecem oportunas as palavras de Bourdieu (1999) acerca do rigor necessário na escolha e utilização de métodos e técnicas, mas não na sua rigidez, isto é, o/a investigador/a deve mostrar-se aberto/a a outras opções, à medida que o projeto evolui e se reformula.

A fragmentação do conhecimento científico, bem como a adoção de uma postura de arrogância científica por parte dos investigadores e agentes de intervenção, coloca de lado muitas variantes do conhecimento e, por vezes, também a possibilidade da multidisciplinaridade. A tipologia do Projeto tradicional traduz-se na definição da posição do investigador como central, em detrimento do sujeito e das comunidades; pelo contrário, na lógica de construção científica do “paradigma emergente”, o sujeito e a comunidade são colocados no centro da investigação e da ação e o seu *know how* é valorizado como essencial (Monteiro, 2019). Todo o processo de desenho do Projeto (finalidade, objetivos e ações a desenvolver) é, neste sentido, construído com base nas necessidades, interesses, preocupações e ambições de cada elemento do contexto e da comunidade, com a “flexibilidade metodológica da investigação-ação participativa”, que pretende precisamente “transformar a partir das pessoas e dos contextos” (Monteiro, 2019, p. 68). Ainda

de acordo com Monteiro (2019), “Um projeto coerente e transformador esclarece contradições, problematiza a partir de situações e permite saídas geradoras e negociadas em ação coletiva” (p. 68). Desta forma, também as ações devem ser participadas, motivando e valorizando as pessoas envolvidas, escutando ativamente as suas opiniões e tomando-as como possuidoras de saberes e potencialidades. Consequentemente, a adesão das pessoas e o sucesso do Projeto poderá ser maior, por ele corresponder a algo com que se identificam, baseado na sua realidade social, interpretação e vivências. Em suma, o investigador educa, educando-se; e transforma, transformando-se (Freire, 1996). O conhecimento resultante não é, então, uma simples correspondência entre o sujeito e o objeto, mas um processo dinâmico em que ambos são coconstituintes da realidade (Girotti, 2010).

Propõe-se, contra o “paradigma dominante”, tradicional, que privilegia a “objetividade”, a “mensuração”, a visão distanciada e simplesmente objetivante (Santos, 1995), uma nova abordagem para a produção de conhecimento, que permita uma ligação efetiva e afetiva com o contexto e os que o habitam. Porque a realidade não se limita ao observável e quantificável, há que utilizar o pluralismo metodológico, para aprofundar o estudo da realidade, repensando o conhecimento comum e tomando-o como parte do processo de (re)construção partilhada do conhecimento sobre a realidade, um conhecimento contextual, relevante e mobilizável para suporte da mudança. Na lógica do “paradigma emergente” aqui abordada, os educadores são parte integrante da realidade estudada, uma vez que, ao intervir, eles tornam-se parte dela, modificando-a. Deste modo, os educadores, as pessoas e os seus ambientes, são indissociáveis e interdependentes, pois todas as visões influenciam a realidade e são cruciais para o conhecimento (Lima, 2003; Timóteo & Bertão, 2012).

Assim, é essencial ter ponderação e perspicácia, percebendo qual a melhor postura a adotar, respeitando a vida quotidiana dos sujeitos, sem impor a presença e a opinião pré-formatada, permitindo que a realidade flua “naturalmente”: “a reflexividade deve fazer-se sobre as implicações desse cruzamento de referências sociais, de maneira a favorecer um melhor entendimento das dinâmicas que se desenvolvem nos espaços de interação” (Neves & Nogueira, 2005, p. 410).

A IAP é uma metodologia que segue e respeita esses pressupostos, afirmando-se, como diz Lima (2003), como “um modo de procurar entender o mundo para nele melhor se viver, para que se

possa constituir moradia confortável de tudo quanto nele existe” (p. 306). Ela traz uma nova perspectiva sobre o envolvimento dos sujeitos no processo de investigação e ação transformadora, reconhecendo o papel preponderante que têm no seu próprio desenvolvimento. Para que isso ocorra, a participação é essencial, pois é o caminho natural para o ser humano expressar a sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se e dominar a natureza e o mundo (Freire, 1996). A participação é um processo que precisa de ser desenvolvido, exercitado e aprimorado pela reflexão. Às vezes, os sujeitos precisam de instigação e suporte nesse processo, que podem ser fornecidos por um educador que se integre no seu contexto, e que se torne um conhecedor e um dinamizador da sua realidade. Neste envolvimento, simultaneamente individual e coletivo, pode gerar-se mudança, integrar-se a diferença e, enfim, encontrar formas de viver em comunidade de maneira mais satisfatória e com maior qualidade para todos (Lima, 2003). Segundo Coutinho *et al.*, (2009), na fase inicial da investigação-ação, é primordial identificar e compreender profundamente o problema ou questão a ser abordada, impondo-se um processo de investigação minucioso, envolvendo a recolha de dados, a observação e a análise crítica da situação. A partir desta análise, passa-se para a fase de planeamento e desenvolvimento das ações. Durante a respetiva concretização, é importante continuar o ciclo de observação, planificação, ação, reflexão e ajuste. De acordo com Coutinho *et al.*, (2009), pode ser descrita como

uma família de metodologias de investigação que incluem ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão) ao mesmo tempo, utilizando um processo cíclico ou em espiral, que alterna entre ação e reflexão crítica. Nos ciclos posteriores, são aperfeiçoados, de modo contínuo, os métodos, os dados e a interpretação feita à luz da experiência (conhecimento) obtida no ciclo anterior (p. 360).

3.2. PROJETOS DE EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

De acordo com Mateus (2020), a metodologia de “trabalho de projeto” deve ser perspectivada como um caminho intencional através do qual o ator social, tomando o problema que o interessa, produz conhecimentos, adquire capacidades, revê e/ou adquire atitudes, e/ou resolve problemas que o preocupam, através do estudo e envolvimento numa questão autêntica ou simulada da vida real. Esta característica consiste na “articulação entre projetos e problemas”, à qual estes autores atribuem um papel central, tanto como “instância reguladora do ato de ensinar”, enquanto “instância indutora e propulsora do ato de aprender”. Estes termos referem-se a abordagens

educacionais que destacam a integração entre projetos e problemas como elementos centrais no processo de aprendizagem (Cosme & Trindade, 2001).

A educação, entendida como um processo de descoberta, dialógico e inter-relacional, constitui-se em autoeducação, que pode ser potencializada pelo desenvolvimento de projetos de educação e intervenção social. Segundo Boutinet (1997), o projeto “esboça um compromisso entre o possível e o desejável” (p. 262), isto é, um compromisso com as necessidades detetadas na análise da realidade, balizadas entre as oportunidades e os objetivos e metas pretendidas pelas pessoas, com base em valores que permitam a transformação dessas realidades. Tal como nota Monteiro (2019), o projeto quer-se o mais participado possível, de forma holística, impulsionadora de diálogos entre os intervenientes e de reflexão crítica acerca das suas realidades sociais, das suas necessidades, recursos e potencialidades. Em qualquer contexto é assim, mas o dinamismo, a heterogeneidade e a complexidade sociológica, psicológica e relacional que podem ser encontradas em espaços sociais e institucionais como as comunidades terapêuticas, tornam a procura destes pressupostos ainda mais importante. A relação de proximidade, baseada na confiança, é de extrema importância; o educador insere-se e imerge no contexto onde o projeto é desenvolvido de uma forma que deve ser marcada por um olhar aberto e atento, sem ideias pré-concebidas, mobilizando o conceito filosófico de “*Epoché*”, a suspensão do juízo:

Epoché, no sentido fenomenológico, visa colocar entre parênteses a crença em toda realidade temporal e espacial, isto é, em toda a transcendência. Isto quer dizer que não devemos fazer juízo algum sobre o mundo e tudo aquilo que nele se inclui, até mesmo as mais convincentes evidências científicas, uma vez que as ciências naturais alimentam-se deste mundo empírico. Uma teoria rigorosa do conhecimento deve partir da absoluta e total falta de pressupostos. Evidentemente, isso não quer dizer que devemos negar a existência do mundo, o que seria impossível, mas simplesmente que tudo deve ficar em suspenso, “por decidir” (Husserl, citado por Nascimento, 2012, p. 2).

Uma tal suspensão nunca pode ser plenamente alcançada, mas figura como horizonte do Projeto. O propósito é encontrar o compromisso entre este princípio filosófico e o princípio do “amor” ou “paixão”, em sentido freiriano, o que só acontece através do contacto próximo, face a face, dialógico e informal, criando uma dinâmica relacional de confiança, com vínculo e securizante, como se o investigador/educador fizesse parte da comunidade:

Sem pessoas dentro, sem a energia atuante que brota delas próprias, não há projeto e não há metodologia de projeto. Sem paixão ou, em sentido freiriano, sem amor como elemento fundamental, não há educação, não há projeto, já que é por aí que se passa da relação instrumental para o face-a-face e do processo de dominação para o diálogo (Monteiro, 2019, p. 66).

Este contacto próximo não se deixou, porém, cair no impressionismo. Na verdade, ele visou a coconstrução de conhecimento apoiando-se numa variedade de técnicas de recolha de informação, selecionadas de acordo com o contexto específico. Diferentes formas de observação e conversação intencional, para além de análise documental, foram utilizadas neste âmbito. Destacou-se, como não poderia deixar de ser, a observação participante, promovida, designadamente, no quadro de relações bilaterais e multilaterais sistemáticas e de momentos de dinâmica de grupo com os adultos coconstrutores do Projeto; a ela adicionaram-se as conversas informais intencionais com os adultos e técnicos da CT, tendo também sido recolhida informação através de um pequeno questionário sobre gostos e necessidades dos adultos². A observação participante emerge como uma técnica privilegiada para a compreensão dos comportamentos: nela, o investigador-educador desempenha um papel ativo, integrando-se como membro do grupo que está a ser observado (Coutinho, 2013), sendo que, através dela, o investigador-educador pode mergulhar profundamente nas dinâmicas do grupo, capturando nuances e contextos que seriam inacessíveis por métodos mais distanciados. Já as conversas intencionais, procurando a subjetividade e discursos das pessoas da comunidade, possibilitaram uma compreensão mais abrangente das perceções individuais e coletivas sobre a realidade em estudo (Coutinho, 2013). Ao privilegiar o intercâmbio de ideias e experiências, as conversas intencionais enriqueceram o processo de investigação, permitindo uma análise mais aprofundada e contextualizada dos fenómenos observados.

Destaca-se ainda que este processo de recolha de informações não está imune às influências das características individuais e sociais do investigador-educador, as quais, dependendo do contexto, podem gerar efeitos diversos. Deste modo, tornou-se imperativo adotar uma postura de constante autoanálise e autorreflexão em relação à presença e trabalho desenvolvido, tentando garantir-se assim uma (auto-)avaliação contínua e meticulosa de todo o processo. É essencial reconhecer que as particularidades pessoais e sociais do investigador podem influenciar tanto a

² Ver o questionário de recolha de informação no Anexo P.

abordagem adotada, quanto a interpretação dos dados recolhidos. Portanto, é fundamental que o investigador mantenha uma consciência crítica das suas próprias predisposições e preconceitos, num exercício de “objetivação participante”, procurando assim mitigar qualquer viés que possa comprometer a validade dos resultados obtidos (Coutinho, 2013).

Os principais focos da mobilização destes métodos e técnicas foram as relações interpessoais entre os elementos da comunidade; as relações interpessoais entre os elementos da comunidade e as respostas e estruturas locais, bem como os demais organismos da sociedade; a linguagem e formas de comunicação utilizadas (codificação e decodificação da linguagem); as suas trajetórias de vida, com todas as experiências vivenciadas e aprendizagens adquiridas (Emerenciano, 2010); os níveis de autoconhecimento e heteroconhecimento dos elementos; entre outros fatores que surgiram à medida que a investigação e a observação se desenvolveram.

Em contraponto, Cardoso e Moreira (2017) referem algumas críticas e limitações das abordagens deste tipo, por serem muito abertas e carecerem de uma estruturação adequada, podendo as mesmas acabar por priorizar em demasia a prática, em detrimento da teoria, resultando em intervenções sem fundamentação sólida. A metodologia pode ser eficaz a curto prazo, embora a falta de planeamento para a sustentabilidade possa limitar o seu impacto a longo prazo, e também fica claro que estas abordagens requerem um compromisso significativo da comunidade e das pessoas envolvidas, o que pode ser difícil de alcançar, devido a várias barreiras, como falta de recursos, desistências e falta de confiança no mesmo (Cardoso & Moreira, 2017). Uma outra componente crítica refere-se à avaliação do impacto do ponto de vista individual e comunitário, que pode ser muito desafiadora, em especial devido à complexidade das mudanças pessoais e sociais observadas e à necessidade de métodos de avaliação sensíveis ao contexto (e nem sempre fáceis de operacionalizar e concretizar).

3.3. AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

A avaliação contínua do projeto desempenha um papel fundamental, permitindo acompanhar o seu progresso e garantir a sua eficácia e relevância (Boutinet, 2002; Guerra, 2010). Tratando-se de um projeto de educação e intervenção social fundado na IAP, ele esteve em permanente

(re)construção, pelas dinâmicas de ação que se foram desenvolvendo, o que tornou especialmente árduo o processo avaliativo. É certamente muito mais fácil um projeto desenhado de forma acabada e “implementado” de forma rígida, seguindo simplesmente a planificação previamente efetuada. Na lógica que aqui foi privilegiada, porém, podem ser gerados desvios inesperados, pelo que é necessário pensar em modalidades e instrumentos de avaliação que ajudem a “identificar, compreender e intervir bem sobre esses desvios e perceber (quem age e os outros) se conseguimos ou não a mudança desejada” (Capucha, 2008, p. 8), para além de apoiar as decisões de planeamento. Na perspetiva de Braz (2012), a avaliação deve ser permanente e deverá

permitir uma retroação contínua no sentido de redefinir a análise da situação, reelaborar os objetivos, repensar a ação e escolha de meios, analisar resultados. A avaliação deve refletir a coerência (relação entre o Projeto e o problema), a eficiência (gestão e administração dos recursos e meios) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados) do desenvolvimento do Projeto (p. 37).

A avaliação contínua de projetos de EIS desempenha um papel crítico no desenvolvimento e aprimoramento destas iniciativas, proporcionando uma base sólida para a tomada de decisões informadas ao longo do processo (Cardoso & Moreira, 2017). Fornece uma compreensão mais profunda do que foi realizado e possibilita uma análise criteriosa dos resultados obtidos e das necessidades de adaptação, no sentido da garantia da sua eficácia e relevância contínuas. No âmbito deste tipo de projetos, é essencial reconhecer a singularidade de cada participante e entender de que forma o Projeto contribuiu para o seu empoderamento e transformação, o que nem sempre é facilmente aferível.

A intervenção fundada na IAP introduz um processo ímpar de educação e intervenção social, que desafia os formalismos epistemológicos e investigativos tradicionais. Enquanto proposta inovadora, que se apresenta como uma abordagem alternativa e insurgente, tem como objetivo primordial a transformação da realidade social da comunidade. Ao invés de se prender a modelos rígidos e impositivos, a IAP propõe um caminho colaborativo, onde a negociação constante, a resistência a práticas opressoras e a quebra de hierarquias de poder constituem elementos centrais (Santos *et al.*, 2023). A avaliação contínua, pilar fundamental da IAP, permite monitorizar o percurso com rigor e consciência, através de indicadores concretos que englobam a iniciativa, disponibilidade, a participação, as práticas, os comportamentos e o número de pessoas

envolvidas, possibilitando aferir o impacto da ação e reorientar o rumo do projeto sempre que necessário (Santos *et al.*, 2023). Este olhar atento permanente e comprometido garante que a intervenção está sempre alinhada com os objetivos traçados e com as necessidades reais das pessoas da comunidade.

3.4. APLICAÇÃO PRÁTICA DO PRESSUPOSTO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA

No âmbito deste Projeto, inspirado e orientado pelos princípios e orientações da IAP, a avaliação contínua foi estruturada para ser tanto abrangente, quanto adaptativa. A avaliação foi conduzida com base em critérios bem definidos, tais como a adesão aos objetivos, a eficiência na gestão dos recursos e a eficácia dos resultados alcançados. Os principais indicadores utilizados incluíram o nível de participação dos envolvidos, a evolução das competências sociais e emocionais dos participantes, a evolução de outras competências promovidas pelas atividades do projeto e a adequação das intervenções às necessidades emergentes da comunidade (Braz, 2012; Cardoso & Moreira, 2017;). Estes indicadores foram monitorizados através de relatórios (diário de campo), *feedbacks* dos participantes diretos e dos técnicos psicossociais, assistente social e psicóloga responsável pela CT, e das observações sistemáticas e diálogos concretizados durante as atividades.

Para garantir uma análise criteriosa e uma retroação efetiva, foram implementados diversos instrumentos de recolha de dados. Foram colocadas questões abertas de avaliação grupal, e registada a observação direta e participativa conduzida, para aferir o desenvolvimento das competências objetivadas; foram também dinamizados encontros de equipa, em especial com a assistente social e a psicóloga, para captar a perceção dos participantes nas suas escritas e encontros no “balanço diário³” com aquelas profissionais, o seu progresso, as suas áreas de melhoria e também as suas dificuldades. As intervenções avaliativas foram realizadas em momentos-chave, como o término de cada dinâmica de grupo, dos momentos de ensaio do teatro/atividades de expressão e da capacitação digital (ver à frente neste relatório); nelas, auscultaram-se os adultos de forma continuada, o que permitiu um acompanhamento detalhado

³ O balanço diário é um registo pessoal e reflexivo instituído na CT, no qual os adultos descrevem as suas experiências, sentimentos e aprendizagens ao final da tarde nas reuniões que ocorrem diariamente. Realiza-se em forma de diário escrito, de forma individual e refletida/partilhada em grupo.

da evolução, da satisfação e dos impactos percebidos das intervenções. Estes momentos de reflexão coletiva, antes, durante e no final das sessões dinamizadas no quadro dos três eixos de intervenção do Projeto, foram cruciais para discutir o progresso das atividades e ajustar as estratégias conforme considerado necessário.

A utilização de um ciclo de *feedback* constante possibilitou a identificação precoce de desafios e desvios e a adaptação ágil das abordagens, para melhor atender às necessidades reais e emergentes da comunidade. Este processo contribuiu para que a intervenção permanecesse relevante e eficaz ao longo do tempo, contribuindo para a transformação social desejada.

As necessidades a confrontar no quadro do Projeto foram identificadas inicialmente pelos próprios adultos, através da realização de uma conversa e da passagem de um questionário⁴. Mas este trabalho não ficou por aqui. Após a realização de algumas oficinas e dinâmicas de grupo iniciais, começou a existir um *feedback* substantivo dos próprios participantes, permitindo o ajustamento do quadro de necessidades e a consequente adaptação subsequente das estratégias e atividades propostas. O grupo de participantes, que ganhara consciência crítica logo nestas atividades iniciais, expressou preocupações sobre a adequação de algumas das técnicas empregadas, observando que certas abordagens não estavam totalmente alinhadas com as suas experiências e desafios específicos. Eles sugeriram que a integração de mais práticas de resolução de problemas e de desenvolvimento de habilidades de vida diária poderia ser benéfica, o que foi feito (ver desenvolvimentos à frente neste relatório).

Noutra situação, um dos adultos, com um histórico significativo de frustração associado a experiências de intervenção anteriores, observou que as atividades focadas nas competências de comunicação não estavam a contribuir para as suas dificuldades práticas no dia a dia. Este *feedback* ajudou a identificar um desajustamento na abordagem antes adotada, permitindo introduzir adequações na ação. Com base no *feedback* recolhido, decidiu-se incorporar novas atividades, focadas precisamente no desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas. As modificações foram planeadas e concretizadas sempre em

⁴ Questionário disponível no Anexo P – Recolha de interesses e temas.

colaboração com os participantes do projeto, garantindo que as novas atividades fossem adaptadas às suas necessidades reais.

A capacidade crítica dos adultos, em especial dos que estavam nas fases de tratamento mais avançadas, foi, com efeito, precioso: o seu envolvimento ajudou a garantir que a intervenção fosse continuamente ajustada e aprimorada, promovendo caminhos de transformação social potencialmente mais coerentes e sustentáveis.

4. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA REALIDADE

4.1. BREVE NOTA HISTÓRICA SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O projeto de educação e intervenção social que este documento apresenta e relata foi desenvolvido – como anteriormente indicado – com um grupo de participantes correspondente ao grupo de pessoas adultas abrangido pela resposta proporcionada por uma comunidade terapêutica localizada no grande Porto. As comunidades terapêuticas (CT), tal como existem hoje, e segundo Comas (citado por ICAD, 2023),

são produto de iniciativas de atenção e cuidado aos toxicodependentes que surgiram em diferentes áreas da sociedade. No momento inicial de criação das CT, as finalidades eram diversas, quando comparadas com as finalidades e formas que conhecemos hoje. Genericamente, enquadravam-se no âmbito da promoção da saúde mental e destinavam-se a promover um ambiente protegido, a reabilitação das vítimas de transtornos psíquicos da guerra, especialmente de ex-combatentes (p. 7).

Com as alterações organizativas e terapêuticas introduzidas em instituições de saúde mental, movimento que se designa como “terceira revolução psiquiátrica” (ICAD, 2023, p. 8), os métodos grupais de tratamento assumem maior preponderância, porquanto passam a ser neles envolvidos técnicos, famílias e os próprios doentes. Há uma rutura com o modelo hierarquizado (chefe/subordinado, médico/doente), procurando-se a promoção de uma gestão participada e democrática. Neste quadro, as CT alargam o seu âmbito e abrangência e passam a assumir algumas características renovadas:

Atribuição de grande valor às relações interpessoais dos pacientes e entre estes e os técnicos. Como corolário, incrementa-se a comunicação e removem-se os obstáculos que nela vão interferindo. A diluição da dissociação entre tratador/tratado é uma consequência deste incremento comunicativo. A democratização do funcionamento institucional, com a participação de todos nos assuntos comunitários, substituindo as relações rígidas, formais e hierarquizadas. Relevância aos métodos grupais de tratamento,

sendo particularmente importante a reunião comunitária diária, com a participação de toda a comunidade hospitalar (ICAD, 2023, p. 8)⁵.

Presentemente, pode definir-se uma CT como uma unidade especializada de tratamento residencial de longa duração, em regime de internamento, com recurso à psicoterapia e à socioterapia, unidade que pretende apoiar e ajudar à (re)organização do mundo interno das pessoas utilizadoras de substâncias químicas, a assegurar o tratamento e a perspetivar o futuro. Assim,

as CT são espaços residenciais que se destinam a promover a reabilitação biopsicossocial, em conformidade com um programa terapêutico articulado em diferentes fases. É um conjunto de respostas terapêuticas, cuja dinâmica comunitária a distingue das restantes abordagens de tratamento, com equipas multidisciplinares, sob supervisão psiquiátrica (Brinca, 2017, p. 27).

São objetivos das CT a rutura com o meio dos consumos, para que o utilizador possa reaprender a viver sem consumos e para que possa identificar, também, as suas competências pessoais, com o intuito de reorganização psicossocial, facilitadora da sua reinserção (Fossi & Guareschi, 2015). Considerando o que diz Costa (2009), nas CT podem ser criados espaços de reflexão com vista à (re)criação da história pessoal do indivíduo, para que ele possa dar um novo sentido (*ressignificar*) essa história e identificar pontos de mudança necessários.

Alude-se a uma mudança de padrões negativos comportamentais, de pensamentos e sentimentos que predispõem ao consumo de substâncias, a fim de conseguir a abstinência e a sua manutenção. Desta forma, de acordo com Costa (2009)

Visa-se também promover a autonomia e a responsabilidade como pilares da vida adulta em sociedade; desenvolver a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis, rompendo com padrões destrutivos; fomentar competências sociais, que permitam encontrar alternativas de trajetória para um projeto de vida realista; perspetivar a reinserção social através da elaboração e contratualização de um Plano Individual de Reinserção (p. 4).

⁵ Ver mais desenvolvimentos sobre esta questão no Apêndice A – Fases de tratamento na Comunidade Terapêutica.

A realidade presente das CT no nosso país diz-nos que existem entre 60 e 75 unidades deste tipo, em situação operacional e com uma capacidade total de mais de 2.000 camas. Estas unidades oferecem tratamento especializado para pessoas com dependências de substâncias e outros problemas comportamentais e de saúde mental. Os modelos de tratamento nas CT variam, desde abordagens tradicionais, centradas na abstinência e na reabilitação intensiva, até modelos mais integrados, que incluem terapias psicológicas, atividades ocupacionais e suporte socioemocional. Algumas CT seguem modelos específicos para certo tipo de grupos populacionais, como jovens, grávidas e pessoas com comorbilidades psiquiátricas graves (ICAD, 2024).

Em Portugal, entre 36% e 40% dos utentes de CT conseguem concluir o tratamento e obter alta clínica. Desses, 75% a 80% continuam sem consumir substâncias após um ano. O tratamento em CT é considerado desafiador, especialmente devido às patologias crónicas e reincidentes dos utentes, que frequentemente necessitam de repetidas intervenções. O Estado comparticipa em 80% dos custos do tratamento, que varia entre 800 e 1.000 euros mensais por pessoa, através das Administrações Regionais de Saúde (ARS), com um investimento anual de cerca de 10 milhões de euros. Das cerca de 2.000 camas existentes atualmente, 1.500 são convencionadas. A taxa de ocupação das CT tem diminuído, refletindo uma redução no número de utilizadores de drogas e outras substâncias. Além de drogas, no sentido mais estrito do termo, as CT tratam também dependências de álcool, jogo, sexo e distúrbios alimentares, observando-se um aumento no tratamento de doentes alcoólicos (ICAD, 2024).

A propósito dos modelos de intervenção das CT, Tinoco (2006) refere as influências norte-americanas, por um lado, e europeias, por outro. A tradição norte-americana, representada pela Synanon, destaca-se por uma estrutura rígida, com normas restritas e uma hierarquia definida, enquanto a tradição europeia, iniciada por Maxwell Jones, prioriza um modelo mais democrático, com foco na participação ativa das pessoas em tratamento e na aprendizagem social. Esses modelos evoluíram e integraram-se ao longo do tempo, resultando em CT modernas, que combinam aspetos terapêuticos e estruturais de ambas as tradições. O autor discute a importância dos critérios de qualidade para avaliar a eficácia das CT, tais como a abertura ao exterior, a estrutura organizacional e a promoção da reinserção social dos residentes. E também nos remete para uma reflexão sobre a necessidade de adaptação e atualização dos métodos de intervenção, evitando dogmatismos e promovendo uma abordagem mais humanista e científica. Existem ainda comunidades como Remar, Reto e Betel, que têm uma base não científica, mas

religiosa (cristã) e espiritual, oferecendo atividades de cariz religioso e entendendo a transformação pessoal através da fé como central para o processo de recuperação (Tinoco, 2006). Em contraste, comunidades que seguem uma abordagem científica baseiam a sua intervenção em métodos clínicos e grupos de apoio, sustentados por modelos psicossociais e tratamentos médicos convencionais e tendem a oferecer uma estrutura terapêutica mais focada na psicologia e na medicina⁶.

4.2. A CT VISADA NA INTERVENÇÃO E O MODELO TERAPÊUTICO VIGENTE

A CT onde foi desenvolvido o Projeto a que este relatório se refere constitui uma valência e serviço de uma instituição particular de solidariedade social, devidamente reconhecida e financiada pelo sistema público de regulação e suporte deste tipo de respostas. Localiza-se na zona urbana do Grande Porto, numa área eminentemente residencial, e próxima de equipamentos públicos e privados relevantes, designadamente do setor da saúde. Possui os serviços essenciais básicos de enfermagem, psiquiatria e psicologia, embora tenha recursos humanos e financeiros limitados, refletindo-se esta característica na presença de vínculos laborais a tempo parcial e/ou precários de alguns/algumas profissionais. Com uma dimensão relativamente pequena, oferece um ambiente acolhedor e familiar, propício ao tratamento terapêutico e à promoção do bem-estar. A instituição atende predominantemente uma população residente na área do Grande Porto, composta por indivíduos (entre 15 e 20 pessoas, no período de desenvolvimento do Projeto) com diferentes perfis socioeconómicos e diferentes necessidades. Adota um modelo de intervenção centrado na pessoa, privilegiando a construção de relações de proximidade, a promoção da autonomia e o desenvolvimento de projetos personalizados.

Fundada nos primeiros anos do século XXI e com capacidade para vinte residentes, esta CT está equipada com quatro quartos para três indivíduos e uma camarata (dormitório coletivo); sala de estar e reuniões de grupo; uma cozinha; uma lavandaria; e refeitório comum. Nos seus espaços exteriores, de dimensão limitada e com algumas marcas de insuficiente manutenção, conta com pequenas áreas ajardinadas e uma pequena horta (inativa), bem como alguns animais e árvores

⁶ Informação adicional sobre as diferenças nos modelos de intervenção pode ser encontrada no Apêndice G.

de frutos. As condições e recursos são escassos e o espaço é globalmente reduzido, designadamente na sala de jantar e de convívio, onde se vieram a realizar também as atividades do Projeto. Estes espaços estão modestamente equipados. Existe uma pequena sala com duas máquinas/aparelhos para ginástica e musculação, mas, dada a baixa utilização, em face do também baixo estímulo para a prática de atividades físicas, optou-se pela sua transformação no que haveria de ser uma sala de “Educação e Promoção da Literacia Digital” (ver mais à frente), com três computadores, fornecidos pela APEFA, onde se vieram a realizar igualmente as atividades associadas quer ao desenvolvimento das competências digitais dos participantes, quer todo o trabalho associado ao desenvolvimento de processos de RVCC⁷.

Enquanto espaço terapêutico, a CT tem como principal objetivo a promoção da socialização e da integração plena da pessoa em reabilitação. Pretende-se, portanto, que o indivíduo dependente de substâncias psicoativas legais ou ilegais, adquira uma nova imagem de si, dos outros e da vida em geral, sendo que neste processo é essencial a aquisição de competências funcionais, emocionais e sociais, que lhe permitam a dita reinserção na vida ativa (Ferreira, 2015). Para atingir os objetivos a que se propõe, a CT baseia a sua atuação num modelo terapêutico específico – o Modelo Centrado na Auto-Organização da Pessoa. Os fundamentos teóricos deste modelo encontram-se, por exemplo, nos trabalhos de Cândido Agra (1983; Khun & Agra, 2010), enquadrados numa abordagem biopsicossocial ao fenómeno das dependências e da intervenção com usuários de substâncias químicas.

Pode considerar-se que a aplicação terapêutica deste modelo radica nos preceitos humanistas definidos e preconizados por Carl Rogers (Hipólito, 2005), cujos sujeitos conferem sentido aos seus comportamentos e expectativas futuras. O indivíduo dependente é, portanto, um indivíduo capaz de identificar e refletir sobre a sua condição, transformando-se ou reinventando-se neste processo. Este modelo privilegia e facilita os momentos de autodescoberta das pessoas em tratamento de adição (Lima, 2018). O modelo rogeriano desta comunidade terapêutica, enraizado no humanismo, destaca-se pelo seu foco nas tendências, consideradas naturais, de autoconhecimento e crescimento pessoal. O modelo da *Terapia Centrada no Cliente*, desenvolvido por Carl Rogers, está firmemente enraizado na corrente fenomenológico-existencial, pois

⁷ Ver à frente neste relatório, bem como os registos incluídos nos Anexos I e J.

acredita na importância de criar um ambiente terapêutico centrado no “cliente”, como nesta perspectiva é chamado, onde o terapeuta oferece empatia genuína, aceitação incondicional e congruência, permitindo que este explore os seus sentimentos e experiências de forma autêntica (Hipólito, 2005).

A rotina diária reflete os princípios de auto e heteroajuda, com a divisão do trabalho e a atribuição de tarefas específicas a cada grupo, promovendo a responsabilidade individual e coletiva. A organização do grupo permite momentos de *feedback*, enquanto estabelece uma hierarquia (Tinoco, 2006). A responsabilidade individual, e a responsabilidade perante o grupo, dificulta a fuga às responsabilidades e manipulações. O grupo de encontro é essencial, constituindo o núcleo funcional de uma moderna comunidade terapêutica. A ideia de confrontação pelo grupo de pares é central, objetivando-se o confronto dos indivíduos com as suas evasões de responsabilidade e manipulações e incentivando-os a encarar a realidade e a expressar os seus sentimentos. De acordo com Tinoco (2006), estes conflitos “na comunidade podem ser resolvidos através da confrontação. No âmbito dessa lógica, os adultos envolvidos nalgum conflito poderão ser chamados ao confronto. Se os conflitos alastrarem, se existirem demasiados conflitos negativos, a comunidade terapêutica promove um dia fechado” (p.28), tal como, aliás aconteceu durante o Projeto (ver mais à frente).

Neste modelo, o foco na autoajuda e auto-organização pressupõe também a aceitação da confrontação entre membros do grupo de “utentes”, como são designados formalmente pelo pessoal e chefias. Trata-se de um modelo com pontos positivos, mas também com desafios relevantes. Por um lado, há lugar à atribuição de responsabilidades e à resolução de conflitos dentro do grupo, o que contribui para fortalecer o sentido de pertença e a autonomia dos adultos. A ausência de técnicos em algumas reuniões incentiva a participação ativa e a expressão de sentimentos, bem como a discussão de caminhos de construção autónoma de soluções para os problemas, a partir da reflexão do grupo. Por outro lado, a ênfase na confrontação gera por vezes um ambiente tenso e aumenta o risco de exclusão de membros mais vulneráveis, correndo-se o risco de reprodução de dinâmicas de poder instaladas e até de geração de alguma ansiedade ou mesmo sofrimento psicológico. A eficácia deste modelo a longo prazo e a sua aplicabilidade a diferentes perfis de pessoas em tratamento, requereriam mais estudo e análise. A ausência de um trabalho mais continuado e próximo de profissionais qualificados pode dificultar a identificação e

a liderança em situações complexas, como crises emocionais ou comportamentais (ver, sobre este assunto, Sommer, 2011).

O modelo parece apresentar especiais limitações quando aplicado em situações de grande heterogeneidade de perfis em copresença e quando é acentuada a gravidade dos problemas apresentados pelas pessoas, sobretudo se a estas circunstâncias se associar a escassa disponibilidade de recursos humanos. Com o decurso do Projeto, observou-se, com efeito, um nível não irrelevante de desistências do tratamento, indicando a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do modelo terapêutico seguido. Obtiveram-se relatos de pessoas que afirmaram sentir um agravamento dos seus quadros clínicos após internamento na comunidade. Alguma insuficiência de formação específica por parte dos técnicos psicossociais, aliada à heterogeneidade sociocultural dos adultos, limita a capacidade do modelo em atender às necessidades individuais presentes. Apesar de uma avaliação do modelo em causa não ser o foco deste relatório, menos ainda do Projeto a que ele se refere, este trouxe pistas relevantes não apenas para essa avaliação, mas para uma qualificação do modelo em causa, como se crê que surgirá evidente mais à frente.

4.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO GRUPO DE PARTICIPANTES E ANÁLISE CRÍTICA DO CONTEXTO

A equipa técnica da CT onde foi desenvolvido o Projeto relatado neste documento é composta por profissionais de diversas áreas, que procuram fornecer suporte especializado aos residentes. A Diretora Técnica possui formação académica em Psicologia, com especialização em Psicologia Criminal e do Comportamento Desviante. O Supervisor é licenciado em Medicina, com especialidade em Psiquiatria. Há ainda um médico e uma assistente social (tendo ocorrido uma substituição de assistente social durante o processo de trabalho realizado), para além de uma enfermeira. A este conjunto de técnicos superiores juntam-se seis monitores, técnicos psicossociais, que desempenham funções de suporte direto aos residentes, revezando-se de forma rotativa, de forma a estar sempre um técnico presente.

Os critérios de admissão⁸ nesta CT incluem a idade mínima de 18 anos, sem limite máximo de idade, destinando-se o serviço exclusivamente a indivíduos do sexo masculino, num total de 20 camas disponíveis. A admissão ocorre após uma entrevista de avaliação prévia, seguida de desintoxicação, formalização dos processos administrativos e compromisso expresso com as regras da comunidade. São também necessários o compromisso familiar e a confirmação de apoio social para os casos de carência económica. Os critérios de exclusão abrangem situações como a presença de filhos ou o não cumprimento das regras instituídas. A expulsão pode ocorrer em casos de consumo de drogas ou álcool, recusa de medicação prescrita, uso de violência física, roubo, destruição de património ou desrespeito sistemático das normas estabelecidas. Estes procedimentos e critérios são fundamentais para garantir o funcionamento adequado e a segurança (tanto dos residentes, quanto da comunidade como um todo).

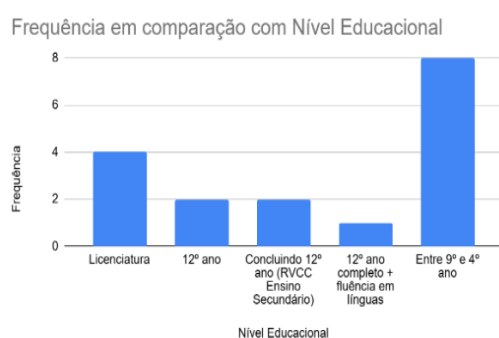


Figura 1: Nível académico das 17 pessoas adultas participantes

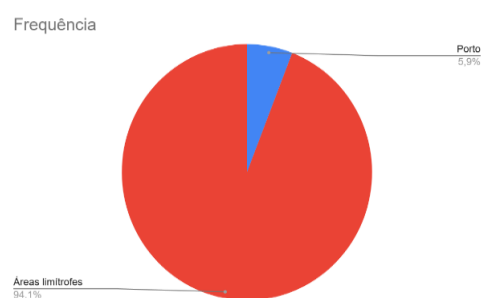


Figura 2: Local de proveniência dos membros do grupo

Conforme se pode constatar através dos dados expostos nas Figuras um e dois, a grande maioria dos participantes (15) é proveniente de áreas situadas em torno da cidade do Porto ou até exteriores ao Grande Porto, enquanto (dois) residem na cidade central. Esta distribuição geográfica teve implicações importantes em termos de acesso a recursos educativos e sociais e a suporte familiar, bem como na definição de estratégias de intervenção mais adequadas. São também indivíduos com trajetórias pessoais e familiares muito distintas, e com experiências de consumo diferenciadas, quer no tipo de experiências a que correspondem, quer ao nível da sua duração no tempo.

⁸ Mais detalhes sobre o funcionamento desta CT nos Apêndices B e C.

A heterogeneidade em termos de nível de escolaridade e experiência académica e profissional, que é significativa, exigiu o desenvolvimento de ações educativas personalizadas e flexíveis, capazes de contemplar os diferentes níveis de conhecimento e as necessidades específicas de cada indivíduo. Todos os elementos são do sexo masculino, entre os 25 e os 60 anos de idade, com escolaridades balizadas entre licenciatura (quatro), dois adultos com 12º ano de escolaridade regular, dois adultos a terminar o RVCC de Nível Secundário, em parceria com o centro Qualifica, e outro com o 12º ano do ensino profissional, no Curso de Multimédia, muito fluente em línguas (Inglês e Francês), pela sua estadia de longos anos a operar no estrangeiro (oito anos em Leeds e Paris). Os outros elementos têm habilitações abaixo daquela que é hoje a escolaridade obrigatória (entre o 9º ano, o 6º ano e o 4º ano) – são a maioria. Não se enquadram no conceito de analfabetismo literal, mas pode afirmar-se que apresentam necessidades relevantes de treino e desenvolvimento de competências de base em matéria de literacia, numeracia e competências digitais, havendo mesmo a identificação de situações de analfabetismo regressivo e funcional⁹.

Na primeira sessão de trabalho, realizada para apresentar os elementos do grupo em tratamento e as entidades envolvidas no Projeto, observou-se uma interação inicial entre os participantes e os técnicos em que ficou evidente a falta de integração e de dinamismo do grupo, bem como o desinteresse por parte dos adultos que estavam prestes a receber alta clínica. Através da observação direta e das conversas promovidas na CT de forma informal e intencional, obtiveram-se informações mais profundas das pessoas envolvidas. Com o paulatino desenvolvimento de atividades iniciais de contacto e diálogo, foi possível ir construindo um melhor entendimento da realidade, para identificação de necessidades de aprendizagem e de oportunidades de potencializar o saber experiencial de cada adulto.

Ao iniciarmos o trabalho de campo para recolha de elementos caracterizadores e de análise da realidade, uma das primeiras observações foi, tal como acima se anunciou, a heterogeneidade do grupo em relação ao tipo de substância utilizada e ao tempo de uso. Os usuários de álcool e policonsumidores apresentavam sinais mais evidentes de deterioração física e psicológica (estado de prostração), com uma expressão corporal mais debilitada e um discurso que frequentemente expressava sentimentos de desesperança e desânimo. A perceção de um futuro

⁹ Quadro detalhado caracterizador dos adultos participantes no projeto disponível no Apêndice F.

incerto era constante nestes adultos, em relação à vida profissional e à vida familiar. Já os adultos que maioritariamente utilizavam heroína e/ou cocaína apresentavam um aspeto físico aparentemente mais preservado, mas as avaliações clínicas revelaram um quadro de dependência grave e com diversas complicações de saúde. Do ponto de vista psicossocial, estes indivíduos também demonstravam um sofrimento significativo, com dificuldades nas relações interpessoais e na adaptação à vida comunitária.

No seio do grupo, também se encontraram relatos e evidências de experiências comuns, como dificuldades em manter a abstinência e a estabilidade emocional, as disrupções familiares, processos judiciais (dois com pulseira eletrónica) e a procura (tida como muito difícil) por um sentido para a vida. A maioria dos participantes apresentava um histórico de uso prolongado de substâncias, com múltiplos internamentos em diferentes comunidades terapêuticas. Obtivemos informações sobre a presença de comorbilidades psiquiátricas significativas, como esquizofrenia e transtorno bipolar, o que complexificava ainda mais a tarefa de educação e intervenção social. Identificou-se também um pequeno grupo de adultos que já estavam num programa de estabilização, com perspetiva de alta clínica. Esses casos, embora menos frequentes, permitiram observar e perceber a existência de fases distintas do ciclo de tratamento e uma possibilidade de recuperação e reinserção social. Para além da evidente necessidade de um trabalho de base grupal, próximo e flexível, ficou cedo evidente o carácter essencial do trabalho em rede com os outros profissionais de saúde e serviços sociais, especialmente a assistente social e a psicóloga, que mostraram ser fundamentais para a identificação dos vários problemas e necessidades da CT.

Estas vulnerabilidades sociais, combinadas com as dificuldades de comunicação, liderança e trabalho em equipa, resultaram no que era inicialmente um aparente clima de apatia e desinteresse, que se antevia vir a dificultar a construção de um sentimento de partilha e pertença e a resolução de problemas grupais. A análise inicial das interações revelou uma baixa capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias, sendo estas marcadas por conflitos frequentes e dificuldade em expressar sentimentos e necessidades. Uma observação muito pertinente do G: “Sou sincero, estava-me a divertir, mas o facto de um colega me dizer que eu estava a fazer mal, deu-me vontade de desistir e desisti”. Este participante no projeto acrescentou: “Foi o que senti quando entrei na comunidade. Quando aqui entrei e ouvi alguns comentários, deu-me vontade de ir embora. Foi o que senti”. Esta ausência de dinâmica relacional,

associada às comorbilidades psiquiátricas e ao histórico de uso prolongado de substâncias, contribuiu para o que se afigurava ser um quadro de sofrimento psicológico intenso, fraca resistência à frustração e uma percepção negativa de si mesmos e do seu futuro. A apatia e falta de disposição para a ação era também evidente: o elemento que tinha sugerido ler um livro durante alguns dias como teste para interpretar personagens não compareceu no grupo; portanto, para início, a abordagem foi – “Não fizemos nada, o R não deu livro nenhum, não treinamos nada” (PJ).

Uma das sessões de dinâmicas de grupo iniciais ficou marcada por desentendimentos que tinham pontuado o dia do grupo, protagonizados, designadamente, por um elemento recém-chegado à CT. Face ao estado de espírito das pessoas e ao reflexo que este teve no grupo, foi proposto ao grupo e a essa pessoa que falassem sobre o tema, como forma de tentar mediar e perceber o problema. O J iniciou a sua explicação, embora primeiro o grupo tenha sido questionado sobre se se importava com isso. “Não, por nós é tranquilo. Deixem o homem falar, que ainda rebenta” (PC). Como o grupo concordou, então assim se fez. O grupo foi unânime em apoiar o J, que estava a verbalizar a sua possível desistência do tratamento. Ninguém queria que ele procedesse daquela forma, por causa de uma outra pessoa que acabara de chegar à comunidade e que tinha sido agressivo com ele, com os técnicos e com a gestora de caso. Então, ouvimos todos as suas razões. O grupo – todos os elementos presentes – fizeram questão de lhe dizer o que tinha acontecido na sessão anterior: “Não estiveste presente, mas o Rodrigo trouxe a foto do tio dele para servir como exemplo de alguém que desistiu e nunca se submeteu a um tratamento” (G). Na nossa dinâmica, duas pessoas desistiram por causa de uma crítica. No fim, a nossa aprendizagem foi exatamente sobre isso: “Não temos que desistir das nossas vidas e objetivos por causa dos outros. É um problema do outro nesta situação e não teu” (B).

Ficou também patente, logo nos primeiros momentos, a internalização da estigmatização que recaía sobre as pessoas e o quanto isso afetava a sua autoestima e autoconceito, contribuindo para normalizar a situação de “toxicodependente” e de “sujeito excluído”. A dependência e o consumo de substâncias originam o isolamento e o sentimento de exclusão, como expresso pelas experiências e sentimentos partilhados nas conversas informais individuais, de uma “psicologia de baixo limiar” que se tentou realizar (a expressão é trazida por Mata, 2023). Um residente mencionou sentir-se “marginalizado devido à sua condição” (B), enquanto outro descreveu como se tornou “objeto de piedade e subestimação, após ser internado na comunidade” (PM). Revelou-

se comum entre os residentes expressarem crenças negativas sobre si mesmos e a sua capacidade de recuperarem. Isto manifestava-se em declarações de autodesvalorização e dúvidas sobre o futuro, como a convicção de manutenção da situação de dependência e percepção de incapacidade para gerir a própria vida. “Ninguém quer saber de nós, somos carne para canhão. Perdemos tudo, família e amigos e andamos sempre num entra e sai de comunidades terapêuticas” (S). O acesso a oportunidades de emprego também foi mencionado como potencialmente difícil, devido ao estigma, resultando em dificuldades adicionais na reinserção social e profissional “Achas que alguém dá trabalho a um consumidor como eu, sem dentes? A gente não vive, sobrevive, e andamos aqui todos acabados” (PJ).

Os profissionais da equipa, também envolvidos neste processo de identificação de necessidades e de priorização de desafios enfrentados pelos residentes, mencionaram igualmente a persistente desqualificação e marginalização daqueles, o estigma tipicamente associado aos utilizadores de substâncias, muitas vezes levando os indivíduos a procurarem tratamento em estágios excessivamente avançados dos comportamentos aditivos, registando-se ainda dificuldades de adesão ao tratamento, exacerbadas pela falta de aceitação da doença. Estas consequências negativas do estigma representam outro obstáculo significativo para a recuperação e a qualidade de vida, como notam Fernandes e Ventura (2018). Para abordar estes desafios, os residentes destacaram a necessidade de desenvolvimento de oportunidades de promoção de competências, participação em atividades e em formações do seu interesse, maior partilha de experiências e interesses com outros residentes, além da valorização pessoal e social em geral. O grande desafio passava por quebrar uma lógica de letargia e atavismo: “Aqui não se passa nada, estamos aqui, a dormir o dia todo, sem nada para fazer. Fuma-se, e muito... o dinheiro que recebemos vai todo para tabaco, nem dá para comprar produtos de higiene” (PB).

O segundo desafio identificado está relacionado com a confrontação do isolamento social e da fraca interação entre as pessoas em tratamento e os técnicos, muito circunscrita aos horários da toma da medicação. Os residentes referiram frequentemente sentimentos de solidão e desconexão social, sem que a entrada e vivência na CT conseguisse atenuar ou contrariar os mesmos. A falta de interação social e envolvimento em atividades significativas pode agravar os sintomas da dependência (ou de *craving*) e dificultar o tratamento e, depois, a reinserção na sociedade (Brito, 2020). Sem surpresa, os residentes expressaram a necessidade de reforço de

laços e de construção de momentos de ocupação partilhada do tempo, através de atividades produtivas e gratificantes: “Podíamos ter alguma coisa para fazer sem ser as atividades da casa. O pessoal refugia-se nos quartos e quase nunca se fala uns com os outros” (PJ).

O terceiro desafio identificado referiu-se à insuficiente rede de suporte social e à necessidade do seu reforço. Muitos residentes têm uma rede de suporte limitada, restrita à (pouca) família, o que pode ser tanto uma fonte de apoio, como um obstáculo à autonomia e à individualidade. O isolamento social é exacerbado pela falta de conexões, fora do ambiente familiar e terapêutico, levando a uma maior dependência da família e dificultando a procura de apoio externo. Além disso, parte do grupo está identificada como estando em situação de sem-abrigo. Para abordar esta questão, os residentes expressaram a necessidade de criar ou fortalecer redes de apoio social, que possibilitassem a companhia, o apoio emocional, a assistência material e o acesso a novos contactos.

Este último desafio foi confrontado de forma sobretudo indireta, através dos resultados das ações que visaram os outros dois desafios identificados. O foco foi colocado, com efeito, e como se verá seguidamente, na promoção de competências e no desenvolvimento pessoal e coletivo dos participantes e do grupo e no desenvolvimento das relações e dinâmicas do grupo, para lá do trabalho em torno das competências digitais, que emergiu também cedo como necessidade educativa – e também convivial – a confrontar, em articulação com o processo mais amplo de promoção de competências divisado.

5. CONCEÇÃO E DESENHO DO PROJETO

De acordo com Mendonça (2002), podemos afirmar que um projeto “é como a palavra amor: forte, fundamental, faz parte da linguagem universal, mas que só ganha sentido no contexto em que é parte e na dinâmica que ela própria desencadeia” (p. 14). Isto significa um conjunto de ações inovadoras, criativas, dinâmicas, adequadas a uma realidade e um contexto peculiar, com implicações na prática educativa e interventiva únicas e inéditas (Boutinet, 2002; Mendonça, 2002). Para desenhar e concretizar o Projeto, houve lugar à identificação de desafios e necessidades, recursos, obstáculos, oportunidades e potencialidades, bem como à identificação e compreensão das percepções das pessoas sobre si próprias e a sua realidade. A partir desta análise, foi possível elaborar, de forma sempre partilhada e provisória, um plano de ação que guiou o desenvolvimento colaborativo do Projeto. Este plano incluiu objetivos gerais e específicos, bem como a identificação dos recursos necessários para a sua realização.

O processo de construção, desenvolvido numa lógica interativa e cíclica, respeitou o planeamento estratégico contínuo, entendido como um processo inclusivo, orientado para a mudança, traduzindo-se num meio de mobilização das várias partes implicadas, de forma participativa e sempre tomando os participantes como centro, origem e finalidade do processo (UNESCO, 2010). Este planeamento desenvolveu-se em vários momentos e através de diferentes linhas de ação, procurando que estas fossem exequíveis e coerentes entre si.

Nas comunidades terapêuticas, o desenvolvimento integral dos adultos residentes é uma prioridade fundamental para promover a sua reintegração social. Além do tratamento clínico e terapêutico, quis-se fornecer oportunidades para o crescimento pessoal, aumento de competências diversas, começando pelas competências de literacia, promoção da leitura e escrita, competências de comunicação e habilidades socioemocionais e interrelacionais, entre outras. Almejou-se também o aumento (eventual) do nível académico, designadamente através do envolvimento dos participantes no projeto em processos de RVCC.

Caracterizado e analisado o contexto, feitas as primeiras abordagens, identificados os desafios e priorizadas as necessidades, propôs-se uma abordagem integrada para o desenvolvimento daquelas competências, fazendo carrilar a ação ao longo de três grandes eixos, centrados nos seguintes propósitos essenciais: a valorização e promoção das competências pessoais,

socioemocionais e relacionais, no quadro da dinamização e aprofundamento da vida grupal; a promoção das competências de literacia e de expressão escrita, oral e expressão corporal; e o desenvolvimento do conhecimento e familiaridade com as TIC, visando a promoção das competências digitais. Percebeu-se a relevância, em comunidade terapêutica, da educação e formação de adultos, enquanto caminho potencialmente relevante para apoiar a (res)significação e (re)construção de projetos de vida, procurando a reinserção social e laboral, e tendo em conta que os indivíduos com maiores níveis de literacia e maiores e mais diversas competências obtêm, do ponto de vista do emprego, melhores condições; em sociedade, desenvolvem relações sociais, solidificam as relações de reciprocidade na família, relações de apoio mútuo na vizinhança, nos grupos religiosos, nas suas redes de apoio; e a nível político, participam mais em causas políticas e associativas, direcionadas para o bem-estar da comunidade, o que promove a sua inclusão e a coesão social (Cavaco, 2022).

Acreditou-se, neste Projeto, no potencial da educação e na educabilidade e perfetibilidade do sujeito (Lima, 2011), na valorização do seu potencial, das competências adquiridas, mas também na provisão de novas ferramentas e conhecimentos, no desenvolvimento de novas aptidões e atitudes, abrindo possibilidades de (re)construção e definição de projetos de vida na e, sobretudo, para lá do período de internamento na CT, em diálogo com as exigências da contemporaneidade. As tabelas seguintes apresentam, de forma sintetizada e aparecendo como um quadro lógico estabilizado em fim de percurso, uma estruturação dos objetivos do projeto que foi sendo realizada e permanentemente negociada com os participantes, ao longo dos quase nove meses de diálogo partilhado e ação conjunta em contexto.

Objetivo Geral- Eixo 1	Objetivos Específicos	Mudança almejada
OG1: Desenvolver o autoconhecimento, a autoestima, e a empatia, bem como habilidades de comunicação, resolução de conflitos e trabalho em equipa, visando a promoção de competências de leitura, expressão escrita e oral, argumentação e criatividade.	OE1: Identificar e reconhecer emoções próprias e dos outros.	- Aumentar a autoconsciência e inteligência emocional.
	OE2: Praticar a escuta ativa e a comunicação assertiva.	- Fortalecer as habilidades de

		comunicação interpessoal.
	OE3: Explorar estratégias para lidar com o stress e a ansiedade.	- Desenvolver mecanismos de regulação emocional.
	OE4: Criar e consolidar relações respeitadas.	- Promover a coesão e o respeito mútuo no grupo.
	OE5: Aprimorar as competências de leitura, escrita, fala e escuta.	- Melhorar a expressão e compreensão oral e escrita.
	OE6: Desenvolver a criatividade, a imaginação e a expressão artística.	- Estimular a autoexpressão e o potencial criativo.
	OE7: Ampliar a compreensão de textos escritos.	- Desenvolver habilidades de leitura crítica e analítica.
	OE8: Desenvolver habilidades de redação/digitação e argumentação.	- Aprimorar a capacidade de comunicação escrita.
	OE9: Aprimorar técnicas de apresentação oral e expressão corporal.	- Fortalecer a comunicação verbal e não verbal.

Tabela 1 – Eixo 1 – Competências socioemocionais, leitura, escrita, expressão oral e corporal

Objetivo Geral- Eixo 2		Objetivos Específicos	Mudança almejada
OG2: Desenvolver competências pessoais, educativas/terapêuticas, socioemocionais e relacionais.	OE1: Examinar e desafiar crenças e valores limitadores do crescimento pessoal.		- Promover a autoreflexão e o desenvolvimento pessoal.
	OE2: Resolver conflitos interpessoais de forma construtiva e respeitosa.		- Fortalecer as habilidades de resolução de conflitos.
	OE3: Praticar exercícios e habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão em grupo.		- Desenvolver o trabalho em equipe e a tomada de decisões conjunta.
	OE4: Explorar e fortalecer a capacidade de lidar com o stress e a adversidade.		- Aprimorar a resiliência e os mecanismos de enfrentamento.
	OE5: Promover a aceitação e a valorização da diversidade dentro do grupo.		- Cultivar o respeito pelas diferenças e a inclusão social.
	OE6: Incentivar a participação ativa de todos os adultos nas atividades educativas/terapêuticas.		- Fortalecer o engajamento e a motivação dos participantes.
	OE7: Identificar e explorar os gatilhos e fatores de risco que podem levar à recaída.		- Promover a prevenção de recaídas e a promoção da recuperação.
	OE8: Promover a consciência sobre os sinais precoces de recaída e a importância de procurar apoio imediato.		- Fortalecer a capacidade de automonitoramento e busca de ajuda.
	OE9: Realizar atividades de <i>role-playing</i> , para praticar situações de tentação e reforçar as estratégias de prevenção.		- Desenvolver habilidades de enfrentamento para situações de risco.

	OE10: Realizar brainstorming e reflexões sobre o estigma social e maneiras de lidar com ele.	- Combater o estigma e promover a autoaceitação.
--	--	--

Tabela 2 – Eixo 2 – Competências pessoais, prevenção de recaída, diversidade cultural e cidadania

Objetivo Geral- Eixo 3	Objetivos Específicos	Mudança almejada
OG3: Desenvolver conhecimentos, habilidades e a autonomia na utilização de TIC, a literacia em meios digitais e a mobilização de competências digitais no quadro de processos de RVCC.	OE1: Desenvolver competências-chave em TIC, incluindo habilidades de navegação na internet, uso de aplicativos e comunicação <i>online</i> .	- Reduzir o analfabetismo digital e facilitar o acesso à informação
	OE2: Desenvolver competências de literacia digital, como a avaliação crítica de fontes de informação <i>online</i> .	- Autonomia na navegação <i>online</i> e na pesquisa e análise de fontes; obtenção de noções sobre a pegada digital, o <i>phishing</i> e outros perigos da <i>web 2.0</i>
	OE3: Utilizar recursos tecnológicos como smartphones, sistemas de som e softwares diversos (<i>webnode, blog, padlet, windows movie maker, movavi photo editor, filmora 9</i> editor de vídeo) para realização do jornal digital comunitário	- Conhecer e manusear ferramentas e <i>softwares</i> diversos, mobilizando-os na produção de conteúdos e na comunicação
	OE4: Utilizar autonomamente as TIC e os <i>softwares</i> relevantes para realização das tarefas associadas aos Processos de RVCC.	- Autonomia para a utilização de recursos digitais e sua mobilização em processos educativos

Tabela 3 – Eixo 3 – TIC e Competências Digitais

Indicadores – Eixo 1	CrITÉRIOS de Avaliação	Ferramentas de Avaliação
Autoconhecimento	- Aumento da capacidade de identificar e expressar emoções próprias e dos outros. - Maior reconhecimento de pontos fortes e fracos. - Maior autoconsciência do impacto do comportamento nas relações interpessoais.	- Reuniões de Grupo de autoavaliação. - Observação participante. - Diários reflexivos (balanços)
Autoestima	- Aumento da autoconfiança e autovalorização - Maior sentimento de capacidade pessoal para alcançar objetivos. - Maior aceitação de si mesmo e das próprias limitações.	- Reuniões de Grupo sobre a autoestima. - Entrevistas individuais (psicologia de baixo limiar)
Empatia	- Maior capacidade de compreender e compartilhar os sentimentos dos outros. - Maior habilidade de se colocar no lugar do outro. - Maior sensibilidade às necessidades e perspectivas dos outros.	- Reuniões de Grupo sobre a empatia. - Exercícios de <i>role-playing</i> . - Observação da interação entre pares.

Comunicação	- Melhoria na clareza, objetividade e assertividade na comunicação oral e escrita. - Maior habilidade de escuta ativa e receptiva. - Maior capacidade de expressar ideias e sentimentos de forma eficaz.	- Análise da comunicação em diferentes contextos. - <i>Feedback</i> individual e em grupo. - Simulações de comunicação.
Resolução de Conflitos	- Maior habilidade de identificar e analisar conflitos de forma construtiva. - Maior capacidade de negociar e buscar soluções pacíficas para os conflitos. - Maior autocontrolo e respeito mútuo durante a resolução de conflitos.	- Observação da resolução de conflitos em dinâmicas de grupo. - <i>Feedback</i> individual e em grupo sobre a resolução de conflitos. - Análise de casos de conflitos reais ou simulados.
Trabalho em Equipa	- Maior colaboração e cooperação entre os membros da equipa. - Comunicação mais eficaz e divisão de tarefas equitativa. - Maior apoio mútuo e reconhecimento das contribuições individuais.	- Observação da dinâmica de trabalho em equipa. - <i>Feedback</i> individual e em grupo sobre o trabalho em equipa. - Análise da realização de tarefas em equipa.
Leitura e escrita	- Melhoria contínua na leitura, da dicção, da expressão oral com a colaboração de elementos do grupo. - Interajuda na interpretação do(s) texto(s). - Aperfeiçoamento da escrita cursiva, da caligrafia, e da digitação através do uso dos 10 dedos.	- Observação e perceção da redução (ao longo do projeto) das dificuldades de entrada. - A leitura em voz alta e projetada para o fundo da sala, de forma pausada, respeitando as pontuações. - Maior compreensão e segurança na leitura dos textos. - A passagem da escrita cursiva, o aprimoramento da caligrafia e a passagem para a digitação desses textos, de forma autónoma.

Indicadores- Eixo 2	CrITÉrios de Avaliação	Ferramentas de Avaliação
Autoanálise e Desenvolvimento Pessoal	- Capacidade de identificar crenças e valores limitadores. - Habilidade de desafiar padrões negativos de pensamento. - Procura pelo autoaperfeiçoamento e crescimento pessoal.	- Questões em grupo de autoavaliação. - Discussões em grupo sobre temas relacionados ao desenvolvimento pessoal. - Portfólios individuais com reflexões sobre o processo de autoanálise (balanços)
Resolução de Conflitos em Grupo	- Habilidade de abordar conflitos de forma construtiva e respeitosa. - Capacidade de procurar soluções consensuais e satisfatórias para todos. - Fortalecimento da coesão e do respeito mútuo no grupo.	- Observação da resolução de conflitos em dinâmicas de grupo. - <i>Feedback</i> individual e em grupo sobre a resolução de conflitos em grupo. - Análise de casos de conflitos reais ou simulados em grupo.
Lidar com o Stress e Adversidade	- Desenvolvimento de mecanismos de regulação emocional e enfrentamento do stress. - Maior resiliência e capacidade de	- Questões em Grupo sobre o nível de stress. - Técnicas de relaxamento e respiração.

	superar desafios. – Promoção do bem-estar mental e emocional.	– Discussões em grupo sobre estratégias de enfrentamento do stress.
Aceitação da Diversidade	– Valorização das diferenças individuais e respeito à pluralidade. – Combate ao preconceito e à discriminação. – Promoção da inclusão social e da cultura da paz.	– Dinâmicas de grupo que promovem o intercâmbio entre pessoas com diferentes origens e experiências. – Reflexões sobre os conceitos de diversidade, inclusão e preconceito. – Campanhas de sensibilização para a importância da aceitação da diversidade.
Participação Ativa nas Atividades	– Compromisso e interesse nas atividades propostas. – Contribuição ativa para o desenvolvimento das atividades. – Sensação de pertencimento e valorização do grupo.	– Observação da participação dos indivíduos nas atividades. – <i>Feedback</i> individual e em grupo sobre a participação nas atividades. – Conversas informais sobre a satisfação com as atividades.
Prevenção de Recaída	– Identificação de gatilhos e fatores de risco para recaída	Discussão em grupo e <i>feedback</i> dos diários do balanço

Indicadores– Eixo 3	Critérios de Avaliação	Ferramentas de Avaliação
Uso Básico das TIC	Capacidade de navegar na internet. – Habilidade de usar aplicativos básicos. Competência para se saber comunicar <i>online</i> .	Observação do uso das TIC durante as atividades. Testes práticos de habilidades em informática.
Aquisição de Literacia Digital	Capacidade de avaliar criticamente fontes de informação <i>online</i> . – Consciência sobre segurança digital e proteção de dados pessoais. – Habilidade para procurar e utilizar informações de forma ética e responsável.	Discussões em grupo sobre temas relacionados à literacia digital. – Análise de <i>websites</i> e conteúdos <i>online</i> . Elaboração de trabalhos utilizando ferramentas digitais.
Preparação para RVCC	Conhecimento dos requisitos e procedimentos dos processos de RVCC. – Habilidade para acessar e utilizar plataformas <i>online</i> de RVCC. Confiança na utilização das TIC para fins educativos.	Apresentações sobre os processos de RVCC. Simulações de acesso e utilização de plataformas de RVCC. – Questionários sobre o nível de preparação para RVCC.
Autonomia e Autoconfiança no Ambiente Digital	Capacidade de autorregular a aprendizagem em ambientes <i>online</i> . Habilidade para pesquisar e utilizar recursos online de forma autónoma.	Observação do comportamento dos indivíduos no ambiente digital. – Portfólios individuais

	Confiança na utilização das TIC para o desenvolvimento pessoal e profissional.	com registos de aprendizagens <i>online</i>. Questões de grupo sobre a perceção de autonomia e autoconfiança no ambiente digital.
--	---	--

6. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Apresentado, de forma sintética, e retrospectivamente, o desenho do Projeto que foi sendo coconstruído, ao longo de cerca de nove meses, nesta comunidade terapêutica, com os adultos participantes e em diálogo também com os profissionais da instituição e com as pessoas e entidades parceiras, importa agora apresentar, de forma também sucinta, e com um olhar (auto)crítico, o desenvolvimento de cada uma das linhas de ação prosseguidas, fornecendo detalhes das iniciativas realizadas e análises interpretativas dos eventos ocorridos. Além disso, são aqui propostas indicações avaliativas das práticas realizadas e dos seus resultados, em consonância com os objetivos negociados e estabelecidos. Como acima se mencionou, a IAP foi adotada como abordagem central para o projeto, priorizando o princípio da participação ativa dos envolvidos. Durante o desenvolvimento das ações, foi considerado o ritmo individual e as necessidades específicas de cada participante, bem como a dinâmica grupal que se foi estabelecendo, visando garantir uma abordagem personalizada, consensualizada e eficaz.

O caminho realizado em conjunto foi estabelecido com o intuito de concretizar mudanças face aos problemas identificados, considerando as pessoas na respetiva coconstrução e a sua participação ativa “num processo em que analisam as suas próprias práticas educativas, de uma forma sistemática e aprofundada” (Coutinho, 2016, p. 363). Para a sua materialização, foi necessário criar condições de possibilidade, contando com as potencialidades e saberes experienciais dos adultos, definindo temas relevantes e do seu interesse e evitando a intervenção prescritiva.

Considerando os três eixos de intervenção, com as suas diferentes iniciativas e atividades, faz-se neste capítulo uma seleção dos elementos mais relevantes, mesmo podendo correr-se o risco de impedir uma melhor compreensão da complexidade da intervenção desenvolvida. Efetivamente, no espaço limitado deste relatório, não é possível dar conta de toda a complexidade, intensidade e riqueza da interação, partilha e ação conjunta, mas procura-se, ainda assim, dar conta do (per)curso, principais realizações e dos resultados observados e considerados mais relevantes pelos próprios atores. Salienta-se o facto de prevalecer uma avaliação contínua, no âmbito da metodologia da IAP, que permitiu a permanente obtenção de informações para tomada de decisões e reorganização do curso da ação. Poder refazer e reinventar o Projeto, algo que sempre mereceu toda a atenção e cuidado, com base nos indicadores e objetivos relacionados com as

ações, e sempre a partir da iniciativa dos adultos, da sua disponibilidade e participação, analisando práticas e comportamentos, o número de pessoas que aderiram e participaram nas ações, os *feedbacks* das assistentes sociais e dos técnicos psicossociais, foi fundamental. Notou-se uma grande adesão, numa fase inicial, mas as frequentes saídas abruptas (resultantes de recaídas), e também a entrada de pessoas novas, trouxeram instabilidade e incerteza e, não raras vezes, o grupo ressentiu-se. Mesmo assim, foi possível progredir continuamente com os que se mantinham desde o início, e foi possível também ir integrando os recém-chegados e novos participantes, compreendendo que chegavam muito debilitados e que teriam de ser integrados gradual e voluntariamente, prova do dinamismo deste Projeto, sempre aberto e contínuo no tempo.

6.1. DINÂMICAS DE GRUPO, DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS E A DESCOBERTA E DINAMIZAÇÃO DE NOVAS FORMAS DE COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO

Do ponto de vista da planificação da ação, o projeto aqui descrito apresentou-se como uma iniciativa estruturada e abrangente, organizada em torno de três eixos de intervenção, nunca dissociados, que visaram o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e educativas dos adultos envolvidos. Assente numa abordagem transformadora, promoveu a aprendizagem contínua e ao longo da vida, e também fomentou a reintegração social e profissional, respeitando as vivências e as necessidades das pessoas. Como acima indicado, o primeiro eixo de ação teve como objetivo fundamental fortalecer as relações e competências socioemocionais, a comunicação eficaz, o trabalho em equipa, a criatividade e as expressões. Foram cruciais neste âmbito as diversas dinâmicas de grupo desenvolvidas, a que mais à frente é dado destaque, e vale salientar também aqui o envolvimento ativo dos adultos num processo de discussão e criação coletiva de uma peça teatral baseada na obra "Auto da Barca do Inferno", de Gil Vicente. A peça não chegou a acontecer, por motivos apresentados mais adiante, mas o processo criado assentou num esforço coletivo que emergiu da vontade de fazer para acontecer. Este processo criativo serviu como veículo de aprendizagem e desenvolvimento, especialmente ao nível das

competências de comunicação, autoestima e empatia, mas também de leitura, interpretação, argumentação e expressão oral.

O teatro, segundo as perspectivas de Augusto Boal, aqui mobilizado como inspiração, pode ser uma poderosa ferramenta educativa; nesta CT, ele permitiu que os participantes explorassem diferentes componentes da expressão dramática, trabalhando a dicção, a postura corporal, as emoções e a comunicação de ideias de forma assertiva. Através desta abordagem, os adultos foram encorajados a desenvolver a sua autoconfiança e a criatividade, enquanto participavam ativamente na construção de conhecimento, tanto pessoal, como coletivo. O envolvimento dos adultos neste processo criativo e interativo através do teatro foi um meio eficaz para promover o autoconhecimento e o trabalho em equipa, desenvolvendo-se, simultaneamente, as competências de leitura, escrita e expressão oral. "O teatro é a linguagem da liberdade. Ele é o lugar onde os homens podem, de alguma maneira, desobedecer às regras do mundo. O teatro é um laboratório para o futuro" (Boal, 2014, p. 111). Uma forma, portanto, de reivindicar direitos, de promover a autoconfiança, a empatia e a criatividade. Boal advoga que "O teatro é uma forma de conhecimento. É o conhecimento que vem do corpo, da voz e da mente. É o conhecimento que vem dos sentimentos. É o conhecimento que vem da inteligência emocional" (2014, p. 124). A expressão dramática surgiu aqui como fonte de interação social e manifestação cultural, permitindo a cada um experimentar diferentes perspectivas sobre o texto e sobre a realidade atual, desenvolvendo uma melhor compreensão de si, do outro e do mundo que o rodeia.

Desta forma, procurou-se dar resposta ao Objetivo Geral 1 (OG1) e aos seus objetivos específicos (OE), mas também a alguns OE do OG2, como: examinar e desafiar crenças e valores limitadores do crescimento pessoal; resolver conflitos interpessoais de forma construtiva e respeitosa; praticar exercícios e habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão em grupo; explorar e fortalecer a capacidade de lidar com o stresse e a adversidade; promover a aceitação e a valorização da diversidade dentro do grupo; incentivar a participação ativa de todos os adultos nas atividades educativas/terapêuticas; identificar e explorar os gatilhos e fatores de risco que podem levar à recaída; promover a consciência sobre os sinais precoces de recaída e a importância de procurar apoio imediato; realizar atividades de *role-playing*, para praticar situações de tentação e reforçar as estratégias de prevenção; e realizar *brainstorming* e reflexões sobre o estigma social e maneiras de lidar com ele.

Mas a mobilização do “Auto da Barca do Inferno” e da expressão dramática não surgiu do vazio, muito menos foi imposta. Desde o primeiro momento, o recurso às dinâmicas de grupo, como um meio para o fortalecimento das relações interpessoais e promoção de tolerância e compreensão mais fecunda dos processos grupais, foi privilegiado. Inspirado pelos estudos de Kurt Lewin (Pasqualini *et al.*, 2021) que realça a importância do grupo como uma identidade social em si, o desenvolvimento destas dinâmicas foi a estratégia central para a criação de um espaço onde os adultos pudessem interagir, compartilhar experiências e desenvolver empatia.

As atividades grupais ajudaram a promover a escuta ativa, a resolução de conflitos, a tomada de decisões em grupo, facilitando uma maior coesão e compreensão mútua e democrática. Estas dinâmicas de grupo foram cuidadosamente planificadas, para que os participantes pudessem refletir sobre as suas emoções e crenças, desafiar valores limitadores, permitindo uma mudança e desenvolvimento individual e comunitário. O desenvolvimento de uma postura democrática e o incentivo à participação ativa foram essenciais para que o grupo se tornasse um espaço de aprendizagem coletiva, onde o apoio mútuo e o respeito foram centrais. Salienta-se ainda que a criação das regras de funcionamento das nossas dinâmicas relativas aos três eixos, foram estabelecidas com o contributo de todos os adultos, onde cada um colocou no quadro da sala uma regra que achasse relevante para se cumprir.

As dinâmicas de grupo foram também decisivas na resolução de problemas grupais. Não significa isto que as técnicas de dinâmicas de grupo solucionassem tudo (problemas, conflitos, tensões e desentendimentos), embora o facto de o grupo se conhecer melhor, na sua diversidade e enquanto grupo, ampliou de forma substancial as possibilidades de resolução de conflitos e aí, claramente, a intervenção e habilidade do educador/dinamizador, a sua destreza em trabalho de grupo, foi fundamental. As técnicas não operam *per si*, elas dependem em grande medida do seu uso adequado e oportuno e isto requer treino, destreza e sensibilidade por parte do educador. As técnicas são instrumentos, os meios para alcançar o pretendido e nunca o fim em si mesmas, daí a ênfase num dos melhores recursos técnico-pedagógicos existentes, que são os educadores, pois o fator humano é considerado o instrumento dos instrumentos (Martins & Alexandrino, 2014).

Estas dinâmicas foram decisivas para confrontar o OG2 e os seus (OE): examinar e desafiar crenças e valores limitadores do crescimento pessoal; resolver conflitos interpessoais de forma construtiva e respeitosa; praticar exercícios e habilidades de resolução de problemas e tomada de

decisão em grupo; explorar e fortalecer a capacidade de lidar com o stress e a adversidade; promover a aceitação e a valorização da diversidade dentro do grupo; incentivar a participação ativa de todos os adultos nas atividades educativas/terapêuticas; identificar e explorar os gatilhos e fatores de risco que podem levar à recaída.

6.2. A IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DIGITAIS E DOS PROCESSOS DE RVCC

Em função do conhecimento que se foi obtendo do grupo, das suas procuras e interrogações, e também em função dos desafios suscitados pela parceria com um Centro Qualifica e o envolvimento de diversos membros do grupo em processos de RVCC, o desenvolvimento das competências digitais veio a assumir uma importância muito grande no Projeto, gerando um eixo de ação específico. Almejando a eventual elevação do nível académico dos participantes, através dos processos de RVCC, mas também enquanto desenvolvimento de competências gerais, indispensáveis à vida dos nossos dias, a ação neste âmbito capacitou os adultos para o uso eficaz das TIC, promoveu a literacia digital e preparou-os para muitas das tarefas associadas aos processos de RVCC – que muitos abraçaram e continuaram a desenvolver para lá deste Projeto.

A criação de uma sala de TIC na CT, em resultado da iniciativa e ação dos próprios adultos, proporcionou aos participantes a oportunidade de desenvolverem competências fundamentais, como navegar na Internet, o uso de ferramentas e *softwares* digitais e a reflexão crítica sobre a segurança *online*. Este eixo foi fundamental para garantir que os adultos, muitos dos quais com baixa escolaridade ou qualificações obsoletas, adquirissem as habilidades necessárias para começarem a sua integração no “mundo digital” e aumentarem as oportunidades no mercado de trabalho atual. Mais do que uma simples introdução às TIC, esta intervenção potenciou a sua capacidade de autonomia, a autorregulação da aprendizagem e o autodesenvolvimento contínuo. Esta linha de ação concretizou o OG3 e os seus OE: desenvolver competências-chave no uso das TIC, incluindo habilidades de navegação na Internet, uso de aplicativos e comunicação *online*; desenvolver competências de literacia digital, como a avaliação crítica de fontes de informação *online*, segurança digital e proteção de dados pessoais; e o uso crítico e reflexivo. Como corolário desta ação, pôde verificar-se a abertura de um caminho de preparação e motivação dos adultos que quiseram fazê-lo para a realização dos processos de RVCC, fornecendo orientação sobre os

requisitos e procedimentos, apoiando os primeiros passos e gerando dinâmicas de apoio e educação de pares muito relevantes, e que também ajudaram a concretizar objetivos específicos dos OG1 e OG2.

A parceria com um Centro Qualifica para o desenvolvimento de processos de RVCC deve ser destacada. Ela permitiu dar um sentido a muitas das atividades, ao propor um caminho para a melhoria dos níveis de certificação escolar e a valorização pessoal. Cumpria-se o que diz Pires (2007, p.14), com desenvolvimento de um trabalho que propiciava dar horizonte à concretização de muitas das mudanças almejadas pelo projeto, obedecendo a uma “lógica pessoal (...), de tomada de consciência e apropriação pessoal dos saberes (...), facultando um melhor posicionamento e progressão pessoal”. Por ser um processo que está inserido numa lógica de aprendizagem ao longo da vida, realizado em contextos não formais e valorizando saberes informais, portanto associando as aprendizagens experienciais e reflexivas os processos de RVCC ajudaram os adultos a pensar os seus trajetos e projetos. A adesão foi tão relevante que os próprios adultos trouxeram os seus computadores aquando das suas saídas ao domicílio, surpreendendo até os seus familiares pela manifestação de interesse em “voltar a estudar” e aumentar as suas qualificações e competências.

A combinação das dinâmicas em torno do teatro, das sessões de dinâmicas de grupo e do trabalho em torno das TIC, conjugadamente com o horizonte adicional proporcionado pelos processos de RVCC, ajudaram a construir um caminho de autonomia, a confiança e a inclusão, assegurando que os adultos pudessem enfrentar os seus desafios com uma maior capacidade de adaptação e resiliência.

6.3. DETALHES E VICISSITUDES DE UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Procurando dar conta dos detalhes da operacionalização e concretização das diferentes atividades realizadas, as páginas seguintes apresentam relatos e evidências do percurso de trabalho proposto e elaborado com os participantes no projeto. Começando pela atividade integradora proposta a partir da leitura e dramatização do “Auto da Barca do Inferno”, pode dizer-se que, através desta obra clássica, foi possível aos membros do grupo de participantes

explorarem com sensibilidade e profundidade temas como a vida, a morte, o “pecado” e a “redenção”. Com este texto e a sua apropriação, promoveram-se o autoconhecimento, a reflexão crítica e a catarse, proporcionando uma experiência que consideramos transformadora. Através das dinâmicas promovidas pela dramatização da peça, estimulou-se o regresso ao contacto com a leitura e o gosto pela leitura e escrita, aprimorando as competências de comunicação e expressão oral.

A mobilização da obra, sugerida e escolhida pelo grupo, proporcionou também a pesquisa sobre história de Portugal e sobre temas da realidade contemporânea, explorando criticamente diferenças sociais entre a época vicentina e a atualidade, promovendo o debate e as devidas reflexões. Aliás, a dado momento, o que o grupo decidiu foi procurar uma adaptação do texto do “Auto da Barca do Inferno” à realidade contemporânea. Conforme o projeto avançava, identificaram a necessidade e propuseram uma abordagem mais personalizada e autoral. Assim, as sessões de trabalho foram dedicadas à criação de um texto original, baseado nos princípios do Teatro do Oprimido (Boal, 2014), que explorasse questões relevantes para as suas vidas e experiências, ligando a crítica da realidade social da época vicentina a uma possível crítica de realidades e problemas atuais. Este processo de criação do texto envolveu uma série de atividades, incluindo exercícios de improvisação, pesquisas, discussões em grupo, escrita colaborativa e, acima de tudo, muita diversão. A partilha de histórias pessoais, de preocupações e aspirações, serviu de base para o “enredo”, os diálogos e as personagens do espetáculo que estavam a escrever e a criar de origem. É disso exemplo a criação do “Tone Canecos” (o utilizador de drogas) equiparado ao “Parvo”, sendo o único a ter entrada na Barca em direção ao “Céu”, que suscitou imensa alegria no grupo. Durante os ensaios, foram desenvolvidas competências essenciais, como experienciar a dor do outro, “vestindo a sua pele”, através da técnica psicodramática e da troca e inversão de papéis (ver, por exemplo, Abreu, 2006). Cada membro do grupo teve a oportunidade de contribuir criativamente para a produção, seja através da escrita, atuação, direção ou produção técnica.

Cada participante assumiu um papel, que podia ser o de uma pessoa real ou o de uma personagem fictícia. Quando se realizou a inversão de papéis, o indivíduo que estava num determinado papel passou a assumir o papel do outro, e vice-versa. Este processo assegurou que a pessoa não apenas “visse” o mundo através dos olhos do outro, como também “sentisse” as emoções e compreendesse as motivações que guiavam o comportamento da outra pessoa em

determinadas situações. A inversão de papéis foi particularmente útil para confrontar situações de conflitos interpessoais – frequentes –, permitindo que os participantes compreendessem melhor as dinâmicas de poder, as expectativas e as frustrações recíprocas. Por exemplo, num cenário em que um adulto mais antigo e um recém-chegado mais debilitado tiveram dificuldades de comunicação, a inversão de papéis ajudou-os a perceberem as pressões, ansiedades, medos que cada um enfrentava, promovendo assim uma maior compreensão mútua e facilitando a resolução dos conflitos, finalizado com lágrimas e um abraço (sincero, creio) entre as duas pessoas.

Esta técnica teve o potencial de promover a autorreflexão, a comoção, a exteriorização de sentimentos reprimidos. Ao experimentarem o ponto de vista de outra pessoa, as pessoas puderam identificar aspetos da sua própria personalidade e comportamentos, que anteriormente estavam ocultos ou eram difíceis de reconhecer. Este processo de "ver-se através dos olhos dos outros" foi uma poderosa ferramenta para o autoconhecimento e para a mudança comportamental, promovendo a empatia, permitindo que experimentassem as complexidades das relações humanas. "Às vezes achamos que só a nossa parte é que está certa. Mas ver agora desta perspetiva, realmente percebo o quanto se falha, seja aqui ou na família" (PM).



Figuras: 3, 4, e 5: Sessões de leitura e dramatização do "Auto da Barca do Inferno"

No final deste processo de trabalho, com inúmeros momentos de representação livre que proporcionaram entretenimento, lazer, risos e alegria, houve lugar à tomada de consciência das situações passadas, do presente e do futuro para onde se poderá caminhar. O teatro estimulou ainda a reflexão e a empatia entre os participantes e a comunidade. Ele não só serviu como uma forma de expressão artística, mas também como uma ferramenta poderosa para o crescimento pessoal e social dos envolvidos, para a consciencialização sobre a problemática dos consumos, bem como para a reflexão comparativa sobre as dinâmicas sociais entre o contexto

contemporâneo e o período vivido por Gil Vicente. Além disso, a comparação com a sociedade retratada nas obras de Gil Vicente permitiu uma reflexão sobre as similaridades e diferenças nas formas de opressão e marginalização. Através desta abordagem, os adultos puderam perceber que, assim como no tempo de Gil Vicente, ninguém está isento de vulnerabilidades e “vícios”, e que a compaixão, a empatia, perceber o outro, são essenciais para a construção de uma comunidade mais justa e solidária. A visualização de um vídeo recente numa plataforma digital, onde vários atores são entrevistados sobre essas mesmas diferenças sociais, serviu de mote para discussão e reflexão em grupo complementar.

Funcionar no papel dos outros, de acordo com Moreno, aumenta a nossa capacidade de os compreender (Abreu, 2006). Ao reconhecerem as suas próprias experiências e as experiências dos outros, os participantes foram incitados a agir como agentes de mudança e transformação das suas próprias vidas. Fizeram a ponte com a génese da criação das comunidades terapêuticas, designadas por “*SynAnonymous*” (os “pecadores anónimos”) e fizeram a sua reflexão analógica: quem deveria, afinal, seguir na “Barca” para o “Inferno”? E para o “Céu”? E porquê? O “Tone Canecos” tinha de ir para o “Céu”, comparando com todos os outros – à semelhança do “Parvo” na obra original, em relação aos outros personagens que tinham “vícios piores”. Geraram-se debates, reflexões e desenvolveu-se a capacidade argumentativa, concluindo-se, muitas vezes, que, tanto na época vicentina, como no caso das personagens criadas e adaptadas à atualidade (*influencers*, *TikTokers*, CEO de empresas, o voluntário, o erudito burro, o menino betinho...), estaríamos todos, no teatro social, também “viciados” em algo? A produção desta peça por parte dos adultos chegou a ter como propósito a sua apresentação pública, para consciencializar a sociedade para os estigmas e reivindicar os seus direitos, na junta de freguesia da localidade onde se situa a CT e, eventualmente, na ESE de âmbito educativo e formativo, mas, por questões relativas ao funcionamento da comunidade e a uma reflexão depois feita com o grupo, considerou-se inviável este desiderato.

Como anteriormente avançado, todo este processo de trabalho não pôde ser desenvolvido sem o suporte das sessões de diálogo, partilha e dinamização do grupo que acompanharam todo o Projeto. As dinâmicas de grupo realizadas ao longo deste percurso, na sala de reuniões da CT, desempenharam um papel fundamental para atingir os objetivos, propostos pelos adultos, de suporte terapêutico e de desenvolvimento pessoal e educativo.

Recorreu-se sempre às potencialidades dos elementos do grupo. Num dos casos, depois do visionamento de um vídeo remetendo para questão do “sentido da vida”, PB expõe as suas reflexões aos restantes e o debate flui entre as pessoas: “Foi muito intenso, eu já sabia algumas coisas do vídeo, mas nunca me tinha apercebido e nem refletido sobre outras coisas que ele diz” (T). Entre outros discursos, o J refere: “A gente aprende cada coisa, nunca tinha pensado nisto assim”. O PC, o S e o PJ concordam quando afirmam: “Não damos valor às coisas que temos, estamos sempre a reclamar de tudo” e “Podíamos sem mais unidos e criticar menos os outros, afinal estamos no mesmo barco, tal como na barca do inferno, todos temos pecados”. E acrescentam: “Se somos uma comunidade, temos de nos saber respeitar. Isto é uma passagem e ainda se pode sonhar, ter uma direção na vida, nada acaba aqui. Mas vamos muito abaixo facilmente. À mínima merda, fica tudo para o seu lado...”.

Atividade: Visualização de um vídeo e debate de grupo

Reflexões dos Adultos

Significado da Vida-Vídeo

Procura por um propósito maior.
Encontrar a felicidade nas pequenas coisas do dia a dia.
Deixar um legado positivo no mundo.
Fazer a diferença na minha vida e dos outros.
Viver cada dia com intensidade e aproveitar ao máximo as oportunidades.
Valorizar as pessoas que nos amam e os momentos simples da vida.

Desafios da Vida

Superar obstáculos e dificuldades. Lidar com perdas e deceções. Encontrar força para seguir em frente diante das adversidades.
Manter a esperança e o positivismo mesmo nos momentos difíceis. Aprender com os erros e tornar-se uma pessoa melhor.

Lições do Vídeo

“A importância de ter sonhos e objetivos” J. “A necessidade de agir para alcançar os seus sonhos” PC. “A importância de ser grato pelas coisas boas da vida” AR. “A importância de ajudar os outros” AL. “A importância de viver o presente” PM. “Reclamar menos, agradecer o que se tem, aprender com o passado para sonhar um futuro melhor” S

Impacto Pessoal

Motivação para procurar concretizar os seus sonhos e objetivos. Inspiração para ser uma pessoa melhor. Reflexão sobre o que realmente importa na vida. Consciência da importância de aproveitar cada momento. Gratidão pela vida e pelas pessoas que amam.

Tabela 4: Transformando Vidas: Lições e Reflexões dos Participantes



Figura 6: Exposição e explicação oral do B

A atividade de reflexão sobre o significado da vida, através da exibição de um vídeo e da posterior discussão em grupo, revelou-se um poderoso catalisador para o desenvolvimento pessoal dos adultos. A análise das respostas e o debate que emergiu, demonstra um aumento significativo da consciência sobre os próprios valores e da capacidade de encontrar significado das suas experiências. A criação deste espaço seguro para a expressão de sentimentos, partilha e a troca de experiências, perspetivas e saberes – diferentes do “balanço diário” suprarreferido, pois aqui sentiam-se mais autênticos e desinibidos –, contribuiu para a construção de conhecimento e de sentido de pertença comunitário, o que fortaleceu, também, os vínculos interpessoais.

Durante uma sessão na sala de reuniões, observei que os participantes mostravam sinais de apatia e desconforto, as cabeças ligeiramente caídas e bocejos, indicando tédio. Para criar um ambiente mais envolvente e coeso, propus um exercício que envolvia uma situação problema com chocolates. Levei diferentes tipos de chocolates, em número insuficiente ou desproporcional ao número de participantes, e lancei um desafio: o grupo precisava decidir como dividir os chocolates de maneira que ninguém fosse excluído.

Criar Boa Disposição e Coesão no Grupo	A atividade foi projetada para criar um ambiente agradável e promover a interação positiva entre os participantes.
Trabalhar a Equidade	O exercício incentivou os participantes a encontrar uma maneira justa de dividir os chocolates, considerando as necessidades de todos.
Promover a Tomada de Decisão em Prol do Bem Comum	Os participantes foram desafiados a tomar decisões que beneficiassem todo o grupo, em vez de apenas alguns indivíduos.
Desenvolver a Escuta Ativa	Para resolver o problema de forma eficaz, os participantes precisaram ouvir atentamente as ideias e preocupações dos outros.
Estimular a Liderança	A situação ofereceu oportunidades para que alguns participantes assumissem papéis de liderança, guiando o grupo na tomada de decisões.
Fomentar o Debate	A necessidade de decidir como dividir os chocolates gerou discussões e debates, promovendo o desenvolvimento de habilidades argumentativas e de negociação.
Aprimorar a Resolução de Problemas	O desafio de dividir os chocolates exigiu que os participantes pensassem de forma criativa e colaborativa para encontrar uma solução.
Preparar para a Pressão Social	Um cronómetro foi usado para simular a pressão de tomar decisões rapidamente, uma habilidade útil em muitas situações da vida real.



Figura 7: Recursos apresentados para sustentar o desafio

Os participantes conseguiram, de maneira consciente e colaborativa, resolver o problema de dividir os chocolates de forma justa. Este exercício não apenas trouxe boa disposição ao grupo, mas também proporcionou várias aprendizagens importantes. Foi um "momento doce" com muitas oportunidades de desenvolvimento pessoal e social. "Foi espetacular, conseguimos ser unidos e dividir tudo direitinho. Ninguém foi egoísta e pensaram no grupo" (MA).

Dimensão	Descrição
Objetivo Geral	Conscientizar sobre a importância da comunicação, trabalho em equipa e reflexão crítica.
Objetivos Específicos	Promover atenção, trabalho psicomotor, resolução de problemas, empatia, persistência e relacionamento interpessoal.
Público	Todos os residentes da comunidade terapêutica.
Materiais	Balões, música.
Desenvolvimento	Dinâmica de grupo com música, onde os participantes devem seguir instruções ao segurar os balões. Todos os balões continham um papel que cada elemento colocou dentro: "um problema" ou "uma preocupação".
Reflexão	Debate sobre a importância da comunicação, as consequências de não seguir instruções, a influência da inveja, da imitação, dos media e da busca por aprovação, a importância do pensamento crítico e a responsabilidade individual.
Resultados Esperados	Aumento da consciência sobre a importância da comunicação e do trabalho em equipa, desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica e fortalecimento do sentido de responsabilidade individual.
Reflexão e discurso direto	Temas
"Não escutar as instruções atentamente pode levar-nos a fazer o que não é suposto. Devemos lidar com os problemas, embora cada um no seu momento"(T)	Comunicação, atenção, importância de seguir regras.
"A inveja, por focarmos mais na vida dos outros do que cuidarmos da nossa. E também se pensarmos em todos os problemas ao mesmo tempo, vamos recair" (G)	Inveja, foco, autocuidado.
"A maldade do ser humano"	Natureza humana, bem e mal, ética.
"Um elemento iniciou o rebentar dos balões e os outros seguiram (força da imitação)"(PM)	Imitação, influência social, conformismo.
"Não devemos seguir impulsos, nem as maiorias; pensar por nós mesmos"	Pensamento crítico, autonomia, individualidade.
"A influência dos media na nossa visão de mundo"(PC)	Media, manipulação, construção da realidade.
"Fazer coisas pela aprovação dos outros"(PB)	Busca por aprovação, autoestima, identidade.
"Agir por impulso tem consequências que deixam marcas em nós e nos outros"(J)	Impulsividade, consequências, responsabilidade.
"Reflexão pessoal: precisamos pensar como estou no mundo, se eu estiver mal, todos vão pagar com isso"(M)	Papel social, responsabilidade individual, interdependência.

Tabela 5: Exemplo de Atividade prática; estruturação e análise das incidências



Figura 8: Trabalho de equipa na dinâmica do balão

A animação e a ludicidade estiveram muitas vezes presentes, até como forma de contrariar o ambiente mais sóbrio tantas vezes encontrado. Numa outra dinâmica de grupo, os participantes envolveram-se numa atividade prática, com cariz psicomotor, em que a manipulação de balões ao som de música os desafiava a seguir instruções e a cooperar entre si. A utilização de materiais simples, como balões e música, possibilitou a criação de um ambiente descontraído, mas de forte compromisso, promovendo a atenção e a atividade motora, mas também a resolução de problemas, empatia, persistência e fortalecimento do relacionamento interpessoal. Após a atividade, um debate promovido abordou temas fundamentais, como as consequências de não seguir instruções, a influência da imitação e a procura por validação social. A reflexão crítica sobre estes aspetos levou os participantes a uma maior consciência sobre o papel da comunicação e da responsabilidade individual nas suas interações diárias na comunidade, favorecendo assim o desenvolvimento pessoal. Os resultados incluíam, além do aumento da consciência sobre estes tópicos, o fortalecimento da capacidade de reflexão crítica e do sentido de responsabilidade individual, elementos essenciais para a convivência em comunidade, para o crescimento pessoal e social. “Não devemos pensar em todos os problemas em simultâneo, tem que ser um de cada vez. Porque, se nos focamos em todos, vai gerar ansiedade, frustração e lá vamos nós ao charco novamente” (PC).

Atividade- Desafio da Torre de Papel	Reflexões e Discussões
Construir a torre mais alta possível com materiais limitados (8 folhas de papel e 5 tiras de fita cola).	- Como os materiais limitados influenciaram as nossas decisões de projeto?
Trabalhar em grupos de 4 para alcançar um objetivo comum.	- Qual foi o papel de cada membro do grupo na execução da tarefa?
Desenvolver estratégias eficazes para construir uma torre estável.	- Quais foram as estratégias mais eficazes que utilizamos?
Testar e ajustar o projeto conforme necessário.	- Como lidamos com os desafios e obstáculos durante a atividade?

Utilizar o tempo disponível de maneira eficiente.	- Como o tempo afetou a nossa capacidade de planejar e construir?
Promover a criatividade e a inovação na construção da torre.	- Quais foram as ideias mais criativas que surgiram durante a atividade?
Fomentar a comunicação e colaboração dentro do grupo.	- Como a comunicação impactou a nossa capacidade de trabalho em equipa?
Encorajar o pensamento crítico e a resolução de problemas.	- Quais foram os desafios mais difíceis que enfrentamos e como os superamos?
Refletir sobre as decisões tomadas e os resultados alcançados.	- O que aprendemos sobre trabalho em equipa e colaboração?
Avaliar a torre final em termos de altura, estabilidade e estética.	- Como avaliamos o sucesso da nossa torre em relação aos objetivos?
Comentários no discurso direto	Comentários no discurso direto
"Eu não estava a entender se devia dobrar a folha ao meio, ou se podia dobrar a folha conforme foi dito. Mas como vi aquele ali a fazer isso, então copiei. Ao contrário do que aconteceu com a dinâmica do balão, onde todos foram atrás do mau exemplo, aqui procurei ir atrás do bom exemplo (falamos do conceito de <i>benchmarking</i>) (T). "eu olhei para o lado, vi como o colega estava a fazer, fez-me sentido e fui copiando, ao contrário da dinâmica do balão onde não fui atrás e protegi o meu, onde fui o último a ter o balão rebentado" (PJ)	"Sou sincero, estava-me a divertir, mas o facto de um colega me dizer que eu estava a fazer mal, deu-me vontade de desistir e desisti. Foi o que senti quando entrei na comunidade. Quando aqui entrei e ouvi alguns comentários deu-me vontade de ir embora. Foi o que senti" (G) "Podíamos ter falado mais uns com os outros. Faltou estratégia e cada um queria fazer de forma diferente" (PM)

Tabela 6: Exemplo de atividade prática, estruturação e análise- discursos



Figuras: 9, 10, e 11: Resolução da construção da torre-Trabalho em equipa

As dinâmicas de grupo geradas pelas atividades que, a título de ilustração, acima são descritas, foram de grande importância para todo o trabalho realizado. Juntamente com o incentivo dado pelo trabalho realizado pelo Centro Qualifica no local, em torno dos processos de RVCC, elas foram cruciais para possibilitar uma aposta clara e muito bem acolhida pelos participantes de desenvolvimento das competências digitais. Quis-se adotar aqui uma abordagem educativa abrangente, organizada de forma a desenvolver competências variadas, tanto no âmbito tecnológico, como nos planos pessoal e grupal. Através de uma sequência lógica de atividades,

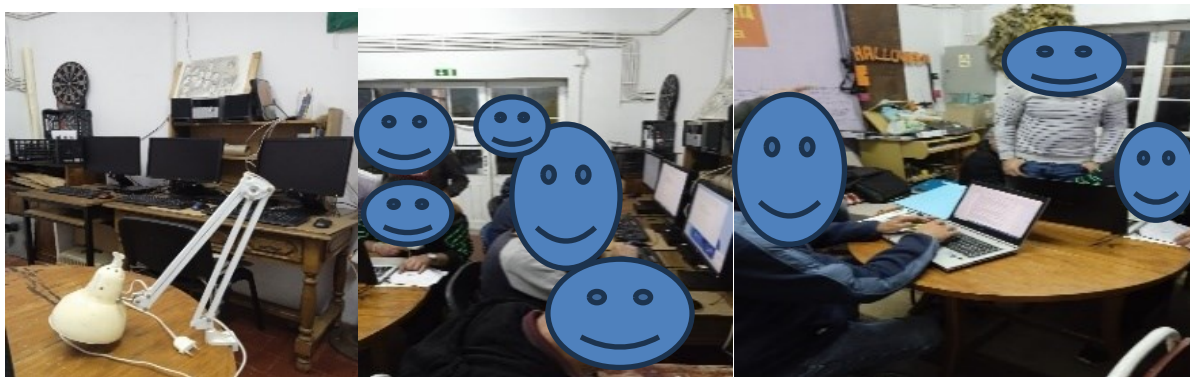
tentou-se fomentar a autonomia, a cooperação e uma prática ética no uso das TIC, enquanto se incentivou o desenvolvimento de competências práticas e críticas. Esta atividade reforçou a união e o espírito de grupo, basilares para a construção de um ambiente colaborativo e de aprendizagem mútua.

Foi colaborativamente que os participantes prepararam e organizaram uma “sala de informática”, com os (parcos) recursos que tinham disponíveis. Seguidamente, puderam usar a nova sala regularmente, sentando-se ao computador e aprendendo uns com os outros e com o apoio do educador. Os participantes tiveram acesso a ferramentas digitais essenciais para o mundo contemporâneo, com aprendizagens simples de utilização e manuseamento de programas básicos (aplicações do *LibreOffice*, *Microsoft Word*, *PowerPoint*). Trabalharam-se formas de navegação segura na Internet e a realização de pesquisas *online* de forma competente, consciente e informada. Esta promoção da literacia digital complementou-se com as devidas reflexões escritas, nas quais os participantes puderam expressar-se criticamente. O desenvolvimento de competências organizacionais, conquistado através da organização e estruturação dos trabalhos, que ensinou a gerir materiais de estudo e a criar portefólios pessoais, depois mobilizados nos processos de RVCC, foi evidente. Os manuais de TIC, por sua vez, configuraram-se como recursos facilitadores de aprendizagem contínua e autónoma, sustentada em conteúdos teóricos e práticos que solidificaram o conhecimento adquirido e deram oportunidade de elucidação e atualização aos que já possuíam algum conhecimento, embora algo esquecido. As atividades de edição de texto e introdução aos motores de busca preparou as pessoas para o domínio da formatação de documentos, a digitação de texto e realização de pesquisas, com vista à elaboração de um jornal digital¹⁰ da comunidade, com recurso a plataformas de acesso livre (*Padlet*, *Webnode*, *Canva*), sem descurar a segurança da informação e a análise das fontes. Os mentores – isto é, membros do grupo com mais conhecimento e habilidade neste domínio – sensibilizaram, também, para as ameaças digitais e para a aprendizagem de boas práticas básicas de segurança de dados e proteção das suas informações pessoais, “pegada digital” e uso crítico das redes sociais.

¹⁰ Na impossibilidade de anexar os links de acesso ao jornal digital, escolheram-se ficheiros em formato de fotografia, de forma a evidenciar este trabalho. Ver Anexo

Atividade	Objetivos	Aprendizagens
Mentoria e Autoaprendizagem	Desenvolver a capacidade de autoaprendizagem. Promover o trabalho em equipa e a colaboração. Fomentar a união e o espírito de grupo.	Habilidades de autoaprendizagem e autonomia. Valorização da cooperação e do trabalho em grupo. Importância da coesão e do apoio mútuo no processo de aprendizagem.
Utilização de Computadores	Proporcionar acesso a ferramentas digitais. Desenvolver habilidades básicas de informática. Aprender a navegar na internet e pesquisar informações.	Uso de computadores e softwares essenciais (ex: <i>LibreOffice</i>). Alfabetização digital e familiarização com sistemas operacionais. Competências em navegação na <i>web</i> e pesquisa online.
Reflexões Escritas e Dinâmicas de Grupo	Estimular a reflexão crítica e a expressão escrita. Promover o autoconhecimento e a introspeção. Incentivar a expressão de pensamentos e sentimentos.	Habilidades de escrita e reflexão crítica. Desenvolvimento do autoconhecimento e da introspeção. Capacidade de articular ideias e sentimentos por escrito.
Organização de Trabalhos	Ensinar a organizar materiais de estudo. Preparar para a criação de portfólios pessoais.	Competências de organização e gestão de documentos. Habilidade de criar e manter um portfólio organizado.
Manuais de TIC	Fornecer material de apoio para a aprendizagem em TIC. Promover o estudo autónomo e contínuo.	Acesso a conteúdos teóricos e práticos sobre TIC. Valorização da aprendizagem autónoma e contínua.
Edição de Texto e Introdução aos Motores de Busca	Ensinar a utilizar editores de texto (ex: <i>LibreOffice</i>). Familiarizar com a utilização de motores de busca.	Competências em edição de texto e formatação de documentos. Habilidades de pesquisa eficiente na internet.
Segurança da Informação	Sensibilizar sobre ameaças cibernéticas. Ensinar práticas básicas de segurança de dados.	Consciência sobre <i>malware</i> , vírus e práticas de segurança <i>online</i> . Medidas de proteção de dados pessoais e segurança <i>online</i> .
Desenvolvimento Pessoal e Habilidades de Aprendizagem Contínua	Fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional. Incentivar a aprendizagem ao longo da vida.	Habilidades de autoaperfeiçoamento e desenvolvimento contínuo. Valorização da aprendizagem contínua e adaptação às mudanças.
Ética Digital	Promover a consciência sobre questões éticas no uso da tecnologia. Ensinar a importância do comportamento ético <i>online</i> .	Compreensão das questões éticas como <i>cyberbullying</i> , pedofilia nas redes sociais e extorsão. Práticas éticas no uso da tecnologia e respeito às normas digitais.

Tabela 7: Atividades de desenvolvimento de competências digitais- síntese



Figuras: 12, 13, e 14 Alfabetização digital- atividades com os mentores

Os manuais de TIC, por sua vez, configuraram-se como recursos facilitadores de aprendizagem contínua e autónoma, sustentada em conteúdos teóricos e práticos que solidificaram o conhecimento adquirido e uma elucidação aos que já possuíam algum conhecimento, embora já esquecido. As atividades de edição de texto e introdução aos motores de busca preparou as pessoas para o domínio da formatação de documentos, a digitação de texto e realização de pesquisas, o jornal digital com recurso a plataformas de acesso livre (*padlet, webnode, canva*), sem descuidar a segurança da informação e as fontes. Os mentores sensibilizaram, também, para as ameaças digitais e para a aprendizagem de boas práticas básicas de segurança de dados e proteção das suas informações pessoais, a pegada digital e uso crítico das redes sociais.

O plano incluiu a importância da aprendizagem ao longo da vida, preparando os indivíduos para se adaptarem às mudanças constantes no mundo digital. As fotografias e ilustrações incluídas neste relatório são (apenas algumas) representações das imensas e diversas atividades realizadas pelos participantes ao longo do Projeto. Estas imagens, além de documentarem o processo de alfabetização digital, intencionavam dar vida às dinâmicas envolvidas, oferecendo uma perspectiva visual do progresso alcançado ao longo das sessões.

7. AVALIAÇÃO DO PROCESSO E RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

O trabalho em torno da obra clássica "Auto da Barca do Inferno" e as dinâmicas de leitura e escrita, de expressão oral e corporal que desse trabalho resultaram foram fundamentais para reconectar os adultos com o prazer da leitura, enquanto se aprimoraram as suas competências de comunicação e expressão. Paralelamente, todas as dinâmicas de grupo, envolvendo música¹¹, pintura, dança¹² e outras formas de expressão artística (por exemplo, na atividade associada ao Carnaval, a arte plástica dos adultos na construção de máscaras, trabalhadas com cartão e materiais recolhidos nos espaços ajardinados), incentivaram a criatividade e a autoestima dos participantes, reforçando a sua capacidade de autoexpressão e o sentido de grupo e de colaboração.

Estas atividades tiveram ressonância profunda nos adultos, como ilustram os relatos dos participantes, que destacam a melhoria da comunicação interpessoal, dos seus relacionamentos na comunidade e o fortalecimento do trabalho em equipa. "Aprendemos a trabalhar em equipa para alcançar um objetivo comum", disse o IL. Outro discurso de um adulto inicialmente pouco predisposto para a participação: "Sente-se as pessoas com uma postura de maior colaboração e menos competição" (PC). O T corrobora esta opinião, frisando que "Melhorámos a capacidade de resolver conflitos, não acusamos os outros logo, esperamos e damos a oportunidade de as pessoas falarem e dizerem o que pensam". E acrescenta: "há menos individualismo desde que se iniciarem estas dinâmicas na sala".

Atividades como a "Dinâmica da Torre de Papel" e o "Debate e Argumento-Os problemas dentro do balão", antes descritas, proporcionaram aos participantes a oportunidade de refletir sobre as suas emoções, aprender a gerir conflitos, a identificarem os seus gatilhos e a tomar decisões de forma mais consciente e assertiva. Um dos participantes fala no desenvolvimento de "habilidades para resolver conflitos de forma pacífica e construtiva" (PM). "As atividades proporcionaram um ambiente de entajuda, onde todos aprendemos ao nosso ritmo" (B).

¹¹ Uma imagem bem ilustrativa destes momentos de expressão musical, de interação, diversão e convívio, que fortaleceu muito o espírito de grupo, está disponível no Anexo S.

¹² Ver, por exemplo, a celebração do "Carnaval - Diversidade cultural" - Anexo R.

O trabalho muito importante de promoção das competências digitais, através de atividades como a realização do jornal comunitário em formato físico¹³ e digital, foram muito importantes. As oficinas de “alfabetização e literacia digital” permitiram que os adultos desenvolvessem competências de pesquisa, edição de texto, imagem e vídeo, promovendo uma maior autonomia no uso das tecnologias. Recolhiam as notícias CT, contactavam e “entrevistavam” os técnicos sobre os seus percursos, ficando dessa forma a conhecer melhor as pessoas, descobriam novas possibilidades de comunicação. Numa conversa com a enfermeira da CT, “entrevistada” no âmbito do mencionado jornal comunitário, um participante questionou: “Então, senhora enfermeira, é difícil ser entrevistada, não é? Então imagine quando somos nós a ter de ir ao centro, a fazer teatro, a expor o que sentimos...” (MI).

O trabalho em torno das competências digitais beneficiou da presença e parceria do Centro Qualifica, que ali promoveu processos de RVCC, mas foi também fundamental para despertar o interesse de outros adultos e de os motivar para abraçar os desafios daquela iniciativa. Alguns concluíram neste período o processo, obtendo diplomas do ensino básico ou secundário (1), e alguns deram continuidade ao seu percurso formativo mesmo após alta clínica (2); outros envolveram-se e continuaram os processos de RVCC para lá do projeto (7). Um participante relatou: “Aprendemos a pesquisar informações na Internet de forma crítica e responsável. É preciso muitos cuidados nestas coisas” (J). Evidenciava-se a importância da inclusão digital na formação de cidadãos conscientes e preparados para os desafios da sociedade atual: “É a era das *fake news*, então andam aí uns certos canais que aquilo até mete dó. São sensacionalistas, como já tinha visto em Inglaterra” (PM).

Ao longo das atividades, observou-se um progresso gradual no domínio das tecnologias, na capacidade de expressão e na construção de uma identidade pessoal mais sólida, assente na autoestima e no reconhecimento das suas competências, há muito esquecidas. As sessões de trabalho neste âmbito tiveram sobretudo um foco na aprendizagem colaborativa: todos os participantes contribuíram para o crescimento uns dos outros, num ambiente de partilha e entreajuda, designadamente através da mobilização de “mentores”, participantes no projeto que tinham maior conhecimento de informática e que, por isso, colocavam essas mesmas potencialidades ao serviço dos outros e do grupo. Os resultados foram visíveis nas melhorias

¹³ Imagens ilustrativas da criação do jornal físico, que implicou a divisão de grupos por áreas de interesse, como política, desporto e saúde, informação comunitária e parte recreativa e lúdica no Anexo N.

significativas de cada participante ao nível das competências digitais, mas também no reforço dos laços sociais e no sentimento de pertença a uma comunidade ativa e solidária¹⁴. No final, a maioria dos adultos participantes (15)¹⁵ obteve um certificado de participação relativo a seis meses de participação na oficina de competências digitais, um certificado eminentemente simbólico, mas conferido pelo Centro Qualifica e que ajudou a reconhecer o esforço e trouxe um aumento na sua confiança e capacidades.

A intervenção realizada trouxe resultados no âmbito educativo, mas também terapêutico, criando um ambiente de transformação pessoal e social. Nas palavras da Diretora Técnica e psicóloga da CT: “É muito interessante perceber depois, nas sessões individuais e nos balanços, que o que o Rodrigo trabalha juntamente com os adultos está tão interligado com a componente terapêutica. Com o projeto, eu praticamente nem necessito de trabalhar com eles, tirou-me um peso enorme de cima” (S). Com efeito, considera-se que o projeto permitiu melhorar a experiência e tratamento dos adultos presentes na CT, através de uma intervenção mais integrada, ligando educação e terapia de forma sinérgica. A tabela seguinte sintetiza os elementos de avaliação recolhidos durante o processo de trabalho.

Os dados de avaliação da intervenção educativa, organizada em três eixos de atuação

No âmbito das **competências socioemocionais, leitura, escrita, expressão oral e corporal**, foram realizadas várias atividades, incluindo a encenação da obra clássica *Auto da Barca do Inferno*, dinâmicas de leitura e escrita, e oficinas de expressão artística, que envolveram música, pintura, desenho, canto e dança. Estas atividades permitiram desenvolver a comunicação interpessoal, o trabalho em equipa, a criatividade, bem como as competências de leitura, escrita e expressão oral. De acordo com os participantes, *“desenvolvemos a capacidade de comunicar de forma eficaz uns com os outros” (PC)*, e estas atividades ajudaram a estimular a criatividade e a capacidade de expressão artística. O teatro, em particular, proporcionou um espaço para a exploração de emoções e sentimentos, contribuindo para uma experiência de autoconhecimento. Entre os resultados observados, destaca-se a elaboração da exposição do Mês da Liberdade, apresentada à comunidade. As evidências incluem relatos dos participantes, observações do educador e produções artísticas criadas pelos adultos, como pinturas, desenhos e músicas.

¹⁴ Foram vários os momentos de convívio e confraternização com todos os presentes na CT, adultos e equipa técnica; e também com as entidades parceiras do projeto – Anexo T.

¹⁵ Os certificados de alfabetização digital são independentes dos processos de RVCC. Nem todos os adultos se encontravam a fazer RVCC mas todos estavam envolvidos na alfabetização digital

No eixo das **competências pessoais, prevenção de recaída, diversidade cultural e cidadania**, foram implementadas várias dinâmicas de grupo, como a "torre de papel", "cordão humano" e "a música da minha vida", que visaram promover o autoconhecimento, a empatia, a resolução de conflitos, a tomada de decisão e o trabalho em equipa. Os participantes relataram um aumento significativo no autoconhecimento e na compreensão das próprias emoções, com melhorias nas suas habilidades de empatia e resolução pacífica de conflitos. Um participante comentou: *"desenvolvemos um maior autoconhecimento e compreensão das nossas próprias emoções"* (PB), enquanto outro afirmou que *"estas dinâmicas contribuíram para criar um ambiente colaborativo, de pertença e sentido de comunidade"* (PCar). As evidências deste processo incluem relatos dos participantes, observações do educador, avaliações de desempenho e a elaboração de planos de vida individuais, demonstrando a aplicabilidade das competências adquiridas.

No que toca às **TIC e competências digitais**, foram realizadas atividades digitais como a criação de um jornal digital, processos RVCC, e pesquisas autónomas sobre temas relacionados com a cidadania, como liberdade, direitos e deveres. Estas atividades visaram desenvolver a alfabetização digital, competências de pesquisa na internet, criação de conteúdo digital e colaboração *online*. Os participantes destacaram a melhoria das suas competências digitais, com um participante mencionando: *"desenvolvemos habilidades básicas de informática e acesso à internet"* (PM), enquanto outro reconheceu a importância da pesquisa crítica: *"aprendemos a pesquisar informações na internet de forma crítica e responsável"* (AR). Além disso, as atividades digitais proporcionaram um ambiente interativo e colaborativo, onde todos puderam aprender ao seu ritmo. Os progressos dos participantes, que inicialmente apresentavam grandes dificuldades em leitura, escrita e manuseamento de tecnologias, foram evidentes, culminando na obtenção de certificados de conclusão de cursos e oficinas digitais por 15 adultos. Entre as conquistas mais significativas, quatro adultos ingressaram no RVCC para obtenção do B3 (9.º ano de escolaridade), um terminou o RVCC nível secundário (12.º ano) e dois deram continuidade nos pós alta clínica para este nível. Um adulto obteve ingresso no nível 5 como formador.

Além disso, o eixo de **competências socioemocionais** incluiu dinâmicas vivenciais e reflexivas, explorando sentimentos, valores e crenças. A orientação vocacional ajudou os participantes a identificar aptidões e a construir um projeto de vida. As atividades focaram o autoconhecimento, a melhoria na gestão das emoções, a resolução de conflitos e a definição de metas. Os relatos dos participantes e as observações do educador indicam um fortalecimento da autoestima e do sentido de identidade, culminando na criação de planos de vida exequíveis, dentro das possibilidades de cada adulto.

Finalmente, no eixo **tecnologias da informação e comunicação e impulsionando a reinserção social**, foram promovidas oficinas de alfabetização digital, criação de conteúdo e apoio à conclusão do ensino básico e secundário. Estas atividades visaram a inclusão digital, permitindo aos participantes adquirir autonomia no uso de computadores, navegação na internet e criação de conteúdo digital, como *blogs* e

vídeos. Houve um claro aumento da autonomia entre os participantes, que relataram melhorias na sua capacidade de manuseamento destas ferramentas à medida que avançavam nas oficinas digitais. As evidências incluem relatos dos participantes, relatos dos técnicos, observações do educador, grau de satisfação, avaliações de desempenho e certificados de conclusão de cursos, demonstrando o impacto positivo da intervenção.

Resumidamente, esta intervenção educativa teve um impacto significativo na vida dos participantes, promovendo o desenvolvimento pessoal, a inclusão digital e a cidadania, e simultaneamente a articulação entre estes três eixos, contribuiu para a construção de um projeto de vida sustentável e orientado para a reinserção social. *“Rodrigo, vou trabalhar para o talho do meu filho e ele quer que eu vá para a caixa. Aquilo agora é tudo digital, não é como no meu tempo. Estou com medo e ansioso, mas agora que tenho estado aqui nos computadores e a fazer de repórter a mexer nestas coisas, já me sinto mais confiante” (PJ).*

A presente secção do relatório termina com um conjunto de elementos de avaliação comunicados numa conversa informal intencional com a técnica (realizada perto do término do percurso), a assistente social (M) que trabalha nesta CT¹⁶ e que acompanhou a transição entre o antes e o pós Projeto:

Os adultos passam bastante tempo aqui e é essencial cultivá-los de alguma forma. Não basta resolver questões judiciais, financeiras e familiares para que possam retornar às suas vidas. Se voltarem sem novas competências ou se usaram as que já possuem, enfrentarão grandes desafios e dificuldades. Muitos já têm profissões, mas, ao longo dos anos de dependência, acabam por perder, ora trabalhando, ora não. Projetos como este, que trabalham competências em vários níveis, são fundamentais. Desde o início, ficou claro que o sucesso deste projeto vem da vontade dos próprios adultos. Quando algo surge deles, os benefícios são evidentes. A continuidade desses é essencial e não há outra forma de garantir uma reabilitação completa e eficaz (M).

¹⁶ As declarações de M estão, na íntegra, no Apêndice H.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto “Nós e as Nossas Circunstâncias” procurou dar resposta às necessidades sociais e educativas identificadas pelo respetivo grupo de participantes, um conjunto de 17 homens em tratamento numa Comunidade Terapêutica do Grande Porto. Os interesses de cada adulto foram considerados em todos os momentos e a sua participação e decisão ativa guiaram as ações desenvolvidas. Tantas vezes apontados como agentes sem motivação e sem rumo, os participantes neste Projeto – adictos em tratamento – souberam mobilizar-se e organizar-se e cumpriram um caminho difícil e irregular, mas um caminho de partilha e aprendizagem mútua, que ajudou a reforçar um sentimento de comunidade e a coesão grupal, ao mesmo tempo que dava ferramentas de gestão das emoções, de trabalho em equipa, de pacificação e melhoria das relações interpessoais e de ressignificação de trajetórias e projetos, essenciais para o sucesso do processo terapêutico.

É evidente que o quotidiano das pessoas integradas numa comunidade terapêutica é muito exigente e volátil e depara-se com bastantes limitações e constrangimentos, especialmente em matéria de saúde, mas também nos domínios familiar, judicial e de relacionamentos em geral. Por vezes, a falta de recursos e meios despoleta sentimentos de frustração e até de agressividade, que desencadeiam “gatilhos”, reforçam o “*craving*” e geram vontade de desistir do tratamento – como aconteceu, neste caso, algumas vezes, e de forma abrupta. Em contextos como este, o educador tem um papel central e muito desafiante, devendo evidenciar sensibilidade, empatia, paciência e resiliência. Ele pode, com efeito, fazer a diferença. A compreensão deste papel e da sua relevância não significa esconder uma outra questão, que é a da necessidade de mais meios e de recursos humanos capacitados, para que a ação possa ser integrada e continuada e para que os utilizadores destas instituições possam encontrar ali, de forma efetiva, suporte para reconstruir os seus projetos de vida. Há ainda muito a fazer neste plano, e o desenvolvimento de projetos deste tipo, sendo vantajoso, não permite superar estas lacunas. É tremendamente difícil potencializar e rentabilizar as possibilidades destas pessoas colocando o ónus da responsabilidade nelas próprias, sem atender ao suporte de que necessitam e sem considerar as enormes fragilidades com que chegam a estes locais de tratamento. Como referiu o T: “Cheguei aqui de rastos, sem esperança, sem força, sem vontade, a chorar todos os dias. A minha

autoestima e vontade de viver foram todas por água abaixo. Só me agarrei à fotografia do meu filho, que ainda é pequenino”.

Apesar de todas as dificuldades mencionadas, e de saber que seria apenas uma pequena parte de uma estrutura de tratamento mais ampla, o Projeto aqui relatado não partiu “derrotado”. Acreditou no potencial do grupo e usou o caminho da educação e a vontade de conhecimento como motores de uma ação transformadora. O percurso realizado foi demonstrativo da capacidade de reinvenção e da sede de aprendizagem que persiste ao longo da vida dos adultos, que percebem bem a relevância do desenvolvimento pessoal e social para a construção de um caminho de novas oportunidades e a (re)construção de um projeto de vida com sentido. Ao mesmo tempo, o Projeto mostrou a importância de conciliar, em locais como este, intervenção socioeducativa com intervenção terapêutica.

Construiu-se uma comunidade de aprendizagem, uma comunidade de aprendentes. A leitura e a escrita, ferramentas-base da aprendizagem, foram também recursos para a interação, o diálogo, o entretenimento, o desenvolvimento da criatividade e a (re)descoberta das capacidades. O prazer de ler e escrever cresceu e tornou-se gratificante. Construiu-se uma sala de TIC, aproveitando um espaço inutilizado da CT. Nela, aprendeu-se em conjunto, cada um ao seu ritmo, mas sempre de forma dialogante e colaborativa, destacando responsabilidades e fomentando lideranças, através dos processos de mentoria apoiados naqueles que mais conhecimentos e capacidades detinham. Discutiu-se e promoveu-se a cidadania. Em várias sessões temáticas, abordaram-se direitos e deveres fundamentais, falou-se de política e das eleições, recordou-se o conteúdo e a importância da Constituição da República Portuguesa, dinamizou-se o debate aberto entre todos.

A CT abriu-se ao exterior, aprofundou as suas relações com parceiros institucionais e a comunidade envolvente. Os participantes, motivados pelo desenvolvimento da expressividade e do pensamento criativo, em resultado das atividades de expressão dramática, quiseram “brincar ao faz-de-conta” e prepararam uma Festa de Carnaval, com a recriação de quatro Carnavais diferentes (Carnaval de Nova Orleães, Carnaval de Veneza, Carnaval do Rio de Janeiro e Carnaval de Torres Vedras). Aprenderam-se coisas novas sobre outras realidades e culturas e preparou-se um momento partilhado de convívio e boa disposição, a que não faltaram o pessoal da CT e as entidades parceiras do Projeto. Toda a gente que quis participar, participou, independentemente

da sua condição: “Estive aqui três vezes nesta comunidade, este é o quarto tratamento, e sou dos mais velhos da casa. Nunca me diverti tanto” (J).

Caminhou-se de forma coletiva, sempre na linha filosófica freiriana, em busca de uma “pedagogia da autonomia”, apoiada no comprometimento, na proximidade, na ética e nos valores democráticos. Sem deixar de reconhecer obstáculos e dificuldades, adotou-se uma atitude esperançosa. Não no sentido de “esperar”, mas no sentido de “ir atrás”, de forma ativa, dialógica e paciente, promovendo a escuta ativa do outro, com respeito pela alteridade. Com coerência ética (o educador pratica o que ensina) e tentando ter sempre generosidade e humildade intelectual (o educador partilha o seu conhecimento; porque se educa também, questiona aquilo que não sabe, reconhece que não sabe tudo e reconhece que saberá muito mais aprendendo com o outro).

O mote do projeto e deste relatório, encontrado algures a meio do percurso, dá conta do caráter coletivo e partilhado das atividades e evidencia o educador inserido na comunidade, o educador mergulhado naquelas circunstâncias concretas (não “Eu”, não “Eles”, mas “Nós”). “Nós e as Nossas Circunstâncias” é uma divisa decorrente da famosa expressão “Eu sou eu e a minha circunstância; e, se não a salvo a ela, não me salvo a mim”, que sublinha um aspeto essencial da filosofia de Ortega y Gasset (citado em Magalhães *et al.*, 2018). Destaca-se a indissociabilidade entre o Eu e o espaço-tempo que o Eu habitou e habita, bem como a necessidade de operar sobre este espaço-tempo, para assim transformar a relação entre as partes. Não podemos entender o ser humano isoladamente das suas circunstâncias, e estas incluem a cultura, a história, a família, a sociedade e todas as influências externas e eventos (traumas) que moldam a nossa experiência de vida (Maté, 2012).

A noção de “ressignificação”, que o trabalho desenvolvido no quadro deste projeto visou, é entendida aqui como processo pelo qual interpretamos e transformamos as nossas circunstâncias, implicando, portanto, essa relação dinâmica entre o sujeito e o seu contexto. As circunstâncias não são estáticas, não são fatais; elas são continuamente reinterpretadas e podem ser recriadas pelos sujeitos. Os eventos traumáticos, por exemplo, podem ser vistos como barreiras, mas eles podem também ser ressignificados, tornando-se fonte de força, resiliência e motores de mudança. Considerou-se este processo de ressignificação como fundamental para a (re)construção da identidade e dos projetos de vida das pessoas (Maté, 2012), e quis-se que este

projeto contribuísse para a ressignificação necessária dos eventos e momentos vividos por estes homens antes e durante a sua entrada na comunidade terapêutica.

Os projetos de vida, planos e aspirações que as pessoas estabelecem dentro das suas circunstâncias são uma resposta ativa e criativa às condições de vida. Em vez de serem meramente moldadas pelas circunstâncias, as pessoas podem moldar a sua própria trajetória, atuando sobre o mundo ao seu redor (Maté, 2012). Este processo envolve uma combinação de escolha pessoal e adaptação às realidades externas. Ortega y Gasset (citado em Magalhães *et al.*, 2018) coloca o indivíduo no centro da sua análise, reconhecendo a complexidade e a singularidade de cada um. Também aqui se entendeu o ser humano não como uma entidade abstrata, mas como um ser concreto, imerso numa rede de relações e influências. Quis-se fazer um apelo à compreensão profunda de si mesmo, na relação com o mundo, e à ação consciente e deliberada na procura de uma vida significativa. As pessoas não são necessariamente vítimas passivas do destino, têm a capacidade e o dever de atuar sobre o seu contexto. A vida exige criatividade e adaptação contínua e cada circunstância pode ser reinterpretada e transformada numa oportunidade para crescimento e desenvolvimento e para a definição de projetos de vida renovados. O que não significa, como parecem fazer crer algumas perspetivas “filosóficas” individualistas, hoje muito veiculadas, que este processo possa ser feito de forma isolada, como simples ato de vontade individual. A transformação das circunstâncias de cada um é, necessariamente, um ato coletivo, como este Projeto procurou ajudar a mostrar, em que a educação – desenvolvida em todos os espaços e em todos os momentos e contextos da vida – desempenha papel central.

REFERÊNCIAS

- Abreu, A. B. (2011). *Vinculação e estratégias de coping em toxicodependentes e população normativa: um estudo comparativo* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas). <http://hdl.handle.net/10400.6/2741>
- Abreu, P. J. L. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano* (3ª ed.). Climepsi Editores.
- Agasso, D., Agasso, R., & Agasso Junior, D. (2015). *Dom Bosco: Uma história para todos os tempos* (D. Hilário Moser, Trad.). EDB.
- Agra, C. (1986). *Science, maladie mentale et dispositifs de l'enfance. Du paradigme biologique au paradigme systémique*. INIC. (Trabalho original publicado em 1983).
- Agra, C. (2000). *Entre droga e crime: Atores, espaços, trajetórias*. Editorial Notícias.
- Agra, C. (2008). *Entre droga e crime* (2ª ed.). Casa das Letras.
- Barros, R. (2018). Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. *Educação e Pesquisa*, 44, e173244. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201844173244>
- Bertão, A. (2008). *Eu e o Outro ou o Encontro comigo na cadeira do Outro: Processos Identificatórios e Mudança* (Lição não publicada apresentada no âmbito da candidatura ao concurso de provas públicas para professor-coordenador da ESE. P-Porto).
- Bloch, S. (1999). Um pioneiro na pesquisa em psicoterapia: Aaron Beck. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 855-867.
- Boal, A. (2014). *Teatro do oprimido: e outras poéticas políticas*. Editora Cosac Naify.
- Borges, C. J. P. (2010). *O debate internacional sobre competências: explorando novas possibilidades educativas* (Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo).

- Borges, S. A. C., Santos, M. L. R., & Porto, P. N. (2018). Discurso jurídico-moral humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. *Saúde em Debate*, 42(117), 430-441. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811707>
- Borges, A., & Goodman, L. (2019). Considering poverty in the therapeutic process: Experienced therapists' adaptations. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(3-4), 447-469. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1589420>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Boutinet, J. P. (1997). *Antropologia do projecto*. Instituto Piaget.
- Boutinet, J. P. (2002). *Antropologia do projeto* (2ª ed.). Instituto Piaget.
- Bourdieu, P. (1999). *A miséria do mundo* (Vol. 1). Edições Ákal.
- Braz, M. (2012). Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: Questões e polêmicas. *Serviço Social & Sociedade*, 111, 468-492. <https://doi.org/10.1590/S0101-6628201200030000>
- Brinca, J. (2017). *O serviço social nas equipas de rua: Modelo(s) de prática(s)* (2ª ed.). Edições Esgotadas.
- Brito, S. (2020). *Emoções e dependência de substâncias psicoativas em consumidores de longa duração* (Tese de doutorado). <http://hdl.handle.net/10400.26/34406>
- Campos, M. L. (2015). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção em indivíduos toxicodependentes institucionalizados* (Dissertação de mestrado, IUMaia). <http://hdl.handle.net/10400.24/389>
- Capucha, L. (Coord.). (2008). *Planeamento e avaliação de projectos: Guia prático*. Ministério da Educação, Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa.

- Cardoso, R., & Moreira, D. (2017). Da Educação à Intervenção Social: a construção do conhecimento na transformação da realidade. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 20(5), 102–106 <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2373>
- Carvalho, A. D., & Baptista, I. (2004). *Educação social – Fundamentos e estratégias*. Porto Editora.
- Cavaco, C. (2007). Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências: complexidade e novas atividades profissionais. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*, (2), 21–33. <http://hdl.handle.net/10451/32072>
- Cavaco, C. (2022). Políticas públicas de educação de adultos em Portugal: Inovações e desafios. *Educar em Revista*, 38, e82009. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.82009>
- Carvalho, F., & Mucharreira, P. R. (2020). Educação Social: Uma Permanente (Re) Construção Pessoal E Social. *Di@ Logus*, 9(1), 77–89.
- Costa, S. F. (2009). As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serviço Social em Revista*, 11(2), 1–14.
- Coelho, M. P. (1993). *Toxicodependência: A liberdade começa no corpo*. Fim de Século.
- Congresso Internacional de Administração. (2024, 10–12 de janeiro). *Anais do Congresso Internacional de Administração*. Instituto Comportamentos Aditivos e Dependências, I.P. (ICAD Portugal).
- Cosme, A., & Trindade, R. (2001). *Área de projecto*. Asa Editores.
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação–acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII, 455–479. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10148>
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.

- Coutinho, C. P. (2016). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Leya.
- Delors, J. (1996). *Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Educação um tesouro a descobrir*.
- Dominicé, P. (2019). Biographie éducative. In C. Delory-Momberger (Dir.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 292-295). Téraèdre.
- Emerenciano, A. (2010). O Professor e os Axiomas da Comunicação Humana de Watzlawick, Beavin e Jackson. *Revista De Humanidades (Descontinuada)*, 17(1). <https://doi.org/10.5020/23180714.2002.17.1.%>
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi.
- Fernandes, J. L. (1990). *O sítio das drogas: Etnografia urbana dos territórios psicotrópicos* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). <https://hdl.handle.net/10216/56439>
- Fernandes, J. (1993). Droga enigma, droga novo paradigma. Em C. Agra, J. Marques Teixeira, J. Negreiros, & J. Fernandes (Eds.), *Dizer a droga ouvir as drogas: estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo* (pp. 55-86). Radicário.
- Fernandes, L., & Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em "bairros degradados": etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicodependências*, 16(2), 15-27.
- Fernandes, L. (2011). A exclusão social como revelada das relações entre violência estrutural e violência cotidiana. *Quaderns-e do Instituto Català d'Antropologia*, (19)(1), 175-186.
- Fernandes, L. (2011). Do estereótipo à visão fenomenológica: Análises sobre o "agarrado". *Toxicodependências*, 17(1), 17-31.
- Ferreira, C. (2013). *Voluntário: nova referência na intervenção comunitária* (Tese de doutoramento). [Incluir o nome da Universidade aqui, se souber].

- Ferreira, A. M. O. (2015). *Da dependência à independência: O papel da família no processo de reinserção do toxicodependente e alcoólico* (Dissertação de mestrado). UMinho.
- Fernandes, R., & Ventura, C. (2018). O auto-estigma dos usuários de álcool e drogas ilícitas e os serviços de saúde: Uma revisão integrativa da literatura. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(3), 177-184. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000367>
- Filho, J. R., & Costa, M. V. D. (2017). Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(spe1), 86-96.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra.
- Freire, P. (2006). *Pedagogia da esperança*. Paz e Terra.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 15(1), 94-115.
- Lacerda, L. F. (2013). Sociologia Crítica: ensaio sobre perspectivas históricas e manifestações atuais. *Diálogo*, (23), 61-76.
- Lima, R. (2003). *Desenvolvimento levantado do chão... com os pés assentes na terra* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto.
- Lima, L. D. (2018). Teoria humanista: Carl Rogers e a educação. *Caderno de Graduação*, 4(3), 161-171.
- Lima, L. C. (2011). *Crítica da educação indecisa: a propósito da pedagogia da autonomia de Paulo Freire*. <https://hdl.handle.net/1822/15086>
- Magalhães, C. K., Silva, F. A. D., & Caldeira, G. (2018). A circunstância em José Ortega y Gasset: aproximações ao inconsciente junguiano. *Psicologia USP*, 29, 58-66.

- Mata, S. & Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-25. <http://www.gjcphp.org>
- Mata, S. (2020). Revisitação aos atores e territórios psicotrópicos do Porto: Olhares etnográficos no espaço de 20 anos. *Civitas–Revista de Ciências Sociais*, 19, 195–212.
- Mata, S. (2023). *Atores do pó na idade da pedra: uma etnografia urbana das drogas*. Livros Outro Modo.
- Mateus, E. (2020). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: Revista de educação*, 3(2). 5–9.
- Maté, G. (2012). Dependência: trauma infantil, estresse e a biologia da dependência. *Journal of Restorative Medicine*, 1(1), 56–63.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2016). *Prevenção da Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos de dependência*. (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Martins, A., & Alexandrino, T. (2014). ArteNautas: Um Perfil de Intervenção para Animadores e Arte-Educadores. In J. D. Pereira, M. F. Vieites, & M. Sousa Lopes (Coords.), *As Artes na Educação* (pp. 245–252).
- Martins, D. S. (2013). *Educação sobre drogas e políticas públicas: Vozes e experiências* [Tese de mestrado]. Universidade Federal de Santa Maria. <http://hdl.handle.net/10183/226049>
- Melo, J. R. F., & Maciel, S. C. (2016). Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 76–87. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000882014>
- Mendonça, M. H. M. D. (2002). O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, S113–S120.

- Monteiro, H. (2019). Investigação, transformação e “Palavramundo”. Novos e velhos desafios ético-metodológicos. *Educação, Sociedade & Culturas*, 54, 65-84.
- Nascimento, C. L. (2012). *A centralidade da epoché na fenomenologia husserliana*. Kauark.
- Neves, S., & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: A reflexividade ao serviço da investigação em ciências sociais. *Psicologia, reflexão e crítica*, 18(3), 90-93. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a15v18n3>
- Nunes, M., & Sousa, A. (2015). *Estigma e Recuperação: Um Estudo sobre o Impacto Social da Adição*. Edições Colibri.
- OCDE. (2018). *Education at a Glance, 2018* (Relatório). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/19991487>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoactivas. Resumo*.
- Ortega y Gasset, J. (1967). A aventura da razão. In J. Ortega y Gasset, *Meditações do Quixote* (pp. 35-52). Iberoamericana.
- Pasqualini, J. C., Martins, F. R., & Euzébios Filho, A. (2021). A “Dinâmica de Grupo” de Kurt Lewin: proposições, contexto e crítica. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 26(2), 161-173. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20210016>
- Pires, A. (2007). Reconhecimento e Validação das Aprendizagens Experienciais. *Sísifo / Revista de Ciências da Educação*, 2, 5-19.
- Pinheiro, A., & Queirós, J. (2017). *Dos Centros Novas Oportunidades aos Centros Qualifica: Avanços, recuos e impasses do enquadramento político e institucional do reconhecimento, validação e certificação de competências em Portugal* (IS Working Paper, 3ª Série, Nº 55). Instituto de Sociologia da Universidade do Porto. <https://isociologia.up.pt/sites/default/files/working-papers/WP%2055.pdf>

- Pinto, J. C., & Pinto, H. R. (2016). Projetos de vida em situações de vulnerabilidade social: uma formação para técnicos. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 17(2), 163–174.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2001). *Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho* (Lei). Diário da República, Lisboa. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/183-2001-362322>
- Ramalho, C. M. (2011). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. Iglu.
- República Portuguesa. (2011, 29 de dezembro). *Decreto-Lei nº 124/2011: Aprova a Orgânica do Ministério da Saúde*. Diário da República, I Série, (251), 6332–6347.
- Ribeiro, A. S. P. (2012). *Motivação, auto-eficácia e comorbilidade psicológica em toxicodependentes inseridos em tratamento* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Rogers, C.R. (1985). Rumo a uma ciência mais humana da pessoa. *Journal of Humanistic Psychology*, 25(4), (pp.7–24). <https://doi.org/10.1177/00221678852540>
- Rothés, L. (Coord.), Queirós, J., & Moreira, A. I. (2019). *Plano Nacional de Literacia de Adultos* (Relatório No. 123). inED – Centro de Investigação & Inovação em Educação, ESE. P– Porto.
- Rothés, L., & Queirós, J. (2023). O Programa Internacional para a Avaliação das Competências dos Adultos (PIAAC) e o estudo das desigualdades sociais e educativas. *Sociologia: Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, 46. Obtido de <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/13810>
- Rubio, R., Aretio, L. & Corbella, M. (2003). *Teoría de la educación. Educación Social*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Santos, B. (1995). *Um discurso sobre as ciências* (7ª ed.). Afrontamento.
- Santos, B. D. S. (1996). Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. In *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade* (p. 348).

Santos, B. S. (1999). *Um discurso sobre as ciências*. (11ª ed.). Afrontamento.

Santos, B.D.S. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*, (pp.71-94).

Santos, G., Bergano, S., & Cramês, L. (2023). Participação cívica de pessoas mais velhas: dinâmicas de educação participativa num projeto de investigação-ação. In *Educação e Cidades: tempos, espaços, atores e culturas: Atas do XVI Congresso da SPCE* (pp. 182-191). Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.

Silva, M. F. (2017). *Entre nós – A Educação pelos Pares como resposta ao consumo de substâncias psicoativas* [Tese de doutorado]. Universidade de Lisboa
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/56655>

Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2004). A importância da família no tratamento do usuário de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 23-34.

Sommer, M. (2011). *As comunidades terapêuticas: História, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas*. Atheneu.

Targino, J. & Souza, J. W. (2020). Percepções sobre drogas, dependência química e busca de tratamento segundo elaborações cosmológicas de católicos e pentecostais. In Fraga, P. & Campos, M. S. (org.), *Teoria e Cultura*. UFJF.

Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). Educação social transformadora e transformativa: Clarificação de sentidos. *Revista Sensos*, II(1). ESE – inED. <http://hdl.handle.net/10400.22/6296>

Timóteo, I. (2010). *Educação social e relação de ajuda: Representações dos educadores sociais sobre as suas práticas*. (Master's thesis, Universidade de Évora).
<http://hdl.handle.net/10174/19122>

Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas. Da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, 12, 21-30.

UNESCO. (2010). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI* (destaques). UNESCO.

Weiner, B. (1995). Motivação de uma perspectiva de atribuição e a psicologia social da competência percebida. In R. J. Sternberg & J. Kolligian Jr. (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 2-3). Cambridge University Press.

ANEXOS

A- LEITURA AUTO DA BARCA DO INFERNO



B- REFLEXÃO CRÍTICA - O SENTIDO DA VIDA PARA MIM (PM)

QUAL O SENTIDO DA VIDA

DESDE CRIANÇAS QUE NOS É INCUTIDO O SENTIDO DE SER COMPETITIVO. POR EDUARDO BARILHO É-NOS DESCRITO A DESIGUALDADE ENTRE AS CLASSES SOCIAIS. DESDE O POBRE, QUE É AQUELE QUE TRABALHA MAIS E TEM MENOS RENDIMENTOS ATÉ AS CLASSES MAIS ALTAS.

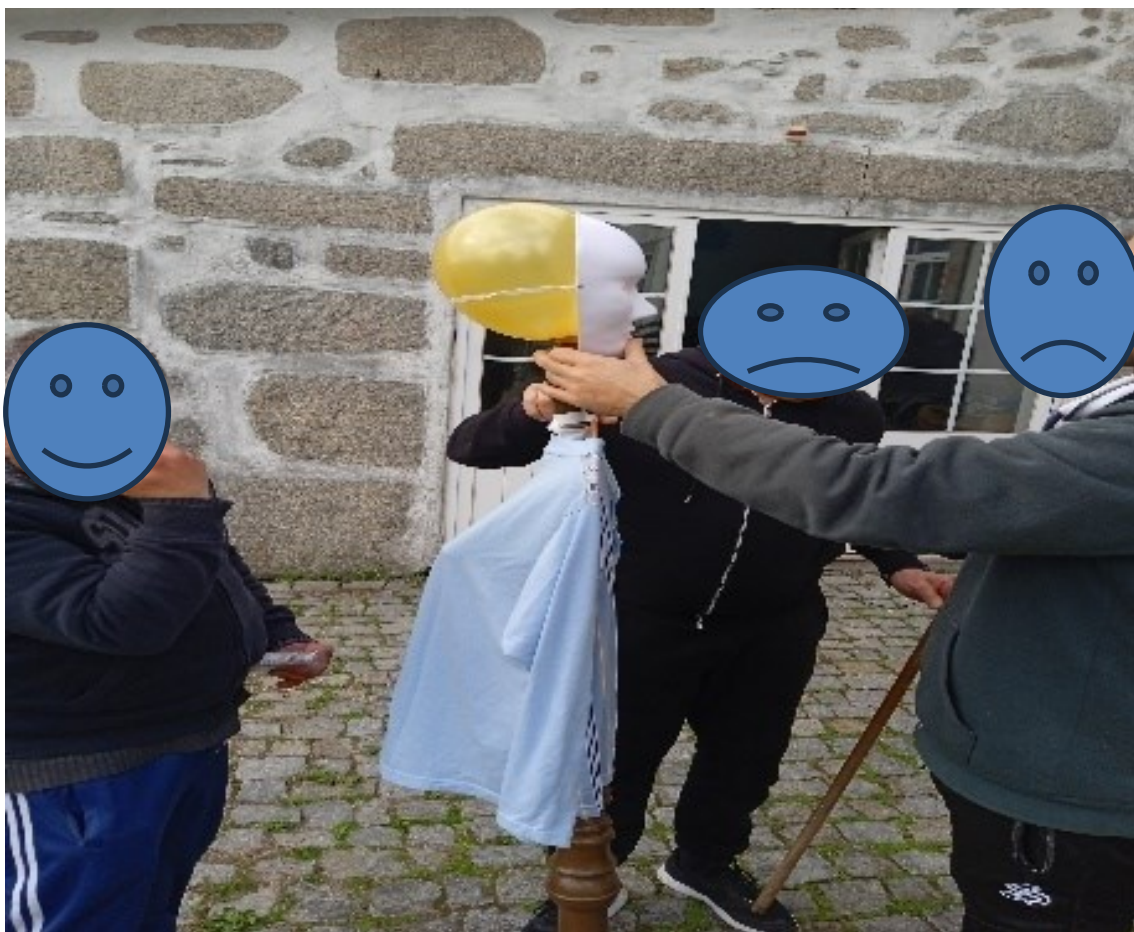
~~PARA A MINHA VIDA~~ O SENTIDO DA MINHA VIDA SEMPRE FOI BASEADO NA BASE DA COMPETITIVIDADE, O QUE ME LEVOU VÁRIAS VEZES A TER DISCUSSÕES INÚTEIS E FÚTEIS DAS QUAIS AGORA VEJO QUE NÃO TINHA RAZÃO ALGUMA. LEVOU-ME TAMBÉM AS CONSUMOS NUMA BASE DIÁRIA. POR UM LADO, A MINHA FOME DE SUCESSO TROUXE-ME MUITAS ALEGRIAS, LEVOU-ME A MUITO LADO, MAS LEVOU-ME TAMBÉM A UMA AUTO-DESTRUIÇÃO, ATÉ AO MOMENTO QUE DECIDI PEDIR AJUDA. DAQUI PARA A FRENTE TENTAREI TER SUCESSO NA MINHA CARREIRA, MAS SEM SER OBSESSIVO PARA NÃO REPETIR ERROS DO PASSADO. EM TERMOS DE CONCLUSÃO, O SENTIDO DA VIDA SERÁ SER ~~TE~~ EDUCADO, TRABALHAR NA ÁREA QUE NOS DÊ MAIS PRAZER (SE POSSÍVEL), SEM PREJUDICAR NINGUÉM E BASICAMENTE SER FELIZ.

P.S. UTOPIA -

UTOPIA É UMA REALIDADE QUE PARA UMA PESSOA CRE SER POSSÍVEL, MAS NOS OLHOS DE TODA A GENTE QUE O PROJEIAM TEM PRACTICAMENTE A CERTEZA QUE É IMPOSSÍVEL.

UM EXEMPLO ACTUAL SERÁ O PRESIDENTE DA UCRAÍNA QUANTO AQUEL QUE DIZIA QUE IRIA SER PRESIDENTE DA UCRAÍNA. ~~NINGUÉM~~ NINGUÉM ACREDITOU PORQUE SERIA IMPOSSÍVEL. MAS ELE ACREDITOU EM SI E CONSEGUIU. COMO VÓS, A MAIOR PARTE DAS PESSOAS ~~MAIS ACREDITA QUE~~ ~~NOSSA~~ DIZ QUE QUANDO ACABAROS O TRATAMENTO VOLTAMOS A RECERIR, QUE É A NOSSA UTOPIA. MAS É ~~NOSSA~~ NOSSA E PODE SER POSSÍVEL.

C- CARNAVAL - DIFERENTES CULTURAS E CELEBRAÇÕES



D- ALFABETIZAÇÃO DIGITAL



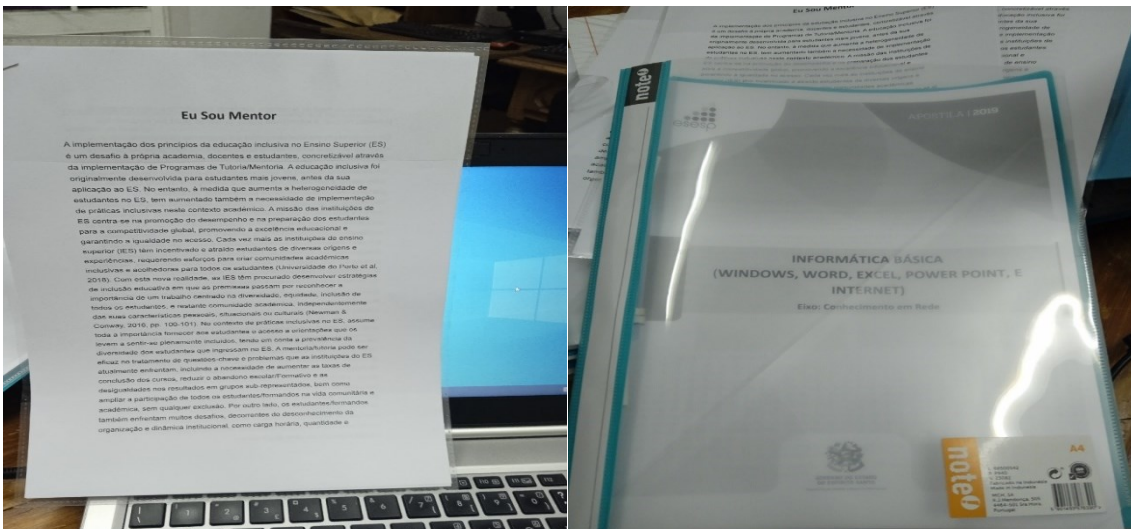
E- EXPRESSÕES E MINDFULNESS



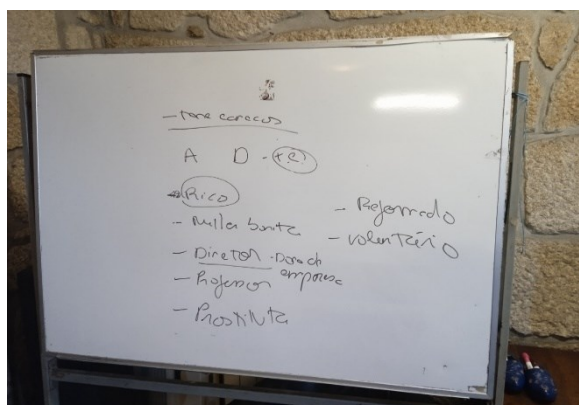
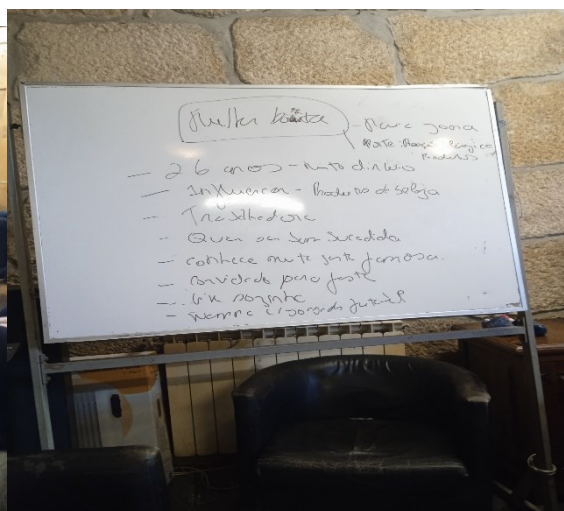
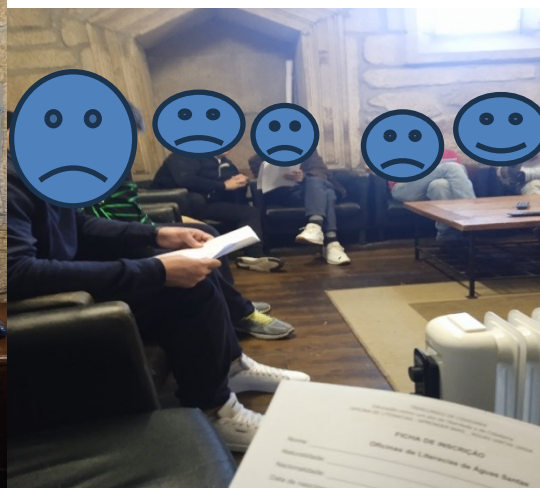
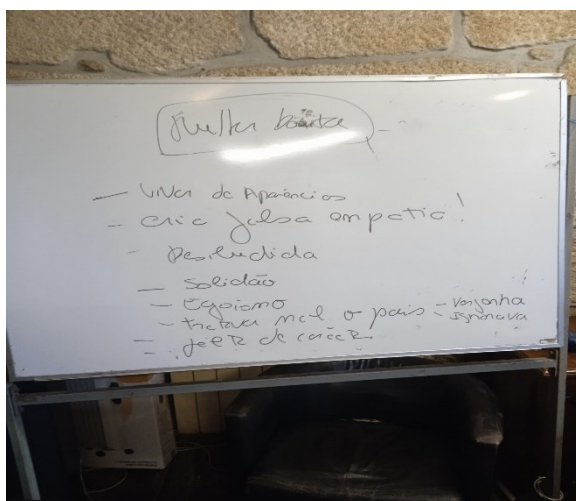
F- EXPRESSÕES- CONSTRUÇÃO DO MURAL DAS EMOÇÕES



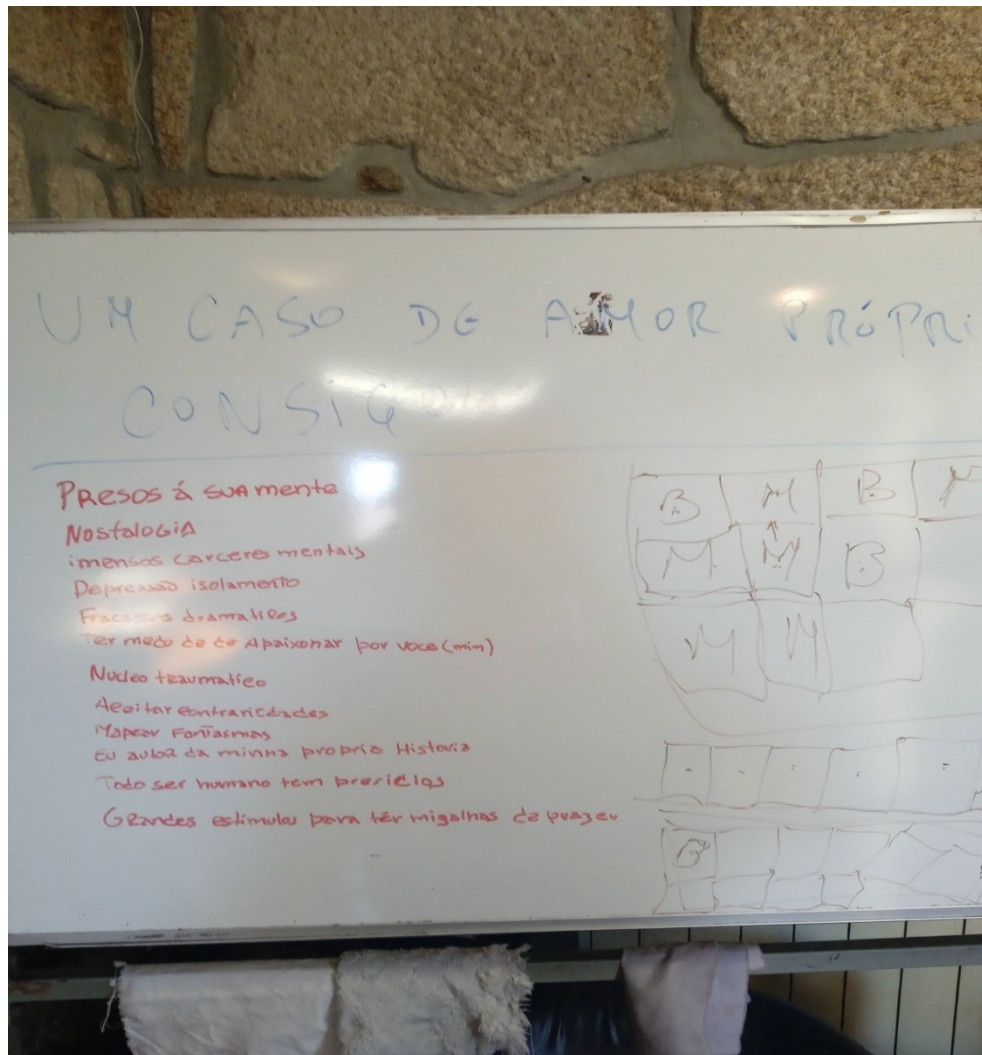
G- PROCESSOS RVCC DE FORMA AUTÓNOMA



H- ENSAIOS DE LEITURA: AUTO DA BARCA-CRIAÇÃO DE PERSONAGENS-TONE CANECOS-A PROSTITUTA- O PROFESSOR- O DIRETOR- O REFORMADO-O VOLUNTÁRIO- A INFLUENCER- O RICO



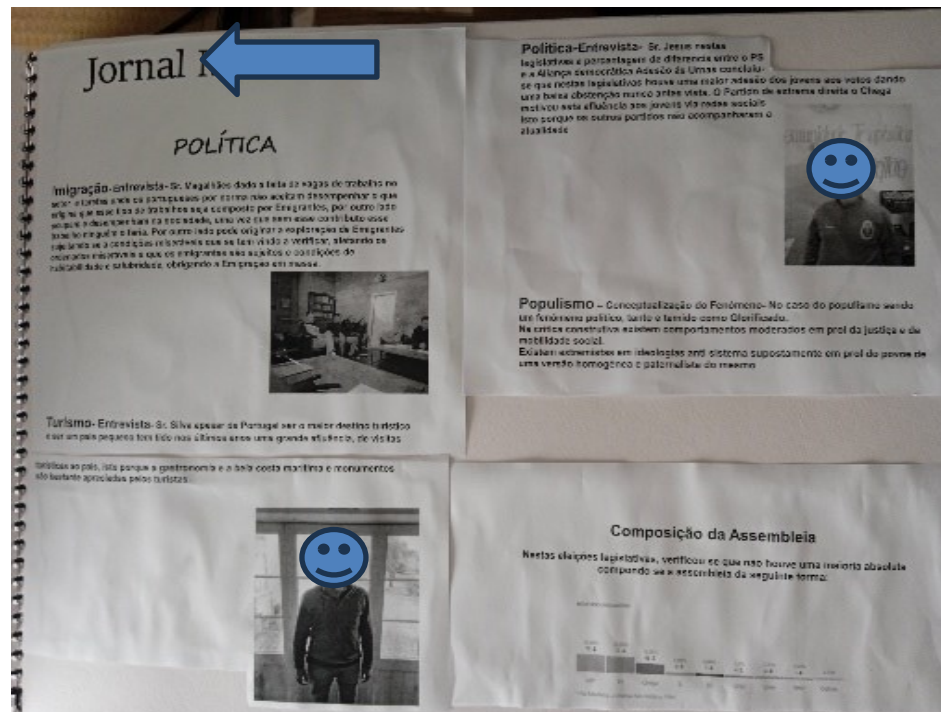
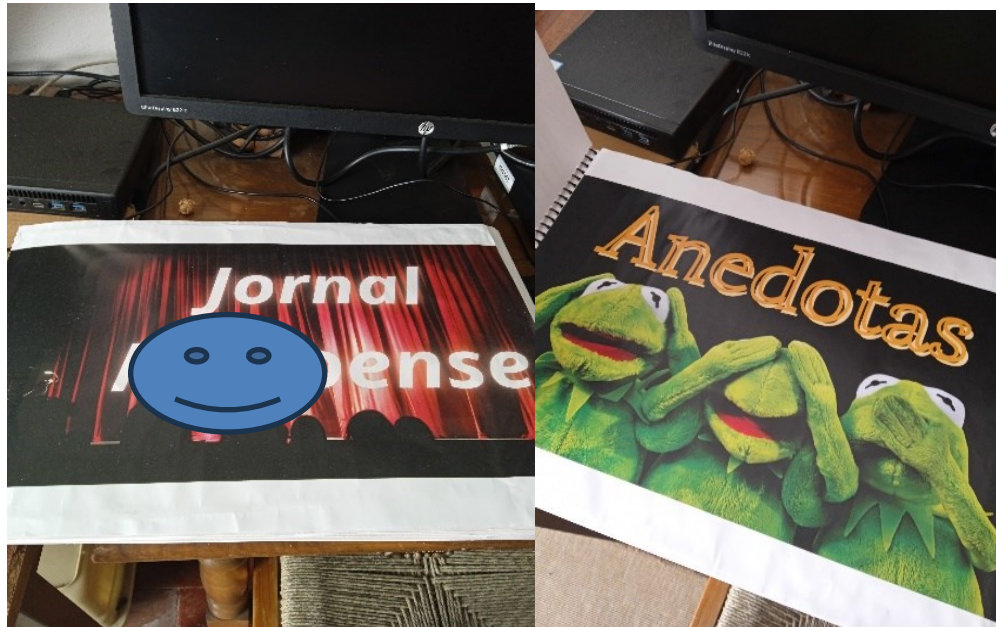
I- DINÂMICA DE GRUPO- IDENTIFICAR OS MEUS GATILHOS: PENSAMENTO CRÍTICO E REFLEXIVO DOS ADULTOS



J- MÊS DA LIBERDADE- O QUE SIGNIFICA PARA NÓS SER LIVRE?



K- JORNAL FÍSICO DA CT



L- APRESENTAÇÃO MUSICAL DE DESPEDIDA – CRIAÇÃO DA LETRA ORIGINAL



(Música baseada no grupo Alcoolémia “Não sei se mereço”)

Recomeço de Vida

Recomeçou a sorte
Vou voltar a brilhar
Agora faço a minha parte
Tenho força para lutar
Recomeça a boa vida
É preciso acreditar
Tenho novas oportunidades
Vou recomeçar
Vou começar uma vida nova
Ainda há tempo para mudar
Vou viver com mais alegria
E deixar de lamentar
Hoje eu mereço
Uma vida de paz
Tudo o que vejo tem um brilho
E eu já não olho para trás
Sim, eu mereço



Vou cuidar de mim 

Tenho fé e esperança
O meu caminho é assim
Sei que a vida é uma dádiva
O tempo passa a voar
Tenho tempo para sorrir
E motivos para cantar
Voltas e voltas
Mas agora com direção
Um homem encontra o seu caminho
E sente os pés no chão
Hoje eu mereço
Uma vida de paz
Tudo o que vejo tem um brilho
E eu já não olho para trás

Revivências- Chuva de palavras
proferidas pelos Adultos sobre o pós
Projeto de Educação e Intervenção Social

Renovações – Nova Esperança-
Renascidos- Alma Livre- Horizonte
Novo Força Viva- Luz no Caminho-
Nova Jornada

Esperança
Renovada

Sim, eu mereço
Vou cuidar de mim
Tenho fé e esperança
O meu caminho é assim
Hoje eu mereço
Uma vida de paz
Tudo o que vejo tem um
brilho
E eu já não olho para trás
Sim, eu mereço
Vou cuidar de mim
Tenho fé e esperança
O meu caminho é assim
Hoje eu mereço
Uma vida de paz
Tudo o que vejo tem um
brilho
E eu já não olho para trás
Sim, eu mereço
Vou cuidar de mim
Tenho fé e esperança
O meu caminho é assim



M- INTRODUÇÃO E RECOLHA DE TEMAS

“PERCURSOS DE CIDADANIA

Educação como um ato de liberdade e de Cidadania

OFICINA DE LITERACIAS - APRENDER MAIS _ ÁGUAS SANTAS | MAIA



1. Dizer e escrever o nome da localidade/freguesia/concelho onde:

1.1. Já viveu

1.2. Mora agora

1.3. Exemplo de uma localidade que gostaria de morar ou visitar.

___ 1.4. Assinalar com **X** a razão da escolha da localidade do futuro:

Bom clima		Boa comida	
Belas praias		Muito movimento	
Bonitas paisagens		Muitas atividades culturais	
Localidade calma e segura		Muito comércio	

2. Pensar e preencher as colunas.

2.1. Os meus talentos	2.2. Temas que gostaria de Aprender +.

3. Apresentar/Partilhar informação com os pares (escolher uma das respostas acima)

Nome: _____

Data: ____/____/____

N- DESPEDIDA DA ASSISTENTE SOCIAL



O- CELEBRAÇÃO DO CARNAVAL- DIVERSIDADE CULTURAL



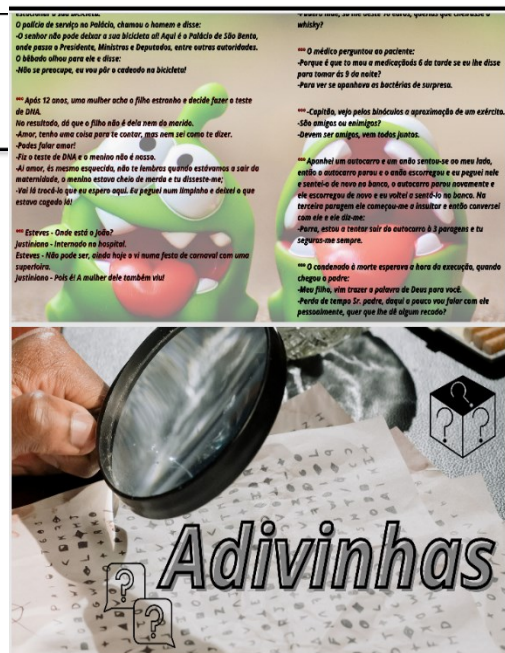
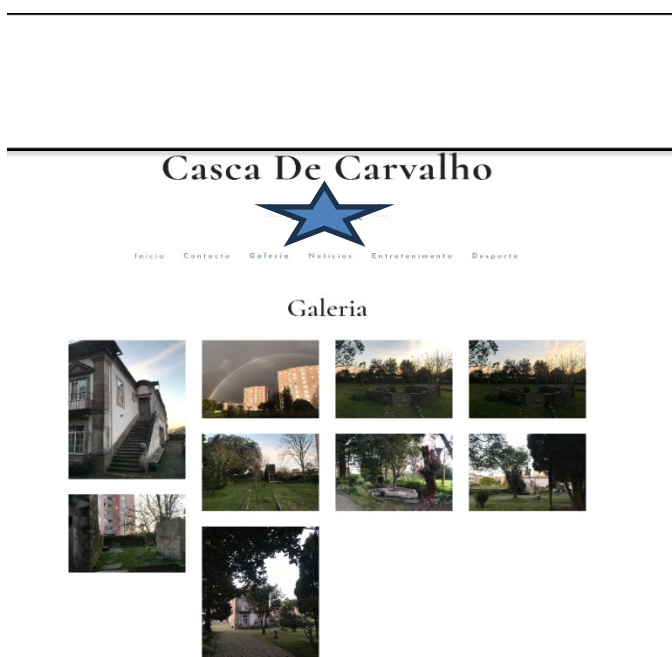
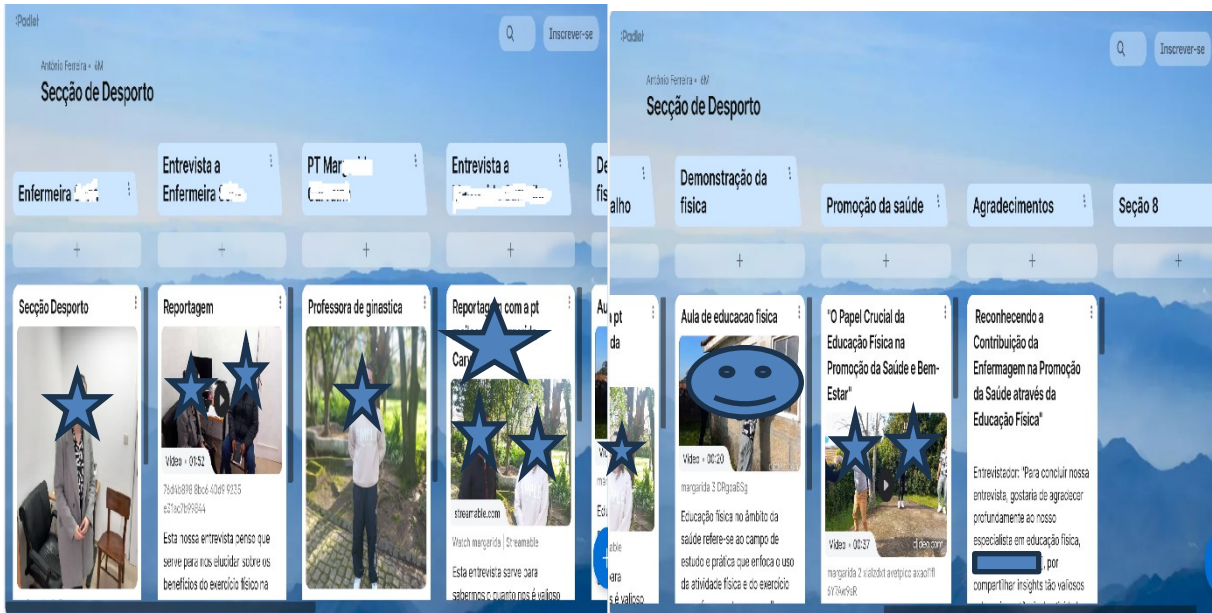
P- MOMENTOS DE MÚSICA- KARAOKE



Q- CONVÍVIO E CONFRATERNIZAÇÃO COM O GRUPO



R-JORNAL DIGITAL- PADLET, WEBNODE, POWERPOINT E CANVA





- Cerca de 2,7 milhões de quilos de poeira espacial caem na terra todos os anos.
- Os macacos, tal como os humanos, podem ficar carecas na velhice.
- A pegada humana mais antiga encontrada, tem 350 mil anos.
- As pessoas loiras, tem mais fios de cabelo do que as pessoas de cabelo escuro.
- Pessoas que comem chocolate amargo, têm menos probabilidades de ficar deprimidas, descobriu uma grande estudo.
- As Baamas são o único país do mundo com uma estação de correios subaquáticas.
- É ilegal vender uma casa assombrada em Nova Iorque, sem informar o comprador.
- O esqueleto humano tem 300 ossos à nascença, mas apenas 206 na idade adulta.
- Hipopotamontres e quipodallifobia, é o medo de palavras longas.
- A Finlândia, tem mais saunas do que carros.
- Um caracol pode dormir durante 3 anos.
- O bambú, pode crescer até um metro por dia.
- Os ossos da cora humanas, são mais fortes do que concreto.
- Quando era criança, Adolf Hitler queria ser padre. Ele também sofria de Alivrafobia, que é o medo de gatos.
- Um homem da Grã-Bretanha mudou o seu nome para Tim Ppppppppprica, para dificultar a privacidade dos operadores de telemarketing.
- O coração de um camarão, está localizado no seu cabeça.
- As burcatis, podem viver várias semanas com a cabeça decapada, porque o cérebro está localizado dentro do corpo. No entanto, elas acabam por morrer, por não conseguirem comer.
- Os homens têm 6 vezes mais probabilidade de serem atingidos por raios do que as mulheres.

100 Como se chama um queijo que está chateado com outro?
Um queijo Fundido...

101 Porque é que o amor entre os pratos é o amor mais bonito?
Porque é um amor patotadado...

102 Porque a aranha é o animal mais carente do mundo?
Porque ela é um Aracneedyou...

103 Quando é que os americanos comeram carne pela primeira vez?
Quando chegou o Cristóvão CamLombo...

104 O que é que nunca volta, embora nunca tenha ido?
O passado...

105 O que é que mesmo atravessando o rio, não se molha?
A ponte...

106 O que é que nasce a socos e morre a facadas?
O pão...

107 O que é que é surdo e mudo, mas conta tudo?
O livro...

108 O que é que tem debaixo de um tapete no manicênio?
Um doido varrido...

109 O que é que tem chapéu mas não tem cabeça, tem boca mas não fala, tem asa mas não voa?
O balde...

110 O que o livro de matemática disse para o livro de história?
Não venhas com histórias que eu estou cheio de problemas...

111 O que a fechadura disse para a chave?
Vamos dar uma voltinha?

112 O que é que pode viajar para vários lugares, preso no mesmo lugar?
O selo...

113 O que é que enche uma casa, mas não enche uma mão?
Um botão...

114 Qual é o animal que não vale mais nada?
O javali...

115 O que é que quanto mais se perde, mais se tem?
O sono...

116 Passa a vida na janela e mesmo dentro de casa, está fora de lá?
O bicho...

117 Qual é a piada da fotografia?
Ninguém sabe, porque ainda não foi revelada...

118 O que é que nasce branco, fica verde, depois fica vermelho e acaba preto?
O café...

119 Não tem alhas mas pisca, não tem boca mas comando?
O semáforo...

120 Crianças, amanhã quero que me tragam exemplos de construções que estejam a ser feitas próximo das vossas casas e quais as vantagens destas novas construções para nós.

- Sim professora.

No final da aula, a professora pede a todas as meninas que fiquem na sala porque quer dizer algo.

- Olhem, meninas, como a Jobazinha é muito maliciada é provável que amanhã ele diga alguma das suas asneiras. Por isso, vou pedir que, para evitarmos problemas, quando ele disser algo que nos pareça asneira, todas vocês se levantem imediatamente e saiam da sala. Todas concordaram com o plano.

No dia seguinte, pergunta a professora:

- Fizem a redação que eu pedi? Primeira a, Anita ...

- Perto da minha casa estão a construir um supermercado. Assim, a minha mãe não necessita andar muito para ir às compras.

- Muito bem Anita !!! Sim. Raulzita:

- Perto da minha casa estão a construir uma fábrica de móveis. Assim, como o meu pai é marceneiro, ele pode trabalhar mais perto de casa.

- Excelente, obrigada Raulzita.

Nisto a Jobazinha levanta a mão. Diz a professora:

- Ai meu Deus !!! Fala, Jobazinha. O que estão a construir perto da tua casa?

- Perto da minha casa estão a construir uma casa de prostituição. Imediatamente todas as colegas da Jobazinha se levantaram para sair da sala e ele diz:

- Calma, suas prostitutas... Ainda não abriu !!!

121 Na última sexta-feira, fui de bicicleta ao supermercado, comprei uma garrafa de whisky e meti no saco. Antes de ir embora, fiquei com medo de cair de bicicleta pelo caminho e partir a garrafa. Resolvi então, beber a garrafa toda ali mesmo, em frente do supermercado! Foi a decisão mais sábia que tomei, porque no caminho para casa cai 7 vezes!!!!

122 Um bêbado entra no autocarro e senta ao lado de uma mulher que fazia palavras cruzadas. A mulher olha sério para ele e diz: -Além de feio, cheira mal. O bêbado responde: -Se for com 2 letras é cu!

123 Morreu um burro em frente a uma igreja. Passou dias e o padre zangado liga para a câmara e quem atende é o presidente da câmara, o padre diz: -Senhor presidente, morreu um burro em frente da minha igreja! O presidente para gozar com o padre, pergunta dando uma risada: -Sr. padre, não é dever da igreja cuidar das mortas? E o padre responde: -É sim, mas também é dever da igreja avisar a família!

124 O chefe para o empregado: -Acreditas na vida depois da morte? O empregado: -Claro que não! Não existem provas disso. O chefe: -Pois, mas agora existem. Ontem, depois de teres saído mais cedo para ir ao funeral do teu tio, ele veio aqui à tua procura!

Tempo para amanhã

Vamos ter um dia de muito sol, com muita chuva.
Vamos ter temperaturas altas, acompanhadas de muito frio.
São esperadas temperaturas entre os -20° e os 60° graus.
Não haverá vento, apenas rajadas a atingir os 100 quilómetros.
Vai ser um dia, com uma noite muito escura.

Cuidados a ter

Usar roupas muito quentes de verão.
Usar protector e óculos de sol, para se proteger dos raios lunares.
Não se esqueça de proteger a cabeça com um chapéu e não saia de casa sem o guarda-chuva.

Actividade marítima

Quanto à actividade marítima, o mar vai estar muito calmo e sem ondas, apenas se esperando ondulação de 10 metros

APÊNDICES

Fases de tratamento	Programa Geral (toxicodependência)	Programa Específico de Álcool	Programa Específico de Longa Duração
1ª	2 meses	2 meses	12 meses
2ª	2 meses	2 meses	8 meses
3ª	5 meses	1 mês	8 meses
4ª	3 meses	1 mês	8 meses

A- DESCRIÇÃO DAS FASES DE TRATAMENTO E RESPETIVOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Na primeira fase pretende-se a estabilização física, a integração no grupo de pares, o relacionamento com os elementos da equipa técnica, adaptação/incorporação das normas da casa (Norte Vida, 2014).

O primeiro ponto, refere-se muito claramente à estabilização daquilo que, no modelo de intervenção centrado na auto-organização, constitui o nível mais básico, mais fundamental do sujeito, ou seja, o seu substrato psicofisiológico. O substrato psicofisiológico envolve os mecanismos biológicos e neurofisiológicos que estão subjacentes às funções cognitivas, emocionais e comportamentais (Grazina, et al., 2004).

No campo da neurociência, o substrato psicofisiológico da memória incluindo áreas específicas do cérebro, como o hipocampo. Da mesma forma, as emoções podem estar associadas a padrões de atividade em certas regiões cerebrais, enquanto os comportamentos podem ser explicados por processos neurais e atividade muscular (idem). Significa isto que o substrato psicofisiológico, refere-se à inter-relação entre o aspeto mental e o aspeto físico do funcionamento humano, destacando a conexão entre processos cerebrais e atividades psicológicas (ibidem). São

ingredientes fundamentais para gerar a motivação necessária à adesão ao tratamento. Estes dois fatores, relacionados com níveis mais complexos de auto-organização, designadamente as esferas afetiva e expressiva, vão proporcionar a criação do sentimento de pertença que, por sua vez, alimenta a abertura necessária para exteriorização e partilha de emoções. Quando o indivíduo atinge este patamar, encontra-se preparado para a segunda fase. O ponto quatro, tal como os outros objetivos específicos, constitui simultaneamente um indicador de evolução, diz respeito à aferição do grau de consciência dos limites do indivíduo na ação.

A consciência que o indivíduo tem nos seus limites é essencial para se avaliar a sua perceção e o controlo dos seus impulsos, nomeadamente o impulso para consumo, ou seja, craving. Segundo Marlatt (2015) o termo "craving" é utilizado na psicologia e na área das dependências químicas, para descrever um desejo intenso e urgente por uma substância específica (como drogas ou álcool) ou por um determinado comportamento, como o jogo. O craving pode ser considerado uma forma de anseio, ansiedade ou forte motivação para consumir a substância ou de se envolver no comportamento desejado. O conceito de craving envolve uma sensação intensa de desejo, que pode ser difícil de resistir e é muitas vezes acompanhada por pensamentos obsessivos sobre a substância ou comportamento em questão (Marlatt, 2015) Esta primeira fase tem a duração de dois meses. No final desta primeira fase, ocorre a primeira visita da família na Comunidade Terapêutica.

Na segunda fase, o sujeito procede à tomada de consciência da relação que mantém com a substância ou substâncias de adição (nas situações de policonsumos). Existe agora uma consciencialização da forma como gere as suas relações interpessoais e uma exteriorização/reflexão sobre eventos traumáticos (história de vida). Pretende-se que haja uma aproximação à família e aceitação da gestão das responsabilidades que começam a adquirir nesta fase, relacionadas com tarefas inerentes ao funcionamento do próprio espaço da CTM, tais como: higiene, limpeza de espaços interiores e exteriores, lavandaria, alimentação e a sua confeção, compras e serviço de mesa, manutenção dos espaços exteriores como a horta, as plantas aromáticas, compostagem e jardim; o atelier de carpintaria, pinturas e arranjos. Estas aprendizagens e atividades, são fundamentais nesta fase, na contenção dos impulsos em geral e em particular do craving (Dias, 2016).

A reflexão sobre a história de vida e eventos traumáticos, irá proporcionar a descoberta e o ganho de consciência sobre os possíveis fatores que desencadearam espaço emocional para o desenvolvimento da adição. O encontro com estes fatores irá proporcionar uma consciência mais

“real” sobre as relações que mantém com a/as substâncias e relações interpessoais, o que irá contribuir para a contenção dos impulsos, designadamente do impulso para o consumo – craving– (Dias, 29016). Trata-se aqui, portanto, de um trabalho de intervenção centrado, fundamentalmente, sobre as dimensões afetiva e cognitiva. Desta forma, o indivíduo encontra-se preparado para a 3ª fase, em que se iniciam as saídas ao exterior. Tem a duração de dois meses e no fim desta fase, ocorre a segunda visita familiar na CTM e o planeamento da primeira saída ao exterior, que tem lugar oito dias depois, com a duração de um dia.

Na terceira fase, pretende-se que haja um aumento da contenção do impulso para o consumo, uma melhoria na relação pessoal e interpessoal e a elaboração do plano de reinserção social. Com as saídas ao exterior, chega-se ao momento de colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas fases anteriores. Se nas fases anteriores se desejava a assimilação e compreensão de novos saberes, nesta fase espera-se que o indivíduo coloque em prática, isto é, que estes saberes se acomodem no indivíduo, de modo a serem utilizados em situações diversas. Por outras palavras, pretende-se nesta fase que as apropriações cognitivas realizadas anteriormente se comecem a concretizar na experiência diária da pessoa. Se o sujeito conseguir alcançar os objetivos específicos enunciados, encontra-se preparado para a última fase de tratamento Duração de cinco meses e as saídas ao exterior realizam-se quinzenalmente (Norte Vida, 2024).

Na quarta e última fase, espera-se a concretização do plano de reinserção social, a estabilização do indivíduo e a projeção do indivíduo além de si. A expressão "a projeção do indivíduo para além de si", sugere que a pessoa esteja a direcionar a sua atenção, interesses ou perspetiva, para algo que vai além dos seus próprios interesses imediatos ou ego (Lima, 2009). Pode envolver a capacidade de uma pessoa olhar para fora de si mesma, considerar o ponto de vista dos outros, ou de se envolver em atividades que têm um propósito ou impacto maior do que apenas satisfazer as suas necessidades individuais (idem). Essa projeção além do eu, muitas vezes está associada ao desenvolvimento pessoal e social, pois implica uma consideração mais ampla e um compromisso com o mundo envolvente, indo além do foco exclusivo das necessidades e desejos individuais.

Ainda de acordo com as diretrizes do plano interno da Norte Vida (2024) em termos operacionais, a concretização do plano de reinserção social e profissional engloba alguns passos estratégicos, que podem variar consoante as necessidades específicas de cada indivíduo, tais como a descoberta das áreas de interesse/saber da pessoa; a procura de formação para aumentar e/ou

certificar as suas competências e habilitações; processos inerentes à procura ativa de emprego; procura de habitação e pedidos de apoio. Tem a duração de três meses, para tratamentos de um ano e de nove meses para tratamentos de um ano e meio. Podem sair três fins-de-semana por mês e as saídas têm duração maior (de sexta a segunda-feira).

B – O PROGRAMA ESPECÍFICO PARA DEPENDENTES DO ÁLCOOL

Os objetivos a alcançar neste programa são os mesmos do programa geral, mesmo sendo este um programa de duração mais curta que os restantes. A manutenção dos mesmos objetivos para uma duração mais curta que os restantes. A manutenção dos mesmos objetivos para uma duração mais curta é possível, dada as características destes utentes. Com efeito, de forma geral, os utentes alcoólicos divergem dos utentes das outras dependências em três aspetos relevantes, que os colocam em melhores condições para a recuperação e luta pela abstinência. Desde logo, a maioria tem uma experiência profissional razoável, uma vez que trabalhou durante anos e, em alguns casos, na mesma profissão. Em segundo lugar, de forma geral as suas relações familiares e afetivas encontram-se menos saturadas e, logo, mais fáceis de serem passíveis de restaurar e recuperar. Por fim, comparativamente com outros, tendem a ter muito menos problemas com a justiça. Estas três condições retiram-lhes algum peso de estigmatização e colocam-nos em melhores condições para o tratamento (Norte Vida, 2024).

O foco deste internamento é a contenção do impulso para o consumo, isto é, do craving. A estratégia de implementação deste foco, passa pela realização de dinâmicas de grupo e role-plays, modelados nas terapias breves, direcionadas especificamente para os utentes alcoólicos. Estas dinâmicas, mais cognitivo-comportamentais, são reforçadas por tarefas e trabalhos reflexivos, com o intuito de fortalecer a aquisição dos objetivos enunciados. Em vários destes casos, a fase da reinserção encontra-se facilitada na medida em que o indivíduo tem um saber profissional (Norte Vida, 2024)

C– O PROGRAMA ESPECÍFICO DE LONGA DURAÇÃO

Na primeira fase que será pensada para um ano, os principais objetivos são a estabilização física e o estabelecimento de relação de confiança com os técnicos. A estabilização física envolve a aquisição de hábitos de higiene corporais e dos bens pessoais, de alimentação regrada, a consciencialização sobre o estado de saúde e respetivas necessidades no caso de doenças infecciosas ou crónicas e o retomar da ligação aos serviços públicos (por exemplo, para tratar de documentação pessoal). A duração relativamente longa desta fase deve-se às características particulares destas pessoas, designadamente no que se refere à perda de competências no autocuidado. Estabelecer uma boa relação, uma relação de confiança com a equipa técnica, será fundamental neste processo na medida em que, tal relação facilitará o surgimento do sentimento de pertença à casa e à comunidade. Desta forma, o indivíduo poderá progressivamente afastar-se do espaço “rua” e aproximar-se dos hábitos e características dos espaços “dentro”. Neste patamar relacional encontra-se preparado para a incorporação e acomodação das normas internas da casa. Para concluir esta fase, refira-se que a relação do grupo de pares, também será objeto de atenção, na medida em que o sentimento de pertença ao espaço, transporta em si o grupo de pares. Acredita-se, contudo, que face à especificidade destas pessoas, devido à sua longa estadia, a sua relação privilegiada deverá ser com a equipa técnica; será isto que os ajudará a lidar com as várias transformações que o grupo de pares inevitavelmente sofrerá durante o seu tempo de internamento (idem).

A segunda fase acontece durante oito meses de internamento e consiste na aquisição dos objetivos específicos referidos no modelo geral. Neste programa específico, contudo, no que diz respeito à aceitação e gestão de responsabilidades relacionadas com atividades e tarefas inerentes ao próprio funcionamento da CTM, já referidas, originalmente pensadas para restaurar ou adquirir o sentido de responsabilidade necessário para o mundo do trabalho, serve aqui também como ganho e despiste de competências no sentido de facilitar a fase de reinserção. Caso a pessoa possua competências ou saberes noutras áreas específicas, será promovido o

reencontro do utente com esses saberes através de formações, workshops, entre outras atividades (ibidem).

A terceira fase tem a duração de oito meses. Pressupõe-se que a pessoa se tenha destacado em alguma das áreas acima indicadas para que, deste modo, possa ser ele a assegurar o bom funcionamento da mesma durante o resto do tempo do seu internamento. Este processo é já uma aproximação ao mundo do trabalho na medida em que a pessoa assume responsabilidades mais relevantes numa dada área de atuação da comunidade. Espera-se que essa experiência diária em áreas de eleição se repercuta positivamente na fase de reinserção, não apenas do ponto de vista do desempenho estrito de uma tarefa, mas também da elevação da confiança em si mesmo.

Desta forma, espera-se que na última fase, cuja duração é de oito meses, se concretize o plano de reinserção social, se dê a estabilização do indivíduo e a sua projeção além de si, expressando desejos e ambições relativos, por exemplo, às relações familiares, de amizade, à habitação e ao trabalho. Para facilitar este processo, contam com as parcerias das instituições profissionais, educativas, sociais e de saúde com as quais colaboram regularmente (Norte Vida, 2024).

D – VISITAS E SAÍDAS

Para o programa geral (toxicodependência) e programa específico do álcool, a primeira visita acontece ao fim de dois meses, ou seja, na passagem da primeira para a segunda fase.

No fim da segunda fase acontece a segunda visita e passados oito dias acontece a primeira saída de doze horas, acompanhado por familiares ou colegas com mais tempo de internamento. Posteriormente têm início as idas quinzenais a casa, ao fim-de-semana.

No caso dos residentes em programa de tratamento de álcool que só ficam internados seis meses, no último mês podem ir a casa todos os fins-de-semana. No caso dos que ficam mais do que seis meses, podem ir três fins-de-semana por mês a partir do 10º mês de internamento, à semelhança da quarta fase dos residentes de toxicodependência.

No caso do programa específico de longa duração, a primeira visita acontece ao fim de dois meses e a segunda ao fim de quatro. A primeira saída será passada oito dias da segunda visita e o tempo máximo de permanência fora da comunidade é uma manhã ou uma tarde (acompanhado). Caso não tenha visitas, pode sair quinzenalmente, um dia do fim-de-semana, dormindo e tomando as refeições na CTM. Na última fase poderá sair três fins-de-semana por mês, dormindo e tomando as refeições na CTM.

Estas saídas podem ser canceladas quando a equipa considerar que tal constitui um benefício para o próprio e/ou para o grupo terapêutico. Todas as saídas estão sujeitas a uma programação prévia (Norte Vida, 2024).

O modelo terapêutico centrado na pessoa de Carl Rogers implementado nesta comunidade terapêutica, fundamentado na ideia de autorregulação e foco no cliente, é amplamente reconhecido pela sua abordagem humanista e não diretiva na psicoterapia. No entanto, ao analisar este modelo de forma crítica, algumas questões merecem consideração. Desde logo, uma das críticas mais proeminentes ao modelo de Rogers é a sua suposta falta de estrutura e direção na terapia. A abordagem centrada na pessoa enfatiza a importância de permitir que o cliente conduza o seu processo terapêutico, Beck e Liese (2023) argumentam que, esta falta de orientação pode resultar em sessões terapêuticas vagas e não produtivas. Sem um plano de tratamento definido ou estratégias específicas, os adultos em tratamento, podem-se sentir perdidos ou desorientados durante o processo terapêutico, dificultando o seu progresso real.

Outra crítica é o foco atribuído de forma excessiva, na autorregulação. Acredita-se que seja importante capacitar os adultos a assumirem o controlo das suas vidas e os seus processos de tratamento, mas a abordagem centrada na pessoa pode negligenciar a necessidade de intervenção externa ou orientação profissional em certos casos. Além disso, a confiança excessiva na autorregulação pode minimizar a importância do papel do terapeuta como facilitador

do crescimento e mudança (Sousa, 2022). Além disso, o autor refere que a abordagem centrada na pessoa, pode ser encarada como excessivamente otimista em relação à natureza humana, presumindo que todos os indivíduos têm a capacidade intrínseca de se autorregular e se autodesenvolver. No entanto, esta visão pode não levar em consideração, as complexidades da experiência humana, incluindo traumas passados, doenças mentais e circunstâncias sociais adversas, que podem impedir a autorregulação eficaz(idem).

**E – MINISTÉRIO DA SAÚDE–GABINETE DO SECRETÁRIO
DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE
DESPACHO N.º 2976/2014**

*“MINISTÉRIO DA SAÚDE Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do
Ministro da Saúde Despacho n.º 2976/2014:*

No âmbito do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), foi aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde pelo Decreto –Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, o qual procedeu à criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (IDT, IP), cometendo às Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS,IP) a componente de operacionalização das políticas de saúde. Por sua vez, o Decreto –Lei nº 22/2012, de 30 de janeiro, veio determinar que as ARS, IP sucedem, de acordo com a respetiva área geográfica de intervenção, nas atribuições do IDT,IP no domínio do licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das toxicodependências e da execução dos programas de intervenção local, do património e dos recursos humanos afetos às delegações regionais. Neste contexto, tornou –se necessário proceder à alteração da organização interna das ARS, IP, alterando os respetivos estatutos, de modo a definir o modelo das unidades funcionais que asseguram as novas atribuições das ARS,IP em matéria de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências. Assim, as ARS,IP integram aquelas unidades de intervenção local, salvaguardando as suas funções essenciais, reforçando a capacidade de intervenção e da disponibilidade dos meios necessários, explorando sinergias e maximizando a integração de esforços. Nestes termos, atendendo às especificidades da área de atuação destas unidades, e verificando –se a necessidade de

assegurar a integração das unidades de intervenção local nas ARS, IP sem afetar a prestação de cuidados de saúde aos utentes, quer daquelas unidades, quer das demais unidades e serviços que integram as ARS, IP, determino:

Artigo 6.º (Comunidades Terapêuticas)

Às comunidades terapêuticas compete prestar cuidados a utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socio terapêutico, sob supervisão psiquiátrica. 14 de fevereiro de 2014. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Serra Leal da Costa. 207625149” (Diário da República, 2.ª série — N.º 37 — 21 de fevereiro de 2014)

F – CARATERIZAÇÃO DOS ADULTOS

Nome	Escolaridade	Dificuldades/O que melhorar	Interesse RVCC
J.	4º ano	Aprender a expressar-se melhor Leitura e escrita	Iniciou escrita e leitura Em trabalho de reinserção laboral
G.	5º ano	Escrita e leitura expressão oral	Iniciou escrita e leitura Desistiu do processo RVCC
Ca.	5º ano	Leitura e escrita Expressão oral	Iniciou escrita e leitura Desistiu do processo RVCC
P F	9º ano	Escrita e leitura	Iniciou leitura e escrita Alta Clínica
Hel.	5º ano	Leitura e escrita Expressão oral	Iniciou leitura e escrita Expulso do tratamento Recaída

S.	6º ano	Dificuldade de motricidade fina Expressão oral (afasia) Leitura e escrita	Iniciou leitura e escrita Obteve subsídio Desistiu do processo RVCC
Hi.	7º ano	Escrita e leitura Expressão oral	Leitura e escrita RVCC
Al.	8º ano	Escrita e leitura Expressão oral	Iniciou leitura e escrita Expulso do tratamento Recaída
P J.	9º ano	Expressão oral (dicção) Expressão oral, escrita e leitura Literacia digital	RVCC
Art.	9º ano	Expressão oral, escrita e leitura Literacia digital	RVCC
Per.	9º ano	Expressão oral, escrita e leitura Literacia digital	Desistiu – não participa
P M.	12º ano	Tutor/mentor Domina inglês Literacia digital	Possibilidade de Ingresso no Ensino Superior Alta clínica – recaída

R.	12º ano	Acesso ao Ensino Superior/Tutor-Mentor	A terminar o processo RVCC NS Alta clínica - recaída
T.	12º ano	PC/ a terminar o secundário Tutor/Mentor	Já em Processo RVCC NS Alta clínica
P B.	Ens. superior	Tutor/mentor	Possibilidade de Reingresso no Ensino Superior
P C.	Ensino Superior	Literacia digital	Aprendizagem digital
Mc	8º ano	Literacia digital	Aprendizagem digital
Mar	9º ano	Literacia digital	RVCC
Men	Ensino Superior	Literacia digital	Alta clínica
Mi	9º ano	Artes/literacia digital	RVCC NS
CS	6º ano	Literacia digital/RVCC 9º ano	Em processo RVCC

G – ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Com as alterações organizativas e terapêuticas introduzidas em instituições de saúde mental, o movimento designa-se como “terceira revolução Psiquiátrica” (IDT, 2011, p.8), uma vez que os métodos grupais de tratamento assumem maior preponderância, porquanto se envolvem técnicos, famílias e os próprios doentes. Há uma rutura com o modelo hierarquizado (chefe/subordinado, médico/doente), em que se promove a gestão participante e democrática. Esta conceção de Comunidade Terapêutica (CT) desenvolve-se e solidificou-se um conjunto significativo de características:

Atribuição de grande valor às relações interpessoais dos pacientes e entre estes e os técnicos. Como corolário incrementa-se a comunicação e removeram-se os obstáculos que nela vão interferindo. A diluição da dissociação entre tratador/tratado é uma consequência deste incremento comunicativo. A democratização do funcionamento institucional com a participação de todos nos assuntos comunitários, substituindo as relações rígidas, formais e hierarquizadas. Relevância aos métodos grupais de tratamento, sendo particularmente importante a reunião comunitária diária, com a participação de toda a comunidade hospitalar (IDT, 2011, p.8).

Desta forma, a CT torna-se ela própria responsável pelo tratamento, na medida em que o ambiente social criado torna possível a elaboração, a tolerância e o controlo dos comportamentos disruptivos.

Pode definir-se as CT como Unidades Especializadas de Tratamento Residencial de longa duração, em regime de internamento, com recurso à psicoterapia e socioterapia, que pretende apoiar e ajudar à reorganização do mundo interno das pessoas usuárias de substâncias químicas a perspetivar o futuro. Assim, as CT são espaços residenciais, que se destinam a promover a reabilitação biopsicossocial do doente toxicodependente, em conformidade com o programa terapêutico articulado em diferentes fases. É um conjunto de respostas terapêuticas, cuja dinâmica comunitária a distingue das restantes abordagens de tratamento, com equipas multidisciplinares, sob supervisão psiquiátrica. São objetivos das CT a rutura com o meio dos consumos, para reaprender a viver sem consumos, identificar, também, as suas competências pessoais, com o intuito de reorganização psicossocial, facilitadora da sua reinserção gratificante (Fossi & Guareschi, 2015).

Desde a década de 80 até à atualidade, houve uma evolução histórica destas respostas, com diferentes vertentes. Por um lado, multiplicaram-se, do ponto de vista interventivo (em termos quantitativos, com diversidade de abordagens ao fenómeno) que envolveram entidades públicas e a sociedade civil. Por outro lado, viabilizou-se o enquadramento no âmbito de práticas públicas em coordenação com instituições governamentais.

Em 2002 é criado o Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT.IP), organismo integrado no Ministério da Saúde, que tinha “como missão ser a entidade da administração pública com responsabilidades específicas na promoção da redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas e na diminuição das dependências, e com a visão de ser a entidade nacional de referência, com reconhecimento internacional, para a intervenção nas condutas aditivas, estabeleceu a égide sob a qual a coordenação, articulação e implementação da política sobre a toxicod dependência se situaria: tocando transversalmente toda a sociedade, é no âmbito da saúde, com atenção global e integrada, que o fenómeno encontra o seu maior adequado enquadramento” (IDT, 2011, p.6).

Relativamente ao tratamento, em consequência do delineamento e da evolução das práticas públicas da toxicod dependência, incidia fundamentalmente na articulação das diferentes modalidades terapêuticas, que permitisse, de forma compreensiva e integrada, encontrar respostas adequadas especificamente às necessidades reais de cada pessoa. Em termos de organização, esta articulação de respostas envolveu, quer as estruturas públicas, assim como as instituições privadas que já desenvolviam trabalho operacional nesta área. Do ponto de vista do tratamento, a grande maioria eram comunidades terapêuticas.

Esta articulação despoletou a que se tornasse indispensável a definição de procedimentos, que permitissem a passagem das pessoas doentes entre diferentes estruturas, com oferta de respostas terapêuticas específicas e diferenciadas e, simultaneamente, foi necessário e evidente, definir critérios e indicadores que garantissem as condições mínimas necessárias para a intervenção terapêutica (IDT, 2011).

Com a extinção do IDT e a criação do SICAD em 2012, as respostas públicas na área dos comportamentos aditivos e dependências, são disponibilizadas pelas Administrações Regionais de Saúde/DICAD- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – responsáveis pela operacionalização das políticas nesse domínio e que dispõem de estruturas

de resposta para comportamentos aditivos com substâncias (designam-se atualmente por ICAD- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências- álcool e outras substâncias psicoativas), e sem substância (como o jogo ou o uso da internet).

Essas estruturas de resposta designadas por Centros de Resposta Integrada (CRI), distribuem-se pelo território nacional. Nesses CRI, existem equipas multidisciplinares compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos superiores de serviço social e técnicos psicossociais e por definição, todos os CRI proporcionam respostas no âmbito dos comportamentos aditivos com e sem substância. (alteração deste modelo de intervenção com a publicação do Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro).

Em concordância com Sidney Bloch, que estipula objetivos das terapias de apoio, com o intuito de um melhor ajustamento social possível, a melhoria do funcionamento, que implicam pequenas mudanças, tais como “promover a melhor adaptação psicológica e social possível, restaurando e reforçando as suas capacidades de enfrentar os desafios da vida ou torná-lo consciente da realidade da sua situação de vida (Bloch, 1999, p.300). O principal risco da terapia de apoio identificada pelo autor, é a manutenção da dependência que incapacite a pessoa de alcançar pequenas mudanças e de assumir responsabilidades pelas tomadas de decisão e pelas ações, para que não se torne um assistencialismo afetivo e emocional. Ao longo da história e na sociedade contemporânea, as pessoas em tratamento devido à problemática dos consumos de substâncias, têm sido frequentemente desqualificadas e marginalizadas, derivados dos mitos arraigados, que perpetuam estigmas e preconceitos. Estereótipos como associar a toxicodependência à falta de controle, perigosidade, incapacidade para a vida profissional e familiar, são exemplos de conceções prejudiciais, que ainda permeiam diferentes culturas (Fazenda, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), muitas pessoas com toxicodependência, enfrentam o fardo das suas condições de saúde mental e dependência de substâncias sem apoio adequado, o que reforça o estigma e a discriminação. Este estigma não afeta apenas o bem-estar psicológico e social dos indivíduos, como também compromete os seus direitos fundamentais, como o direito à dignidade e autonomia, conforme estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Fazenda, 2009; Almeida, 2010; Cordo, 2013;).

Após o diagnóstico de toxicodependência, muitas vezes a pessoa é vista apenas pela sua condição de usuário de substâncias, perdendo o direito à plenitude e à realização das suas aspirações anteriores. A discriminação pode-se manifestar de várias formas, incluindo violações dos direitos cívicos, acessibilidade a instituições de saúde, políticos, económicos e sociais, de participação e reivindicação dos seus direitos, além de restrições no acesso a cuidados de saúde primários, proteção social e oportunidades de emprego (Fazenda, 2009). A toxicodependência desafia as normas sociais estabelecidas, ameaçando as rotinas e valores predominantes, o que muitas vezes leva à exclusão social e à estigmatização, tornando-se essencial sensibilizar a comunidade, para promover a aceitação e eliminar as barreiras à integração das pessoas toxicodependentes, em vários aspetos da vida como educação, emprego, grupos sociais, lazer e família (Fazenda, 2008).

É fundamental reconhecer e enfrentar o estigma e a discriminação enfrentados pelas pessoas toxicodependentes, promovendo a inclusão social e garantindo o respeito aos seus direitos humanos fundamentais. É, efetivamente necessário, uma consciencialização social e o estabelecimento de políticas públicas e práticas, que promovam a equidade e a dignidade para todos, independentemente da sua condição de toxicodependência (Foucault, 2005; Matos, 2007;). Pode definir-se as CT como Unidades Especializadas de Tratamento Residencial de longa duração, em regime de internamento, com recurso à psicoterapia e sócio terapia, que pretende apoiar e ajudar à (re)organização do mundo interno, das pessoas usuárias de substâncias químicas, a perspetivar o futuro. Assim, as CT são espaços residenciais, que se destinam a promover a reabilitação biopsicossocial do doente toxicodependente, em conformidade com o programa terapêutico articulado em diferentes fases. É um conjunto de respostas terapêuticas, cuja dinâmica comunitária a distingue das restantes abordagens de tratamento, com equipas multidisciplinares, sob supervisão psiquiátrica. São objetivos das CT a rutura com o meio dos consumos, para reaprender a viver sem consumos, identificar, também, as suas competências pessoais, com o intuito de reorganização psicossocial, facilitadora da sua reinserção gratificante (Fossi & Guareschi, 2015).

Costa (2009) refere ainda que desta forma, se podem enunciar alguns objetivos a trabalhar nas CT, tais como criar um espaço de reflexão com vista à criação da história pessoal do indivíduo para que ele possa dar um novo sentido (ressignificar) e identificar pontos de mudança necessário. Mudar padrões negativos comportamentais, de pensamentos e sentimentos que predispoem ao

consumo de substâncias, a fim de conseguir a abstinência e a sua manutenção; promover a autonomia e a responsabilidade como pilares da vida adulta em sociedade; desenvolver a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis, rompendo com padrões destrutivos; fomentar competências sociais, que permitam encontrar alternativas de trajetória para um projeto de vida realista; perspetivar a reinserção social através da elaboração e contratualização de um Plano Individual de Reinserção.

Estes objetivos têm como finalidade fundamental a promoção do autocontrolo sobre o consumo de substâncias, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, tendo em vista a autonomização das pessoas e a sua plena reinserção social. Pode considerar-se que a aplicação terapêutica deste modelo radica no preconizado rogeriano, em que os sujeitos conferem sentido aos seus comportamentos e expectativas futuras. O indivíduo dependente é, portanto, um indivíduo capaz de identificar e refletir sobre a sua condição, transformando-se ou reinventando-se neste processo. Este modelo privilegia e facilita os momentos de autodescoberta do sujeito, podendo ser utilizado tanto com os utentes toxicodependentes como com as pessoas dependentes sem substâncias.

O modelo rogeriano desta comunidade terapêutica, enraizada no pragmatismo e no empirismo, destaca-se pelo seu foco nas tendências naturais de autoconhecimento e crescimento pessoal. O modelo da Terapia Centrada no Cliente, desenvolvido por Carl Rogers, está firmemente enraizado na corrente fenomenológico-existencial americana. Rogers acreditava na importância de criar um ambiente terapêutico centrado no cliente, onde o terapeuta oferece empatia genuína, aceitação incondicional e congruência, permitindo que o cliente explore seus sentimentos e experiências de forma autêntica (Hipólito, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, valorizam-se as capacidades inatas de cura e crescimento pessoal de cada indivíduo, sendo que a abordagem rogeriana destaca a importância da auto-atualização e auto-organização. No entanto, mesmo baseado nestes princípios fundamentais, esta abordagem enfrenta um desafio significativo e intrínseco: a confrontação com a finitude existencial. Este é um dilema incontornável que surge quando confrontamos a natureza finita da existência humana, com a crença no potencial ilimitado de crescimento e desenvolvimento pessoal. Neste contexto, a abordagem rogeriana pode ser vista como uma tentativa de reconciliar a dualidade entre a finitude humana e a procura pela autorrealização. Embora reconheça os

limites impostos pela condição humana, a Terapia Centrada no Cliente mantém um foco otimista no potencial de crescimento e transformação pessoal, promovendo um equilíbrio delicado entre aceitação e aspiração (Hipólito, 2005). Carl Rogers descreve as diferenças fundamentais da Terapia Centrada no Cliente como "o alvo da nova terapia não é resolver um problema particular, mas ajudar o indivíduo a crescer, de maneira que ele possa fazer face ao problema atual e aos problemas que mais tarde apareçam de uma maneira mais bem integrada... ela baseia-se muito mais na tendência individual para o crescimento, saúde e adaptação..." (Hipólito, 2005, p 25). Rogers destaca que esta nova abordagem terapêutica, se debruça essencialmente nos elementos emocionais da situação, do que propriamente nos aspectos intelectuais, com maior relevância para a situação imediata, do que relativamente ao passado do indivíduo e considera a relação terapêutica em si mesma, como uma experiência de crescimento (idem). Estas características revelam os princípios essenciais da Terapia Centrada no Cliente, uma terapêutica humanista e centrada na pessoa, que representa uma rutura significativa com o paradigma tradicional da psicoterapia. Enquanto as abordagens convencionais da época, se centravam no problema e na patologia, Rogers defendia uma perspetiva que priorizava o indivíduo, a sua tendência inata para o crescimento e a sua experiência emocional (Rogers, 1942). Esta mudança de foco era evidente em várias dimensões da prática terapêutica, uma vez que, se por um lado as terapias tradicionais procuravam a resolução de problemas específicos identificados pelo terapeuta, a Terapia Centrada no Cliente versava na ajuda ao indivíduo para crescer e desenvolver-se, de uma maneira mais integrada, promovendo o seu bem-estar e adaptação às exigências da vida (Rogers, 1942 citado por Hipólito, 2005).

É evidente que, no campo da intervenção em toxicodependências e alcoolismo, surgiram diversas organizações que dispensam a atuação de profissionais especializados, como é o caso dos Alcoólicos Anónimos. O desenvolvimento destas organizações, predominantemente nos Estados Unidos, influenciou as práticas científicas na área (Al-Anon Family Groups, 1981, citado por Tinoco, 2006). Na trajetória das comunidades livres de drogas no nosso país, examinando as suas progressões e retrocessos ao longo do tempo, percebe-se que estas organizações estabeleceram princípios fundamentais que merecem ser estudados, pois muitos deles ainda têm relevância atualmente (Mullaney & Reback, 2001, citados por Tinoco, 2006). Por sua vez, a Europa enfrentou o problema das toxicodependências num estágio posterior, embora a ideia de comunidade terapêutica não fosse estranha ao continente, com exemplos como o modelo

democrático proposto por Maxwell Jones, a sua aplicação nessas comunidades era direcionada a outras populações, como os feridos de guerra em contextos hospitalares (Kooyman, 2001; Jones, 1969, *idem*). As primeiras comunidades terapêuticas livres de drogas seguiram, entre nós, os princípios dos modelos democráticos. No entanto, a experiência não se revelou proveitosa e exigiu uma reformulação. Desde os inícios dos anos 70, no entanto, a prática interventora tem vindo a aproximar-se de alguns princípios da tradição americana. A ênfase dada à relação terapêutica, humaniza a intervenção e consegue despojá-la de tentações dogmáticas e totalitárias que, como veremos, não são tão raras como à partida se possa julgar (Broekaert, 2001). Terminando tal percurso, estaremos em posição de discutir diversos conceitos básicos da intervenção terapêutica no contexto de uma comunidade terapêutica. A história ensinou-nos que diversos princípios, agora utilizados, têm um longo percurso e muitas vezes foram importados de formas de intervenção não científicas (Borkman, 1976, *idem*). As práticas não científicas por parte de Instituições como a PATRIARCHE, REMAR, RETO e BETEL, são conhecidas por adotarem modelos semelhantes ao do Synanon (Em 1958 Charles Dederich, um AA recuperado, constrói um programa para ajudar heroinómanos a ultrapassar a sua dependência opiácea. Inicialmente estruturada em termos semelhantes aos AA, a organização viria a conhecer um êxito sem precedentes. Aliás, a construção do nome da organização não mascara as suas origens: Sins Anonymous, Pecados Anónimos, (Tinoco, 2006). Embora não possuam a mesma escala de recursos ou poder, no entanto, partilham características como o culto ao fundador, uma tendência ao isolamento institucional e um desprezo pelo mundo exterior.

Um exemplo é a REMAR (Reinserção de Marginais), que foi objeto de observação por Carvalho, Dantas e Tinoco (1993). A REMAR gere vivendas, que servem como etapas iniciais do processo de reabilitação. Uma característica é o deslocamento dos residentes para áreas geograficamente diferentes de suas origens. A reinserção é conduzida dentro da própria instituição, com os residentes a participar em atividades como arrecadações de fundos ou trabalhar em postos de venda mobiliário, restauro e outras doações. Entretanto, é evidente o dogmatismo da instituição, manifestado na promoção de uma ideologia religiosa fortemente anticatólica e no culto ao seu fundador, Padre Miguel. Idealmente, a reinserção ocorre através do envolvimento contínuo na REMAR, com critérios de sucesso baseados na adesão inquestionável aos valores institucionais. As cerimónias religiosas desempenham um papel importante, promovendo um ambiente de confissão pública de pecados e reforçando o sentimento de pertença ao grupo.

Outro exemplo de modelo é o Projecto Homem, que teve origem em Roma, em 1978, sob a liderança de Don Mario Picchi. As equipas do projeto foram inicialmente treinadas numa residência Daytop em Nova York. Em Daytop, o “único critério fundamental é o comportamento: as decisões e castigos não decorrem de impressões, mas são consequências dos comportamentos. O ataque ao erro é o cerne da intervenção desta comunidade. Ataca-se o erro e não a pessoa. Aqui, um residente nunca é expulso: escolhe entre cumprir um castigo e a partida” (Tinoco, 2006, p.24). Apesar de Daytop conservar algumas características de Synanon, existe uma maior humanização. Por outro lado, esta organização desenvolveu as suas próprias técnicas. Assim, Daytop mantém uma estrutura hierárquica se bem que com alguma mobilidade (Broekaert, 2001). Esse desenvolvimento pode ser entendido no contexto de um debate europeu entre abordagens científicas, representadas por Olievenstein, e modelos hierárquicos, como o do Patriarche (Comas, et al., 1998). As equipas do Projecto Homem viviam em comunidade, promovendo princípios de autoajuda, disciplina, confrontação e controlo emocional. A supervisão inicial do Daytop gradualmente cedeu lugar à autonomia do projeto, adaptando-se à realidade sociocultural do sul da Europa. Algumas das inovações incluíram a abertura para a cooperação não residencial com familiares dos residentes, visando preparar um ambiente familiar acolhedor para as saídas temporárias ou definitivas dos residentes. Em Portugal, o Projecto Homem exemplifica este modelo em centros de intervenção, como o de Braga, onde oferece um programa faseado. Inicialmente, as pessoas frequentam um centro de dia, seguido pelo ingresso numa comunidade terapêutica com internamento completo e, por fim, participam em programas de reinserção em apartamentos protegidos, funcionando a comunidade terapêutica como uma das etapas integradas num programa mais abrangente. Esta estruturação em fases, permite uma abordagem progressiva, adaptada às necessidades individuais, procurando uma reintegração gradual na sociedade após o tratamento intensivo na comunidade terapêutica. Este modelo reflete uma abordagem multifacetada e holística para o tratamento de dependências, reconhecendo a importância de diferentes formas de apoio ao longo do processo de recuperação (Tinoco, 2006).

Para compreender o funcionamento contemporâneo das comunidades terapêuticas, é necessário considerar a coordenação entre a vertente da confrontação e as intervenções atuais. Permite-nos adotar uma visão global das comunidades terapêuticas livres de drogas, possibilitando uma reflexão sobre as vantagens e desvantagens de diferentes intervenções ao longo da história. Um

dos fatores mais importantes atualmente é a criação de um ambiente de crescimento, baseado em segurança e aceitação dentro do grupo. A partir disso, estimula-se a responsabilidade individual, com cada residente compreendendo que é responsável por resolver seus próprios problemas (Bracke, 1997a). Os conceitos de autoajuda e responsabilidade partilhada são fundamentais. Todos os residentes são responsáveis pelo que sabem, veem e sentem dentro da comunidade terapêutica. Quando alguém comete um erro, todos os outros residentes devem reagir.

Embora as comunidades terapêuticas modernas incentivem a participação e a autoajuda de cada residente, mantêm um conjunto de normas não negociáveis, cuja violação pode resultar em punição ou expulsão. Essas normas incluem a proibição do uso de drogas, de contatos sexuais e de violência, além de regras para evitar atividades criminosas fora da comunidade (Anita, 1997). No entanto, além das regras básicas, é necessário muito mais para garantir o funcionamento eficaz da comunidade. A rotina diária reflete os princípios de autoajuda, com a divisão do trabalho e a atribuição de tarefas específicas a cada subgrupo, favorecendo a responsabilidade individual. A organização do grupo deve permitir momentos de feedback, ao mesmo tempo em que estabelece uma hierarquia (Bracke, 1997a). A rotina diária relaciona-se com a responsabilidade individual, dificultando a fuga às responsabilidades e manipulações. Neste contexto, o grupo de encontro é essencial, constituindo o núcleo funcional de uma moderna comunidade terapêutica. A ideia de confrontação pelo grupo de pares é central, com os técnicos ausentes das reuniões. O objetivo é confrontar os indivíduos com as suas evasões de responsabilidade e manipulações, incentivando-os a encarar a realidade e expressar os seus sentimentos. De acordo com Tinoco (2006) "os conflitos na comunidade podem ser resolvidos através da confrontação. No âmbito dessa lógica, técnicos envolvidos nalgum conflito poderão ser chamados ao confronto. Se os conflitos alastrarem, se existirem demasiados contratos negativos, a comunidade terapêutica pode promover um dia fechado. Durante esse dia há atividades físicas, role-play e outras técnicas, enquanto se tenta resolver um aspeto específico de algum mal-estar (p. 28).

Ainda em concordância com o autor Tinoco (2006), um aspeto que permite avaliar a qualidade de uma comunidade terapêutica, é a sua abertura ao mundo exterior. Algumas comunidades procuram uma autossuficiência completa em relação à sociedade, o que é, na verdade, um objetivo utópico. Para alcançar esta autossuficiência, as organizações cultivam uma forte ideologia interna, tentando impor uma verdade superior, que todos os membros devem acatar.

Como o exemplo do Synanon, este tipo de funcionamento pode levar a extremos prejudiciais. Por outro lado, as comunidades terapêuticas modernas tendem a ser mais abertas à comunidade, construindo projetos em colaboração com as forças locais da região em que estão inseridas. Esta abertura ao exterior permite uma interação positiva e benefícios mútuos entre a comunidade terapêutica e a comunidade em geral (p. 29). O eixo aberto-fechado não é suficiente para caracterizar a qualidade de uma comunidade terapêutica – é necessário analisar a qualidade dessa abertura. Inclui considerar se há um trabalho específico na área de reinserção social dos residentes. Uma comunidade terapêutica não pode ser uma entidade isolada, mas sim uma etapa num processo, muitas vezes, estas comunidades possuem estruturas intermediárias, que acompanham os residentes durante sua reintegração na sociedade, como os apartamentos protegidos ou empregos protegidos. A capacidade de cada comunidade terapêutica de mobilizar e aproveitar as potencialidades do ambiente em que está inserida é, sem dúvida, um critério importante para avaliar a qualidade do trabalho desenvolvido Tinoco, 2006).

H- AVALIAÇÃO DO PROJETO: DISCURSO DA RESPONSÁVEL (M)

A avaliação da assistente social (M) sobre o nosso Projeto é de facto muito claro quanto à sua relevância e aos seus impactos:

Sou assistente social aqui na comunidade terapêutica, e quem conhece a área sabe que as dependências nunca são apenas uma questão psiquiátrica ou psicológica. Ao longo do tempo, especialmente aqueles que têm percursos mais longos de consumo, vão perdendo suas conexões com várias áreas da vida, como a família, questões judiciais e médicas. Primeiramente, é importante mencionar a área da Educação, pois frequentemente esta área é vista como algo secundário, com muitos indivíduos tendo a escolaridade mínima ou até mesmo não a possuindo. E está tudo bem com isso, mas a verdade é que estes projetos são fundamentais. Uma comunidade terapêutica vive destes projetos e seria ideal que fossem permanentes.

Os adultos passam bastante tempo aqui e é essencial cultivá-los de alguma forma. Não basta resolver questões judiciais, financeiras e familiares para que possam retornar às suas vidas. Se voltarem sem novas competências ou sem desenvolver as que já possuem, enfrentarão grandes desafios. Muitos já têm profissões, mas, ao longo dos anos de dependência, acabam por perder, ora trabalhando, ora não. Projetos como este, que trabalham competências em vários níveis são fundamentais. Desde o início, ficou claro que o sucesso deste projeto vem da vontade dos próprios adultos. Quando algo surge deles, os benefícios são evidentes. A continuidade desses é essencial e não há outra forma de garantir uma reabilitação completa e eficaz (M).

Por exemplo, ao longo deste projeto, tentou perceber-se junto da M que tipo de dificuldades existiram no projeto quer por parte das pessoas e da própria comunidade, as quais descreve assim:

eu acho que, acima de tudo, na nossa comunidade, e acredito que em outras também, a principal dificuldade é a falta de profissionais e recursos materiais. Não é uma questão de falta de vontade, porque essa existe, mas temos uma equipa que já está aqui há muitos anos e, com o tempo, o cansaço acumula e a motivação pode diminuir. Então, não digo que é remar contra a maré, porque as pessoas querem fazer, mas às vezes é mais confortável não tentar. Além disso, pedir constantemente e não receber os recursos necessários também desanima. Estes projetos não se realizam apenas com boa vontade; é preciso recursos. Seria ideal que a instituição disponibilizasse mais recursos. Por exemplo, computadores são fundamentais. Sem computadores, não há como explorar outras áreas que também são essenciais. Portanto, as dificuldades mais sentidas são realmente a falta de recursos e uma equipa que, embora motivada, está cansada.

Eu sinto que nos dias em que o projeto acontecia às quintas-feiras especialmente, havia uma mudança na estrutura do dia para eles no dia a seguir. Aqui na comunidade, as manhãs são estruturadas com tarefas e dinâmicas habituais com a psicóloga. Mas, nos dias em que havia o projeto à quinta de tarde, eles estavam mais entusiasmados. O projeto veio complementar o trabalho que já fazemos.

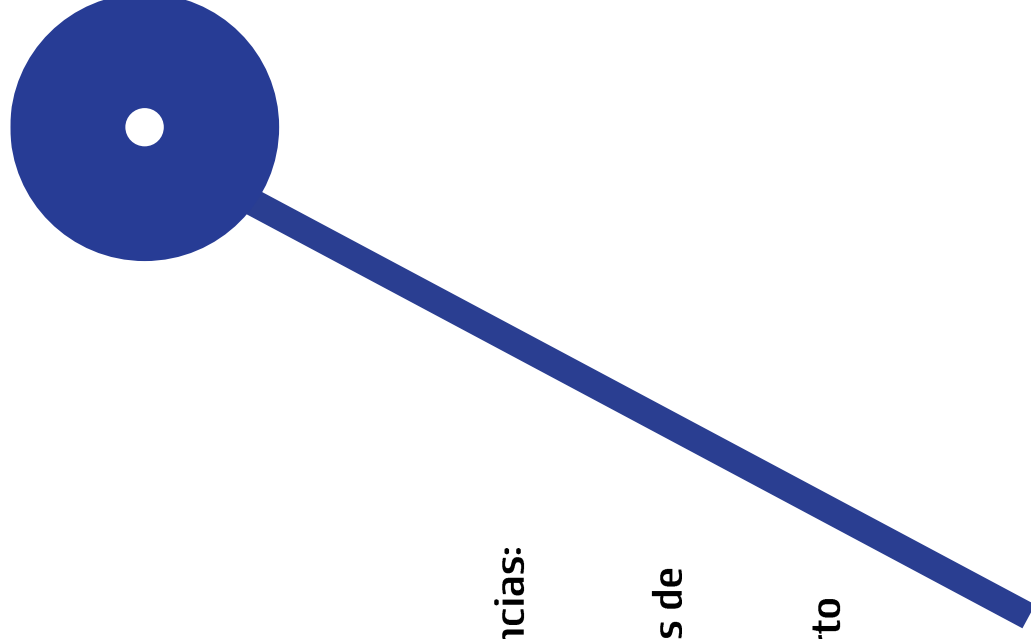
Os participantes falavam sobre algumas coisas nas sessões do vosso projeto que também discutiam nas nossas sessões. Quando juntávamos tudo, conseguíamos ter uma visão mais completa de cada pessoa. Havia uma empatia muito grande contigo, e isso fez com que o projeto funcionasse muito bem. Acho que os participantes que se prontificaram e participaram no projeto, como o T e outros, demonstraram uma grande vontade de entrar no tratamento. Isto é também parte do tratamento. Embora às vezes nem eles nem a equipa façam essa conexão entre o vosso Projeto e a relevância para o tratamento, é fundamental que isso se perceba. Por exemplo, vejo o caso do AR, que nunca tinha utilizado um computador. Recentemente, vi-o clicar devagar com os óculos, mostrando interesse em aprender. Outro exemplo é o PJ, que é mais velho e, com isso, tinha um papel de ajudar os mais novos. Ele estava um pouco afastado dessa tarefa, mas com este projeto, ele começou a ajudar, reclamava um pouco, mas ajudava. O B também se envolveu de maneira diferente. Acredito que eles ganham competências tanto como grupo como individualmente. Este projeto permite que desenvolvam habilidades de colaboração e competências pessoais, essenciais para o tratamento e a vida fora da comunidade.

Eu acho que realmente, no teu caso, o projeto correu bem. A tua abordagem fez sentido aqui, a tua forma de estar com eles foi muito positiva. No entanto, houve uma situação particular com uma das técnicas participantes do projeto, especificamente na parte do teatro, que é uma atividade fundamental que não correu muito bem. A CT é uma área muito específica, mesmo para assistentes sociais. Isto não é apenas reinserção social; é muito diferente, porque estamos a trabalhar com pessoas que estão em tratamento, e isso é a base de tudo. Portanto, não podemos esperar que as pessoas decorem falas ou compreendam completamente o que outra pessoa está a dizer, especialmente se estiverem a falar de experiências e sentimentos complexos. A reinserção social em bairros ou outras áreas é um pouco diferente. Aqui, na comunidade terapêutica, é crucial que os técnicos entendam bem o contexto e o significado da instituição. Quando os técnicos não têm essa consciência, as coisas tornam-se mais difíceis. Enquanto o teatro esteve nas tuas mãos, as coisas correram bem e faziam sentido. Os participantes estavam envolvidos, e tu conseguias manter o trabalho a funcionar (M).

M

MESTRADO EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Especialização em Desenvolvimento Comunitário e Educação de
Adultos



**Nós e as nossas circunstâncias:
(res)significações e
(re)construções de projetos de
vida numa Comunidade
Terapêutica do Grande Porto**

Rodrigo António de Jesus