

“A INSANIDADE É REPETIR O ERRO, NÃO É ERRAR... E SE CONSEGUIMOS MONITORIZAR O TRABALHO, CONSEGUIMOS DETETAR O ERRO”

Sendo a dependência um dos problemas sociais de maior dimensão e abrangência, mobilizador de inúmeros investimentos económicos, mas também humanos, urge concertar esforços, saberes e experiências, procurando-se uma crescente adequação às reais necessidades da população utente e respetivas possibilidades de sucesso do trabalho realizado. É precisamente sobre esta ideia de “alternativa” que assenta o projeto das Casas de Santiago. Conhecer, analisar, diagnosticar e intervir sobre o fenómeno são objetivos centrais, mas fazê-lo de forma inovadora, criativa e versátil. Desta forma, afirma-se como estratégia disponibilizar espaços alternativos que motivem a escolha e permanência na clínica, com vista à potencialização do trabalho desenvolvido. No entanto, e uma vez que o problema da dependência não afeta apenas o próprio dependente, mas toda a sua envolvente, tanto a nível micro (família, amigos) como macro (sociedade em geral), considera-se imprescindível alargar a intervenção a todas estas redes de pertença. E é um leque muito vasto de oferta o que as Casas de Santiago asseguram: aconselhamento individual e de grupo, mediação familiar, apoio psicológico, acompanhamento médico, apoio à gestão financeira, pós-tratamento e reciclagem e atividades programadas. Em entrevista, Alexandra Tracana, Diretora Técnica, dá-nos a conhecer a Comunidade Terapêutica Casas de Santiago...



Falemos das Casas de Santiago, uma clínica com um longo historial... começava por lhe pedir uma sinopse dessa mesma história e dos motivos da existência desta casa...

Alexandra Tracana (AT) – As Casas de Santiago foram fundadas em 2004, um pouco na sequência de oferecer uma resposta à minha vida pessoal. Entrei em recuperação em 2003, tinha um irmão, o Tiago, que morreu a usar drogas e fiquei filha única, com a necessidade de procurar o que fazer... Achei que trabalhar na área das adições poderia ser uma resposta viável, tinha formação em gestão de empresas e em serviço social e, uma vez que tinha a quinta dos meus avós, considerei que isso poderia resultar num fator facilitador, ao que se associou uma ajuda externa

para estabelecer uma comunidade terapêutica. Isto não foi fácil, até porque havia na altura uma conjuntura política de mudanças, até em torno do IDT, o que dificultou o processo de licenciamento. O que é certo é que arrancámos com a comunidade e, na altura, diria que houve muitos utentes que pagaram para eu aprender e construir uma equipa, que foi sendo solidificada o que agradeço profundamente. Muitos deles ainda continuam a trabalhar comigo numa equipa que vem desses primórdios, fomos aprendendo, crescendo juntos e percebendo que era por aí o caminho de tornar o projeto das Casas de Santiago uma alternativa.

Sendo certo que as famílias com dependentes estão já, muitas vezes, destruídas e afetadas do ponto de vista financeiro, privatizar uma unidade como esta pressupõe um risco... porquê esta decisão?

AT – Essa decisão não foi propriamente tomada por mim. Surge na sequência do encerramento das primeiras Casas de Santiago, uma comunidade que trabalhava também no setor convencionado, sendo que, na altura, o encaminhamento era feito via CRI. Ou seja, o “mercado utente” não era resultado de uma procura da nossa parte. Quando mudámos para as atuais instalações, passámos há dois anos, a ser uma comunidade privada e houve que procurar mercado. Colocaria aqui um ponto de comparação com o próprio país, que considero um pouco estranho no negócio, sendo que, por vezes, não se prende efetivamente com aquilo a que designamos como económico. Por vezes, pensamos que essas famílias estão desgastadas e sem dinheiro... Portugal tem uma forma de abordar as coisas algo diferente: por vezes, não é o dinheiro que importa e, muitas vezes, as famílias vêm à procura do melhor na hotelaria e confundiu-se um pouco a prestação dos cuidados de saúde com a oferta hoteleira. Portanto, a estas famílias que procuram as comunidades privadas, importa também a prestação dos cuidados terapêuticos, mas mais do que tudo a qualidade hoteleira. Surgem questões como o meu filho vai ficar em que quarto, em que condições, como é a almofada ou o sofá, como é a comida, se o filho colocou o boné num dia de sol? Já tive pais que trouxeram a almofada com que o filho dormia em casa... Pode parecer paradoxal, mas estamos perante um filho doente e igualmente uma família doente...

Gostaria que nos explicasse o real significado do vosso lema, reconstruir vidas e renovar esperanças...

AT – Reconstruir a vida é um imperativo... está tudo tão doente na vida dessa pessoa e há que reconstruir todas estas bases em que se trocam papéis e os filhos destes doentes acabam por assumir funções tradicionalmente de pais e os pais estão tão doentes quanto os filhos toxicodependentes, que acabam por perguntar pelos bonés ou almofadas... E tudo isto tem a ver com a construção de vidas, sendo que muitas destas famílias ainda possuem capital económico, acabando por inverter tantas prioridades. Demitem-se muitas vezes do papel de pais e acabam fazendo o papel de banco.



Por que decidiram certificar a vossa intervenção na qualidade em saúde?

AT – Decidimo-lo em 2010, na altura um projeto que me entusiasmuo imenso que terá algo a ver com o meu gosto particular por papéis. Gosto de gestão e das matemáticas, de definir com exatidão o que é necessário fazer, baseado em evidências, de não restarem dúvidas sobre as opções tomadas. Se conseguir definir procedimentos e protocolos terei menos hipóteses de deixar algo necessário por fazer. Isto não significa porém que os planos tenham que ser inflexíveis, até porque cada pessoa é uma pessoa e haverá necessariamente lugar a alguma adaptação, mas ter um rumo, um plano e um modus operandi acaba por contrariar a ausência de rumo e planeamento do utente e, uma vez que não poderemos agir de forma semelhante, temos aqui mais uma ferramenta eficaz. O próprio sistema de qualidade obriga-nos a ser distanciados desse paciente...

E a avaliar a intervenção?

AT – Sem dúvida. E o trabalho em equipa também pressupõe e propõe isso. A insanidade é repetir o erro, não é errar, e se conseguimos monitorizar o trabalho, conseguimos detetar o erro. E torna-nos distantes do paciente. Enquanto terapeuta, é importante validar isso, a capacidade de nos distanciarmos do paciente.

No seio dessa avaliação, têm resultados da quantidade de pessoas que ajudaram a deixar de consumir drogas?

AT – Sim, e temos alguns indicadores que validam isso. Temos parcerias com a Universidade da Beira Interior e uma delas consistiu em testar algumas monitorizações da avaliação psicológica. Fizemos um teste, o SL90R, que passávamos à entrada e à saída, para verificar os resultados da intervenção e percebemos que o trabalho terapêutico, mesmo que realizado nos três ou quatro meses, faz modificar imenso alguns indicadores. Isso demonstra o quanto o trabalho terapêutico é eficaz, mesmo num curto período de tempo e trouxe uma importante mais-valia à equipa: perceber que, afinal, o que fazemos, mesmo num curto período de tempo, é eficaz. E essa monitorização, além da gratificação do trabalho, traz a percepção de que existe um caminho que é de facto medível e quantificável e o quanto a intervenção terapêutica modifica os indicadores.

Quais são as condições para que uma pessoa possa ingressar em tratamento nas Casas de Santiago?

AT – Eu já nem digo que tenha que estar motivada porque, isso, acabamos por conseguir aqui... o mais importante é que tenha boa vontade de vir. Não fazemos internamentos compulsivos, portanto, tem que ser voluntariamente aceite. Tem que perceber que tem um problema e que queira tratar-se, independentemente da noção que tenha sobre o que precisa de tratar. Por vezes, dizem-nos que o problema tem a ver com álcool ou drogas, mas não fazem a mínima ideia de que o problema é ele próprio. Essa boa vontade de perceber que tem que fazer algo para mudar de vida é essencial.

Admitem apenas doentes portugueses?

AT – Não. Admitimos doentes de todo o lado, até porque a adição é uma doença presente em todos os países. Tratamos adictos, independentemente do sexo, crença, religião ou país de origem. Aliás, os nossos terapeutas dominam várias línguas, pelo que a proveniência geográfica não constitui qualquer problema. Temos igualmente doentes a tomar metadona, para o que beneficiamos de ajudas de instituições exteriores e estamos abertos a tudo. Importante é que venham voluntariamente.

É por isso que as Casas de Santiago têm participado em vários congressos e eventos internacionais?

AT – Sim, mas igualmente por se tratar de uma forma de aprendizagem. Confesso que uma das melhores e mais enriquecedoras experiências que tive na vida coincidiu com uma presença na Colômbia, em que aprendi imenso, num programa até diferente do que o que preconizo aqui. Também já estive um mês em Espanha, em que aprendi imensas coisas, fiz várias formações em Inglaterra... todas essas experiências enriqueceram muito o que sei e, atualmente, acredito verdadeiramente que oferecemos uma resposta de qualidade.

Concorda que a toxicod dependência é, por norma, uma doença em que o doente não quer ser tratado?

AT – Não sei se ainda é assim... Já foi. Creio que, antigamente, o doente não queria ser tratado, mas, hoje, até porque as drogas mudaram, a substância mudou e é tão despurificada e má, que o utente já sente um sofrimento tão grande que o leva a pretender livrar-se daquele sofrimento. Negar que está doente continua a ser um sintoma, mas o desespero, solidão e mal-estar que as novas drogas provocam, já obrigam o utente a procurar ajuda. Antigamente, os tipos de drogas que existiam eram prazerosas e, como tal, as pessoas raramente queriam ser tratadas. Hoje, as pessoas sentem-se verdadeiramente excluídas.





Também tratam as dependências sem substâncias?

AT – Sim, como o jogo, a compra compulsiva, a mentira compulsiva e também os comportamentos de duplo diagnóstico porque, atualmente, as pessoas ficam verdadeiramente afetadas com o uso de drogas. As comorbilidades psicológicas são verdadeiramente maiores e, muitas vezes, nem se sabe muito bem o que as pessoas consomem.

É verdade que a dependência é uma doença crónica?

AT – **É crónica, progressiva e fatal. O facto de ser crónica não** significa, porém que não pode ser tratada. Como sucede com muitas outras doenças crónicas, podemos interromper o seu percurso ativo e a pessoa pode viver com ela.

É curável?

AT – Não. É possível viver com essa doença, sem que a mesma prejudique a vida seja no que for. Significa que tenho que aprender com o facto de ser doente, tal como sucede com muitas outras doenças crónicas.

Existe um modelo tipo de tratamento nas Casas de Santiago?

AT – Sim, existe, vulgarmente designado por 12 passos.

Tem validade científica?

AT – Isso é um pouco discutível. Acho que não tinha validade científica quando não era feito de uma forma científica. Não foi assim que começou. Iniciei com partilha e conversa entre adictos em recuperação, que se ajudavam mutuamente, mas há muito tempo que isso não existe. Creio que os científicos foram aproveitaram o que o Modelo Minesota tinha de bom na sua origem, dando-lhes inputs científicos. Esta comunidade não tem hoje um único técnico que não seja credenciado e académico para o fazer. Tem uma equipa de psicólogos, de psiquiatras e de clínicos que dão inputs a esse modelo. É importante pensarmos que dizer que um adicto é uma pessoa melhor capaz de tratar outro adicto coloca um pouco em causa a validade científica. Porém, creio que um adicto pode melhor tratar-se a ele próprio, com aquilo

que aprendeu e com a sua experiência. Mas precisa de uma formação, de uma competência, para poder tratar o outro. Não é por ser adicto em recuperação que trata o outro. Mas não deixa de ter essa experiência. E pode perfeitamente adquirir formações científicas para tratar o outro. A empatia e a compreensão, essas, são sem dúvida maiores.

O que significa o tratamento personalizado?

AT – O tratamento personalizado é uma forma de abordar o plano. Quando se faz o planeamento daquele utente (viu há pouco que tínhamos um fisiatra a tratar um utente e nem todos precisam de fisioterapia). Então, recruta técnicos para o utente em função dos recursos de que precisa. Assim como há utentes que precisam de nutricionista ou de recursos de outras áreas ou especialidades... Então, o tratamento é personalizado porque eu introduzo no plano os recursos técnicos ou uma mediação familiar de que aquele utente precisa.

Quanto tempo duram esses planos?

AT – Um plano básico, primário, durará entre três a quatro meses, dependendo da cooperação do utente naquela fase primária. Normalmente, desenvolve-se entre quatro a seis meses.

E no final do tratamento, são “abandonados”?

AT – Não! Não abandonamos as pessoas. Nós estamos, de certa forma, deslocados dos grandes centros, ou seja, a maioria das pessoas que chegam aqui não são de cá. Então, temos que resolver essa questão do pós-tratamento. Neste momento, se calhar consequência da pandemia, toda a gente se familiarizou com o online e, desde que utente cumpra o nosso programa e tenha alta terapêutica, recebe a chave da nossa casa e pode entrar na mesma, assim como pode ter consultas e terapias online uma vez por semana. Também pode vir cá um sábado por mês ou ter projetos pós-tratamento connosco, nomeadamente monitorizações de planos, que gerimos em ambulatório nas áreas de residência dos pacientes.

